

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gebären oder entbunden werden“

Information als wichtigster Parameter für eine selbstbestimmte
Geburt in einer vertikalen Position

Verfasserin

Helga Kießling

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307 295

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin: Dr.Christine Binder-Fritz

Danksagung

Ich danke allen jenen, die mich während der zahllosen Jahre meines Studiums unterstützt haben. Besonders hervorheben möchte ich die Geduld und Unterstützung meiner gesamten Familie.

Mein besonders tief empfundener Dank gilt meiner besten Freundin Elli, ohne deren Computerverständnis und Engelsgeduld meine Hausarbeiten, Seminararbeiten und auch diese Diplomarbeit nie in eine lesbare Form gebracht worden wären. Auch die diversen Abbildungen in der folgenden Arbeit wurden von ihr aufbereitet und eingefügt.

Spezieller Dank gebührt Frau Dr. Christine Binder-Fritz, die mich sowohl bei der Entwicklung und genauen Fokussierung meines Arbeitsthemas als auch bei der Literaturrecherche tatkräftig unterstützte.

Ein differenziertes Dankeschön geht an meine Freundin Margit, der Mitinitiatorin zur Inskription dieser Studienrichtung. Ihrer Motivation verdanke ich den Abschluss des ersten Studienabschnittes.

Noch ein großes Dankeschön an Elfi, die mir Einblick in das Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals ermöglichte.

Schlussendlich gebührt mein Dank allen Frauen, die sich bereitwillig von mir interviewen ließen.

Widmen möchte ich diese Arbeit Judith, der Hebamme meines dritten Kindes. Ohne ihre nachhaltige Motivation unterschiedliche Gebärlpositionen auszuprobieren und schließlich in vertikaler Position zu entbinden, wäre diese Arbeit nie entstanden.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	5
2. Methodik	9
2.1 Qualitative Methoden	9
2.1.1 Das Leitfadeninterview	11
2.1.2 Das Experteninterview	15
2.1.3 Zur Datenauswertung	16
2.2 Quantitative Methoden	19
2.2.1 Nonreaktive Verfahren	19
2.2.2 Gewonnene Daten aus einem Geburtenbuch	20
2.3 Zentrale Fragestellung	21
3. Auf dem Weg zur modernen Geburtshilfe	23
3.1 Die Geburt aus medizinischer Sicht	23
3.1.1 Schwangerschaft und Geburt als normierte Ereignisse, die einer peniblen medizinischen Überwachung bedürfen	28
3.1.2 Mögliche Geburtsorte und –arten	29
3.1.3 Der Geburtsschmerz	32
3.1.4 Die Geburtsvorbereitung	36
3.1.5 Die Gebärlpositionen	38
3.1.6 Die Wunschsectio	44
3.2 Die Geburt aus ethnologischer Sicht	46
3.3 Selbstbestimmung bei Schwangerschaft und Geburt	53

4. Interviews und Diskussion	61
4.1 Meine Informantinnen	61
4.2 Zusammenstellung aller in den Interviews angesprochenen Themen	67
4.3 Vor der Geburt	68
4.3.1 Informationen über Schwangerschaft und Geburt	68
4.3.2 Geburtsvorbereitung	70
4.3.3 Wahl des Entbindungsortes	73
4.3.4 Wahl des Entbindungshelfers	77
4.4 Die Geburt	83
4.4.1 Das subjektive Schmerzempfinden und wie mit den Schmerzen umgegangen wird	83
4.4.2 Eingenommene Gebärpositionen	87
4.4.3 Medikamentöse Eingriffe bei der Geburt	90
4.4.4 Operative Eingriffe bei der Geburt	94
4.4.5 Die Rolle des Partners bei der Geburt	96
4.4.6 Wie wichtig waren Arzt/Ärztin oder Hebamme für die Gebärende, war sie mit der Betreuung zufrieden	97
4.5 Nach der Geburt	101
4.5.1 Was würde die Befragte einer schwangeren Freundin Empfehlen	101
4.6 Das Experteninterview: Befragung einer Hebamme	107
4.7 Auszug aus einem Geburtenbuch	125
4.7.1 Zusammenfassung der Daten und Diskussion	133
5. Zusammenfassung	136
6. Literatur	142
6.1 Internetquellen	151

7. Anhang	152
7.1 Erläuterung einiger verwendeter Begriffe	152
7.2 Interviews	155
7.3 Interviewleitfaden	156
7.4 Abbildungsverzeichnis, Tabelle	158
 Abstract	 159
 Lebenslauf	 160

1. Einleitung

Nach meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin Mitte der achtziger Jahre arbeitete ich in einem Spital in Wien, unter anderem auf der Gynäkologischen Abteilung, wo ich Geburtsvorbereitungskurse abhielt. Schwerpunkte waren Atemübungen im Sinne von Lamaze, Entspannungsübungen, das Schulen der Körperwahrnehmung, Aufklärung über die Vorgänge bei der Geburt und natürlich physiotherapeutische Übungen, Thromboseprophylaxe, Kräftigung der Muskulatur, Verbesserung der Beweglichkeit usw. betreffend.

Nach dem damaligen "üblichen" Wissensstand rieten wir den Schwangeren, während der Eröffnungsphase der Geburt möglichst lange mobil zu bleiben und sich erst so spät wie möglich ins Bett zu begeben. Das Pressen während der Austreibungsphase wurde im Kurs geübt (Pressen mit maximaler Inspiration) - selbstverständlich in Rückenlage.

Meine ersten beiden Kinder wurden 1992 und 1994 geboren. Bei beiden Geburten legte ich mich nach einiger Zeit des Umhergehens ins Bett und gebar schließlich in Rückenlage, wie ich es schon oft zuvor bei anderen Frauen beobachtet hatte.

Im Jahr 2001, schwanger mit meiner dritten Tochter, kam ich mit Wehen ins Krankenhaus in der Überzeugung, mein Kind wieder in Rückenlage zu entbinden. Nur der Motivation und der ausgesprochenen Hartnäckigkeit meiner betreuenden Hebamme ist es zu verdanken, dass ich die unterschiedlichsten Positionen ausprobiert habe und schließlich auf dem Hocker entband. Meine Einstellung bezüglich Geburtsstellungen bzw. Aktivität während der Geburt hat sich dank dieses einschneidenden Erlebnisses grundlegend geändert.

Ab den 1950er Jahren vollzog sich, nicht zuletzt im Zuge der Verlegung der Geburten ins Krankenhaus, eine stetig wachsende Medikalisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt, die zunehmend technomedizinisch überwacht und gesteuert wurden.

Die Änderung des reproduktiven Verhaltens, mit später einsetzender erster Schwangerschaft und generell reduzierter Kinderzahl, führte zu einer Höherbewertung des kindlichen Lebens, man suchte die Kindersterblichkeit mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln zu senken.

Die Hebammen wurden von einer übermächtigen männlichen, dem technischen Fortschritt hörigen Ärzteschaft aus der Geburtshilfe weitestmöglich verdrängt. Gebären war nicht mehr länger eine Sache der Frauen. Der weibliche Körper wurde zum Objekt, er wurde, wie Emily Martin (1989: 76) sagt: *„Als eine Maschine gesehen und der Arzt als Mechaniker oder Techniker.“*

Die Frauenbewegung der 1970er Jahre propagierte unter anderem die Selbstbestimmung der Frauen über ihren eigenen Körper. Sie lehnte sich gegen das System von Medikalisierung und Technisierung auf und sah Schwangerschaft und Geburt als natürliche Phasen des Lebens.

Die Einschätzung der Rolle der Frau, auch in der Rolle als Gebärende und Mutter, änderte sich: *„Die Geburt ihres Kindes sollte ein Teil ihrer Selbstverwirklichung sein, intensiv erlebter Akt der Freisetzung neuen Lebens, einmaliger und animalischer als der der Zeugung“* (Schiefenhövel 1995: 424).

Ein Umdenken seitens der Gebärpraxis ist nicht zuletzt der Ethnomedizin, die sich mit dem Thema intensiv befasste, zu verdanken: *„Ethnomedizinische Beiträge haben die Grundlagen einer humanen Geburtshilfe erarbeitet, die nach einer kurzen Hochblüte in den 1980er bis 1990er Jahren, als in manchen Frauenkliniken die so genannten alternativen Kreißsäle eingerichtet wurden, in der Gegenwart bedauerlicherweise kaum mehr ihren Niederschlag in der modernen Geburtshilfe finden“* (Binder-Fritz 2003: 101). Die Rahmenbedingungen einer Klinikgeburt waren wohl noch nie so gut auf die Gebärenden zugeschnitten. Eine natürliche Geburt mit möglichst geringer medizinischer Intervention sollte die logische Konsequenz daraus sein. Die Realität bestätigt diese Annahme jedoch nicht.

Die Eingriffsraten in den physiologischen Prozess der Geburt nehmen stetig zu. Unter anderem von Vertreterinnen der Ethnomedizin kamen und kommen kritische Stellungnahmen, was die derzeitige geburtshilfliche Routine und die totale medizinische Überwachung von Fetus und Mutter betreffen. Als neueste Variante der medikalisierten Geburt kann wohl die Wunsch-Section (56) angesehen werden, ein geplanter Kaiserschnitt ohne jegliche medizinische Indikation (Binder-Fritz 2003).

Im ersten, theoretischen Teil meiner Arbeit werde ich einen kurzen Abriss über die Entwicklung der Geburtshilfe in Europa in den letzten Jahren geben.

Die zentrale Fragestellung meiner Arbeit bezieht sich auf die Gebärpraxis in unseren Spitälern um die Jahrtausendwende in Wien. Mein Hauptaugenmerk liegt hier auf den von den Frauen eingenommenen Gebärpositionen, vor allem während der Austreibungsphase. Es kann davon ausgegangen werden, dass den betreuenden Hebammen der Vorteil um eine aktive Gebärende bewusst ist. Auch sind unsere Kreißsäle heute zum Teil so eingerichtet, dass die unterschiedlichsten Positionen eingenommen werden können. So gesehen scheinen die Bedingungen für aktive Gebärende optimal.

Wie sieht aber die gelebte Gebärpraxis aus? Befragt man Frauen, die in den letzten Jahren Kinder bekommen haben, so wird man sich wundern, wie viele von ihnen in der Rückenlage entbunden haben. Wie kommt es dazu, dass etwas, das in der Theorie so klar und logisch scheint, in der Praxis nur sehr zögerlich seinen Niederschlag findet?

Auf die Frage nach den Parametern, die man ändern muss, um den Frauen zu einem befriedigenden, selbstbestimmten und aktiven Geburtserlebnis zu verhelfen, gelangte ich zu der Annahme, dass die Information der Schwangeren ein zentraler Faktor sein müsse. Meine Theorie ist, dass Frauen, die sich gut auf eine Geburt vorbereiten - umfassend informieren, einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen - genug Selbstbewusstsein erlangen, um bei der Geburt ihres Kindes ihre Vorstellungen zum Ausdruck zu bringen und auch durchzusetzen, die Geburt ihrer Kinder aktiv mitgestalten und somit zu einem positiven Geburtserlebnis gelangen.

Experten mögen mir meinen etwas naiven Ansatz verzeihen! Im Grunde meines Herzens bin ich wohl als Physiotherapeutin mehr im Denken der Naturwissenschaften verhaftet, als mir als Ethnologin lieb ist.

Um die von mir aufgestellte Hypothese zu verifizieren oder falsifizieren, bediene ich mich methodisch einerseits fünf qualitativer teilstrukturierter Einzelinterviews, andererseits eines Experteninterviews. Da es sich hier um eine ethnologische Arbeit handelt, war es mir wichtig, mich bei der Datenerhebung hauptsächlich einer qualitativen Methode zu bedienen. Um die aus den Interviews gewonnenen Eindrücke oder Erkenntnisse zu untermauern, zog ich ergänzend die Daten des Geburtenbuches eines Wiener Gemeindespitals zu Rate. Das Hauptgewicht des Materials liegt allerdings eindeutig auf den Interviews. Mir war es wichtig, nicht in das Abstrakte und die Anonymität von Zahlen abzugleiten. Die Frauen, um die es letztendlich gehen muss, sollen im Mittelpunkt stehen. Ihre Ängste, Sorgen, Gedanken, Überlegungen oder Wünsche wollte ich zum Ausdruck bringen. Es war mir ein großes Anliegen, meine Interviewpartnerinnen aus der Anonymität herauszuholen und ihre individuellen Persönlichkeiten darzustellen.

In einer Geburtshilfe, in der es in einem so übertriebenen Maße um die medizinische Komponente geht, geschieht dies auf Kosten der Individualität der Frauen.

Ich habe in meiner Arbeit bewusst auf die heute übliche Schreibweise, was z.B. ÄrztInnen, ExpertInnen u.s.w. betrifft, verzichtet.

Medizinische Ausdrücke werden im Kapitel „Begriffserklärung“ erläutert.

2. Methodik

Für die Beantwortung der zentralen Fragestellungen habe ich in meiner Arbeit primär eine qualitative Methode der empirischen Sozialforschung gewählt. Ich führte fünf teilstrukturierte Interviews und ein Experteninterview durch.

Ergänzend wurde eine quantitative Methode verwendet. Ich zog das Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals als Quelle heran.

Die mit Hilfe der quantitativen Methode gewonnenen Daten sollen eine gegenwärtige Momentaufnahme der Situation skizzieren und meine Theorien bzw. die Aussagen meiner Interviewpartnerinnen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse untermauern.

2.1 Qualitative Methoden

In den 1980er Jahren führte in den Sozialwissenschaften das Verlangen nach mehr Lebensnähe und nach einer Fokussierung auf die Alltagskultur, auf das erlebende Individuum in seinem gesellschaftlichen Gefüge, sowie die Erkenntnis, dass die *„Relevanzfrage nicht durch Zahlen auszudrücken ist“*, zur *„Rückgewinnung der ethnographischen Dimension“* (Jeggle zit. in: Schmidt-Lauber 2001: 171). Die qualitativen, weichen Forschungsmethoden erhielten eine Schlüsselstellung, die sie noch heute einnehmen. Methodische Verfahren mit besonderer Nähe zu den Forschungssubjekten sind gefragt. Die Stärken qualitativer Forschungsansätze liegen in der Nähe zum Gegenstand und der Ermittlung subjektiver Lebensentwürfe, Deutungs- und Handlungsmuster. *„Sie arbeiten situativ (das Thema im Raum und innerhalb sozialer Beziehungen verortend), kontextuell (multiperspektivisch) sowie prozessual (es in der Zeit situierend). Ihre Methoden sind Systematisierungen von Alltagstechniken wie zum Beispiel Beobachtung und Gesprächsführung“* (König zit. in: Schmidt-Lauber 2001: 169).

Die zentrale Bedeutung von qualitativen Methoden ist es, wesentliche und typische Zusammenhänge in den Vordergrund der Untersuchung zu stellen. Man darf nicht vergessen, dass es sich hier um eine ethnologische Arbeit handelt, wo immer der Mensch und seine Lebensumstände im Mittelpunkt stehen. Die interviewten Personen sollen ihre Individualität behalten und nicht zugunsten einer Unmenge an trockenen Zahlen als Individuum selbst verschwinden. Es ist mir bewusst, dass fünf Interviews als Grundlage für eine Diplomarbeit eine geringe Zahl darstellen und absolut nicht als repräsentativ gelten können. Für mich waren die einzelnen Frauen mit ihren Vorstellungen, Wünschen und Ängsten von zentraler Bedeutung. Ich wollte aus der großen Masse der Gebärenden einige wenige wählen und die Umstände, in denen sie entbunden hatten, näher beleuchten.

Siegfried Lamnek (1995: 189) schreibt über qualitative Methoden: *„Repräsentativität in dem skizzierten Sinn scheint in der qualitativen Sozialforschung bzw. in den ihr theoretischen Ansätzen nicht so bedeutsam, richtet sich doch bei ihnen das Interesse weniger auf die zahlenmäßige Verteilung bestimmter Merkmale, als auf die Erkenntnis wesentlicher und typischer Zusammenhänge, die sich an einigen wenigen Fällen aufzeigen lassen, unabhängig davon, wie häufig diese Merkmalskombination vorkommt.“*

Gemeinsamkeiten sollen festgestellt und Strukturen entdeckt werden. Eine Verteilung von Häufigkeiten und Differenzen scheint mir für das Erkenntnisinteresse, meine Arbeit betreffend, nicht relevant. Erst eine analytische Induktion erhöht die Erklärungskraft der erhobenen Daten. Damit wird der Informationsstand erheblich erweitert und die Ebene der reinen Beschreibung verlassen.

Explikation und Interpretation (Erklären, Sinn-Verstehen) stehen bei der gewählten Methode im Vordergrund. In erster Linie ist das „wie“ bzw. „wozu“, nicht das „warum“ von Interesse.

Der qualitative Forschungsprozess macht es erst möglich, den Bezugsrahmen zu entwickeln, d.h. in erster Linie eine Hypothesenentwicklung. Lamnek (1995: 225) schreibt dazu, dass Hypothesenentwicklung aus dem sozialen Feld entsteht. Daraus ergibt sich, dass die Hypothesenentdeckung induktiv ist und sich von den Beobachtungen zur Theorie entwickelt.

Durch die qualitative Methode ergibt sich eine höhere Flexibilität im Forschungsprozess, da dieser nicht standardisiert ist, wie in der quantitativen Forschung. Dies erst führt zu einer Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten. Durch diese hohe Flexibilität der Methode kann auch das Forschungsfeld breiter und tiefer ausgeleuchtet werden. Der Forschungsprozess ist somit vermittelnd, neutral, weich, Offenheit überwiegt (Lamnek 1995: 225).

2.1.1 Das Leitfadeninterview

Zur Durchführung der Befragung wurden Leitfadenterviews gewählt:

- Intention des Interviews: vermittelnd, ermittelnd
- Standardisierung: nicht standardisiert
- Struktur der zu Befragenden: Einzelinterview
- Form der Kommunikation: mündlich
- Stil der Kommunikation: weich, neutral
- Art der Fragen: offen
- Kommunikationsmedium: face-to-face

Im Gegensatz zum standardisierten Interview gibt es beim teilstrukturierten, semistrukturierten oder Leitfadeninterview keine Antwortvorgaben, und die Befragten können ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren. Die im Leitfaden vorgegebenen Fragen werden vom Interviewer nach eigenem Ermessen und nach Einschätzung des theoretischen Anliegens der jeweiligen Studie durch klärendes Nachfragen ergänzt. Somit kann man Gesichtspunkte aufgreifen, die von den Befragten, unabhängig vom Gesprächsleitfaden, in die Interviewsituation eingebracht werden, sofern diese im Fragenkontext der Untersuchung als bedeutsam erscheinen (Flick et al. 1995).

Mit fünf Frauen wurden von mir teilstrukturierte Interviews durchgeführt. Bedingt durch diese sehr geringe Anzahl an Interviewpartnerinnen können keine generalisierenden Aussagen getroffen werden. Die gewonnenen Ergebnisse bieten jedoch eine gute Basis für weitere Untersuchungen. Die Interviewpartnerinnen mussten folgende Kriterien erfüllen:

- Die Frauen sollten bei der ersten Geburt zwischen 27 und 35 Jahre alt sein.
- Die letzte Entbindung sollte zum Zeitpunkt der Befragung nicht länger als 5 Jahre zurückliegen.
- Die Frauen sollten einen möglichst hohen Bildungsstandard aufweisen
 - Matura und danach zumindest ein begonnenes Studium.

Vor dem Interview wurden die Probandinnen über den Verwendungszweck der Befragung informiert. Völlige Anonymität wurde zugesichert und die Frauen um Einverständnis gebeten, das Gespräch auf Tonband aufzeichnen zu dürfen. Die Gespräche fanden bis auf eine Ausnahme in den Wohnungen der Befragten statt.

Die Interviews wurden in drei Themenblöcke gegliedert, wobei der erste sich mit der Zeit vor der Geburt beschäftigt, der zweite mit der Geburt selbst, der dritte mit der Reflexion über die Geburt bzw. was man anderen Frauen auf Grund der eigenen Erfahrungen raten würde.

Die Interviews wurden völlig offen und in Alltagssprache geführt und sinngemäß wie folgt eingeleitet:

“Sie/du haben/ hast erfahren, dass Sie/du schwanger sind/bist. Wie haben Sie sich/hast du dich auf die Geburt vorbereitet?”

Auf welchem Weg haben Sie sich/hast du dich informiert?

Waren Sie/warst du in einem Geburtsvorbereitungskurs?

Wo und wie wollten Sie/wolltest du entbinden?

Haben Sie sich/hast du dir eine Hebamme oder einen Arzt für die Betreuung bei der Geburt ausgesucht?”

Der zweite Themenblock wurde eingeleitet mit der Frage:

“Und wie war die Geburt?”

Als Abschluss stellte ich noch die Fragen:

“Was würden Sie/würdest du bei der nächsten Geburt anders machen?”

“Was würden Sie/würdest du einer schwangeren Freundin raten?”

Theoretical Sampling

Die Interviewpartner wurden auf Grund vorhandener, in der Anfangsphase des Forschungsprozesses entstandener, theoretischer Vorstellungen ausgewählt. Für die vorliegende Arbeit wurden, wie bereits erwähnt, bewusst Frauen mit einem gewissen Bildungsniveau und in einem bestimmten Alter interviewt.

Siegfried Lamnek (1995: 239) meint, dass: *„Qualitative Forschung eine eher gezielte Auswahl bevorzugt...Das theoretical sampling setzt voraus, dass der Forscher weiß, worauf er seine Aufmerksamkeit zu richten hat. Danach wählt er seine ‘Versuchspersonen’ aus. Er sucht sich insoweit ‘repräsentative’ Fälle heraus, als diese geeignet erscheinen, seine Forschungsfrage zu beantworten.“*

Ich gehe davon aus, dass die von mir befragten Frauen dazu bereit sind, sich Informationen gezielt zu beschaffen, sowie diese Informationen zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen. Eigene Vorstellungen werden formuliert und deren Umsetzung entsprechend gefordert. Resultierend aus bereits gewonnener Lebenserfahrung kann auch ein gewisses Maß an ausgeprägtem Selbstbewusstsein angenommen werden. Ich nehme an, dass ausreichende Information, gezielte Vorstellungen und die Bereitschaft und das Selbstbewusstsein, diese bei der Geburt auch zu artikulieren und in einem vernünftigen Maß durchzusetzen, Grundvoraussetzung dafür sind, dass Frauen eigenverantwortlich und selbstbestimmt gebären.

Ganz junge Frauen oder Frauen mit einem geringen Bildungsniveau werden diese Parameter eher nicht erfüllen. Rosemarie Wetscher (2001: 27) meint: *„Die Dreißigerinnen sind gut vorbereitet, genau informiert und wissen exakt, was sie bei der Geburt wollen. Traum-Frauen für Hebammen, die Gebärenden ihren Willen lassen können.“*

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte nach den bereits erwähnten Kriterien, wie und wo die Frauen entbunden hatten, hat absolut keinen Einfluss. Frauen, die mittels Sectio (46) entbunden wurden, werden nicht befragt, da das Erlebnis der vaginalen Geburt für die vorliegende Arbeit von immanenter Wichtigkeit ist.

Motivation der Interviewpartnerinnen

Für mündliche Interviews ist in Abhängigkeit von der Thematik des Interviews mit einer Verweigerungsrate von 7 bis 14% zu rechnen (Esser 1974).

Die von mir auf ein mögliches Interview angesprochenen Frauen zeigten sich ausnahmslos interessiert und waren sofort bereit, mir zur Verfügung zu stehen. Mag sein, dass über das Thema "Schwangerschaft und Geburt" gerade von Frauen, die in den letzten Jahren entbunden haben, gerne gesprochen wird. Mag sein, dass die Interviewpartnerinnen in mir eine "Expertin" sahen, die als Physiotherapeutin und dreifache Mutter selbst viel zu diesem Thema zu sagen hat, oder auch eine "Verbündete" mit den gleichen Ängsten, Sorgen und Problemen wie sie selbst hatten und haben. Auf der anderen Seite war ich nicht gezwungen „Passantinnen auf der Straße“ anzusprechen. Ich wurde sozusagen durch Bekannte "vermittelt", was natürlich auch zu einer höheren Bereitschaft führen kann, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen.

2.1.2 Das Experteninterview

Das Experteninterview ist eine spezielle Form des Leitfadeninterviews. Anders als bei einem biografischen Interview interessiert der Befragte dabei weniger als „Person“, als viel mehr in seiner Eigenschaft als Experte für ein bestimmtes Handlungsfeld. Er wird nicht als Einzelfall, sondern als Repräsentant einer ganzen Gruppe in die Untersuchung einbezogen. Die Bandbreite der potentiell relevanten Informationen, die der Befragte geben soll, ist deutlich mehr eingeschränkt, als bei anderen Interviews. Dem Leitfaden kommt hier eine noch stärkere Steuerungsfunktion im Hinblick auf den Ausschluss unergiebigere Themen zu.

Uwe Flick (1995: 109) sieht als eine Bedingung für einen erfolgreichen Interviewverlauf, dass der Interviewer während der Befragung verdeutlicht, dass auch er mit der Thematik vertraut ist. Die Auswertung eines Experteninterviews richtet sich vor allem auf Analyse und Vergleich der Inhalte des Expertenwissens.

Die von mir befragte Hebamme arbeitet seit 28 Jahren auf dem Gebiet der Geburtshilfe. Ich kenne sie persönlich und sie war sofort bereit, mir für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Ich informierte sie über den Verwendungszweck der Befragung. Völlige Anonymität wurde ihr zugesichert, und ich versicherte ihr, keine erwähnten Namen zu nennen. Ich durfte das Gespräch auf Tonband aufnehmen. Das Gespräch fand in einer ruhigen, gemütlichen Atmosphäre in einem Kreißsaal statt, es wurde völlig offen und in Alltagssprache geführt.

2.1.3 Zur Datenauswertung

Quantitative Ergebnisse lassen sich in Form von Verteilungen, Tabellen, Kennwerten u.s.w. prägnant darstellen. Ergebnisse qualitativer Forschung lassen sich häufig nicht ähnlich prägnant präsentieren. Zentral geht es bei der Darstellung um das Problem der Vermittlung von Interpretations- und Verallgemeinerungsprozessen.

Aus jeder Forschungsmethode können spezifische Probleme für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse erwachsen. Bei der qualitativen Sozialforschung kann man in der Erhebungsphase durch die angestrebte Offenheit für Einflüsse aus dem empirischen Feld und durch die detaillierte Aufzeichnung der Interviews positive Effekte für die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse ableiten (Lamnek 1995).

Zur Datenerhebung führte ich, wie bereits erwähnt, fünf Interviews, die ich nach Absprache mit den Interviewpartnerinnen auf Tonband aufnahm. Zur Vorbereitung der Datenauswertung wurden die Interviews abgetippt. Fragen seitens des Interviewenden wurden vermerkt. Das Gesprochene wurde wörtlich niedergeschrieben, auch Wortwiederholungen und Dialektausdrücke. Normalerweise sollen nicht nur die gesprochenen Sätze transkribiert werden. Die Regeln für die „*Behandlung nonverbaler Aspekte*“ (Lamnek 1995: 108) des Gesprächs für kürzere und längere Pausen, Lachen, Räuspern, Unterbrechungen und ähnliches müssten ausgearbeitet werden. Diese Elemente könnten für die Interpretation von erheblicher Bedeutung sein (Lamnek 1995).

Beim Transkribieren des ersten Interviews hielt ich mich an diese Regel, befand sie allerdings in dem hier vorliegenden Fall für nicht relevant und unterließ folglich die Zusatzbemerkungen.

Zunächst entfernte ich Nebensächlichkeiten aus den einzelnen Abschriften, die mir bezüglich des Erkenntnisinteresses als relevant erscheinenden Passagen wurden hervorgehoben. Um das Typische anschaulich zu machen, fasste ich die unterschiedlichen Aussagen meiner Interviewpartnerinnen zu den jeweiligen Themen zusammen. Das heißt, man versucht: „*Aus der Fülle des Materials bestimmte inhaltlich interessierende Aspekte herauszufiltern; man könnte dies mit ´inhaltlich-reduktiver Vorgangsweise´ beschreiben*“ (Lamnek 1995: 123).

Um das Typische bzw. die typischen Regeln anschaulich und beweisbar zu machen, zitiert der Forscher die entsprechenden Abschnitte aus den transkribierten Interviews. Selbstverständlich nur diese, von denen er meint, dass sie das Typische des entsprechenden Themas ansprechen. Es wird allerdings nicht hinreichend deutlich, wie der Untersuchende mit Ausschnitten umgegangen ist, von denen er meint, sie seien für das Typische nicht so anschaulich, weichen ab oder stehen im Widerspruch (Flick 1991).

Um über die Vielfalt an Informationen einen Überblick zu schaffen, wurden die einzelnen Textstellen, wie bereits erwähnt, thematisch gegliedert. Für die von den Befragten angesprochenen Themen wurden Oberbegriffe gefunden und in chronologischer Reihenfolge angeführt.

Gemeinsamkeiten wurden gesucht, die in allen oder einigen Interviews auftraten. Dies kann ein erster Schritt für eine „*typisierende Generalisierung*“ (Lamnek 1995: 109) sein.

Darstellungen, in denen zuerst der „*Fall als Fall*“ (Flick 1991: 169) behandelt wird, verdeutlichen den Prozess seiner Interpretation. Erst im zweiten Schritt wird der verallgemeinernde Vergleich der Fälle dargestellt. Dies erlaubt die Verortung der „*illustrativen Zitate*“ (Flick 1991: 169) mit denen die gefundene Typik plausibilisiert wird.

Die Unterschiede zwischen den Interviews dürfen nicht negiert werden. Es kommt darauf an „*keine artifizielle Homogenität*“ entstehen zu lassen, sondern die „*inhaltlichen...Differenzen der Interviews herauszuarbeiten*“ (Lamnek 1995: 109). Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben möglicherweise Grundtendenzen, die für einige oder alle Befragten typisch erscheinen.

Zusatzinformationen können einerseits für die Auswertung und Analyse relevant sein, andererseits gewährleisten sie teilweise einen authentischen Nachvollzug (Lamnek 1995). So versuche ich aus einer unpersönlichen, anonymen Frau A, B, C u.s.w. einen individuellen Menschen darzustellen. Dies gelingt, wenn wir etwas über seine Vorstellungen, Ängste, Wünsche und Erwartungen erfahren.

Die Auswertung ist eher kritisch zu beleuchten, da hier eine Deutung oder Interpretation der vorhandenen Texte geschieht, die durch die persönliche Deutungskompetenz des Forschers und durch seine Eindrücke von den jeweiligen Interviews beeinflusst werden (Lamnek 1995).

Brigitta Schmidt-Lauber (2001: 172) meint, dass das qualitative Interview Deutungen, Meinungen, und subjektive Aussagen zutage fördern vermag. Es kann jedoch nicht als Quelle realen Verhaltens im Alltag dienen, sondern es lässt erkennen, wie die befragten Personen gesehen werden möchten oder sich selbst sehen.

Im Zuge der anschließenden Zusammenfassung und Diskussion versuche ich, die aus den Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse sowohl mit den theoretischen Aspekten meiner Arbeit, als auch mit diversen Literaturstellen miteinander in Beziehung zu setzen.

2.2 Quantitative Methoden

2.2.1 Nonreaktive Verfahren

Nonreaktive Verfahren sind dadurch gekennzeichnet, dass Forscher und Betroffene nicht in Kontakt miteinander treten. Der Forscher beeinflusst weder das Verhalten anderer, noch reagieren die anderen auf ihn. Jürgen Friedrichs (1990: 309) betont die Bedeutung dieser Verfahren für die empirische Sozialforschung. Er beruft sich hierbei auf das Buch „*Unobtrusive Measures*“ von Webb et al. Die Möglichkeit, die Methode der Befragung durch andere Methoden oder Messverfahren zu erweitern, wird als positiv hervorgehoben: *„Der Grundgedanke der Verfahren und gleichermaßen ihre Voraussetzung ist, daß Einzelne und Kollektive in ihrem Verhalten Raum oder Flächen nutzen, Spuren hinterlassen, Dokumente verfassen, Schilder und Zeichen aufstellen, die zu Rückschlüssen über ihr Verhalten dienen können, also Indikatoren sozialer Prozesse sind“* (Friedrichs 1990: 310).

Als nonreaktive Messverfahren versteht man physische Spuren wie z.B. abgetretene Fußbodenplatten in einem Museum als Indikator der Besucherwege; Schilder oder Wegweiser wie z.B. die Regelung des Verhaltens durch Warnschilder wie ein Kinderspiel-Verbot in Siedlungen als Ausdruck der Kinderfeindlichkeit; Archive oder Verzeichnisse wie z.B. Adoptionsstatistiken, um festzustellen, ob es eine schichtenspezifische Bevorzugung von Mädchen oder Buben gibt; Verkaufsstatistiken von z.B. Büchern oder CDs vor und nach der Werbung in Radio und Fernsehen; Einzeldokumente wie Inhaltsangaben von Tagebüchern, oder Beobachtung von z.B. der Kleidung von Personen verschiedener Berufsgruppen als Indikator der Berufsgruppe oder des sozialen Status (Friedrichs 1990: 309-311).

Meine Arbeit stützt sich hauptsächlich auf die von mir geführten Interviews. Es ist mir bewusst, dass die Anzahl der von mir befragten Frauen sehr gering ist. Ich wollte bewusst keine Normen ableiten, die Individualität der jeweiligen Person sollte im Mittelpunkt stehen. Andererseits war es mir ein Bedürfnis die momentane Situation in Wien zu skizzieren. Aus diesem Grund erhob ich ausgewählte Daten aus dem Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals.

2.2.2 Gewonnene Daten aus einem Geburtenbuch

Dankenswerterweise wurde mir das Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals zur Verfügung gestellt. Hier findet man folgende Daten:

- Name, Adresse, Religionszugehörigkeit und den Beruf der Gebärenden
- Blutgruppe der Mutter
- Ist die Mutter eine Erst- oder Mehrgebärende
- Zeitpunkt der Geburt
- Geschlecht, Größe und Gewicht des Kindes, sowie Kopf- und Schulterumfang
- Handelt es sich um eine Einlings- oder Mehrlingsgeburt
- Apgar-Score (7) des Neugeborenen
- Gewicht der Plazenta und wie lange sie post partum (40) ausgestoßen wurde
- Name der Hebamme und des Arztes
- In welcher Gebärposition wurde entbunden
- Operative Eingriffe während der Geburt
- Besondere Vorkommnisse während der Geburt

2.3 Zentrale Fragestellungen

In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit der Frage, wie Frauen in Wien im beginnenden 21. Jahrhundert entbinden.

Ab den 1970er Jahren kam es zum Umdenken, was die gängige Gebärpraxis betraf. Männer durften ihre Frauen zur Entbindung begleiten, die Kreißsäle wurden freundlicher gestaltet, man versuchte eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Rooming-in (45) wurde eingeführt, um das Bonding (9) zwischen Mutter und Kind zu verstärken. Gebären Jahre zuvor alle Frauen passiv in Rückenlage, so versuchte man alternative Gebärpositionen zu forcieren.

Auf der anderen Seite wurden Schwangerschaft und Geburt im Lauf der Jahre immer mehr medikalisiert und pathologisiert (vgl. Kap. 3.1.1.). Dieser Trend hält weiter an und gipfelt letztendlich in fragwürdigen Praktiken wie der Wunschsectio (56) (vgl. Kap. 3.1.6.).

Seitens der Geburtsmedizin, aber auch natürlich bei den Eltern wächst bei sinkenden Geburtenraten in den fortgeschrittenen Industrieländern die Sorge um den zahlenmäßig geringeren Nachwuchs und damit das Bedürfnis nach einem erfolgreichen Geburtsabschluss. Auf der einen Seite fordert die Geburtsmedizin eine immer größere Sicherheit von Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt. Auf der anderen Seite besteht das Verlangen vieler Frauen nach einer natürlichen Geburt mit möglichst wenig „medizinischen“ Interventionen.

Die soziale Stellung der Frau und damit ihr Bildungsstandard haben sich in den letzten Jahrzehnten ständig verbessert. Ein neues Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein schaffen ein anderes Verhältnis zur Geburt. Viele Frauen wollen die Geburten ihrer Kinder bewusst erleben, sie wollen ihre Verhaltensweisen während der Entbindungen aus eigener Selbstverantwortung und eigener Kraft bestimmen. Nicht passiv entbunden zu werden, sondern aktiv zu entbinden, ist ihr Wunsch. Daraus resultierend stellt sich die Frage, wie sich in der „Praxis“ diese Diskrepanz zwischen der Medikalisierung der Geburtshilfe und den Bedürfnissen der Frauen darstellt.

Der Wunsch aktiv und selbstbewusst zu entbinden steht in engem Zusammenhang mit den gewählten Gebärpositionen. Eine vertikale Position bringt die Frau auf die gleiche Augenhöhe mit den sie unterstützenden Personen, sie ist mit allem, was um sie herum geschieht, in Kontakt: *„Die liegende Haltung isoliert sie, während sie beim Sitzen dazugehört“* (Unterasinger 2000: 64). Mit der liegenden Position verbinden die Gebärenden häufig ein Gefühl der Passivität und Hilflosigkeit, sie entbinden nicht, sie werden entbunden.

Jedem, der in der Geburtshilfe tätig ist, oder sich mit diesem Thema beschäftigt, müsste wohl klar sein, dass die Entbindung in Rückenlage mit all ihren bekannten Nachteilen nicht die Position der Wahl sein kann und darf. So gesehen ist es unvorstellbar, dass die Rate der Geburten, die in Rückenlage beendet werden, dermaßen hoch ist. Eva-Maria Chronsz, eine vortragende Hebamme aus Deutschland, sprach bei der 15. Tagung der Österreichischen Kontinenzgesellschaft 2005 in Klagenfurt sogar von Raten in Deutschland bis zu 95%.

Auf der Suche nach dem „Warum?“ stieß ich auf ein Zitat Unterasingers (2000: 6): *„Aufgrund meiner persönlichen Anwesenheit bei Geburten, stellt sich mir die Frage, warum immer noch so viele Frauen in der Rückenlage gebären. Fehlt es an Informationen? Werden in den Geburtsvorbereitungskursen zu wenig unterschiedliche Geburtspositionen angeboten? Haben Frauen verlernt, auf die Signale des Körpers zu hören und instinktiv die angenehmste Position zu wählen.“*

Die zentrale These meiner Arbeit basiert auf der Überlegung, dass gebildete Frauen, die sich optimal auf die Geburt vorbereiten, selbstbestimmte, aktive Gebärende sind.

Unter „optimal vorbereitet“ verstehe ich, dass die Frauen alle ihnen zur Verfügung stehenden Informationsquellen ausschöpfen, seien das Gespräche mit erfahrenen Frauen, das Lesen einschlägiger Literatur, der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses oder die Konsultation von Gynäkologen sowie Hebammen.

Letztlich geht es um die Frage, was man in unserer heutigen Geburtshilfe verändern muss, damit sich die Frauen wieder aktiv an der Geburt ihrer Kinder beteiligen und somit zu einem für sie positiven Geburtserlebnis gelangen.

3. Auf dem Weg zur modernen Geburtshilfe

3.1 Die Geburt aus medizinischer Sicht

Erst im 19. Jahrhundert konstituierte sich die Gynäkologie, die bis dahin teils chirurgisch, teils internmedizinisch, teils geburtshilflich gewesen war, zu einem eigenständigen Fach. Von medizinhistorischer Seite aus wird die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts gerne als "goldenes Zeitalter" gesehen, resultierend aus medizinischen Fortschritten wie Asepsis (8) und Antisepsis (6), das Einführen von Äther und Chloroform zur Schmerzlinderung, der Anästhesie bei Operationen oder der Verwendung diagnostischer Instrumente wie Uterussonde (53) oder Spekulum (49) (Hämmerle 1986).

Diese Fortschritte kamen Müttern und Kindern zweifelsohne sehr zugute, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit konnte eklatant gesenkt werden. Doch statt die neuen Erkenntnisse den Hebammen in vollem Umfang zugänglich zu machen, wurden sie, besonders mit der nun geforderten Sterilität und Hygiene, als Argumente gegen die Hebammen und deren Geburtshilfe verwendet (Reiter 1994: 23).

Neben der institutionalisierten Geburtshilfe existierten traditionell und naturheilkundlich ausgerichtete „Geburts-„ und „Schutzsysteme“ (Kuntner in: Domenig 2001) vor allem in den ländlichen Bereichen bis in die 1930er Jahre in der Hausgeburtshilfe durch Hebammen. Diese Geburtssysteme unterschieden sich im Ansatz kaum von der noch vorhandenen traditionellen Geburtshilfe in nicht- oder halbindustrialisierten Gesellschaften in den sogenannten Entwicklungsländern.

Zum Schutz von Mutter und Kind existieren unterschiedliche Vorschriften, die während Schwangerschaft und Geburt strikt eingehalten werden müssen. Dieser Schutz beinhaltet sowohl physiologische als auch spirituelle Komponenten (Domenig 2001).

Durch eine stetige Veränderung der häuslichen Verhältnisse, was die Unterstützung der Frauen während Geburt und Wochenbett durch Verwandte und Nachbarinnen betraf, einerseits und durch ein gesteigertes Sicherheitsbedürfnis andererseits, verlagerten sich in den 1950er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Geburten von zu Hause in Richtung Krankenhaus. Die moderne Geburtsmedizin versprach größere Sicherheit für Mutter und Kind, Verringerung oder gar das Ausschalten von Schmerzen. Sie sicherte ebenfalls die Versorgung für einige Tage nach der Geburt und befriedigte nicht zuletzt ein überbetontes Verlangen nach Hygiene. Die Gebärenden wurden mit Schmerzmitteln ruhiggestellt, mittels Durchtrittsnarkose erlebten sie die Geburt oft gar nicht mit. Die Mütter sahen ihre Kinder nach der Geburt kaum nackt, da diese gleich versorgt wurden. Die Lehrmeinung verbot ein Anlegen des Säuglings innerhalb der ersten 24 Stunden.

Die Gebärende war nicht alleine, doch die Personen, die sie umgaben, waren Fremde. Familienmitgliedern oder Partnern war der Zutritt zum Kreißaal verwehrt. Väter konnten erst zu Hause ihre Kinder in aller Ruhe sehen und körperlichen Kontakt aufnehmen.

Dass die Art des Geburtserlebnisses und der Empfang des Neugeborenen von zentraler Bedeutung sind und sich nachhaltig auf den Beginn des Zusammenlebens in der Familie auswirken, übersah man. Emotionale Aspekte wurden den medizinischen völlig untergeordnet, die Kinder wurden getrennt von ihren Müttern untergebracht und nur alle vier Stunden zum Stillen gebracht (Reiter 1994: 28).

In den 1970er Jahren wurde die Technisierung von Schwangerschaft und Geburt verstärkt. Ultraschall, Kardiotokograph (22), Fruchtwasserpunktion und -spiegelung wurden eingeführt und weiterentwickelt, die programmierte Geburt sowie umfangreiche medikamentöse Durchtrittserleichterungen propagiert (Baum-Sonnenschmidt 1986: 17).

Von seiner Ausbildung geprägt galt für das Klinikpersonal jede Geburt als eine riskante Situation, in die eingegriffen werden musste. Häufig führte es dazu, dass mit dem ersten Eingriff in Folge zusätzlich ein oder mehrere weitere nötig wurden und somit Geburtskomplikationen provoziert wurden. Statt den natürlichen Kräften und Fähigkeiten von Mutter und Kind zu vertrauen und sie zu unterstützen, plädierten die Ärzte für eine noch intensivere Überwachung. Obwohl der Großteil der Geburten komplikationslos verläuft, gab es in den Krankenhäusern lange beinahe keine "normale" Geburt mehr, das Vertrauen in die körperlichen Fähigkeiten der Frau fehlte (Achter 1993).

Vorübergehend schien eine psychologische oder gar psychosomatische Geburtsvorbereitung überflüssig.

Ruth Baum-Sonnenschmidt (1986: 17) schreibt: *„Die zu geringe Beachtung des seelischen und körperlichen Befindens der Gebärenden, die im Gefühl der Herabwürdigung zum Gebär-Objekt gipfelt, erzeugte heftige Gegenreaktionen - nicht nur aus den Reihen der Frauenbewegung.“*

Das Aufbegehren vieler Frauen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte und nicht zuletzt Ethnologinnen und Ethnologen gegen die traditionelle Praxis der medizinischen Geburtshilfe und die daraus resultierenden Gegenströmungen haben auch für die Geburt im Krankenhaus eine Reihe von Änderungen bewirkt. Die Gebärende rückte in den Mittelpunkt. Erstmals wurde auch nach Bedingungen für bestimmte Verhaltensweisen von Frauen während der Geburt gefragt, die nicht nur rein medizinisch-technisch waren. Auch die Psyche der Gebärenden, deren sozialer Hintergrund und der Einfluss der Geburtsumgebung waren dabei Thema (Prinz 1995: 263).

Einer der Pioniere für die Veränderung der Gebärpraxis war der französische Frauenarzt Frédéric Leboyer, der den Begriff "Sanfte Geburt" prägte und schon in den 1960er Jahren eine humanere, gewaltlosere Geburt forderte. Er stellte gängige Praktiken in Frage, wobei das Kind im Zentrum seines Interesses stand. Es solle in gedämpfter, ruhiger Atmosphäre empfangen, nicht gleich abgenabelt und der Mutter auf den Bauch gelegt werden. Danach empfahl er ein warmes Bad, da das dem Kind vertraute Milieu den Übergang erleichtern würde.

In Wien wurde 1978 von einer Gruppe, die die Über-Technisierung und mütter- und kinderfeindlichen Zustände in den Spitälern nicht mehr hinnehmen wollte, der "Arbeitskreis Sanfte Geburt" gegründet. Aus der Gruppe entstand 1983 die "Beratungsstelle für natürliche Geburt".

Gefordert wurden die natürliche und gewaltlose Geburt, eine persönliche Atmosphäre im Geburtszimmer, die Förderung der ambulanten Geburt, Besuchserlaubnis für Geschwister in den Spitälern, das Rooming-in (45) und die Erlaubnis der Anwesenheit der Mutter bei den ärztlichen Untersuchungen des Neugeborenen (Reiter 1994: 42).

Obwohl all diese Forderungen im Lauf der Zeit durchgesetzt wurden, veränderte sich die schulmedizinisch orientierte Praxis der Geburtshilfe nur wenig. Reiter (1994: 30) beschreibt das übliche Prozedere während einer Geburt in den beginnenden 1990er Jahren: *„Nach Eintritt in das Krankenhaus und Erledigung der Formalitäten mußte die wehende Frau folgende Prozeduren über sich ergehen lassen...Sie wird körperlich durch eine Rasur der Schamhaare, wegen ihrer feindlichen Bakterien, und durch einen Einlauf für die Geburt präpariert. Sie darf wegen einer etwaigen Narkose, falls ein Kaiserschnitt notwendig wird, nichts essen und trinken. Sie wird an diverse technische Geräte angeschlossen und mittels Herztonwehenschreiber dauerüberwacht, was eine liegende Position erfordert. Sie bekommt eine Kanüle in den Arm gesetzt, für den Fall, daß eine Infusion angehängt werden muß.“*

Im Laufe der 1990er Jahre gab es einen starken Trend in Richtung „natürliche“ Geburt. Die Aromatherapie hielt Einzug in den Kreißsälen, man versuchte verstärkt alternative Schmerzmethode einzusetzen, die Frauen wurden von den Hebammen dazu motiviert während der Geburt aktiv zu bleiben, ihre Kinder in einer vertikalen Position zu gebären. Die begleitenden Männer wurden stärker miteinbezogen, ihnen überließ man es die Nabelschnur zu durchtrennen, sie halfen bei der Erstversorgung der Neugeborenen.

Um die Jahrtausendwende schlug die Geburtshilfe allerdings eine neue Richtung ein. Im zentralen Blickpunkt stand der Schmerz, eine nahezu schmerzlose Geburt wurde propagiert. Im selben Maß wie die Analgetikagabe (3) stieg, sank die Rate der aktiv Gebärenden (Reiter 1994).

Die Entwicklung gipfelte in der termingerecht geplanten Wunschsectio (56). Die Kaiserschnitttrate stieg kontinuierlich, und dieser Trend hält weiter an.

Liselotte Kuntner (2000) betont, dass die Wichtigkeit und Notwendigkeit der modernen medizinischen Technik bei jeglichem Auftreten von Geburtspathologien außer Zweifel steht. Die Geburt selbst wird allerdings als medizinisches Ereignis begriffen, woraus resultiert, dass infolge unterschiedlichster Interventionen der Geburtsablauf irritiert wird. Das physiologische Gebärvverhalten der Frau wird nicht gefördert, sondern beeinträchtigt.

Christine Binder-Fritz (2003: 99) weist darauf hin, dass Gynäkologie und Geburtshilfe nur zu gerne übersehen, dass Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wechseljahre und Menopause nicht nur physiologische Vorgänge im Körper einer Frau darstellen, man kann sie nicht nur aus dem naturwissenschaftlichen Blickwinkel betrachten. Diese genannten biologischen Phänomene beeinflussen das Leben jeder Frau, deren Partner und Familienangehörige, d.h. sie sind von großer individueller und soziokultureller Bedeutung. Vorstellungen und Verhaltensweisen, die mit den unterschiedlichen Rollenerwartungen im jeweiligen Lebenszyklus einer Frau verbunden sind, sind integraler Bestandteil von Sozialorganisation, ideologischem und medizinischem Weltbild sowie Geschlechterverhältnissen.

3.1.1 Schwangerschaft und Geburt als normierte Ereignisse, die einer peniblen medizinischen Überwachung bedürfen

Brigitte Jordan (1995: 27), eine Pionierin zur ethnologischen Geburtsforschung, spricht von „Geburtssystemen“. Aus dem Bewusstsein heraus, dass die Geburt mit gewissen Gefahren verbunden ist, vollzieht sie sich auf der ganzen Welt nach bestimmten Regeln. Diese Regeln zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind verknüpft mit der jeweiligen Weltanschauung der Menschen, mit ihrer Geschichte, Ökologie, den sozialen Beziehungen, der technologischen Entwicklung, mit Vorstellungen über das Übernatürliche, den Rollen von Männern und Frauen.

In biomedizinisch orientierten Gesellschaften wird diese Gefahr ausschließlich als eine körperliche Bedrohung für Mutter und Kind wahrgenommen. Ein ganzes Arsenal an Interventionsmethoden, das mit der pathologischen Seite des Geburtsprozesses fertig werden soll, ist daraus entstanden (Reiter 1994). Schwangerschaft und Geburt werden heute naturwissenschaftlich erklärt, verobjektiviert und auf genetische, physiologische, hormonelle und anatomische Abläufe und Zusammenhänge reduziert. Aus rein objektiven Fakten lässt sich eine Norm ableiten bzw. welche Abweichungen noch tolerabel sind und ab wann man eingreifen "muss". Die Geburt wird in Phasen (Eröffnungs-, Übergangs- und Austreibungsphase) eingeteilt, wobei in jeder Phase in einem bestimmten Zeitfenster ein ganz bestimmter Fortschritt erwartet wird. All diese Messungen orientieren sich nicht an der Individualität der einzelnen Frau und an deren Eigenheiten und Vorstellungen, sondern an einem medizinisch ausgearbeiteten Konzept von Norm und Risiko.

Bereits in der Schwangerenvorsorge wird den Frauen verdeutlicht, dass sie sich als Patientin überwachungsbedürftig fühlen müssen. Die Schwangerschaft kann gar nicht als Gesundheitszustand, die Geburt nicht als natürlich und selbst bewältigbar empfunden werden.

Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes in Österreich 1974 wurde es für schwangere Frauen selbstverständlich, regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen vom Arzt durchführen zu lassen. Auch auf dem Land gingen die Frauen nicht mehr zu ihrer Hebamme, sondern zum Mediziner. Häufig wurden Risiken oder Komplikationen festgestellt, die eine Klinikgeburt aus Gründen der Sicherheit unabdingbar machten (Reiter 1994).

Marianne Rodenstein (1984: 130) sieht den Preis, den die Frauen für die Sicherheit durch die moderne Medizin zahlen, in der zunehmenden Entfremdung vom eigenen Körper: *„Schwangerschaft und Geburt werden durch die Brille der modernen Medizin erlebt. Die Unterwerfung unter die Körpertechnologien im medizinischen Bereich verhindert das risikoreichere Ausleben der eigenen Körpererfahrung und erzeugt vermutlich zahllose körperbezogene Ängste, weil das Gefühl der Kontrolle über den eigenen Körper kaum noch gelebt werden kann. Auf diese Weise verstärkt sich Hilflosigkeit auf einem Gebiet, aus dem Frauen ganz wesentlich ihr Selbstbewußtsein geschöpft haben.“*

3.1.2 Mögliche Geburtsorte und -arten

In Österreich ist die stationäre Geburt, also die Geburt selbst und ein paar Tage Aufenthalt im Krankenhaus die Norm - ca. 98% der Geburten finden in Spitälern statt. Beklagt Reiter (1994: 53) noch, dass den Frauen aus mangelnder Information andere Modelle, wie die ambulante Geburt oder die Hausgeburt nicht zugänglich waren, so glaube ich persönlich, dass heute nicht mehr Unkenntnis oder Uninformiertheit vorherrschen, sondern eher die Überzeugung, dass die Krankenhausgeburt die sicherste Art zu entbinden darstellt. Alternativen werden nicht, oder nur sehr selten in Erwägung gezogen.

Christine Biró (2001: 16) meint, dass von der medizinischen Seite gesehen eine derart hohe Rate an Krankenhausgeburten absolut nicht nötig wäre: *„Weit über die Hälfte aller Geburten in Deutschland verlaufen ohne jegliche Komplikation. Die Kaiserschnitt-Rate liegt bei 20%. Bei etwa 8-10% aller Geburten gibt es nur minimale Schwierigkeiten. Nötig wäre die Klinikgeburt in den meisten Fällen also nicht. Dennoch kommen derzeit noch immer 97% aller Kinder in der Klinik zur Welt.“*

Die Geburt im Krankenhaus

Die permanente Verfügbarkeit medizinischen Personals sowie medizinischer Geräte bis hin zum jederzeit möglichen operativen Eingriff beim Auftreten von Komplikationen sind die Vorteile einer Entbindung im Krankenhaus. Viele Frauen fühlen sich im Spital, umgeben von fachlich geschultem Personal und einer guten medizinischen Einrichtung sicher und lassen sich gerne im Wochenbett noch ein bisschen verwöhnen.

Die ambulante Geburt im Krankenhaus

Bei dieser Variante verlässt die Frau wenige Stunden nach der Entbindung die Klinik. Es gibt gute Argumente, die dafür sprechen die Zeit des Wochenbettes in den eigenen vier Wänden zu verbringen, wie z. B. die intensive Betreuung von nur einer Hebamme des eigenen Vertrauens. Eine ruhige, ungestörte Atmosphäre beeinflusst die erste sensible Phase des Kennenlernens und somit auch den oft von Problemen begleiteten Stillbeginn sicherlich positiv.

Viele Frauen fühlen sich jedoch während der Zeit des Wochenbettes im Spital besser und sicherer aufgehoben und glauben, sich dort optimaler von den Strapazen der Geburt erholen zu können.

Das Geburtshaus

Geburtshäuser bieten eine Geburt in heimeliger, ruhiger Atmosphäre, die betreuende Hebamme ist der werdenden Mutter bekannt.

Die Betreuung beschränkt sich nicht nur auf die Geburt. Auch Beratung, Vorsorge, Geburtsvorbereitungskurse, Nachsorge im Wochenbett sowie Rückbildungsgymnastik werden angeboten.

Das Geburtshaus Nussdorf, gegründet 1985, war das erste Geburtshaus Europas. Aus der Unmöglichkeit heraus, in den Spitälern und in der Schwangerenbetreuung Veränderungen zu bewirken, fanden sich Hebammen und Gynäkologen zusammen, um ein neues Modell zu entwickeln, mit dem Leitsatz: *„Frauen haben ein Recht auf Selbstbestimmung und das Respektieren ihrer Wünsche.“* Mit dem 1.1.2003 wurde das Geburtshaus Nussdorf geschlossen. Heute gibt es in Wien und Umgebung kein Geburtshaus mehr ([www.nussdorfhebammen.at/index 2.html](http://www.nussdorfhebammen.at/index%20.html)).

Die Hausgeburt

Früher war die Hausgeburt die Norm und die Klinikgeburt eine Ausnahme. Heute ist die Hausgeburtsrate nur noch in ländlichen Gebieten bestimmter Länder hoch. Beispielsweise in China beträgt die Hausgeburtsrate über 50%. In den sogenannten Industrieländern ist die Rate außerklinischer Geburten sehr niedrig, z.B. in Großbritannien 1-2%, in Australien 1%, in den USA 0,6%, in Deutschland 1,4%. Einzige europäische Ausnahme bilden die Niederlande mit 30% (David 2003).

Die Hausgeburtsrate in Österreich liegt seit Jahren um die 2% (www.hebammen.at/wiekind.html).

Bei Geburten, bei denen Komplikationen zu erwarten sind und bei Risikoschwangeren wird die Möglichkeit einer Hausgeburt von vornherein ausgeschlossen.

Eine Frau, die sich für eine Hausgeburt entschieden hat, wählt für die Geburt ihres Kindes einen Platz, der ihr absolut vertraut ist, sie befindet sich in einer ruhigen, ihr angenehmen und gewohnten Atmosphäre. Sie sucht sich die Hebamme ihres Vertrauens, die sie während der Schwangerschaft, der Geburt, aber auch im Wochenbett betreut. Dadurch ist eine individuelle Begleitung gewährleistet. Die Frau steht im Mittelpunkt, sie wird begleitet, nicht "entbunden". Ein ungestörter Geburtsverlauf, ohne medizinische Interventionen, in einer vertrauten Umgebung, in ruhiger Atmosphäre führt zu weniger Komplikationen (Reiter 1994).

Für Andrea Reiter (1994: 82) bedeutet die Hausgeburt - im Sinne von selbständig gebären - für die Frau eine besondere Selbsterfahrung zu machen, sich in einer extremen Situation zu erleben, sich selbst näher zu kommen, sich in einer spezifischen Form von Weiblichkeit zu erfahren und bestätigt zu fühlen. Die Frauen können ihre Geburt als natürliches und kreatives Ereignis empfinden, gewinnen daraus Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und Kraft.

Seitens der Ärzteschaft wird die Hausgeburt als unkalkulierbares Risiko für Mutter und Kind bezeichnet und ist auf jeden Fall abzulehnen. Für den klinisch tätigen Arzt steht die Sicherheit an vorderster Stelle. Dass die Prioritäten einiger Frauen anders gesetzt sein können, ist für ihn wohl schwer zu verstehen und zu tolerieren.

Die WHO kam 1987 zu dem Schluss, dass es keinen wissenschaftlichen Anhaltspunkt gibt, der belegt, dass eine geplante Hausgeburt für eine Frau, die eine normale Schwangerschaft hatte, gefährlicher als eine Klinikgeburt sei (Schiefenhövel, Sack 1995).

3.1.3 Der Geburtsschmerz

Die Schmerzempfindungen bei der Geburt werden durch die Kontraktionen und Gewebeverschiebungen in Uterus (51) und Cervix (10), durch den Druck des vorangehenden Kindsteiles auf die Gewebe des kleinen Beckens und durch die Dehnung des Dammes ausgelöst (Martius 1985).

Der Schmerz bei der Geburt gehört, wenn er in voller Stärke auftritt, zu den intensivsten, die ein Mensch verspüren kann. Der Geburtsschmerz ist ein wichtiger Bestandteil der Geburt. Sein Einfluss auf den Geburtsablauf ist unterschiedlich, je nachdem, wie er von der Frau erlebt wird. Die Schmerztoleranz hängt nicht unwesentlich von der Einstellung zum Schmerz ab (Neuwirth 1992).

Gisele Steffen (1995) unterscheidet zwischen zwei Grundeinstellungen:

Der Schmerz als Alarmzeichen sagt mir, dass mit meinem Körper etwas nicht stimmt. Besonders in unserem Kulturkreis sind Leid und Schmerz negativ besetzt, sie müssen vermieden werden. Da ist es nicht verwunderlich, dass bei einer Geburt möglichst alles getan wird, um den Schmerz möglichst zu eliminieren. Auf der anderen Seite ist Schmerz ein Teil unseres Lebens, unseres Selbst, und es ist nicht immer ein Gewinn, ihn mit allen Mitteln zu unterdrücken. Bei der Geburt bekommt der Schmerz einen anderen Sinn, er ist ein natürlicher Begleiter. Diese Sicht ermöglicht es der Gebärenden, sich ganz auf den Geburtsschmerz einzulassen, ihn zu durchleben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Haltung der Akzeptanz besser ist, als gegen den Schmerz zu kämpfen oder ihn durch allerlei Training beherrschen zu wollen. Durchlebter Geburtsschmerz kann in ein Glücksgefühl münden, das Außenstehende nicht nachvollziehen können. Es kann ein wichtiges Stück Selbstbestätigung für jede Frau sein, ihre Kräfte und ihr Durchhaltevermögen erfahren zu haben.

Steffen meint jedoch auch, dass es bei jeder Geburt vorkommen kann, dass die Schmerzen unerträglich werden, und dass ein gesicherter Zugang und das Wissen um die verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzerleichterung nötig sind.

Die Vorstellung von der Geburt als einem sehr schmerzhaften Ereignis ist in unserer Kultur tief verwurzelt. Eine vorurteilsfreie Wahrnehmung des physiologischen Geschehens während Wehen und Geburt ist unmöglich, schon der Begriff "Wehe" beinhaltet die Schmerzhaftigkeit. Die Intensität der Wehen, wie Sheila Kitzinger (1990: 283) schreibt: *„Kann beängstigend sein, besonders für eine nicht vorbereitete Frau oder eine Frau, die sich bemüht, daß alles auf der Ebene dessen abläuft, was sie gelernt hat und ihre Übungen so ausführt wie ein Wendemanöver in der Fahrprüfung. Deshalb reicht eine Vorbereitung, bei der es nur um die Reaktionen auf Wehen geht, nicht aus. Sie müssen sich geistig und emotional auch auf die überwältigenden Empfindungen bei der Geburtsarbeit einstellen.“*

Die Schmerzempfindung hängt also sehr von der psychischen Situation der Gebärenden ab. Je intensiver die Schmerzerwartung, umso größer wird auch die Intensität des erlebten Schmerzes sein (Neuwirth 1992).

Schmerzerleben und Schmerzlinderung in anderen Kulturen

Sheila Kitzinger (1990: 279) erzählt von zwei Mythen, die beschreiben, wie Frauen in der dritten Welt gebären: *„Einer besagt, daß die Geburt immer schlimm und gefährlich ist, daß die Frauen jedoch wegen strenger Tabus, die ihnen jede Schmerzäußerung verbieten, nicht aufschreien. Der andere Mythos lautet, daß Geburt immer völlig schmerzlos ist, daß die Frauen sich einfach auf dem Feld hinhocken, ihr Kind zur Welt bringen und dann mit ihrer Arbeit fortfahren. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich irgendwo dazwischen. In vielen Ländern der Dritten Welt haben gesunde Frauen normale Geburten, unterernährte leiden dagegen viel.“*

In den meisten Kulturen gibt es Methoden zur Schmerzlinderung, jedoch unterscheiden sich diese oft grundlegend von denen der technisierten westlichen Welt. Unter anderem werden viele Pflanzen verwendet, manche von ihnen haben narkotische oder bewusstseinsverändernde Eigenschaften. Es gibt aber auch andere Arten von Hilfsmitteln, die in unserer eigenen Kultur zum Teil in Vergessenheit geraten sind. Dazu gehören religiöse und magische Riten, Massagen, heiße und kalte Kompressen, Positionsveränderungen und die emotionale Unterstützung aller, die bei der Geburt dabei sind. Die Gebärende wird umarmt und gestreichelt, die Geburt wird gemeinsam durchlebt (Kuntner in: Domenig 2001). Die psychosomatische Wirkung all dieser Methoden ist nicht zu unterschätzen.

Die meisten dieser Maßnahmen stellen eine einfache, praktische Hilfe dar, die auf Erfahrungen beruht, die von den Frauen von einer Generation auf die nächste weitergegeben werden (Kitzinger 1990).

Schmerzbekämpfung während der Geburt

Der Schmerz ist ein zentrales Thema, wenn es um Geburt geht. Wohl alle Erstgebärenden fragen sich: „Werde ich die Schmerzen aushalten?“

Es steht außer Diskussion, dass es sich bei dem Geburtsschmerz um einen sehr intensiven, den Geburtsverlauf und das Geburtserlebnis stark beeinflussenden Faktor handelt. So ist es nicht verwunderlich, dass zahlreiche Strategien entwickelt wurden, um diesen Schmerz zu minimieren, sei es mit medikamentösen oder nichtmedikamentösen Maßnahmen.

Zu den nichtmedikamentösen Maßnahmen zählen Aromatherapie (Ätherische Öle zur Inhalation, Massage, Badewasserzusatz, Kompressen), Akupunktur (Schmerzerleichterung, Anregung der Wehen), Atemtechniken, Bach-Blüten, Berührungen, Bewegung, Entspannungstechniken, Massage, Reflexzonentherapie, Wärmeanwendungen oder Zuwendung durch den Partner oder die Hebamme. Angesichts dieses immensen Angebotes an alternativer Schmerzlinderung stellt sich die Frage, ob man nicht die gebotenen Möglichkeiten ausschöpfen sollte, bevor man zu pharmazeutischen Produkten greift.

Medikamentöse Schmerzlinderung während der Geburt kann durch Psychopharmaka, Spasmolytika (48), Analgetika (3) und deren Kombinationen erreicht werden. Diese Medikamente passieren jedoch die Plazentaschranke (37): *„Alle während der Geburtsarbeit verabreichten Schmerzmittel, ob sie gespritzt oder eingeatmet werden, gehen vom Blutkreislauf der Mutter auf das Baby über, die Auswirkungen sind bei manchen stärker als bei anderen. Keines ist gut für das Baby“* (Kitzinger 1990: 284).

Das Interesse der Pharmaindustrie und somit auch der Klinikleitungen an Massage, Wärmeflaschen und persönlicher Zuwendung dürfte allerdings als marginal bewertet werden.

3.1.4 Die Geburtsvorbereitung

Bei traditionellen Gesellschaften werden einschneidende Veränderungen in der Lebensbiografie eines Menschen von kulturell genau festgelegten Riten begleitet. Die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft gilt als Übergangszeit, in der die Frau in den meisten Kulturen durch präzise Vorschriften, familiäre Unterstützung und Kulthandlungen auf ihren neuen Status als Mutter vorbereitet wird. In den Industriegenerationen fehlen solche Übergangsriten weitgehend. Joachim Bense und Gabriele Haug-Schnabel (1997: 294) sehen unter anderem in den Geburtsvorbereitungskursen einen schwachen Ersatz für die aufrüttelnden, stützenden und nachhaltig beeinflussenden Stammesriten für eine Frau im Übergang: *„Die Geburtsvorbereitungskurse haben sich in den letzten Jahren weiter entwickelt von reinen Gymnastik- und Atemtechnikübungsstunden hin zu einer auch psychologischen Vorbereitung auf das Geburtsgeschehen. Aber sie bleiben dennoch vorrangig ein Programm für die Mittelschicht und bieten wenigen Frauen Hilfe für die postpartale (39) Zeit.“*

Die Geburtsvorbereitung scheint heute notwendig, weil die körperlichen und geistigen Voraussetzungen, die man braucht, um ein Kind "natürlich" zu gebären, bei den meisten Frauen nicht mehr genügend ausgebildet sind. In den Gebärräumen der Spitäler stehen meist die erforderlichen Angebote zur Verfügung, um dieser "Natürlichkeit" nachzukommen, die aber ohne eine entsprechende Vorbereitung nicht ausgeschöpft werden können (Neuwirth 1992).

Angela Heller (1998: 4) versteht unter natürlichem Gebären das *"Selbstorganisieren vorhandener Fähigkeiten"* und das *"Einbringen eigener Kräfte"* für das Gebären. Damit meint sie nicht das Nachahmen eines Geburtsverlaufes wie bei vielen anderen heute noch existierenden Kulturen von "Naturvölkern", was allerdings nicht ausschließt, sich von dort Orientierungshilfen zu suchen.

Auch Sheila Kitzinger (1990: 164) rät den Frauen: *„Wahrscheinlich wird ihr Körper auch ganz natürlich reagieren, wenn Sie an keiner Vorbereitung teilgenommen haben. Geburtsvorbereitung trägt jedoch dazu bei, daß sie mehr über Ihren Körper erfahren und sich während der Schwangerschaft wohl darin fühlen. Sie lernen sich so vorzubereiten, daß Sie bei der Geburt mit ihrem Körper zusammenarbeiten können, anstatt gegen ihn anzukämpfen, daß Sie die Tätigkeit Ihrer Gebärmutter verstehen können und durch Entspannung, Atmung und gelenkte Konzentration allmählich in Einklang mit dem Geburtsvorgang gelangen.“*

Michaela Neuwirt (1992: 4) meint, dass sowohl die körperlichen als auch die geistigen Voraussetzungen für eine natürliche Geburt bei den meisten Frauen nicht mehr ausreichend vorhanden sind, was einen Vorbereitungskurs notwendig macht. Sie kommt in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass vorbereitete Frauen während der Geburt weniger Schmerz angeben, als unvorbereitete. Vorbereitete Frauen werden hinlänglich als ruhiger und entspannter beschrieben. Das erklärt sie dadurch, dass die Vorbereitungskurse Methoden anbieten, die es ermöglichen, mit dem Schmerz besser umzugehen. Die Gebärenden präsentieren sich anders in ihrem offensichtlichen Verhalten. Vorbereitete Frauen verwenden post partum (40) eher Begriffe wie *"aktiv"*, *"lebendig"* bei der Beschreibung ihres Geburtserlebnisses. Daraus schließt Manuela Neuwirth (1992: 252), dass eine entsprechende Geburtsvorbereitung auch Methoden anbietet, die es den Gebärenden ermöglicht, in das Geschehen aktiv einzugreifen. Die Frauen beschreiben tendenziell ihr Geburtserlebnis positiver als unvorbereitete Frauen.

Gudrun Prinz (1995) ist der Meinung, dass die Wirkung einer Geburtsvorbereitung sich weniger auf das Schmerzempfinden der Gebärenden auswirkt, als vielmehr auf das Verhalten unter der Geburt und somit die Bewertung des Geburtserlebnisses wesentlich beeinflusst.

Angela Heller (1998: 1) sieht als Ziel der Geburtsvorbereitung nicht die schmerzlose Geburt: *„Sondern es werden Hilfen angeboten, wie die Frau unter der Geburt mit ihren Schmerzen umgehen kann und diese als ihre Lebenserfahrung akzeptiert. Falls Gebären aus eigener Kraft nicht möglich ist, wird die Schwangere in der Geburtsvorbereitung nicht gegen notwendige Hilfen in der Geburtsmedizin verunsichert.“* Durch das Bahnen funktionell richtiger Bewegungsmuster sollen die ursprünglich vorhandenen und damit erfolgreichen Verhaltensweisen für das Gebären wiedergefunden werden. Heller (1998: 3) nennt dies das *„Wachklopfen des Gebärcodes“*.

Für Sheila Kitzinger (1990: 164) scheint es wichtig, dass Schwangere so vorbereitet werden, dass sie bei der Geburt mit ihrem Körper zusammenarbeiten können und nicht gegen ihn ankämpfen und letztlich in Einklang mit dem Geburtsvorgang gelangen.

Zum Thema Schmerz schreibt Neuwirth (1992: 252), dass Frauen, in den Kursen lernen, wie sie mit dem Schmerz besser umgehen können, sie scheinen eher aktiv zu sein und beschreiben ihr Geburtserlebnis im Nachhinein positiver als unvorbereitete Frauen.

Gudrun Prinz (1995) meint, dass die Geburtsvorbereitung weniger einen Einfluss auf das Schmerzempfinden hat, sondern eher auf das Verhalten unter der Geburt und somit das Geburtserlebnis beeinflusst.

3.1.5 Die Gebärpositionen

Die aufrechte Gebärhaltung lässt sich bis in prähistorische Zeiten zurückverfolgen. So hat man Darstellungen gebärender Frauen in aufrechter Position entdeckt, die aus der Altsteinzeit stammen und rund 30.000 Jahre alt sind - auf Felsenreliefs, Kultgegenständen und Wandmalereien (Kuntner 1997). In assyrisch-babylonischen Texten, aber auch in vielen Geburtsdarstellungen in der ägyptischen Kunst zeigt sich, dass in diesen Kulturen stets in vertikaler Stellung hockend oder kniend geboren wurde (Kuntner 2000: 68).

Im alten Testament, Moses 2, Kapitel 1, findet man einen Text zur Geburt auf dem Stuhl, aus der Zeit um 200 v. Chr., wo der ägyptische Pharao zu den hebräischen Wehenmüttern Siphra und Pua spricht: *„Wenn ihr den Hebräischen Weibern helft, und auf dem Stuhl seht, daß es ein Sohn ist, so tötet ihn...“* (Die Bibel 1994 Moses 2, Kap.1).

In der griechischen Antike empfahl unter anderem Hippokrates die Verwendung eines Gebärstuhls, besonders bei schwierigen Geburten und erschwerter Plazentalösung (36). Die erste ausführliche Beschreibung eines Gebärstuhls stammt von dem römischen Arzt Soran. Diese Gebärstühle wurden von den römischen Hebammen von Haus zu Haus getragen. Neben anderen wichtigen geburtshilflichen Anweisungen empfiehlt Soran, die Gebärende bei vollständiger Muttermundseröffnung auf den Stuhl zu setzen, so dass durch die aktive Mitarbeit der Frau der baldige Austritt des Kindes erfolgen könne (Kuntner 2000: 66, 67).

Die frauenheilkundlichen Verordnungen der griechisch-römischen Geburtshilfe wurden etwa um 700 n. Chr. von der arabischen Geburtshilfe übernommen, so auch der Gebrauch des Gebärstuhls, der bis ins 20. Jahrhundert hinein bei den östlichen Völkern verwendet wurde, sogar bei solchen, die zum Sitzen selten einen Stuhl benutzten (Kuntner 2000: 68, 69).

Wie Liselotte Kuntner (2000: 68,69) ausführt, waren auch im Raum Indien, Japan und China die vertikalen Gebärstellungen, sowie der Gebärstuhl verbreitet. Im Zeitraum zwischen 200 n.Chr. bis ins 14. Jahrhundert waren die am meisten verbreiteten Geburtsmodi die Geburt auf dem Hocker und die Schoßgeburt. Über den Gebrauch des Gebärstuhles in Europa wird wenig berichtet.

Die Erfindung der Buchdruckerkunst um 1450 brachte auch auf dem Gebiet der Medizin und der Geburtshilfe einen großen Wandel mit sich. Von da an findet man Beschreibungen des Gebärstuhles in sämtlichen geburtshilflichen Schriften. Über Jahrhunderte hielt sich diese Art des Gebärens, ständig wurden die Stühle erneuert und verbessert. So entwickelte zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Deutschland jeder Geburtshelfer, der etwas auf sich hielt, einen eigenen Gebärstuhl. Um 1840 verschwand der Gebärstuhl. In den Gebäranstalten wurde er durch das Entbindungsbett, später durch den Entbindungstisch, der sich dann immer mehr zum Operationstisch entwickelte, ersetzt (Kuntner 2000: 65-75).

Ab 1950 wurden die unterschiedlichen Geburtspositionen und somit auch der Gebärstuhl wieder Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Wertvolle Anregungen brachten Arbeiten aus der Ethnomedizin wie von Wulf und Grete Schiefenhövel bei den Eipo auf Neuguinea und von Jüpner und Pöschl auf den Trobriand Inseln. Weiss forschte bei den Jatmul in Papua Neuguinea und nicht zuletzt Liselotte Kuntner bei den Mafa in Afrika, um nur einige Ethnologinnen und Ethnologen zu nennen. So haben Forschungsergebnisse aus der Ethnomedizin, der Medizingeschichte, der Physiotherapie, der Medizin und der praxisnahen Erfahrung der Hebammen mit den Gebärenden, sowie die Kritik an der üblichen Rückenlage-Geburt und der nicht zufriedenstellenden Routine in den Krankenhäusern dazu beigetragen, dass eine Entwicklung hin zur aktiven Geburt in wechselnden Positionen stattfand (Kuntner 2000: 76).

Die Rückenlage

In fast allen historischen Geburtsdarstellungen befindet sich die Gebärende im Zentrum und auf gleicher Augenhöhe ihrer Helferinnen. Bei der Rückenlage hingegen schauen alle auf die Frau hinunter. Ihr eigenes Gesichtsfeld ist eingeschränkt und ihr Blick richtet sich nach oben, was sie psychisch gesehen in eine ganz andere Situation bringt (Albrecht-Engel 1997).

Jahrzehntelang hat man Frauen bei der Geburt die Rückenlage aufgezwungen, diese Position hält sie passiv und ruhig. Der Geburtshelfer hat den Vorteil, dass die Geschlechtsteile bei Untersuchungen schnell und bequem zugänglich sind.

Angela Heller (1998: 230-233) kritisiert die während der Geburt eingenommene Rückenlage vom medizinischen Standpunkt aus gesehen:

- In der zweiten Schwangerschaftshälfte kann es in der Rückenlage durch den Druck des wachsenden Gewichtes von Gebärmutter, Kind, Fruchtwasser, Plazenta (35) und Nabelschnur auf die große Hohlvene - Vena cava inferior - dazu kommen, dass bereits nach 3-5 Minuten der venöse Rückfluss aus den unteren Extremitäten zum Herzen gestaut wird, und ein sogenanntes Vena-cava-Kompressionssyndrom entsteht. Für die Schwangere kann dies zu einem Kreislaufkollaps führen, weil das Herzminutenvolumen abfällt. Wird die Position nicht rasch geändert, so ist die arterielle Durchblutung und somit die Sauerstoffversorgung nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind akut gefährdet.
- Die Rückenlage kann unter Umständen zu einem fetal distress (17) führen – verursacht durch eine mütterliche Hypertonie (19), ein uterovaskuläres Syndrom (50), eine Verschlechterung der mütterlichen Atmung oder eine erhöhte Blutungsgefahr während, oder nach der Geburt.
- Aus ihrer Passivität heraus verliert die Gebärende schneller die Kontrolle, der muskuläre Abwehrreflex setzt ein, der bekannte circulus viciosus aus Schmerz - Anspannung - Angst schaukelt sich hoch.
- In Rückenlage wird der Geburtskanal enger, die Beweglichkeit des Beckens ist fast aufgehoben, ebenso geht die sensomotorische (47) Wachheit verloren. Der Einsatz der Skelettmuskulatur kann in der Rückenlage nur unökonomisch erfolgen.
- Dadurch, dass die Schwerkraft entfällt, wird der Geburtsablauf verzögert, die Wirkung der Bauchpresse ist uneffizient. Der Beckenboden erfährt in der Rückenlage eine neuromuskuläre Dysfunktion.

1985 gab die WHO bei ihrer Konferenz in Fortaleza folgende Empfehlung ab: *„Die Gebärenden sollten während der Wehen und der Entbindung nicht in eine Lithotomieposition (23) gebracht werden. Vielmehr sollten sie ermutigt werden, während der Wehen umherzugehen, und jede Frau muß frei entscheiden können, welche Stellung sie während der Entbindung einnehmen will“* (WHO zit. in Heller 1998: 234).

Die Seitenlage

Viele Frauen sind den körperlichen Strapazen einer, häufig sehr langen, Geburt kaum gewachsen. Es ist ihnen unmöglich über Stunden unter sehr starken Schmerzen, häufig mitten in der Nacht, aktiv zu bleiben. Hier bietet die Seitenlage eine gute Alternative zu einer vertikalen Position, wenn die Frau bei häufigerem Positionswechsel eine Stellung sucht, in der sie sich gut entspannen kann, sich ausruhen möchte. Auch für die Austreibungsphase ist die erhöhte Seitenlage gut geeignet (Heller 1998).

Vertikale und halbvertikale Positionen wie Hocken, Sitzen, Stehen, Vierfüßlerstand

Bei einer aufrechten Körperhaltung kann sich die Gebärende aktiv beteiligen, sie kann ihre sensomotorische (47) Wachheit auf sich selbst und auf den Geburtsablauf richten (Heller 1998).

Die Frau wird sich bei allen vertikalen und halbvertikalen Gebärpositionen durch Einsatz sämtlicher möglicher Eigenaktivitäten ihres Körpers Unterstützung holen. Diese Aktivitäten sind ursprüngliche, natürliche Verhaltensweisen unter der Geburt, die die Eigendynamik des Gebärens fördern. Die Frau wird diese Eigenhilfen selbst steuern, vorausgesetzt, sie kann und darf ihren eigenen Impulsen folgen und das Abhängen und Abstützen der Arme, sowie als Gegenpol dazu den Bodenkontakt ihrer Füße einsetzen.

Wie viele Geburtsdarstellungen, alte und gegenwärtige Schilderungen von Geburtsabläufen aus unserer und anderen Gesellschaften bestätigen, besteht bei fast allen Frauen während der Geburt ein großes Bedürfnis, sich während der Wehen festzuhalten, oder zu stützen. Dazu braucht die Gebärende Hilfsmittel wie Balken, Stangen oder Seilschlingen und Tücher, oder eine Hilfsperson, von der sie gestützt oder gehalten wird. Auf Grund von Beobachtungen und neueren Erkenntnissen soll die Gebärende in ihrer Bewegungsfreiheit nicht eingeschränkt werden, sie muss über ihre Motorik frei verfügen, um die Wehen gut verarbeiten zu können (Kuntner 2000: 81).

Die Uterusaktivität (52) ist in aufrechter Position größer als in einer liegenden. Die Wehen sind effektiver, der Muttermund eröffnet sich schneller. Durch die Schwerkraft und häufige Positionswechsel findet der vorangehende Kindsteil, im Idealfall der Kopf, eine bessere Anpassung zum mütterlichen Becken. Die Nutation (30) des Steißbeins nach dorsal (13) ist gut möglich, was am Beckenausgang einen Raumgewinn von bis zu 20% schafft. Beim Herausschieben kann sich das Becken Richtung Brustkorb frei bewegen, was den Geburtsweg verkürzt. Die Muskulatur des Beckenbodens wird langsamer gedehnt und kann besser öffnen, Beckenbodenverletzungen sind seltener (Heller 1998).

Die Frage nach der optimalen physiologischen Position der Frau während der Geburt wird diskutiert, seit es wissenschaftlich fundierte Ansichten über den Geburtsmechanismus gibt. Kuntner ist der Meinung, dass die Gebärende ihrem natürlichen Drang, sich während der Geburt ungehindert bewegen zu können, nachgeben soll, und keinesfalls daran gehindert werden darf, sondern sie dabei unterstützt werden möge. Nur wenn die Gebärende über ihre Motorik frei verfügen kann, ist sie in der Lage, selbständig günstige Geburtspositionen zu finden: *„Es kann davon ausgegangen werden, daß das Verhalten der Frau bei der Geburt eine gewisse Kontinuität aufweist, unabhängig von den verschiedenen Phasen des Ablaufs. Wir meinen damit den Drang zur Mobilität, zur Einnahme gewisser Körperstellungen und zu deren Wechsel“* (Kuntner 2000: 77).

3.1.6 Die Wunschsectio

Ich habe in meiner Arbeit bewusst keine Frauen befragt, die einen Kaiserschnitt hatten, da das Geburtserlebnis einschließlich Schmerzen, eingenommene Gebärpositionen u.s.w. für mich von Interesse waren. Nachdem die Sectio (46) im Lauf der letzten Jahre einen immer höheren Stellenwert einnimmt, und somit einen wichtigen Indikator dafür darstellt, wie eine Gesellschaft mit den Themen Reproduktion, Schmerz, aktive Geburt, oder dem Einfluss von wirtschaftlichen Interessen in der Geburtshilfe umgeht, möchte ich dieses Phänomen kurz erwähnen.

Die abdominale (1) Schnittenbindung ist derzeit die am häufigsten durchgeführte größere Operation bei Frauen. Dorothea Rüb (2004) schreibt, dass im Jahr 2001 die Sectorate (46) in Deutschland zwischen den einzelnen Ländern, Städten und Krankenhäusern zwischen unter 10% und 30% variiert, generell lag die Rate bei 22,6%. Obwohl das Hochschnellen der Kaiserschnitte in den letzten Jahren von vielen Geburtshelfern beklagt wird, ist ein Ende der Entwicklung nicht absehbar.

Viele Ärzte, wie auch der Ordinarius einer führenden Wiener Klinik propagieren die Wunsch-sectio (56) als Indikation für eine primäre Sectio (46) für Frauen, die sich nicht vom Naturereignis der Geburt überrollen lassen wollen. Seine Zukunftsvision für die nächsten Jahre drückt er in einer Rede an Hebammen folgendermaßen aus: *„Meine Damen, ob es Ihnen gefällt, oder nicht, in den nächsten 10 Jahren werden wir eine 50%ige Sectorate (46) haben, die anderen 50% verbleiben Ihnen in der Geburtshilfe. Es tut mir leid es so formulieren zu müssen, aber Sie sind einfach billiger“* (Husslein zit. in: Grossbichler/ Pichler 1999: 6). Die Vorteile einer Wunschsectio (56) liegen für Husslein in der Sicherheit einer Operation, die geplant und unter optimalen Bedingungen, zur Schonung des Beckenbodens der terminplanungsbedürftigen, selbstsicheren, werdenden Mutter, stattfindet.

Der wissenschaftliche Konsens „evidence based“ ist, dass eine Sectionrate (46) von 7% ausreichend ist und: *„Daß bei höherer Frequenz keine besseren perinatalen (32) Ergebnisse zu erwarten sind“* (Schücking 1999: 15).

Die WHO (1996: 9) meint zu dem Thema Sectionrate (46): *„Einige Länder mit den tiefsten Perinatalsterblichkeitsquoten (32) der Welt weisen Kaiserschnittquoten unter 10 Prozent auf. Es gibt offensichtlich keinerlei Rechtfertigung für höhere Kaiserschnittquoten als 10-15 Prozent in irgendeinem Teil der Welt“*.

Die Sectionraten (46) unterliegen einem permanenten Wandel, beeinflusst von Veränderungen innerhalb der Medizin und der Gesellschaft (Heller 2002:25).

Die deutliche Zunahme der Kaiserschnittfrequenz in den letzten Jahren spiegelt, so meint auch Husslein, die gesellschaftlichen Veränderungen wider. Das Mitspracherecht der Frau bei der Wahl des Entbindungsmodus ist in den Mittelpunkt gerückt (Husslein 2002). Wenn Experten wie Husslein von Mitspracherecht der Frauen bei der Geburt sprechen, so muss das kritisiert werden. Wie bereits in Kapitel 3.3. beschrieben, wird der Grad der Selbstbestimmung von der Information, die jemandem zugänglich ist, bestimmt. Unser Wissen und unsere Einstellung hängen also ab von der Information, die wir bekommen. Die von uns zu Rate gezogenen Experten nehmen für uns eine Vorauswahl vor, wir werden beeinflusst von den Interessen des Befragten.

Katja Stahl (2003: 24) führt die steigende Sectionrate (46) der letzten Jahre auf ein Versagen in der Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft und Geburt zurück: *„Eine hebammengeleitete Betreuung hat das Potential für mehr physiologische Unterstützung und mehr Kontrolle der Frau über ihre Situation.“* Solange Frauen während ihrer Schwangerschaften so gut wie ausschließlich von Ärzten betreut und beraten werden, und wenn zusätzlich namhafte Experten wie der Vorstand einer Wiener Frauenklinik, ein absoluter Verfechter der Wunschsectio (56), in der wissenschaftlichen Elite tonangebend sind, stehen wirtschaftliche Interessen im Mittelpunkt und nicht das Geburtserleben von Müttern und Kindern. Und das bezieht sich nicht nur auf die Kaiserschnitttrate, sondern auf jegliche medikamentöse bzw. operative Interventionen während der Geburt.

3.2 Die Geburt aus ethnologischer Sicht

Die Menschen, die schon vor mehreren tausend Jahren geboren haben und geboren wurden, hatten dieselbe biologische Konstitution wie wir heute. Es ist anzunehmen, dass es auch damals schon verschiedene Ansichten und unterschiedliche Methoden zur Erleichterung des Geburtsvorganges gab. Brigitte Jordan (1995: 25) schreibt: *„Eigentlich sollte man annehmen, dass unsere Vorfahren irgendwann im Laufe des Evolutionskampfes die optimale Methode entwickelt haben, mit dem Geburtsvorgang fertig zu werden, und sich diese Methode bei allen menschlichen Gruppen durchgesetzt hätte. Dies ist nicht der Fall. Es existiert in unterschiedlichen Kulturen eine Vielfalt von Geburtsmethoden.“*

Ein aktives Gebärverhalten wird in der traditionellen Geburtshilfe als sehr wichtig angesehen, es kann die Geburt erleichtern und Schmerzen vermindern. Die Frau nimmt, den eigenen Bedürfnissen entsprechend, bestimmte Körperstellungen ein, bewegt sich oder geht umher, was den Geburtsvorgang fördert. Zum physiologischen, wehengerechten Verhalten zählen aufrechte Gebärhaltungen wie Kauern, Knien, Stehen, Sitzen, oder die Knieellenbogenlage (Kuntner 2000: 79).

Der weltweit häufigste angewandte Geburtsmodus war - und ist bei vielen immer noch - die sitzende Geburt: auf einem Stein, einem Hocker oder im Schoß einer Helferin. Auffällig eng ist der Körperkontakt mit der Hebamme oder den Hilfspersonen. Halten, Stützen und Berühren sind uralte Formen der Geburtsbetreuung (Kuntner 2002). Die bei uns lange Zeit als beste Stellung betrachtete Rückenlage war praktisch in allen Kulturen unbekannt (Kuntner 1995).

Die „*Anthropologie der Geburt*“, eine Unterdisziplin der Ethnomedizin, beschäftigt sich, wie Brigitte Jordan (1995: 25) meint: *„Mit den Arten und Weisen, mit denen dieser natürliche, menschliche physiologische Prozeß der Geburt kulturell geformt und in unterschiedlichen Gesellschaften unterschiedlich organisiert wird. Für eine Untersuchung kulturspezifischer Geburtsideologien und –praktiken sind sowohl transkulturell vergleichende wie auch evolutionäre Überlegungen wichtig.“* Unterschiede findet man nicht nur zwischen Gesellschaften, die sich auf unterschiedlichem Entwicklungsniveau befinden, sondern auch zwischen Gesellschaften mit demselben Entwicklungsstand (Jordan 1995:25).

Mögen sich manche Geburtshelfer fragen, welche Rolle die Ethnomedizin in der Diskussion um die Entwicklung einer möglichst optimalen Geburtshilfe spielen kann, so können doch einige der im transkulturellen Vergleich des Geburtsgeschehens erarbeiteten Fakten in den wissenschaftlichen Diskurs eingebracht werden – auf medizinischer, aber auch auf philosophischer und politischer Ebene. Am prägnantesten stellen ethnomedizinische Dokumentationen wohl auf dem Gebiet der Geburtsmechanik, vor allem der Gebärhaltung, eigene Erkenntnisse dar. Zahlreiche Ethnologen beschäftigten sich mit den Körperhaltungen während der Geburt wie z.B. Hartge (Ägypten), Kayankaya (Türkei), Sich (Südkorea), Föllmer (Libyen), Schomerus-Gernböck (Mahafaly-Madagaskar), Fleischer (Hausa), Fischer (Ponape-Mikronesien), Schiefenhövel, Konrad, Weiss, Jüptner, Pöschl (Neuguinea), Beck-Moser (Seri-Indianer), Cosminsky (Guatemala), Gaupp (Indien). Studien von F.R. und F. Narrol (1961) und Roberts (1980) ergaben, dass vertikale Gebärhaltungen in den verschiedensten Kulturen überwiegen. Besonders zu erwähnen ist hier Carlos Mendez-Bauer, dessen umfassendes Datenmaterial in der internationalen Diskussion eine wichtige Rolle spielt.

Nicht übersehen werden darf allerdings, dass humanethnologische sowie ethnomedizinische Forschungsergebnisse nur für Teilbereiche des Geburtsgeschehens in unseren Spitälern relevant sein können. So wird auch in keinem der genannten Beiträge eine Rückentwicklung in Richtung archaisches Gebärverhalten gefordert (Schiefenhövel 1995:424).

Durch die Frauenbewegung in den 1970er Jahren haben viele werdende Mütter an Selbstbewusstsein gewonnen. Sie haben sich als politisch handlungs- und durchsetzungsfähig erwiesen. Diese Frauen wollten die Kontrolle über ihren Körper behalten (Jordan 1995: 30). Mit dem neu erwachten Selbstbewusstsein der Frauen glaubte man zu spüren, dass es einfachere, selbstverständlichere Formen des Gebärens, als dies üblich war, geben müsse. Zu Beginn der alternativen Bewegung mögen Vorstellungen, wie die Geburt eines Kindes als Teil der eigenen Selbstverwirklichung zu verstehen, naiv oder schwärmerisch angemetet haben (Schiefenhövel 1995: 424).

Durch zahlreiche ethnologische Berichte inspiriert, waren Frauen westlicher Gesellschaften motiviert, ihre Kinder auf eine „neue“, natürliche Methode zu entbinden. Große Motivation hierfür dürfte in der irrigen Annahme gelegen sein, eine natürliche Geburt sei schmerzlos. Wulf Schiefenhövel (1995: 424, 425) gibt zu Bedenken, dass die Geburten „primitiver“ Gesellschaften nicht auf Geburten westlicher Industriegesellschaften übertragen werden können. Im Zuge eines zweijährigen Forschungsaufenthaltes Ende der 1970er Jahre bei den Eipo, einer ethnischen Gruppe in West-Neuguinea, stellte er fest, dass die Frauen körperlich sehr gut trainiert waren. Auch Hochschwangere waren ebenso körperlich aktiv, wie nicht schwangere Frauen. Die Gebärenden hatten den Vorteil, auch geistig und emotional gut für die Geburt vorbereitet zu sein, da sie bereits als Mädchen bei Geburten weiblicher Verwandter anwesend gewesen waren. Eine weitere Voraussetzung für eine komplikationslose Geburt sieht Schiefenhövel in der Tatsache, dass es sich bei den Eipo um eine genetisch sehr einheitliche Gruppe handelte, im Gegensatz zu den unterschiedlichsten körperlichen Voraussetzungen der Menschen in Europa oder Nordamerika.

Aus Wulf Schiefenhövels Bericht wird klar, dass die Voraussetzungen für die Geburt für Frauen unserer Gesellschaft sich grundlegend von denen der beschriebenen Frauen unterscheiden. Sowohl körperliche Kondition als auch Konstitution sind wohl kaum vergleichbar. Eipofrauen arbeiten täglich körperlich schwer, ungeachtet der Tatsache, ob sie schwanger sind, oder nicht. Der Großteil der Frauen unserer Gesellschaft ist schwere körperliche Arbeit nicht gewohnt, ganz unbekannt sind jegliche Tätigkeiten im Hocken. Zusätzlich herrscht bei uns die allgemeine Meinung vor, eine Schwangere müsse sich schonen. Hinzu kommt, dass junge Frauen unserer Gesellschaft keinerlei praktische Erfahrungen in der Geburtshilfe besitzen. Das Wissen der Schwangeren über die Geburt ist ein rein theoretisches, abhängig von den Informationen, die sich die einzelne Frau beschafft hat. Resultierend aus diesen Überlegungen kommt man zu dem Schluss, dass die Art wie Frauen, ohne den Einfluss der sogenannten modernen Gesellschaft, traditionell entbinden oder entbunden haben, nicht auf unsere Geburten übertragen werden kann. Dies ist eine Tatsache, die die Frauen der 1970er Jahre in ihrer Begeisterung, ihre Kinder nach einem archaischen Vorbild natürlich entbinden zu wollen, nicht bedachten (Schiefenhövel 1995: 424,425).

Bis Mitte der 1970er Jahre bezogen sich Berichte über das Verhalten von Gebärenden ausschließlich auf die jeweiligen geburtshilflichen Praktiken wie z.B. Körperhaltungen. Aufzeichnungen bezüglich des Verhaltens der Frauen fehlten. Gudrun Prinz (1995: 265) vermutet, dass dies daran liegt, dass Informationen über Geburten in unterschiedlichen geographischen Regionen und zu verschiedenen historischen Zeitpunkten entweder von Ethnologen, oder von Geburtshelfern gesammelt wurden. Je nach Fachrichtung richtete sich das Augenmerk entweder auf den kulturellen Rahmen der Geburt, oder auf die geburtshilflichen Techniken. Seit den 1970er Jahren wurden vermehrt Verhaltensaufzeichnungen bei Geburten durchgeführt. Diese Berichte reichen von typischen ethnologischen Feld-Aufzeichnungen (Schiefenhövel 1998) über Videodokumentationen, sowie spezifischen Fragestellungen (Mc Kay & Roberts 1990, Fuller et al. 1993) bis zu zeitlich strukturierten Protokollen (Richardson 1997, Van Muiswinkel 1984, Carlson 1986), wie Prinz auflistet.

Noch im Jahr 1995 fand Brigitte Jordan, dass relativ wenig kulturvergleichende Daten existierten. Den Grund dafür sieht sie einerseits in den überwiegend „*männlichen Themen*“ (Jordan 1995: 25) in der Wissenschaft der Ethnologie der vergangenen Jahrzehnte, andererseits in der Tatsache, dass den Männern der Zugang zum Lebensbereich der Frauen verwehrt blieb. Dies begann sich zu ändern, als vermehrt Ethnologinnen ausgebildet wurden, und an den Universitäten die Frauenforschung forciert wurde.

Wie Jordan bereits in den 1970er Jahren gezeigt hat, ist das Phänomen der Geburt immer als ein bio-soziales Ereignis zu verstehen. Die biologischen Vorgänge sind auf komplexe und vielfältige Weise in die Systeme eingebettet, die die reale Lebenswelt der Frauen darstellt. Im Rahmen ethnomedizinischer Forschungsarbeiten spricht man hier von Geburtssystemen (Jordan 1995).

Themen wie Schwangerenbetreuung, Geburtsbeistand, geburtshilfliche Techniken, Methoden zur Angst- und Schmerzreduktion, sowie peri- (33) und postpartale (39) Riten und Verhaltensweisen für Mutter und Kind im Wochenbett gestalten sich unterschiedlich. Im Besonderen bei der ersten Mutterschaft spielen die jeweiligen gesellschaftsspezifischen Bewältigungsstrategien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine wichtige Rolle. Die aus vorindustriellen Gesellschaften beschriebenen Verhaltensvorschriften und Tabus während der Schwangerschaft, die häufig für Mann und Frau gelten, sowie die Übergangsriten nach der Geburt, stellen wirksame Maßnahmen dar, ein junges Paar durch den oft krisenhaften Weg während der ersten Mutterschaft zu geleiten. Aus der Sicht der Ethnopsychoanalyse stellen das Heranwachsen und die erste Mutterschaft für die junge Frau eine kritische Lebensphase dar. In vielen Gesellschaften sind Rituale bekannt, die als komplexe Systeme soziale, religiöse und ethische Regeln integrieren, und durch die diese Übergänge im weiblichen Lebenszyklus sozial und kulturell gestaltet werden. Doch die verschiedenen Formen der Übergangsriten unterliegen einer ständigen Transformation durch den weltweiten raschen Wandel von Gesellschafts- und Familienstrukturen.

Zusätzlich vermischen sich traditionelle rituelle Elemente mit den institutionalisierten Riten der westlichen Industriegesellschaft (Binder-Fritz 2003: 97).

In unserer eigenen Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten etabliert, dass die Ärzte die Experten für die weiblichen Übergangsphasen wie Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt oder Menopause sind und die Regeln und Normen für diese Zeiten aufstellen. Das Einführen des Risikobegriffes in die Gynäkologie und Geburtshilfe führte dazu, dass ein Großteil der Mädchen und Frauen die jeweiligen körperlichen Veränderungen als Gesundheitsrisiko empfinden und primär Rat bei Frauenärzten suchen. Die Medikalisierung betrifft ganz unterschiedliche Bereiche des Umgangs mit dem Körper, dies zeigt sich sehr deutlich im Bereich von Sexualität, Schwangerschaft und Geburt. Hier drängt sich die Anregung an die Fachdisziplin der Medical Anthropology auf, nicht nur in der Ferne zu forschen, sondern unter anderem die körperlgebende Wirkung moderner Medizinkulturen zu untersuchen (Binder-Fritz 2003).

Beate Schücking (1995: 389) befragte 1993/94 Frauen aus acht europäischen Ländern nach ihren Erfahrungen mit unkomplizierten ersten Geburten, besichtigte die jeweiligen Geburtsorte und interviewte das Personal nach seinen Routinen. Sie kam zu dem Schluss, dass die europäische Geburtshilfe der beginnenden 1990er Jahre von medizinischen Vorstellungen geprägt war, und dass die Geburt unter ärztliche Kontrolle gehörte. Das überlieferte Brauchtum war in fast allen Ländern verschwunden. Das jeweils herrschende Gesundheitswesen hatte einen entscheidenden Einfluss auf die Geburtskultur. Ein hohes Ausmaß an Medikalisierung zog allerdings nicht eine Verbesserung der Ergebnisse nach sich. Die aktive Rolle der Gebärenden wurde durch medizinisches Denken und Handeln minimiert. Die Bedürfnisse und Erfahrungen gebärender Frauen wurden bezüglich der Gestaltung geburtshilflicher Systeme wenig berücksichtigt.

Als wichtigstes Kriterium in unserem Geburtssystem gilt eine möglichst niedrige Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Daraus ergibt sich, dass der Schwerpunkt der Forschung seit Jahren auf der Intensivierung der medizinischen Vorsorge und Überwachung von Schwangerschaft und Geburt liegt (Albrecht-Engel 1997: 31).

Ann Oakley (1992: 218) meint, dass Schwangerschaft und Geburt verkörperte Tätigkeiten sind, die von sozialen und kulturellen Prozessen vermittelt werden. Die Art und Weise, wie sich Frauen selbst sehen und wie sie diese Ereignisse erleben, sind kulturell und sozial konstruiert.

Oakley verweist auf Emily Martin, die 1993 betont, dass in der Vergangenheit, aber auch in der Gegenwart biologische und physiologische Aspekte in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt vorherrschen, die auf den dominanten Metaphern, dem Körper als Maschine, oder als ein Satz von Systemen mit Eingaben und Ausgaben, beruhen. Dieses biomedizinische Modell hat die sozialen Aspekte heruntergespielt.

Die biologischen und die sozialen Sphären sind allerdings tief verbunden und sollten nicht als getrennt angesehen werden. Körper sind nicht die biologische Basis für soziale Aktionen, oder dienen als Grundlage für soziale Prozesse. Körper sind produziert oder konstituiert durch soziale Prozesse. Resultierend aus diesen Überlegungen kommt Oakley zu dem Schluss, dass ein dringendes Bedürfnis darin besteht eine soziologische Perspektive zu Schwangerschaft und Geburt zu entwickeln (Oakley 1992: 218).

Christine Binder-Fritz (2003: 90) betont, dass das Thema der weiblichen Reproduktion untrennbar mit der Fragestellung nach dem - durch Kulturtraditionen und Weltanschauungen geprägten - Verhältnis zwischen den Geschlechtern verknüpft ist.

Schon zu Beginn des 20. Jhdts. haben Frauen wie Margaret Mead oder Ruth Benedict die Anthropologie als eine Disziplin geprägt, die sich mit den Geschlechterbeziehungen und der Lebenswelt von Frauen in fremden Kulturen beschäftigt. In den 1970er Jahren spielte die Kulturanthropologie eine zentrale Rolle bei der Begründung der Frauenforschung in den USA. In der „*Anthropology of Gender*“ (Binder-Fritz 2003: 91) ging es weniger um Belege für eine weltweite Unterdrückung von Frauen, als um die gesellschaftlichen Räume, in denen Frauen autonom und machtvoll agieren können. Seit den 1980er Jahren spielen die subjektiven Erfahrungen der Frauen in Bezug auf die eigene Geschlechtsidentität eine bedeutende Rolle, in den ethnographischen Texten kommen sie selbst zu Wort. Im deutschsprachigen Raum befinden sich seit den 1990er Jahren die feministisch orientierten Anthropologinnen in einer kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Fachgebiet und dem „*Forschungsgegenstand Frau*“ (Binder-Fritz 2003: 92). Es handelt sich nicht mehr um rein formale Beschreibungen bestimmter Bereiche des Frauenlebens, die Arbeiten konzentrieren sich auch auf die historische, soziale und kulturelle Bedingtheit des Geschlechterverhältnisses, sowie auf die geschlechterspezifischen Rollenzuweisungen in den verschiedenen Gesellschaften. Das Interesse wird nicht mehr auf die Gemeinsamkeiten der Frauen gelenkt, sondern auf die Unterschiede in Kultur, Geschlecht und Ethnos. So gesehen: „*Muss Frausein...immer als Ergebnis spezifischer sozialer, ökonomischer und historischer Kontexte betrachtet werden*“ (Binder-Fritz 2003: 93).

3.3 Selbstbestimmung bei Schwangerschaft und Geburt

Selbstbestimmung ist ein zentraler Grundsatz der Menschenrechte. Menschen sollen ihre eigenen Ideen und Wünsche frei verwirklichen können, ohne von außen unterdrückt oder bedrängt zu werden.

Wagner (2008)¹ versteht unter dem freien Willen eines Menschen seine Fähigkeit, sich bewusst für ein Verhalten zu entscheiden und ein Ziel anzustreben. Da die Willensaktivität zu den kognitiven Fähigkeiten gerechnet wird, ist die Selbstbestimmung an kognitive Fähigkeiten gebunden. Wagner zitiert Keller und Novak (Wagner 2008), die den Begriff Selbstbestimmung als: „Die (relativ) freie Verfügbarkeit des Menschen über sich selbst und sein Verhalten“ bezeichnen. Daraus leitet Wagner ab, dass Selbstbestimmung nicht nur bedeutet, selbst über seine Handlungen und sein Verhalten, sondern auch über den eigenen Körper insgesamt bestimmen zu können.

So unterschiedlich die Frauen sind, was ihre soziale Herkunft, ihren Bildungsstand, ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ängste betreffen, so unterschiedlich sind auch ihre Vorstellungen, was den Ablauf und die Betreuung während der Geburt betreffen. Bei den einen steht das Thema "Schmerz" im Vordergrund und sie denken schon vor der Entbindung über den Einsatz möglicher Schmerzerleichterungen nach. Anderen ist es ein Bedürfnis möglichst "natürlich" zu entbinden, was bedeutet, möglichst ohne schulmedizinische Schmerzlinderung in einer betont gemütlichen Atmosphäre, eventuell ohne Arzt, vielleicht sogar zuhause. Wieder andere fühlen sich im Krankenhaus unter ärztlicher Aufsicht und der optimalen medizinischen Einrichtung im Hintergrund am sichersten.

Egal für welche Art, oder welchen Ort sich die jeweilige Frau entscheidet, wichtig sind die positive Einstellung der Frau zur Geburt, das Vertrauen in den eigenen Körper und das Einlassen auf die Situation.

Allerdings rückt heute, wie auch Ines Albrecht-Engel meint, der technische Aspekt zu sehr in den Mittelpunkt: Die eigene Aktivität und auch die eigene Verantwortung werden in den Hintergrund gedrängt (Albrecht-Engel 1997).

¹ Wagner 2008. <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp.3.htm>

Liselotte Kuntner (2000) findet, dass eine gewisse Autonomie in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft - für viele Frauen anderer Kulturen eine Selbstverständlichkeit - in unserer Kultur mühsam wieder errungen werden müssen.

Christine Binder-Fritz (2003) fordert von der modernen Medizin, dass normale Vorgänge wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahre nicht pathologisiert werden sollen. Die Frauen müssen unterstützt werden mit ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit eigenverantwortlich und selbstbestimmt umgehen zu lernen. Nur so kann die Medizin ihren Ansprüchen nach Gesundheitsförderung und Patientenorientierung gerecht werden.

Nach der Kritik an der technisierten Gebärpraxis gibt es bereits eine Kritik an der Kritik. So konstatiert z.B. Lotte Rose (1993: 62) die „*neuen Härten*“ der sanften Geburt, bei der es nicht mehr darum geht, dass eine Frau ein Kind zur Welt bringt, sondern wie sie es tut. Die Vertreter der sanften Richtungen vermitteln, dass intensive Geburtsvorbereitung und das Erlernen von Entspannungstechniken ein selbstbestimmtes Gebären und ein lustvolles, erhabenes Erlebnis ermöglichen: „*Die Gebärende darf nicht mehr ahnungslos-naiv in das Geschehen taumeln*“ (Rose 1993: 64), sie steht unter Leistungsdruck. Dies kann sich negativ auf den Geburtsvorgang selbst auswirken, ein Sich-gehen-lassen ist wichtig.

Im Nachhinein kann sich die Frau als Versagerin und ihrem Kind gegenüber schuldig fühlen, wenn sie die in sich selbst gesetzten Erwartungen nicht erfüllen konnte. So stellt sich für Rose Selbstbestimmung als Entscheidung zwischen vielen Alternativen und die Geburt selbst als arbeitsintensive Angelegenheit dar (Rose 1993: 65).

Berechtigt scheint mir diese Kritik insofern, als Rose darauf hinweist, dass die Forderung nach der selbstbestimmten und selbstbewussten Gebärenden Gefahr läuft, eine neue Norm für Frauen zu erheben. Letztendlich kann es weder darum gehen, für Unwissenheit und Naivität zu plädieren, noch darum, die Technik in der Geburtshilfe zu eliminieren. Ideal wäre wohl ein sensibler, bewusster und vorsichtiger Umgang mit einer unterstützenden Medizin auf der Basis, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in erster Linie Gesundheitszustände und nicht pathologisch sind – und dass die Frauen diejenigen sind, die unterstützt Entscheidungen treffen. Die Frauen sollen dort gebären können, wo sie sich sicher fühlen und von den Personen betreut werden, zu denen sie Vertrauen haben, ohne Versagensängsten oder zu großem Leistungsdruck ausgesetzt zu sein.

Für Wagner (2008)² ist Selbstbestimmung die Möglichkeit und die kognitive Fähigkeit eines Menschen, selbst Entscheidungen über sein Handeln, Verhalten und seinen Körper zu treffen.

Jede Frau sollte sich klar darüber werden, was sie bei der Geburt ihres Kindes möchte und was nicht. Eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist eine gute Vorbereitung. Hatte früher der Mangel an angebotener Information Unkenntnis zur Folge, so mag heute eher ein Überangebot die Frauen verunsichern. Zu Beginn der Schwangerschaft ein absoluter Laie ist die gut vorbereitete Frau vollgestopft mit theoretischem Wissen, beginnend bei den verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung, den unterschiedlichsten Gebärpositionen, Atemtechniken, Komplikationen, bis hin zu einem völlig neuen Vokabular mit Ausdrücken wie PDA (31), Episiotomie (16), CTG (12), Rooming-In (45), Apgar-Score (7) usw.

² Wagner 2008. <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp.3.htm>

Rauter (zit. In: Wagner 2008) meint, dass der Grad der Selbstbestimmung aber auch vom intellektuellen Entwicklungsstand eines Menschen, von dessen Erfahrung und Wissen und von den Informationen, die ihm zugänglich sind, bestimmt wird: *„Was wir von den Bedingungen wissen, unter welchen wir handeln, entscheiden wir nicht selbst. Was wir von diesen Bedingungen wissen, hängt ab von den Informationen, die wir bekommen. Unser Einfluss darauf, welche Informationen wir bekommen, ist begrenzt. Wir können nicht Informationen finden, von welchen wir nicht wissen, dass sie uns fehlen.*

Weiß also der Betroffene nichts von weiteren Auswahlmöglichkeiten, wird er nicht bemerken, dass jemand anderer für ihn eine Vorauswahl getroffen hat, dass seine Entscheidung beeinflusst und zu einem gewissen Grad fremdbestimmt wurde (Wagner 2008)³.

Ich habe für meine Untersuchung bewusst gebildete Frauen einer bestimmten Altersgruppe gewählt, da ich herausfinden wollte, ob sich das Gebärverhalten der Frauen durch gute Information und Vorbereitung auf die Geburt verändert. Ich ging von der Annahme aus, dass sich die von mir gewählten Frauen optimal auf ihre Geburt vorbereiten würden.

Dass es sich bei meinen Interviewpartnerinnen um eine Minderheit handelt, ist mir bewusst.

Eine nicht ganz unberechtigte Frage, die sich stellt, ist: schaffen die Frauen, die sich genau überlegt haben, was sie wollen und die „optimal“ vorbereitet sind, die relativ konkreten Vorstellungen über die bevorstehende Geburt ihres Kindes haben, den Spagat zwischen Theorie und Praxis?

Ein ganz wichtiger Punkt scheint mir, woher die Frauen ihre Informationen beziehen. Sind die wichtigsten Informanten die Frauenärzte - in unserer gängigen Schwangerenvorsorge kann dies angenommen werden - oder wenden sich die Schwangeren ebenfalls an Hebammen.

³ Wagner 2008. <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp.3.htm>

Uns sind niemals alle Informationen zugänglich. Von den Experten, die wir zu Rate ziehen, wird eine Vorauswahl getroffen. Ein Beratungsgespräch bei einer Hebamme beinhaltet sicherlich zum Teil sehr unterschiedliche Aspekte im Vergleich zu einem ebensolchen bei einem Gynäkologen. Aufgrund dieser Überlegungen könnte man zu dem Schluss kommen, dass die Frauen, beeinflusst durch die Gespräche mit ihren Ärzten, zu einem stark medizinorientierten Denken tendieren und die eigene Schwangerschaft und Geburt pathologisieren.

In unserem Rechtssystem hat jeder Mensch das Recht über seinen Körper nach eigenem Ermessen zu verfügen, bei Schwangerschaft und Geburt ist es schon komplizierter, da ein weiteres Leben betroffen ist.

Wenn man als Patient ein Spital betritt, gibt man gleichzeitig ein großes Stück Selbstbestimmung ab. Man begibt sich in eine passive Rolle, die „Regie“ wird vom medizinischen Personal übernommen. Das ist ein Phänomen, das ich als Therapeutin immer wieder beobachten kann. Mit dem Abstreifen der eigenen Kleidung legen viele Patienten die Verantwortung über sich selbst mit ab. Sie übergeben diese Verantwortung an die Ärzte, das Pflegepersonal oder die Therapeuten. Von der Perspektive des Personals aus betrachtet sind unmündige Patienten angenehme Patienten.

Zimmermann (zit. in: Reiter 1994: 30) meint, dass aus sozialmedizinischer Sicht ein Aufenthalt im Spital vor allem bedeutet, krank zu sein: *„Allein zu sein, den Abbruch der gewohnten sozialen Beziehungen und ein Ausgeliefertsein an unbekannte Menschen und deren Vorschriften. Obzwar die Schwangere gerade in der Situation des Gebärens aus ihrer eigenen `Mächtigkeit des Handelns Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen schöpfen könnte und müsste`“,* ist sie Patientin und oft der Situation ohnmächtig ausgeliefert. Eigenverantwortung und eigene Entscheidungen werden weder erwartet, noch sind sie erwünscht.

Jeder, der im Krankenhaus schon einmal versucht hat seine eigene Meinung gegen eine gegensätzliche des medizinischen Personals durchzusetzen, weiß, wie schwierig das ist. Man zieht sozusagen als Laie argumentativ leicht den Kürzeren gegen die Experten. Und welche Gebärende hält an der eigenen Meinung fest gegen ein Argument wie: „Das wäre besser für das Kind“.

Hinzu kommt noch, dass eine Frau, die sich während der Geburt in einer Grenzsituation befindet, die ihre Konzentration, ihr ganzes Ich voll in Anspruch nimmt, ihre eigenen Interessen nur schwer vertreten kann. Die von der Frau, im optimalen Fall, selbst gewählten professionellen Betreuer sollten nicht leiten, sondern begleiten, was von Hebammen und Ärzten bei aller medizinischer Präsenz äußerste Zurückhaltung erfordert.

May (zit. in: Rakos 1997: 9) schreibt über die Aufgabe einer Hebamme: *„Halte dich im Hintergrund, sei mit der Frau, aber lasse sie ihren eigenen Weg durch die Geburt gehen. Beobachte genau, aber sei still und entspannt. Eine gute Hebamme bist du, wenn du in die Fähigkeit der Frau, ein Kind zu gebären vollständig vertraust.“*

Das Verständnis von Geburtshilfe hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Die Frauenbewegung der 1970er Jahre hat die Selbstbestimmung über den eigenen Körper propagiert und Schwangerschaft und Geburt zwar als wichtige, aber natürliche Phase des Lebens beschrieben. Demgegenüber ist die reproduktive Phase heute durch ein System der Medikalisierung und Technisierung gekennzeichnet (vgl. Kap. 3.3.).

In ihrer Diplomarbeit meint Andrea Reiter (1994), dass sich die von ihr interviewten Frauen für eine Hausgeburt entschieden haben, weil sie sich der Bevormundung in einem Krankenhaus nicht aussetzen wollten. Sie müssten mit dem Eintritt ins Spital ihre eigene Verantwortung abgeben und könnten nicht mehr über ihre eigene Geburt selbst bestimmen:

„Die Frauen glauben offensichtlich, daß ihre Vorstellungen und Wünsche im Krankenhaus nicht einfach akzeptiert werden, sondern daß sie diese erst durchsetzen müssen. Dem Krankenhauspersonal wird unterstellt, unter Umständen nicht im Sinne der Frauen zu handeln, sondern so wie sie denken, daß es gut für die Frauen ist, oder wie es der Tagesablauf und die Organisation erfordern“ (Reiter 1994: 83).

Reiter sieht in der Haugeburt unter anderem den Vorteil, dass ein ungestörtes Kennenlernen zwischen Mutter, Vater und dem Neugeborenen möglich ist, die Frauen selbst bestimmen können, wann sie ihr Kind das erste Mal anlegen oder baden wollen, wann und wie lange sie es halten wollen u.s.w. Persönlichen Bedürfnissen kann Zeit und Raum gegeben werden, sie müssen nicht den strukturellen Bedingungen eines Spitals untergeordnet werden (Reiter 1994: 87).

Hannah Lothrop sieht im Geburtserlebnis eine Erfahrung, die das Leben der Eltern stark verändert: *„Wir haben die Wahl, ob wir dieses Erlebnis passiv über uns ergehen und uns durch die Krankenhausroutine entmündigen lassen wollen, oder ob wir bereit sind, selbst Verantwortung zu übernehmen, uns bewußt auf diese Erfahrung vorzubereiten und sie mitzugestalten“* (Lothrop zit. in Reiter 1994: 42).

Zusammenfassend halte ich eine fundierte Information unter anderem als Grundvoraussetzung dafür, dass man sich ein Bild über das bestehende Angebot machen kann und befähigt ist, aus den unterschiedlichen Möglichkeiten diejenigen ins Auge zu fassen, die den eigenen Vorstellungen entsprechen. Nur so hat man bei der Geburt selbst die Chance seine persönlichen Wünsche selbstbewusst zu artikulieren und den Geburtsakt aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

4. Interviews und Diskussion

4.1 Meine Informantinnen

Um die Anonymität der Interviewpartnerinnen zu wahren, bezeichne ich die von mir befragten Frauen nur als Frau A, B, C, D, E. Auch andere Namen, von Personen oder Spitälern, werden nicht genannt.

Nachdem es gerade in einer Disziplin wie der Ethnologie um den Menschen als Individuum geht, möchte ich diese fünf von mir befragten Frauen kurz beschreiben, so wie sie sich mir in der kurzen Zeit unseres Interviews darstellten, um sie als lebendige, reale Personen dem Leser ein bisschen näher zu bringen. Außerdem beschreibe ich zu Beginn in Umrissen die einzelnen Geburtserlebnisse, die dann in der darauffolgenden thematischen Auswertung und Diskussion näher beleuchtet werden.

Frau A

Frau A ist eine ausgesprochen gepflegte junge Frau. Sie hat Kunstgeschichte studiert und gemeinsam mit einer Freundin eine Galerie in der Wiener Innenstadt eröffnet. Sie bewohnt mit ihrem Mann und ihrem Sohn eine Altbauwohnung in Hietzing. Frau A gebar im Alter von 29 Jahren im Jahr 2002 ihr bisher einziges Kind.

Sie hat sehr viel Vertrauen zu dem sie behandelnden Gynäkologen und bat ihn, sie zur Geburt zu begleiten. Da sie privatversichert ist, und ihr Arzt auch dort arbeitet, entband sie in einem Privatspital.

Schon im Vorfeld hatte sie sich genau über die Möglichkeit einer PDA (31) erkundigt und als die Schmerzen während der Geburt stärker wurden, wählte sie, gemeinsam mit dem Arzt, diese Form der Schmerzbekämpfung.

Nachdem die Anästhesie (4) gelegt worden war, wurde sie an ein CTG (12) angeschlossen und konnte nur mehr zwischen Seiten- und Rückenlage wechseln. Da die Wehen nachließen, wurde ein Wehentropf angehängt. Während der Austreibungsphase lag Frau A auf dem Rücken. Kurz vor dem Durchtreten des kindlichen Kopfes nahm der Gynäkologe eine Episiotomie (16) vor. Trotzdem musste er noch mit dem Cristeller-Handgriff (11) nachhelfen, da die Gebärende nicht ausreichend mitarbeiten konnte. Als Nebenwirkung auf die PDA (31) hatte Frau A eine Woche starke Kopfschmerzen, fühlte sich schwach und war bettlägerig.

Ihr nächstes Kind möchte sie wieder mit Hilfe ihres Gynäkologen in derselben Klinik gebären. Eine PDA (31) würde sie auf alle Fälle ablehnen und sie erkundigte sich bereits nach alternativen Methoden der Schmerzbekämpfung.

Frau B

Frau B wirkte auf mich sehr fröhlich, sie wohnt gemeinsam mit ihrem Freund und beiden Söhnen in Purkersdorf bei Wien. Sie scheint mir kein penibler Mensch zu sein, der ausgesprochen viel Wert auf perfektes Aussehen oder eine steril ordentliche Wohnung legt, was sie in meinen Augen sehr sympathisch macht. Das begonnene Studium ruht zur Zeit. Im Alter von 34 Jahren gebar sie im Jahr 2000 ihr erstes Kind. Beim Besichtigen des Kreißsaales lernte sie eine ihr sehr sympathische Hebamme kennen, eine gemeinsame Geburt wurde geplant. Durch den Umstand, dass das Kind zwei Wochen später als berechnet auf die Welt kam, und die Hebamme gerade dann auf Urlaub ging, kam es jedoch nicht dazu.

Nach dem zweimaligen erfolglosen Versuch die Geburt mittels Scheidenzäpfchen in Gang zu bringen, wurde Frau B an einen Wehentropf gehängt. Sie verließ sich völlig auf die Hebamme, die, wie sie immer wieder betont: *“Nichts aktiv angeboten hat”* (Zitat Tb 2), und so lag sie über 24 Stunden auf der Seite oder auf dem Rücken. Nach der Dienstübergabe am Morgen versuchte die neu eingewechselte Hebamme die Gebärende zu einem Stellungswechsel zu motivieren, allerdings fühlte sich diese nach so vielen Stunden schmerzvoller Wehen nicht mehr in der Lage dazu:

„Ich war dann schon schwach auch, also, ich hab´ dann auch keine Kraft mehr g´habt ganz einfach“ (Zitat Tb 2). Der ebenfalls neu eingewechselte Oberarzt beschloss, das Kind mittels Saugglocke auf die Welt zu holen. Er meinte, es hätte bis zu diesem Zeitpunkt genug Zeit gehabt, um von selbst zu kommen.

Drei Jahre später entband Frau B in derselben Klinik ihr zweites Kind. Sie beschloss im Vorhinein keine bestimmte Hebamme für die Betreuung während der Geburt mehr auszuwählen: *„Das hab´ ich dann gar nicht mehr probiert, sondern ich hab´ mir gedacht: ich lass´ es auf mich zukommen“* (Zitat Tb 2).

Auch diesmal wurde die Geburt eingeleitet. Als die Schmerzen sehr stark wurden, verlangte Frau B eine PDA (31), wurde jedoch dazu überredet, es zuerst mit einer Schmerzinfusion zu versuchen, was sich als gute Wahl erwies, da das Kind kurz darauf geboren wurde.

Frau C

Frau C hatte drei Mal betont, nicht länger als eine Stunde für unser Interview Zeit zu haben, erzählte aber dann sehr bereitwillig und beantwortete alle meine Fragen. Sie hatte die Handelsakademie besucht und danach mit einem Studium begonnen, letztendlich aber wieder abgebrochen. Sie lebt mit ihren beiden Töchtern und dem Vater der Kinder in einer Wohnung in Penzing. Sie machte auf mich den Eindruck sehr korrekt zu sein, wirkte sehr gepflegt und auch die Wohnung war ausgesprochen ordentlich.

Mit dreißig Jahren gebar sie im Jahr 1999 ihr erstes Kind. Für die Entbindung hatte sie sich vorgenommen: *„Ich geh´ den ganz konventionellen Weg und schau nur einfach, dass ich bei der Geburt selber das machen kann, was ich für richtig halte“* (Zitat Tb 3).

Als die Wehen einsetzten, duschte sie noch rasch zu Hause, um nicht schon verschwitzt im Krankenhaus anzukommen. Im Spital setzte sie sich auf das Anraten der Hebamme auf das Romarad (44). Sie empfand die Schmerzen als „*schrecklich*“ (Zitat Tb 3), verlangte aber nach keinen Schmerzmitteln. Von der Hebamme fühlte sie sich gut betreut, da diese sie immer wieder motivierte. Die ganze Zeit über befand sie sich auf dem Romarad (44), auch in der Austreibungsphase, was letztendlich ein Vulvaödem (55) zur Folge hatte. Für die zweite Geburt nahm sie sich vor, nicht mehr so statisch zu bleiben.

Die zweite Tochter von Frau C wurde 2001 entbunden. Wie sie sich vorgenommen hatte, wechselte sie die Stellungen, saß unter anderem auf dem Pezziball (34) und entband schließlich auf dem Hocker.

Frau D

Frau D lebt mit ihrem Mann und der gemeinsamen Tochter in einem Haus nahe dem Lainzer Tiergarten. Sie hat Englisch und Geographie studiert und unterrichtet in einer Wiener Privatschule. Sie machte auf mich einen etwas steifen, sehr korrekten Eindruck, taute aber zusehends auf, als wir feststellten, dass wir dasselbe Gymnasium besucht hatten.

Mit zweiunddreißig Jahren gebar sie ihre Tochter im Jahr 2002. Da sie nicht zusatzversichert ist, wollte sie ihren Gynäkologen nicht zur Geburt mitnehmen. Frau D hatte gerade mit dem Einkochen von Marillen für Marmelade begonnen, als die Wehen einsetzten. Nachdem sie die Schmerzen über einen längeren Zeitraum nicht als unerträglich empfand, beendete sie ihre Arbeit und „*schrubbte*“ (Zitat Tb 4) danach noch rasch den Herd. Auf dem Weg ins Spital setzten starke Wehen ein, schließlich kam sie mit einem Muttermund, der sich auf 8 cm geöffnet hatte, im Kreißsaal an. Die Hebamme wollte noch rasch das „*Superbett*“ (Zitat Tb 4) herrichten und dirigierte Frau D in der Zwischenzeit auf ein anderes Bett, auf dem diese kurz darauf in Rückenlage entband.

Frau E

Frau E studierte auf dem Konservatorium Cello und machte während ihrer vierten Schwangerschaft ihre Abschlussprüfung. Momentan gibt sie Kindern stundenweise Musikunterricht. Sie wohnt mit ihrem Mann und den vier Kindern auf dem Wolfersberg. Eine gesunde Ernährung ist ihr sehr wichtig, so bäckt sie z.B. das Brot für die Familie selbst, und seit einiger Zeit hält die Familie im Garten vier Hühner, um immer frische Eier zu haben. Auf mich machte Frau E einen sehr herzlichen und fröhlichen Eindruck.

Das erste Kind kam 1995 auf die Welt. Zu einer Zeit, als im Geburtsvorbereitungskurs noch die "Press-Stellung" in Rückenlage geübt wurde. Frau E war damals 25 Jahre alt und lebte mit ihrem Mann bei den Schwiegereltern. Ein Argument für sie, eine Hausgeburt gar nicht in Betracht zu ziehen.

Die Geburt wurde mittels Wehentropf eingeleitet. Frau E ging herum, nach dem Blasensprung jedoch musste sie sich ins Bett legen, sie gebar in Rückenlage, so, wie sie es gelernt hatte.

1997 hatten sich im Geburtsvorbereitungskurs, obwohl vom selben Personal gehalten, die Inhalte doch etwas verändert. Neben den Atemübungen wurde viel Wert auf die Entspannung gelegt. Was die Gebärpositionen betraf: *„Da hat's geheißen: es gibt die am Rücken und es gibt die Seitliche, und das haben wir geübt...und da hab' ich mir schon damals gedacht: das Seitliche, das ist ja hundert Mal bequemer“* (Zitat Tb 5).

Als die Wehen begannen, legte sich Frau E zu Hause ins Bett und versuchte zu entspannen. Als die Schmerzen stärker wurden, fuhr ihr Mann mit ihr ins Spital, wo sie sich in die Seitenlage begab und auch so entband.

Einen Tag später wäre die Geburt eingeleitet worden: *„Und ich hätte mich nicht gewehrt...und ich bin so froh, dass es nie dazu gekommen ist, weil ich hab' ganz normal die Wehen gekriegt, die waren so was von angenehm...mit diesen Pausen dazwischen“* (Zitat Tb 5).

1999 standen für den Geburtsvorbereitungskurs Pezzibälle (34) zur Verfügung, Übungen wie Beckenkreisen, Wippen u.a.m. wurden gezeigt und geübt. Presspositionen wurden keine erwähnt. Diesmal wollte Frau E ambulant entbinden. Sie lernte die Hebamme schon vor der Geburt kennen, die sie später im Wochenbett betreuen sollte. Zu Hause konnte sie sich viel besser entspannen als in der Klinik, was sich in ihrem Fall sehr positiv auf das Stillen auswirkte.

Nach einem Blasensprung zu Hause wurde Frau E von der Rettung liegend ins Spital gebracht. Die betreuende Hebamme riet dazu, eine Wehentropf anzulegen, was Frau E zuerst ablehnte: *„Ich hab´ sofort gesagt: nein! Ich weiß den Unterschied zwischen eingeleiteten und nicht eingeleiteten Wehen und ich mag das nicht“* (Zitat Tb 5). Letztendlich wurde doch ein wehenförderndes Mittel verabreicht, 90 Minuten später war das Kind geboren: *„Aber wenn man etwas Künstliches macht, ist es schon so, die Wehen waren lang nicht so angenehm...das klingt blöd - angenehm - aber das stimmt schon, die waren wirklich sehr heftig“* (Zitat Tb 5). Durch die starken Wehen verkrampfte sich Frau E und bekam ein Schmerzzapferl verabreicht.

Im Jahr 2003 plante Frau E wieder eine ambulante Geburt.

In dem Spital, in dem sie entbinden wollte, gab es in der Zwischenzeit das System mit einer Wahlhebamme. Frau E hatte in der Schwangerschaft zwei ausführliche Gespräche mit der von ihr ausgesuchten Hebamme, die sie während der Geburt und auch danach im Wochenbett betreuen sollte.

In der Nacht setzten die Wehen ein. Frau E begab sich in Seitenlage und versuchte zu entspannen. Als die Fruchtblase platzte, rief ihr Mann die Hebamme an. Als diese eintraf, verspürte die Gebärende bereits die Presswehen, das Kind kam also zu Hause auf die Welt: *„Ich hätt´s mir nie getraut zu planen, aber rückblickend, es war so schön...und wie er dann auch so einigermaßen sich beruhigt hat und schon getrunken hat und so weggedämmert ist, der Kleine...sind die Kinder dann heruntergekommen, der Reihe nach, und haben sich das neue Baby angeschaut...und das war schon sehr, sehr toll“* (Zitat Tb 5).

4.2 Zusammenstellung aller in den Interviews angesprochenen Themen

Die Zusammenstellung aller in den Interviews angesprochenen Themen wurde anhand der Transkription aller Interviews verfasst und inhaltlich gegliedert, um eine übersichtliche Gesamtdarstellung zu gewährleisten. Auf die unterschiedlichen Äußerungen zu den angesprochenen Themen wurde dabei nicht eingegangen. Die Zusammenstellung dient dazu, einen Überblick über das gesammelte Material zu schaffen und wurde als nächster Schritt in Form einer *“Themenmatrix”* (Lamnek 1995: 118) dargestellt. Die Matrix zeigt übersichtlich, welche Interviewpartnerin sich zu welchen speziellen Themen geäußert hat. A betrifft die Aussagen von Frau A, B 1 betrifft die Aussagen von Frau B bezüglich ihrer ersten Entbindung, B 2 betrifft die Aussagen von Frau B bezüglich ihrer zweiten Entbindung u.s.w.

Angesprochene Themen	A	B1	B2	C1	C2	D	E1	E2	E3	E4
<i>Vor der Geburt</i>										
Information	X	X		X	X	X	X			
Geburtsvorbereitung	X	X		X		X	X	X	X	
Wahl des Entbindungsortes	X	X	X	X		X	X		X	X
Wahl des Entbindungshelfers	X	X	X	X						X
<i>Die Geburt</i>										
Das subjektive Schmerzempfinden und wie mit den Schmerzen umgegangen wurde	X	X	X	X		X	X		X	
Eingenommene Gebärpositionen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Medikamentöse Eingriffe bei der Geburt	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Operative Eingriffe bei der Geburt	X	X	X	X			X			
Die Rolle des Partners bei der Geburt	X					X		X		X
Wie wichtig waren Arzt/Ärztin oder Hebamme für die Gebärende, wie war sie mit der Betreuung zufrieden	X	X	X	X	X	X	X			X
<i>Ergänzende Fragen</i>										
Was würde die Befragte einer schwangeren Freundin raten	X		X		X	X				X

Tabelle 1: Interviewthemen

Um das Typische anschaulich zu machen zitierte ich zunächst die für meine Fragestellungen relevanten Abschnitte aus den transkribierten Interviews. In einem zweiten Schritt werden die Aussagen der Interviewpartnerinnen bezüglich der jeweiligen Themen von mir zusammengefasst und anhand der Literatur diskutiert (vgl. Kap. 2.1.3.).

4.3 Vor der Geburt

4.3.1 Informationen über Schwangerschaft und Geburt

Alle befragten Frauen hatten sich unter anderem mittels Büchern und Broschüren über diverse Themen, was Schwangerschaft und Geburt, aber auch Babypflege und -Kost betreffen, Informationen beschafft. Das Gelesene wurde zum Teil kritisch hinterfragt, bzw. beurteilt: *„Das sieht man schon heraus, wer eher der medizinische, wer der alternative Ratgeber ist“* (Zitat Tb 1). Oder wie eine andere Informantin meint: *„Wobei ich sagen muss, manche waren wirklich ein Mist und manche waren wirklich sehr gut“* (Zitat Tb 3).

Als interessante Gesprächspartnerinnen und wichtige Informantinnen werden von allen Befragten Freundinnen genannt, die schon zuvor entbunden hatten. Hier werden unter anderem Themen wie die verschiedenen Krankenhäuser, unterschiedliche Möglichkeiten der Geburt, Schwangerschaft und Geburt generell oder die Angst vor den Schmerzen während der Wehen erwähnt: *„Ich hab´ schon eben mit Freundinnen darüber gesprochen, aber es war für mich ...vorher nicht vorstellbar, was eine Geburt, wie das abläuft, ja, wie das wirklich ist und wie die Schmerzen sind“* (Zitat Tb 2).

Keine einzige Frau erwähnte zum Thema Informationsbeschaffung die eigene Mutter, Schwiegermutter oder andere „ältere“ Frauen.

Alle Befragten waren in Kontakt mit ihrem Gynäkologen, nur eine von den Erstgebärenden wandte sich in der Zeit der Schwangerschaft an eine Hebamme. Eine Frau suchte während ihrer dritten Schwangerschaft Kontakt zu einer Hebamme im Hinblick auf die Geburt und für die Zeit des Wochenbettes.

Zusammenfassung und Diskussion

Ich ging ursprünglich von der These aus, dass sich vor allem Frauen, die einer gehobenen sozialen Schicht angehören, die gebildet sind und eine gewisse Reife besitzen, besonders intensiv auf die Geburt ihres ersten Kindes vorbereiten. Alle von mir befragten Frauen eigneten sich viel Wissen an, unter anderem mittels Literatur.

Schwangere Frauen durchleben eine Phase, die durch wechselnde und widersprüchliche Empfindungen gekennzeichnet ist. In diesem unsicheren Zustand benötigen sie eine Person, die sie begleitet und auch führt.

Hier zeigt sich ein großer Unterschied im Vergleich zu "traditionellen Gesellschaften". Eingebettet in ein gut funktionierendes soziales Netz wird die werdende Mutter während der sensiblen Zeit der Schwangerschaft, Geburt und auch des Wochenbettes von erfahrenen Frauen, die meist zum engsten Familienkreis zählen, beraten und betreut. Die Aufgabe dieses engen sozialen Netzwerkes ist bei uns völlig verlorengegangen. Hinzufügend muss man erwähnen, dass die Betreuung der Generation unserer Mütter, die in den 1960er Jahren entbunden haben, in keiner Weise mit der heutigen Zeit verglichen werden kann. Die Bedingungen um Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit des Wochenbettes haben sich grundlegend geändert, der Erfahrungsschatz der älteren Generation wäre unseren jungen Frauen wohl keine Hilfe.

Angelica Ensel (2001) meint, dass in unserer Kultur, in der traditionelle Großfamilienstrukturen nicht mehr existieren und schwangere Frauen keine mütterlichen Vorbilder mehr erleben, ein Vakuum entstanden ist. Diese Leere kann durch eine, in unserem Kulturkreis üblichen, Schwangerenvorsorge wohl kaum gefüllt werden.

Aus psychologischer Perspektive stellt die Schwangerschaft eine Schwellensituation dar, in der sich ein Übergang von einem sozialen Status in einen anderen ankündigt.

Mit dem Beginn dieser Übergangsphase verlässt die Frau ihre bisherige stabile Position: *„Wenn wir davon ausgehen, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - als grenzüberschreitende und gefährliche Prozesse - ritualisiert sind (um die Gefährdungen unter Kontrolle zu halten), können wir den ersten Besuch beim Arzt als Initiationsritual begreifen. Eine wichtige symbolische Funktion hat in diesem Zusammenhang die Übergabe des Mutter-Kind-Passes, ein Insignium der neuen Identität“* (Ensel 2001: 24).

Besagter Mutter-Kind-Pass schreibt genau vor, wie viele Untersuchungen während der Schwangerschaft bei einem Gynäkologen vorgeschrieben sind. Das Aufsuchen einer Hebamme ist nicht vorgesehen.

Wie bereits in Kapitel 3.3. beschrieben, hängt unser Wissen ab von der Information, die wir bekommen. Die Experten, in diesem Fall die Ärzte, treffen sozusagen für die Frauen eine Vorauswahl. Die medizinerorientierte Sichtweise seitens der Gynäkologen unterscheidet sich zum Teil wesentlich von derjenigen der Hebammen. Daraus könnte man schließen, dass Frauen, die während der Schwangerschaft nicht nur einen Arzt, sondern auch eine Hebamme konsultieren, einen anderen Informationsstand aufweisen, als Frauen, die keine Hebamme aufsuchen.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass die von mir befragten Frauen sich viel Information über Schwangerschaft und Geburt angeeignet hatten:

als Informationsquelle dienten Bücher, gleichaltrige Frauen und Ärzte. Die meines Erachtens nach wichtigste Betreuungsperson für eine Frau während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, die Hebamme, war offensichtlich für die Erstgebärenden von nicht so großer Bedeutung.

4.3.2 Geburtsvorbereitung

Alle befragten Frauen besuchten während ihrer ersten Schwangerschaft einen Geburtsvorbereitungskurs. Drei Kurse wurden von einer Hebamme, zwei von einer Physiotherapeutin gehalten. Zweimal handelte es sich um einen Partnerkurs, bei den anderen wurde eine Partnerstunde abgehalten.

Alle Befragten lernten in der Geburtsvorbereitung unterschiedliche Gebärpositionen kennen und wurden über die Vorteile der vertikalen Positionen informiert, in drei Fällen wurden diese auch praktisch geübt: „*Sie (die Physiotherapeutin, Anm. d. Verfassers) hat uns immer gesagt: das Bett ist an sich das Zweitschlechteste, das Schlechteste ist am Kopf stehend*“ (Zitat Tb 3).

In einem Fall wurde ein Film über eine Hausgeburt gezeigt: „*Das war sehr interessant, weil die war in den ärgsten Wehen schon und hat sich die ganze Zeit bewegt...ja, da hab´ ich mir gedacht: da werd´ ich das schon so machen, solange wie das klappt*“ (Zitat Tb 1).

In allen Geburtsvorbereitungskursen wurde ebenfalls relativ viel Wert auf die Atmung, bzw. auf Atemübungen gelegt: „*Was wir geübt ham´, war viel Atmen, auch dass man nicht rauspresst, sondern rausschiebt und Atemübungen dazu, und was man sich vorstellen muss*“ (Zitat Tb 4).

Frau E, die bei der ersten Geburt während der Wehen erkannte, wie wichtig adäquates Atmen sein kann, meint nach vier Geburten: „*Da ham´ s schon Recht gehabt, dass sie relativ viel Wert auf die Atmung legen, dass sie uns das lernen, aber...in der Praxis hat´s beim ersten Kind nicht wirklich funktioniert*“ (Zitat Tb 5).

Information über den Geburtshergang oder Massagetechniken für den Partner waren ebenfalls Themen in der Vorbereitung.

Frau D erwähnt, dass die Physiotherapeutinnen die schwangeren Frauen dazu ermunterten, die eigenen Vorstellungen zu artikulieren und, wenn möglich, umzusetzen: „*Sie haben gesagt, dass früher alle Frauen in Rückenlage geboren haben, und dass halt die älteren Hebammen vielleicht sagen: so, jetzt legen Sie sich einmal auf den Rücken... und so weiter, aber dass man sagen kann, was einem am liebsten ist und welche Stellung man mag*“ (Zitat Tb 4).

Im selben Kurs wurden die Frauen ebenfalls dazu ermuntert, sich nicht zu kontrollieren, sondern sich fallen zu lassen: „*Und auch, dass wir so laut sein dürfen, wie wir wollen*“ (Zitat Tb 4).

Zusammenfassung und Diskussion

Provokant könnte man fragen:

Wie "künstlich" ist unsere Welt geworden, wenn wir für die natürlichste Sache der Welt, die Reproduktion, einen Kurs besuchen müssen, damit wir wieder lernen, natürlich zu reagieren? Wie weit haben wir uns von unserem eigenen Körper entfernt, dass wir ihn nicht mehr spüren, dass Entspannen trainiert werden muss. Dass wir nicht wissen, wo und was unser Beckenboden ist. Ganz zu schweigen davon, dass wir beherrschen, wie man ihn "anspannt" oder "lockerlässt". Als Physiotherapeutin werde ich immer wieder damit konfrontiert, wie wenig die Menschen unserer Gesellschaft ihren eigenen Körper spüren. Das Bedürfnis, diese Fähigkeit wieder zu erlangen, ist wohl vorhanden, wenn man das vielfältige Angebot von Kursen, die die unterschiedlichsten Techniken, den eigenen Körper besser wahrnehmen zu lernen und zu entspannen vermitteln, registriert.

Die Aufgabe der Geburtsvorbereitungskurse besteht darin, die Schwangeren physisch und psychisch auf die Geburt, aber auch auf die Zeit danach vorzubereiten. In der Zeit der Schwangerschaft, während Geburt und Wochenbett werden die Frauen betreut. Danach allerdings werden sie gänzlich alleine gelassen. In einer guten Geburtsvorbereitung müsste auch die Zeit nach der Geburt mit all den Problemen, Ängsten und Sorgen der Frauen Thema sein.

Ich ging ursprünglich von der Hypothese aus, dass eine bestmögliche Information über die Geburt unter anderem eine Voraussetzung für eine selbstbestimmte, aktive Geburt darstellt. Die Frauen sollten physisch und psychisch gut vorbereitet sein und ungefähr wissen, was auf sie zukommen wird.

Alle von mir befragten Frauen besuchten einen Geburtsvorbereitungskurs. Dort lernten sie Atemtechniken, verschiedene Gebärpositionen, Massagetechniken kennen, und es wurde über den Geburtshergang gesprochen. Zum Teil wurden die Frauen dazu ermuntert, ihre Vorstellungen während der Geburt zu artikulieren. Jeder von mir Befragten war vor der Geburt bewusst, dass die Rückenlage keine gute Gebärposition darstellt.

4.3.3 Wahl des Entbindungsortes

Für drei der Befragten war die Nähe des Spitals bezüglich ihres Wohnortes wichtig. Frau D meint: *„Es war einfach die Nähe des Spitals, die da ausschlaggebend war“* (Zitat Tb 4), außerdem hatte sie nur Gutes über diese Klinik gehört.

Alle Frauen hatten sich eingehend über das gewählte Krankenhaus informiert. Frau A wählte eine Privatklinik, da letztendlich der von ihr gewählte Gynäkologe dort arbeitete: *„Hab´ ich mich nicht sehr über andere Örtlichkeiten informiert, weil ich viel Gutes über das XX gehört hab´ und mein Arzt dort ist“* (Zitat Tb 1).

Zwei der Frauen zogen bei ihrer ersten Entbindung die Möglichkeit eines Geburtshauses aus finanziellen Gründen nicht in Betracht.

Eine ambulante Geburt wäre für Frau B eine Alternative zur Spitalsgeburt gewesen, sie hatte allerdings eine sehr anstrengende Geburt, so dass sie im Spital bleiben musste.

Frau E hatte bei der dritten Entbindung eine ambulante Geburt geplant und durchgeführt und zeigte sich darüber sehr zufrieden.

Bei der ersten Entbindung wäre nur für Frau E eine Hausgeburt, unter anderen häuslichen Umständen, in Betracht gekommen.

Zusammenfassung und Diskussion

Heute werden bei uns in Österreich 98% der Kinder in Krankenhäusern entbunden (Reiter 1994: 53). Die Frauen fühlen sich, von kompetentem Personal umgeben, sicher und gut aufgehoben. Eine Hausgeburt kommt für die meisten absolut nicht in Frage. Eine Informantin meint: *„Weil ich, ja, einfach Angst gehabt hab´, wenn mir irgendwas passiert, oder wenn irgendein chirurgischer Eingriff notwendig ist, bis ich dann im nächsten Spital bin...also, da war mir wichtig, dass...ich hab´ also ein ganzes Heer an Ärzten und Krankenschwestern, die da sind, falls irgendeine Katastrophe passiert“* (Zitat Tb 3).

Falls sich doch eine Frau dazu entscheidet in den eigenen vier Wänden ihr Kind auf die Welt zu bringen, ist sie meist massiver Kritik seitens ihres sozialen Umfeldes ausgesetzt. Obwohl zahlreiche Studien eindeutig belegen, dass eine Hausgeburt in keiner Weise ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind darstellt (Reiter 1994), wird wohl kaum ein behandelnder Gynäkologe einer Schwangeren dazu raten. Politische sowie wirtschaftliche Aspekte sind sicherlich Triebfedern dieser Tendenz. Haben die Ärzte vergangener Zeiten die Geburtshilfe den Frauen im wahrsten Sinne des Wortes aus den Händen genommen, so werden sie diese nicht mehr aus den eigenen Händen geben. Die Meinung, eine “medizinisch” überwachte Geburt im Spital sei die risikoärmste Möglichkeit, ein Kind zur Welt zu bringen, ist nicht nur bei den Medizinern vorherrschend, sondern auch bei der breiten Masse der Bevölkerung.

Die einzige Ausnahme in Europa stellten und stellen die Niederlande dar, die z.B. in den Jahren 1993/1994 eine Hausgeburtsrate von etwa 35% aufwiesen (Schücking 1999).

Eine zentrale Frage erhebt sich beim Thema Hausgeburt: wie wird die Frau betreut? Und diese Frage beschränkt sich nicht nur auf die Geburt selbst, sondern auch auf die Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes.

Die Schwangere sucht sich eine Hebamme ihrer Wahl. Eine, die ihr sympathisch ist, zu der sie Vertrauen fassen kann. Vor der Geburt finden einige Gespräche statt, in denen sich die beiden Frauen näher kennen lernen. Die Hebamme weiß um die Wünsche, Ängste und Befürchtungen der Schwangeren und kann so auch während der Geburt sehr individuell auf diese eingehen. Eine Entbindung ist für jede Frau eine Grenzerfahrung, sie befindet sich in einer Ausnahmesituation, in der sie sich fallen lassen soll. Das ist leichter möglich, wenn sie sich in einer ihr gewohnten Umgebung gut aufgehoben und geborgen fühlt und Vertrauen zu den Menschen hat, die sie umgeben und die sie betreuen.

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt stellt die Zeit des Wochenbettes dar, und damit sind nicht die drei, vier Tage nach der Geburt, die man gut betreut im Spital verbringt, gemeint. Aus eigener leidvoller Erfahrung weiß ich, wie problematisch die erste Zeit zu Hause mit einem Neugeborenen sein kann. Gerade was das Thema Stillen betrifft, und hier handelt es sich um ein hochsensibles Thema, wird man nach diesen wenigen Tagen der Betreuung völlig allein gelassen. Nach einer Hausgeburt oder ambulanten Geburt hingegen erfolgt auch in der Zeit nach der Entbindung eine individuelle Betreuung durch die Hebamme, was auch eine Informantin sehr geschätzt hat: *„Es hat sich dann auch herausgestellt, dass ich, siehe da, wenn ich ambulant entbinde, zwei Tage früher meine Milch einschießt...in ausreichender Menge“* (Zitat Tb 5).

Brigitte Jordan (1995) berichtet, dass noch im Jahr 1995 weltweit 80% der Babys mittels traditioneller Geburtspraktiken entbunden wurden. Mittlerweile kann man sagen, dass die Klinikgeburt zur Norm geworden ist. Die westliche, moderne Medizin hat wohl auch schon den letzten Winkel dieser Erde erreicht und versucht, auch auf dem Gebiet der Geburtshilfe Traditionelles zu eliminieren.

Mit dem Argument der "Sicherheit für Mutter und Kind", und um so die Mütter- und Kindersterblichkeit zu senken, wurden und werden die Geburten ins Krankenhaus transferiert. Frauen werden aus einem gut funktionierenden Geburtssystem herausgerissen und in einer völlig fremden, sterilen Umgebung ohne Rücksicht auf Schamgefühl und Tradition von unbekannten Menschen entbunden. Die Geburtsvorgänge haben wohl meist nichts mit dem traditionellen, aktiven Gebären zu tun.

Christine Binder-Fritz (1995), die sich in den späten 1980er Jahren mit dem Geburtssystem der Maori in Neuseeland beschäftigte, meint, dass die Integration der autochthonen Frauen in das westliche Gesundheitssystem und somit die Institutionalisierung der Geburt zu keinem befriedigenden Ergebnis führte, wie die erhöhte neonatale (29) Mortalitätsrate zeigte: *„Erstens mußte die Gebärende zur Entbindung an der Frauenklinik die vertraute Umgebung ihres Familienkreises verlassen. Ein Spital stellte aber aus spiritueller Sicht einen ‘gefährlichen’ Ort dar, weshalb die Gebärende großem psychischem Druck ausgesetzt war. Zweitens brachte die Umstellung von der traditionellen vertikalen Gebärhaltung zu einer horizontalen Position alle ethnomedizinisch bekannten Nachteile mit sich. Und nicht zuletzt konnten die postnatalen (38) Rituale nicht mehr durchgeführt werden“* (Binder-Fritz 1995: 93).

Ich möchte in meiner Arbeit nicht auf die Situation der Migrantinnen in Österreich eingehen, obwohl gerade auf diesem Gebiet sicherlich ein großer Bedarf an Aufklärung besteht. Man kann sich wohl vorstellen, wie schwierig es für die jungen Frauen sein mag, Mutter zu werden - in einem Land, von dem viele von ihnen die Sprache nur mangelhaft verstehen, in dem auf ihre Traditionen kaum Rücksicht genommen wird, wo sie aus ihrem kulturellen und sozialen Umfeld gerissen sind.

Alle von mir befragten Frauen hatten sich beim ersten Kind für die Entbindung in einem Krankenhaus entschieden. Hier liegen sie „im Trend“, wenn man betrachtet, dass bei uns nahezu alle Geburten im Spital stattfinden. Alternative Möglichkeiten waren ihnen bewusst, wurden aber nicht ernsthaft in Betracht gezogen.

Das wichtigste Argument für eine Spitalsgeburt ist die immer wieder erwähnte Sicherheit, die das Klinikpersonal, mit Medikamenten und Apparaturen im Hintergrund, zu bieten scheint.

Auch das „Sich-verwöhnen-lassen-wollen“ in den ersten Tagen nach der Geburt wird erwähnt.

Eine der Frauen gibt an, dass sie eventuell eine ambulante Geburt in Erwägung gezogen hätte, wenn es ihr nach der Geburt besser gegangen wäre. Beim zweiten Kind verbrachte sie das Wochenbett allerdings auch im Krankenhaus.

Eine andere Befragte wählte bei ihrer dritten Entbindung eine ambulante Geburt, aus Gründen der intensiveren Betreuung vor, während und nach der Geburt, mit Hilfe einer von ihr gewählten Hebamme. Eine Hausgeburt zog sie auch beim vierten Kind nicht in Erwägung.

4.3.4 Wahl des Entbindungshelfers

Frau A ist privatversichert und entband mit ihrem Gynäkologen in einem Privatspital.

Frau B wollte ihre Gynäkologin bei der Entbindung dabei haben, diese lehnte jedoch aus Zeitmangel ab.

Frau D nahm, da sie keine Zusatzversicherung hat, ihren Arzt nicht mit: *„Und das Zweite, was dann auch jeder gesagt hat, dann greift die Hebamme nirgendwo nicht hin, sondern sagt dann: ´o.k., das macht dann der Gynäkologe.´ Und ich hab´ mir gedacht: die Hebammen haben aber vielleicht mehr Erfahrung“* (Zitat Tb 4).

Als Erstgebärende war Frau B die Einzige der Befragten, die sich im Vorfeld um die Begleitung durch eine Hebamme gekümmert hatte. Leider war diese jedoch während der Entbindung nicht anwesend, ein ungünstiger Zufall, da sich die Schwangere völlig auf die geplante Betreuung verlassen hatte: *„Hab´ ich mir gedacht: das wird o.k. gehen und das wird gut sein so, weil, wenn sie dabei ist, dann bietet sie mir auch etwas an“* (Zitat Tb 2).

Frau E hatte sich nach zwei Klinikentbindungen, wie bereits erwähnt, für eine ambulante Geburt entschieden. Sie hatte während der Schwangerschaft eine ihr sympathische Hebamme kennen gelernt, die sie vor, während und nach der Geburt betreute: *„Das hat auch super funktioniert, muss ich sagen...alles, was ich mir erhofft hab´ von der ambulanten Geburt ist auch eingetreten und eigentlich war´s noch viel toller“* (Zitat Tb 5).

Zusammenfassung und Diskussion

Man kann sagen, dass es bei uns üblich ist, weder den Arzt noch die Hebamme zu kennen, die einen während der Entbindung begleiten. Wenn bereits während der Schwangerschaft ein Betreuer für die Geburt gewählt wird, so fällt die Wahl eher auf den behandelnden Gynäkologen. Die zum Teil bestehende Möglichkeit von einer Hebamme bereits während der Schwangerschaft, der Geburt und auch im Wochenbett betreut zu werden, ist wahrscheinlich vielen Frauen, die im Spital entbinden, nicht bekannt.

Schwangere Frauen befinden sich in einem Zustand der Offenheit, Unsicherheit und großen Sensibilität. Hinzu kommt ein Bedürfnis nach Regression. Das bedeutet zulassen, wachsen lassen und Kontrolle aufgeben. Schwangere müssen einen Teil der Kontrolle über ihren Körper abgeben, es wächst etwas in ihnen, worauf sie keinen Einfluss haben, ihr Körper verändert sich. Neben der Regression braucht der unsichere Zustand der Schwangerschaft bestimmte Rituale. Erstgebärende haben in unserer Kultur häufig weder Schwangerschaft noch Geburt naher Verwandter unmittelbar miterlebt, angestammte Rituale sind weitgehend weggefallen. Die Frauen suchen Orientierung und Halt in der Institution der ärztlichen Vorsorge, die diese Lücke zu füllen versucht. Nachdem Frauen in diesem Lebensabschnitt oder in dieser Übergangsphase Rituale und rituelle Begleitung dringend brauchen, wehren sich auch sonst selbstverantwortlich handelnde Frauen nicht oder nur begrenzt gegen ärztliche Maßnahmen.

Die pränatale Diagnostik fügt sich als Angebot der Angstbewältigung in den Rahmen eines Übergangsrituals ein. Der Arzt schließt sozusagen mit der Schwangeren einen Pakt, in dem ihr ein gutes Ende verheißen wird, wenn sie bereit ist, alles zu tun. Das heißt, wenn sie in diesem ungleichen Bündnis eine „*rituelle Demutshaltung*“ (Ensel 2001: 25) einnimmt, was, wie bereits erwähnt, meist auch bereitwillig geschieht.

Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Hebammen bei der heutigen Sozialisation schwangerer Frauen und Paare spielen, inwieweit sie im derzeitigen Vorsorgesystem die Rolle der „*Übergangsmentorin*“ (Ensel 2001: 26) einnehmen könnten. Meist ist die Beziehung zwischen der Schwangeren und dem betreuenden Arzt bereits so gefestigt, dass die Hebamme auch bei intensivem Einsatz, was Beratung und Betreuung betrifft, die Rolle einer Übergangsmentorin nicht mehr übernehmen kann, weil diese bereits besetzt ist.

Es ist kaum anzunehmen, dass die Ärzte bereit wären, ihre mächtige Funktion des Übergangsmentors freiwillig den Hebammen zu überlassen, und so bei einer normalen Schwangerschaft nur mehr für medizinische Dienstleistungen zur Verfügung zu stehen. Die Definition der Risikoschwangerschaft, die in den letzten Jahren massiv ausgedehnt wurde, zeigt, dass Ärzte ihre Funktion behalten und eher ausweiten wollen.

Im Gegensatz zu den Ärzten können die Hebammen dem transitorischen Prozess der Schwangerschaft einen anderen Rahmen geben. Durch ihre Präsenz vermitteln sie den Schwangeren die Gewissheit, dass sie die Übergangskrise trotz ihrer Ängste bewältigen können. Die Betreuung der Hebamme ist mehr am Eigenerleben und der Selbstwahrnehmung der Schwangeren ausgerichtet, dadurch besteht die Chance, dass Ängste ausgesprochen und bearbeitet werden (Ensel 2001).

Angelika Ensels (2001: 24-26), Hebamme und Ethnologin, sieht im Idealfall die Hebamme, die die gesamte Vorsorge und damit die Rolle der Übergangsmentorin übernimmt. Dieses andere Beziehungsmodell zwischen Schwangerer und Hebamme zeichnet sich aus durch folgende Punkte:

- Die Hebamme nimmt sich viel Zeit, eine ausführliche Anamnese geht auch auf die biographische Bedeutung der körperlichen Ereignisse, wie vorausgegangene Schwangerschaften, Fehlgeburten oder Abbrüche ein.
- Zwischen Hebamme und Schwangerer besteht ein egalitäres Verhältnis, die Schwangere wird in ihren Äußerungen ernst genommen, fühlt sich gestärkt durch die Erfahrung der Hebamme, was wiederum deren Kompetenz als Fachfrau stärkt.
- Der ärztliche Blick richtet sich mit Hilfe der Technologie von außen nach innen, die Hebamme bezieht sich stärker auf das Nicht-Sichtbare. Berühren, Tasten, Fühlen, Gespräche vermitteln Nähe und Vertrautheit, was die Eigenkompetenz und das Körperbewusstsein der Schwangeren stärkt.
- Diese Form der Begleitung und Betreuung erweist sich als risikomindernd für Schwangerschaft und Geburtsverlauf.

Eva Fernandez-Thanneiser (1998: 83) betont, wie wichtig das Vertrauen der Gebärenden zur betreuenden Hebamme ist: *„Vertrauen braucht Zeit, um zu wachsen und ist eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste Voraussetzung für einen positiven Geburtsverlauf“*.

Ärzte haben schon auf Grund ihrer Ausbildung eher einen pathologieorientierten Arbeitsansatz. Für sie kann eine Schwangerschaft oder Geburt jederzeit entgleisen, weshalb es notwendig ist, in kurzen Zeitintervallen objektive Daten über den körperlichen Zustand von Mutter und Kind zu erheben, auszuwerten und zu kontrollieren. Sie vertrauen der Wissenschaft, Technik und ihren Messdaten, den operativen Eingriffsmöglichkeiten im Notfall. So gesehen ist es verständlich, dass sie dem Intuitiven, dem Erfahrungswissen einer Hebamme oder der Intuition und dem Selbstbestimmungswillen einer Frau eher skeptisch gegenüber stehen (Struthmann 2000).

Hebammen gehen primär vom Gesunden, Naturgegebenen, Normalen einer Geburt aus, was sich eher in abwartendem, der Natur vertrauenden Beistand ausdrückt. Durch zeitintensive, kontinuierliche Versorgung der Gebärenden sollen Gefahren minimiert und im Vorfeld mit Hilfe von naturkundlicher Behandlung günstig beeinflusst werden. Heutzutage findet diese Haltung Ausdruck in dem großen Angebot alternativer Therapien, die in den Kliniken fast überall angeboten werden und von der Schulmedizin bisher zum Teil nicht anerkannt sind (Struthmann 2000).

Eine der von mir befragten Frauen, sie ist privatversichert, wurde von ihrem Gynäkologen auch während der Geburt in einer Wiener Privatklinik betreut. Dies sind, laut Statistiken die „besten“ Voraussetzungen dafür, dass während einer Entbindung interveniert wird. 1993/94, zu einer Zeit, in der die „Wunschsectio“ (56) weder als Wort noch als Fakt existierte, betrug die Sectorsrate (46) im Wiener Privatsanatorium bereits 19,6% (Schücking 1995).

Eine, vielleicht etwas provokante Frage, die sich mir stellt, lautet: welchen Eindruck macht es wohl, wenn der gewählte Gynäkologe, der von der Privatversicherung teuer bezahlt wird, nach einigen kurzen Besuchen während der Geburt, der Frau, die mit Unterstützung der Hebamme soeben entbunden hat, gratuliert ohne jemals „Hand angelegt“ zu haben?

Eine andere Frage, die sich mir aufdrängt, lautet: wie sieht das typische Klientel einer Privatklinik aus? Handelt es sich vorwiegend um gut situierte Frauen der Oberschicht? Was für ein Körperbewusstsein haben diese Frauen? Steht eine blutige Geburt mit Schmerzen, Schwitzen, Fruchtwasserabgang, Harn- oder Stuhlverlust, bei der man die Kontrolle verlieren kann, in krassem Gegensatz zu einem „perfekt gestylten Äußeren“? Nachdem mir hier weder Fakten noch Zahlen vorliegen, und ich somit nur Vermutungen anstellen könnte, nehme ich von einem Versuch, diese Fragen zu beantworten, Abstand.

Vier der fünf von mir befragten Frauen haben während ihrer ersten Schwangerschaft die bei uns traditionelle Form der ausschließlichen Betreuung durch einen Arzt gewählt. Alle fünf kannten die, sie während der Geburt ihres ersten Kindes betreuende Hebamme, vorher nicht.

Jede Frau hat Angst vor der Entbindung, vor allem vor der ersten. Man kommt in ein unpersönliches Spital, umgeben von unbekannten Menschen und weiß nicht genau, was auf einen zukommt. Wäre es in dieser Situation nicht beruhigend, von einer Person, die man schon kennen gelernt hat, zu der man Vertrauen gefasst hat, empfangen und während der ganzen Zeit betreut zu werden?

Die von mir interviewten Frauen hatten viele Anstrengungen unternommen, um sich optimal auf die Entbindung vorzubereiten. Kurse wurden besucht, Bücher gelesen, Gespräche geführt, Homöopathie, Akupunktur und anderes angewendet. Aber nur eine von ihnen versuchte, mit einer Hebamme Kontakt aufzunehmen.

Eine der befragten Frauen, mit der Erfahrung zweier vorangegangener Geburten, suchte sich während der dritten Schwangerschaft rechtzeitig eine Hebamme zur Betreuung vor, während und nach der Entbindung.

Es ist nicht zulässig, auf der Grundlage von fünf Interviewpartnerinnen, eine allgemeine Aussage zu treffen. Dank meiner Erfahrung kann ich jedoch feststellen, dass nur wenige Frauen die Möglichkeit der rechtzeitigen Betreuung durch eine Hebamme in Anspruch nehmen. Wenn man bedenkt, dass die Geburtshelferin die wichtigste unterstützende Person bei einer Entbindung darstellt, ist diese Tatsache verwunderlich. In diesem Bereich besteht ohne Zweifel ein sehr großer Nachholbedarf.

In der Schwangerenambulanz in einem Wiener Gemeindespital ist neuerdings eine Hebamme präsent. Sie sucht den Kontakt mit den Frauen lange vor der Entbindung aufzunehmen und somit ein neues Bewusstsein für eine Betreuung zu schaffen, die über die rein medizinische hinausgeht.

4.4 Die Geburt

4.4.1 Das subjektive Schmerzempfinden und wie mit den Schmerzen umgegangen wurde

Von allen befragten Frauen wird von starken Wehenschmerzen gesprochen. Frau A hatte sich bereits im Vorfeld über die Möglichkeit einer PDA (31) erkundigt und diese eventuell in Betracht gezogen: *„Jedenfalls war's extrem heftig und die Schmerzen waren so aufeinander...na, gut, wenn's noch viel ärger wird...dann mach 'ma's, warum nicht...ich wollte schon natürlich entbinden...aber ich hab' nicht den Ehrgeiz...wenn ich mir helfen lassen kann von der Medizin...ich bring's ja trotzdem natürlich zur Welt, das Baby“* (Zitat Tb 1).

Vier Frauen sprechen zwar von starken Schmerzen, verlangten allerdings keine Medikamente zur Schmerzbekämpfung: *„Das war schrecklich, so im Nachhinein betrachtet war's wirklich so schrecklich...und ich wollte auch nicht mehr und am Liebsten wäre es mir gewesen: ich geh' jetzt heim...also das, das hab' ich eigentlich schon in schrecklicher Erinnerung“* (Zitat Tb 3).

Frau B erzählt: *„Da war ich eben so beschäftigt, auch mit der Geburt und mit den Wehen und durch den Wehentropf...dass ich gar nicht mal so auf die Idee gekommen bin...also, das erste Mal hab' ich sehr gelitten“* (Zitat Tb 2). Auch bei der zweiten Entbindung: *„Ist es so heftig geworden, dass ich zum Arzt gesagt hab': so, ich will jetzt eine Epiduralanästhesie (15)“* (Zitat Tb 2). Der Arzt versuchte es allerdings zuerst mit einer Schmerzinfusion, was dank des raschen Geburtsfortschrittes zielführend war.

Frau E meint: *„Bei der XX hab' ich dann bei zwei oder drei Wehen mitveratmet und bei allen anderen hab' ich irgendwie blöd geatmet...und ich hab' bei diesen zwei, drei Wehen gemerkt, das reduziert den Schmerz um, ich weiß nicht, um 50% oder was...und deswegen hab' ich wie ich mit dem YY schwanger war, dann total viel das Atmen geübt“* (Zitat Tb 5).

Zusammenfassung und Diskussion

Der Geburtsschmerz, ich weiß das aus eigener Erfahrung, wird fast immer als beinahe unerträglich empfunden, umso mehr, wenn trotz der Schmerzen der Geburtsfortschritt nur langsam vorangeht.

Die Schmerztoleranz geht auch immer einher mit der Art, wie man mit dem Schmerz umgeht, inwieweit man ihn akzeptiert, sich von ihm beherrschen lässt und völlig verkrampft, oder versucht, trotzdem zu entspannen: „Dass *ich jetzt gewusst hab´, wie´s geht, ja...und trotzdem es dann in diesem heftigen Schmerz schwierig war das durchzuhalten*“ (Zitat Tb 5 über die dritte Geburt).

Schmerz kann man als ein generelles Kennzeichen der Geburtssituation ansehen. Die Vorstellung, dass eine „primitive“ Geburt einfacher ist als eine „zivilisierte“, ist sicher falsch. Es geht jedoch nicht darum, ob ein Geburtsschmerz empfunden wird oder nicht, sondern darum, zu welchem Objekt der Schmerz in den unterschiedlichen Systemen wird (vgl. Kap.3.1.3.). In unserer und vielen anderen westlichen Kulturen fällt die Geburt eindeutig in die Domäne der Medizin, das selbe gilt für eine Reihe von Entwicklungsländern, denen zunehmend das medizinische Modell der Geburt statt der zuvor existierenden ethno-gynäkologischen Traditionen aufgezwungen wird. Die Geburt wird nicht als ein physiologischer Prozess, sondern als ein medizinisches Problem betrachtet (Jordan 1995).

Maya-Frauen betrachten den Schmerz als normalen Aspekt der Geburt, genauso wie er auch im übrigen Leben hingenommen wird. Sie betrachten die Wehen vor allem als eine Arbeit, die eine Frau durchführen muss. Sollte eine Gebärende sich über Schmerzen beklagen, wird sie wahrscheinlich unterbrochen, sie solle diesen Unsinn lassen und wieder zu ihrer Arbeit zurückkehren. Schmerz wird als normal, als Zeichen des Fortschritts angesehen. Das Hindurchgehen durch den Schmerz ist ein Teil der Arbeit, die die Frau bei der Geburt leisten muss. Heilmittel werden keine verabreicht, es gibt nur emotionale und körperliche Unterstützung wie Festhalten oder Streicheln (Jordan 1995).

In den meisten traditionellen Gesellschaften gebären Frauen in einer vertrauten Umgebung, unterstützt von Frauen, die ihnen vertraut sind. Alle Säugetiere, einschließlich der Menschen suchen Vertrautheit und Zurückgezogenheit, wenn die Geburt naht. Wenn Frauen sich in einer solch geschützten Atmosphäre befinden, arbeitet ihr Körper überaus effizient in physiologischem und biologischem Sinn: die Geburt ist ein physiologischer Vorgang, bei dem, wenn er ungestört verläuft, alle Hormone ausgeschüttet werden, die für eine unkomplizierte, nicht unerträglich schmerzvolle Geburt notwendig sind (Heilmann übersetzt von Rakos in: Rakos 1997).

Nach dem medizinischen Modell sind die Schmerzen der wesentliche Faktor, der das Geburtserleben der Frau bestimmt. Daraus resultiert, dass die geburtshilfliche Analgesie (2) häufig als die einzige Lösung für ein befriedigendes Geburtserlebnis angesehen wird.

Die Interpretation der Befunde in der Geburtsschmerzforschung stützen sich hauptsächlich auf einen Schwerpunkt, nämlich den der sensorischen Schmerzdimension. Zum Verständnis der Geburtsschmerzen ist allerdings zusätzlich eine psychologische Perspektive, mit dem Blickpunkt auf die affektive Dimension, erforderlich. Bei vielen der heutzutage zur Schmerzmessung verwendeten Tests wird versucht, die affektive Qualität der Schmerzen mit einzubeziehen. Hierzu werden meist Begriffe wie *„ermüdend, erschöpfend, ekelhaft, entsetzlich, grausam, mörderisch oder blind machend“* (Waldenström 1997: 380) verwendet. Diese Wörter haben allerdings alle eine ausgesprochen negative Bedeutung, was darauf hinweist, dass die Untersucher die Geburtsschmerzen als ein gänzlich negatives Erlebnis ansehen. Solange die Wehenschmerzen mit den Schmerzen im Zusammenhang mit Krankheiten verglichen werden, wird man sie nicht verstehen. Die Geburtsschmerzen können nicht als ein völlig negatives und vernichtendes Erlebnis betrachtet werden. Eine Gebärende weiß, dass die Schmerzen wieder aufhören und dass sie letztendlich zu einem glücklichen Ereignis, nämlich der Geburt eines Kindes führen.

„Wenn die Auffassungen der GeburtshelferInnen bezüglich der Zufriedenheit mit der Geburt auf dem Schmerzbewältigungsmodell beruhen, ist es eine erfolgreiche Annahme, daß Frau bei der Bewältigung der Geburt am besten mit der PDA (31) oder anderen Analgesieverfahren (2) geholfen werden kann. Dies mag aus der kurzfristigen Sicht der GeburtshelferInnen und selbst mancher Frauen gut funktionieren. Praktisch alle Beweise sprechen jedoch dafür, daß der langfristige Nutzen für die Frauen dann am größten ist, wenn sie in der Lage sind, die psychologischen Aufgaben zu erfüllen, die sie sich für die Geburt selbst vornehmen und in dem Ausmaß aktiv beteiligt sind, wie sie es wünschen“ (Humenick zit. in: Waldenström 1997: 381).

Obwohl die Wehenschmerzen von allen befragten Frauen als sehr stark beschrieben werden, verlangte nur eine von ihnen nach einer Schmerzerleichterung. Eine andere „lag“ bei der ersten Entbindung 24 Stunden in den Wehen und verlangte während der Geburt ihres zweiten Kindes eine PDA (31). Beide Frauen hatten sich schon während der Schwangerschaft mit dem Thema „Schmerzbekämpfung“ auseinandergesetzt. Schmerzen während der Geburt stellen ein wichtiges Thema für schwangere Frauen dar. Es gibt wohl kaum eine Erstgebärende, die sich nicht bange fragt: Wie wird das sein? Werde ich die Schmerzen aushalten?

Wie bereits erwähnt ist die persönliche Einstellung ein wichtiger Faktor dafür, in welcher Qualität der Geburtsschmerz empfunden wird. Beide zuvor erwähnte Frauen hatten im Hinterkopf den Gedanken, dass es da noch etwas gibt, das hilft, wenn die Schmerzen nicht mehr auszuhalten sind. Ist es da nicht vorhersehbar, dass man im Ernstfall an den Punkt gelangt, wo man sagt: „Ich kann nicht mehr!“, oder generell die Einstellung hat: „Ich werde doch nicht leiden, wenn ich mir helfen lassen kann!“

Dem Schmerz bei der Geburt wird in unserer Gesellschaft eine ausgesprochen wichtige Bedeutung beigemessen. Ihm wird fast alles untergeordnet: wie fühlt sich die Gebärende, kann sie aktiv mitarbeiten, ist sie nach einiger Zeit erschöpft, kann sie keine eigenen Entscheidungen mehr treffen und ordnet sie sich widerspruchslos den Anweisungen des medizinischen Personals unter.

Hier stellt sich die Frage, ob es nicht wünschenswert wäre, das Thema „Geburtsschmerz“ in der Geburtsvorbereitung aufzuarbeiten. Sollte man nicht versuchen, dem Phänomen Schmerz, das hauptsächlich angstbesetzt ist, eine neue Dimension zu verleihen?

Andererseits gibt es zahlreiche nicht-medikamentöse Möglichkeiten der Schmerzlinderung unter der Geburt, die ausgeschöpft werden sollten, bevor man medizinisch interveniert und somit massiv in das Geburtsgeschehen eingreift (vgl. Kap 3.1.3).

4.4.2 Eingenommene Gebärpositionen

Bei zwei der befragten Frauen wurde die Geburt mittels Wehentropf eingeleitet, ab dem Zeitpunkt lagen sie auf der Seite oder auf dem Rücken, entbunden wurden sie in Rückenlage: *„Und da bin ich eben dann gelegen, weil ich ja am Wehentropf gewesen bin...na, es war bei mir so, dass...eben also nicht aktiv etwas angeboten wurde, und ich mit dem Gebären so beschäftigt war...also, ich bin auf dem Rücken und auf der Seite gelegen“* (Zitat Tb 2).

Frau E entband das erste Kind in Rückenlage, die darauffolgenden drei Kinder in Seitenlage: *„Anscheinend bin ich auch der Typ Frau, die...ich hab´s dann auch später bei den anderen Kindern bemerkt, es kommt die erste Wehe und ich leg´ mich hin...das ist mir am angenehmsten so...in Seitenlage“* (Zitat Tb 5). Über die erste Phase der zweiten Geburt noch zu Hause erzählt Frau E: *„Ich bin ganz in Ruhe im Bett gelegen und...hab´ einfach den Körper arbeiten lassen...das war sehr, sehr angenehm, es war einfach schön warm, es war schön ruhig“* (Zitat Tb 5).

Vor allem aus Angst vor einem wiederholten Dammriss wollte Frau E nicht mehr die Rückenlage bei der Austreibungsphase einnehmen: *„Deswegen hab´ ich bei den anderen Kindern von vornherein gesagt: Ich will das nicht mehr so“* (Zitat Tb 5).

Als Frau D mit starken, regelmäßigen Wehen und einem auf 8 cm offenen Muttermund im Spital eintraf, wollte die Hebamme noch das Bett richten: *„Legen Sie sich derweilen auf das Bett da und warten Sie, bis das andere dann fertig wird...und dort hab´ ich mich hingelegt...ich bin nur mehr gelegen“* (Zitat Tb 4).

Solange die Schmerzen nicht so stark waren, ging Frau A umher, machte ihre Atemübungen und wippte zur Entspannung mit dem Becken. Als die Schmerzen stärker wurden, verlangte sie nach einer PDA (31) und musste sich dafür ins Bett legen: *„Du bist ja auch am Wehenschreiber die ganze Zeit...das haben sie mir auch vorher gesagt, wenn man das hat, dann muss man wissen, dass man die ganze Zeit im Bett liegt“* (Zitat Tb 1).

Frau C setzte sich auf Anraten der Hebamme auf das Romarad (44), auf dem sie letztendlich auch entband: *„Ich war die ganze Zeit am Romarad (44) und, im Nachhinein betrachtet, war das ein Schmarrn...weil ich eben so statisch gesessen bin“* (Zitat Tb 3). Bei der zweiten Geburt blieb sie mobiler, saß unter anderem auf dem Pezziball (34) und entband auf dem Gebärhocker: *„Also, gelegen in dem Sinn bin ich nie, also, im Bett gelegen...dadurch, dass uns auch die Physiotherapeutinnen das so eingebleut haben“* (Zitat Tb 3).

Zusammenfassung und Diskussion

Frau E gebar ihr erstes Kind im Jahr 1995, zu einer Zeit, in der die Geburt in Rückenlage absolut die Norm darstellte. In den Wiener Spitälern hat sich im Lauf der 1990er Jahre ein großer Wandel vollzogen, was die Einstellung zu den unterschiedlichen Gebärpositionen betrifft.

Es gibt heute wohl kaum eine Geburtsabteilung, in der sich nicht ein alternativer Kreißsaal befindet. Romarad (44), Badewanne, Gebärhocker, Seile, Pezzibälle (34) u.a.m. werden angeboten. Wenn man den Erzählungen und Schilderungen des betreuenden Personals Glauben schenkt, so entbinden nur mehr wenige Gebärende in Rückenlage. Fragt man allerdings die Frauen selbst, so sieht die Realität etwas anders aus.

Gerade beim Thema Gebärpositionen scheint, wenn man sich unter anderem die Schilderungen meiner Interviewpartnerinnen anhört, dass aufgeschlossene, motivierte Hebammen eine Grundvoraussetzung für eine aktive Geburt in einer vertikalen Position sind. Gebärende verlassen sich sehr auf die kompetenten Anweisungen der erfahrenen Betreuerinnen. So betont z.B. Frau B immer wieder, ihr sei von der betreuenden Hebamme: „Nichts aktiv angeboten“ (Tb 2) worden.

Das Thema Gebärpositionen aus ethnologischer Perspektive wurde schon im Kapitel 3.2. ausreichend behandelt. In traditionellen Gesellschaften, bei denen nicht durch den westlichen, „fortschrittlichen“ Einfluss in Spitälern entbunden wird, ist die Geburt in Rückenlage unbekannt.

Gerade das Hocken ist eine Position, die viele Gebärende intuitiv einnehmen, wie Michel Odent (1995: 251) nach einer dreijährigen Studie über die Gebärstellungen meint: *“Am Ende der Austreibungsphase, wenn eine Wehe eine stehende Frau überrascht, geht sie gewöhnlich in die Hocke”*.

Jeder, der sich mit der Thematik Gebärpositionen in unserer Gesellschaft auseinandersetzt, wird sich über das Ergebnis meiner Befragung kaum wundern. Für mich war allerdings doch erschreckend, dass vier der fünf befragten Frauen ihr erstes Kind in Rückenlage zur Welt brachten, obwohl allen Befragten bewusst war, dass die Rückenlage nicht die optimale Position während der Austreibungsphase darstellt.

Es ist mir bewusst, dass fünf Probanden zu wenig sind, um eine generalisierende Aussage zu treffen. Trotzdem lässt sich ein gewisser Trend erkennen. Offensichtlich steigt mit dem Grad der Bildung und der Information nicht die Rate der eingenommenen vertikalen Gebärpositionen. Mit dieser Erkenntnis muss ich feststellen, dass meine ursprüngliche Hypothese nicht verifizierbar ist.

4.4.3 Medikamentöse „Eingriffe“ bei der Geburt

Bei zwei der befragten Frauen wurde die Geburt einige Tage nach dem errechneten Geburtstermin künstlich eingeleitet: *„Ich muss sagen, das war die mühsamste Geburt...und zwar nicht nur deshalb, weil's das erste Kind war, sondern weil's eingeleitet war...weil ich ganz mühsame Wehen gehabt hab', die keine Pausen gemacht haben, sondern nur mal stärker, mal schwächer waren...und ich mich nie wirklich erholen hab' können...“* (Zitat Tb 5).

Frau B wurde nach zweimaligem Verabreichen eines Scheidenzäpfchens an den Wehentropf gehängt, sie lag, und das im wahrsten Sinne des Wortes, 24 Stunden in den Wehen.

Wie schon erwähnt, verlangte Frau A, als die Schmerzen stärker wurden, nach einer PDA (31). Da nach einiger Zeit die Wehen deutlich nachließen, wurde sie an einen Wehentropf gehängt: *„Und man muss schon sagen, ich war dann betäubt...ich hab' nicht die Presswehen gespürt...“* (Zitat Tb 1).

Frau A litt unter massiven Nebenwirkungen auf die PDA (31). Sie war eine Woche bettlägerig, fühlte sich ganz schwach und kaum setzte sie sich auf, bekam sie rasende Kopfschmerzen.

Frau C wurde ein wehenhemmendes Mittel verabreicht, als sie keine Wehenpausen mehr hatte.

Frau D ist die einzige, der von mir befragten Frauen, bei der absolut kein Bedarf an jeglicher Intervention bestand, da sie mit fast vollständig geöffnetem Muttermund im Krankenhaus eintraf.

Zusammenfassung und Diskussion

Ist es nicht irgendwie bezeichnend für unsere Zeit, dass wir glauben, ohne medikamentöse Unterstützung nicht mehr gebären zu können?

Auf der einen Seite steht die Schmerzbekämpfung. Können wir, wo die meisten von uns gegen jedes Wehwehchen gleich ein Pülverchen zur Hand haben, mit Schmerzen nicht mehr umgehen? Ist Schmerz nicht ein wichtiger Bestandteil der Geburt, ein Zeichen für das Fortschreiten der Geburt?

Auf der anderen Seite sind Schwangerschaft und Geburt in ein streng mathematisches Schema gepresst: wie viele Tage nach dem errechneten Geburtstermin muss das Kind geboren werden - wie viele Stunden dürfen die einzelnen Phasen der Geburt dauern - wann muss die Fruchtblase platzen - wie lange darf man auf das Ausstoßen der Plazenta (35) warten - u.s.w. (Fernandez-Thanheiser 1998).

Lisa Rakos (1997: 10) meint zu dem Thema „Medizinische Interventionen“: *„Schafft sich die Medizin nicht oft ihre Existenzberechtigung durch Interventionen, die sie selbst heraufbeschworen hat? Laut Statistik ist es das, was die Hausgeburts- bzw. Hebammengeburtshilfe so sicher macht: das sorgsame Abwägen und Vermeiden von Interventionen. Die physiologische Geburt bedarf einer Atmosphäre des Nicht-Intervenierens, wobei sich ‚physiologisch‘ am Zustand von Mutter und Kind und nicht an Vorgaben von zu erfüllenden Zeitlimits etc. orientiert.“*

Dass die Geburt ein individueller Vorgang ist und jede Frau und jedes Neugeborene unterschiedlich reagieren, wird von der Geburtsmedizin häufig negiert: *„Respekt vor den Rhythmen des Lebens, vor der Wehenkraft und dem persönlichen Tempo von Mutter und Kind, ist gelebte Hebammenweisheit. Die Hebamme hat soviel Zeit, wie es braucht. Die Stunden der Geburt haben ihr eigenes Maß und werden nicht in Minuten gemessen. Die Zeiteinheit der Geburt ist Geduld. Nichtsdestotrotz erfolgt Handeln rasch, wenn es erforderlich ist. Geduld hilft mit, Interventionen und Aufwand gering zu halten, was Ausdruck des Respekts...ist“* (Fernandez-Thanheiser 1998: 83).

Die Organisation der Geburt in hochtechnisierten Krankenhäusern berücksichtigt nicht, was wir heute über die biologische Konstitution und die Bedürfnisse von Frauen wissen, wie z.B. das Bedürfnis nach vertrauter Zurückgezogenheit und die Auswirkung, die dies auf die Geburt hat (Reiter 1994). Statt die Entspannung der Gebärenden zu fördern, was die Ausschüttung der notwendigen Hormone erleichtert, bekommt die Frau eher eine entspannungsfördernde Injektion. Die Verbindung zwischen Geist und Körper wird nicht ernst genommen (Heilmann übersetzt von Rakos in: Rakos 1997).

Eva Fernandez-Thanheiser (1998: 83,84) meint: *„Wer nicht lernt, dem Rhythmus der Gebärenden zu lauschen und ihm zu folgen, stört und verletzt das individuelle Muster der betreffenden Frau. Das Recht einzugreifen gibt uns nur die innere Klarheit, daß alle Geduld und alle unterstützenden Maßnahmen ausgeschöpft sind, alles andere wäre Vertrauensbruch und Machtmissbrauch.“*

Die WHO (1996: 10) gibt zu dem Thema Medikamentengabe während der Geburt klare Richtlinien vor: *„Während der Entbindung ist die routinemäßige Gabe von Analgetika (3) oder Anästhetika (5) zu vermeiden, wenn diese nicht spezifisch erforderlich sind, um eine Komplikation während der Entbindung zu verhüten oder zu korrigieren.“*

Das medizinische System kontrolliert die Spitalsgeburt und hat Interventionen und Routinemaßnahmen geschaffen, um die Geburt möglichst sicher zu machen. Diese Maßnahmen beruhen aber nicht auf der Kenntnis des natürlichen Geburtsverlaufs, sondern auf der Annahme, dass eine kurze und schmerzlose Geburt das Beste für alle Gebärenden ist (Heilmann übersetzt von Rakos in: Rakos 1997).

Unterasinger (2000: 57) zitiert zu diesem Thema die WHO: *„Die Geburt sollte niemals aus Bequemlichkeitsgründen eingeleitet werden, und die Einleitung der Wehen muss speziellen medizinischen Indikationen vorbehalten bleiben. In keiner Region der Welt sollten die Wehen in mehr als 10 Prozent der Entbindungen künstlich eingeleitet werden.“*

Die Qualität des Geburtsergebnisses wird für die werdenden Eltern und das Neugeborene völlig außer acht gelassen. Negiert wird hierbei auch, dass ein positives Geburtserlebnis oft gravierende Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein der Frau hat, was sich in weiterer Folge auf den Umgang mit dem Neugeborenen massiv auswirken kann (Heilmann übersetzt von Rakos in: Rakos 1997).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass bei vier der fünf Erstgebärenden medikamentös interveniert wurde. Teilweise zog der erste Eingriff weitere nach sich, wie z.B. bei einer Frau nach dem Setzen der PDA (31). Die Wehentätigkeit ging zurück und ein Wehenmittel wurde angehängt. Bei der Austreibungsphase in Rückenlage, eine übliche Position bei einer PDA (31), wurde episiotomiert (16), mittels Cristeller-Handgriff (11) musste der Arzt zusätzlich unterstützen.

Statistisch gesehen verlaufen 90% der Geburten komplikationslos (Rüb 2004). Sollte man sich von der medizinisch-invasiven Seite gesehen nicht auf die restlichen 10% beschränken und diese möglichst optimal betreuen?

Im Punkt medikamentöse Intervention wäre die heutige Geburtsmedizin dringend gefordert umzudenken. Die Geburt ist kein mathematischer Vorgang, auf jede Frau und jedes Kind muss individuell eingegangen werden. Der natürliche Geburtsverlauf soll nicht-invasiv unterstützt werden. Häufig wird übersehen, dass durch Interventionen Pathologien erst hervorgerufen werden können.

Hier ließe sich hinterfragen, wie groß die Triebfeder des wirtschaftlichen Interesses an medikamentösen Interventionen ist, und nicht die Frauen im Mittelpunkt des Interesses stehen, sondern der finanzielle Aspekt.

4.4.4 Operative Eingriffe bei der Geburt

Bei drei der befragten Frauen wurde eine Episiotomie (16) durchgeführt.

Wie bereits erwähnt, befand sich Frau A vor dem Durchtreten des kindlichen Kopfes in Rückenlage. Durch die Wirkung der PDA (31) konnte sie nicht gut mitarbeiten: *„Da haben sie mich gefragt, nein, da haben sie gesagt, sie müssen schneiden...dass man es machen muss, weil ich dann ganz unkontrolliert reißen werd´“* (Zitat Tb 1).

Frau B lag 24 Stunden in den Wehen, als bei der morgendlichen Dienstübergabe der neue diensthabende Oberarzt beschloss, ihr Kind mittels Vacuumextraktion (54) auf die Welt zu holen: *„Der Oberarzt hat halt g´meint: ´So, das Kind hat lange genug jetzt Zeit gehabt zu kommen, und er will und will nicht raus, und sie probieren´s mit der Saugglocke.´ Und wenn das nicht funktioniert hätte, wär´s ein Kaiserschnitt geworden“* (Zitat Tb 2).

Frau E meint zu dem Thema Dammschnitt über die anderen Frauen in ihrem Wochenbettzimmer: *„Eine, die war geschnitten, und das war die, die am meisten Schmerzen hatte, die Geschnittene...und die anderen, also die, die Gerissenen waren besser beinand, und am besten war eine beinand, die hat nichts gehabt“* (Zitat Tb 5).

Zusammenfassung und Diskussion

Zu Beginn der 1990er Jahre wurden in den Wiener Spitälern mehr oder weniger alle Erstgebärenden episiotomiert (16). War man sich anno dazumal sicher, dass ein Schnitt viel besser verheilen kann als ein unkontrollierbarer Riss, so wurde diese Meinung mittlerweile größtenteils revidiert. Antje Hüter-Becker, und Mechthild Dölken (2004) nennen als Vorteile einer Episiotomie (16), dass der Damm entlastet und der Beckenboden geschützt wird - Geburtshelfer, die einen Riss für die „schonendere“ Verletzung halten, behaupten das Gegenteil – und dass man intercranielle (21) Druckschwankungen des Kindes minimieren kann.

Der Vorteil eines Dammrisses besteht in einer geringeren Traumatisierung der Gebärenden. MRT-Untersuchungen (25) haben hingegen einen deutlichen Verlust an muskulärer Substanz im Bereich ehemaliger Dammschnittnarben ergeben. Die postpartalen (39) Beschwerden sind geringer (Schmerzen, Inkontinenz (20)) – ein Riss hat zahlenmäßig geringere Verletzungen des M. sphincter ani externus (26) zur Folge (ein wichtiger Indikator für eine spätere Inkontinenz (20)) (Hüter-Becker, Dölken 2004).

Das Thema Dammschnitt ist untrennbar mit dem Thema der Gebärpositionen verbunden. Die Rückenlage bei der Geburt ist die wohl ungünstigste Position, was die Belastung des Dammgewebes betrifft. Jordan (1995: 29) meint: *„Diese Position bedeutet, daß auf den Damm ein verstärkter Druck ausgeübt wird, so daß ein Dammschnitt fast immer indiziert ist...Die Rückenlage selbst ist jedoch notwendig in einem Geburtssystem (Jordan bezieht sich auf die USA, Anm.d.Verf.), wo die Frau entbunden wird, statt zu gebären, wo sie das zu behandelnde Objekt darstellt, statt das handelnde Subjekt zu sein.“*

Frau E meint zum Thema Dammriss und Gebärposition nach der Erfahrung ihrer ersten Entbindung: *„Das war der Grund, warum ich bei allen anderen Kindern Angst hatte, am Rücken zu sein, weil ich mir gedacht hab´: Dann drückt das Kind wieder nach unten und dort bin ich eingerissen“* (Zitat Tb 5). Ich selbst hatte bei der Geburt meiner ersten Tochter eine Episiotomie (16), die schlecht verheilte und mir noch Wochen Schmerzen bescherte, bei der zweiten Geburt riss der Damm leicht ein und verheilte problemlos ohne jegliche Beschwerden - was für ein Unterschied!

Die WHO (1996: 10) meint zum Thema Dammschnitt: *„Systematische Episiotomien (16) sind nicht gerechtfertigt. Für den Dammschutz sollten alternative Methoden in Erwägung gezogen und angewendet werden.“*

Drei der fünf von mir befragten Frauen erhielten bei der Geburt einen Dammschnitt, zwei davon in Folge einer PDA (31) bzw. Vacuumextraktion(54). Eine Frau entband ohne jegliche Intervention, weder medikamentöser noch operativer Art, auf dem Romarad (44). Eine andere kam knapp vor der Entbindung mit fast völlig geöffnetem Muttermund ins Spital, was jeglichen Eingriff überflüssig machte.

Obwohl keine der Frauen im Vorhinein als „Risikoschwangere“ oder „Risikogeburt“ eingestuft war, beträgt die operative Interventionsrate mehr als die Hälfte. Hier möchte ich auf das Ergebnis und die Diskussion der konservativen „Eingriffe“ während der Geburt verweisen. Offensichtlich geht das Maß medikamentöser und operativer Eingriffe tendentiell in dieselbe Richtung.

4.4.5 Die Rolle der Partners bei der Geburt

In allen fünf Fällen war der Partner bei der Geburt dabei und hatte auch zumindest eine Partnerstunde im Zuge des Geburtsvorbereitungskurses besucht. Nur zwei der befragten Frauen erwähnten ihren Mann bei der Schilderung ihrer ersten Entbindung.

Der Mann von Frau D massierte ihr: *„Wie ein Wahnsinniger den Rücken“* (Zitat Tb 5).

Frau A erzählt: *„Also, eigentlich war er dabei wegen mir, also er wäre vielleicht nicht dabei gewesen sonst, weil er Angst gehabt hat, dass er es nicht aushält, wenn ich so viel Schmerzen hab´“* (Zitat Tb 1).

Zusammenfassung und Diskussion

Heutzutage lastet ein großer Druck auf den Männern. Sie werden regelrecht dazu gezwungen, bei der Geburt ihrer Kinder dabei zu sein. Hier stellt sich die Frage, ob ein verunsicherter, zum Thema Geburt meist recht ahnungsloser, in der Situation selbst häufig völlig überforderter Mann wirklich die optimale Begleitperson zur Entbindung darstellt.

Die Aufgabe des Mannes wäre, dass er seine Partnerin optimal unterstützt. Einerseits als helfende Begleitperson, andererseits sollte er dafür Sorge tragen, dass die Wünsche und Vorstellungen der Frau erfüllt werden. Die meisten Partner fühlen sich jedoch hilflos, wenn sie sehen, dass ihre Partnerin Schmerzen hat (Struthmann 2000).

Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich nur sagen, dass ich bei meiner ersten Geburt froh war, dass mein Mann die ganze Zeit bei mir war. Er gab mir ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit in einer relativ sterilen, unpersönlichen Umgebung. Für ihn war die Geburt seines ersten Kindes ein tolles Erlebnis, das er nicht missen möchte. Allerdings fühlte er sich selbst völlig nutzlos, er stand neben mir und konnte eigentlich nur beobachten.

Bei der Geburt unserer dritten Tochter, inzwischen waren wir beide "erfahrene" werdende Eltern, war die Stimmung während der gesamten Geburt locker und entspannt. Ich entband auf dem Gebärhocker, mein Mann saß hinter mir und umfing mich mit seinen Armen und stützte mich. Man kann es schlecht beschreiben, aber mit einem Gefühl der "körperlichen Einheit" entbanden wir „gemeinsam“ unser Kind.

Obwohl alle Partner der von mir befragten Frauen einen Kurs mitbesucht hatten und auch ihre Frauen bei der Geburt unterstützten, wurden sie während der Interviews kaum erwähnt. Um die Rolle des Mannes während der Entbindung besser darstellen zu können, wäre es wichtig gewesen, die Frauen explizit danach zu fragen.

4.4.6 Wie wichtig waren Arzt/Ärztin oder Hebamme für die Gebärenden, waren sie mit der Betreuung zufrieden

Frau A schätzt ihren Gynäkologen sehr, entband ihr Kind mit seiner Hilfe und ist mit der Entscheidung zufrieden. Hebamme hatte sie sich keine zur Geburt mitgenommen, war aber mit der Betreuung der zufällig zugeteilten Hebamme sehr zufrieden:

„Weil eine ganz, ganz nette Hebamme bei mir war...und die war fast auch permanent bei mir drinnen, eigentlich die ganze Zeit...es war toll, dass immer die gleiche Hebamme bei mir war...ich hab´ mich irrsinnig gut aufgehoben gefühlt“ (Zitat Tb 1).

Bei beiden Geburten hätte sich Frau B mehr Initiative seitens der Hebamme gewünscht: *„So dass halt eine Hebamme sagt: ´na, komm, probier´s aus, und vielleicht tut das gut´ und so...ich glaub´, dass man vielleicht in der Situation mehr Hilfe brauchen würde, also, dass man mehr darauf angesprochen wird...da war halt nichts Aktives, sondern sie hat, ja, alle Kontrollen gemacht und so...aber da war nichts Aktives“ (Zitat Tb 2).* Trotz dieser Kritik meint sie aber zum Schluss über die Hebamme, die sie bei der ersten Geburt betreute: *„Die ist am Anfang ein bisschen ruppig, aber dann eigentlich sehr nett und hat sich aber dann sehr bemüht“ (Zitat Tb 2).*

Frau C gibt an, dass die Hebamme bei der ersten Geburt für sie sehr wichtig war, bei der zweiten nicht mehr in dem gleichen Ausmaß: *„Also, ich bin dann von einer sehr netten Hebamme betreut worden, die war wirklich super, die war den ganzen Tag bei mir...und die hat mich auch immer wieder ermuntert...und die ist auch auf meine Bedürfnisse eingegangen. Sie hat nur gesagt: ´Wo wollen Sie hin´“ (Zitat Tb 3).*

Bei der zweiten Geburt hatte Frau C selbst schon gewisse Vorstellungen darüber, was sie wollte und was nicht, aber,: *„Ich hab´ mich dann schon danach gerichtet, was sie sagt, weil ich mir dann schon gedacht hab´: o.k., ich mein, die hat doch auch die Erfahrung und danach möchte ich mich halt jetzt richten“ (Zitat Tb 3).*

Für Frau D war während der Geburt die Hebamme wichtiger als der Arzt: *„D´rum sag´ ich: die Geburt steht und fällt mit der Hebamme. Wenn die gut ist, dann braucht man eigentlich gar keinen Arzt“ (Zitat Tb 4).*

Frau E über die Hebamme, die ihre erste Geburt betreute: *„Ich bin also nicht unzufrieden mit der, aber sie war halt einfach sehr traditionell und hat gesagt: ´So, jetzt kommen die Presswehen und jetzt leg´ ´ma uns so her und das mach´ ´ma jetzt.´ Und - bum, zack - und ich hab´ das natürlich g´macht, weil das ja eh das erste Kind war, und da macht man irgendwie recht viel, was einem g´sagt wird“ (Zitat Tb 5).*

Nachdem Frau E bei ihrer dritten Geburt ambulant entbinden wollte, lernte sie ihre Hebamme schon einige Zeit vor dem Geburtstermin kennen: *„Und das war auch mit der Hebamme sehr toll, dass man die vorher schon aussuchen kann, und dass du sie schon kennst und dass du weißt: die geht mit dir mit...und die Hebamme weiß auch, was ich gern hab“* (Zitat Tb 5). Über die Betreuung vor, während und nach der Geburt zeigt sie sich sehr zufrieden.

Bei der vierten Geburt von Frau E gab es in dem von ihr gewählten Spital das System der Wahlhebamme. Vor der Geburt führte sie mit der von ihr ausgewählten Hebamme zwei Gespräche: *„Wo ich eben auch gesagt hab, wie ich's gern hab während der Geburt, wo die einfach gesagt hat, was man sonst noch machen kann, und ob ich das vielleicht auch noch probieren würde, eventuell, wenn's dann einfach passen würd...die mir auch versichert hat, dass bei einer ambulanten Geburt einmal kein Arzt da hereinkommt, ganz sicher nicht...außer er wird gebraucht...dass wirklich nur mein Mann eben und die Hebamme und ich...also, es wäre sehr familiär geworden“* (Zitat Tb 5).

Zusammenfassung und Diskussion

Michel Odent (1995: 252) meint zum Thema Geburtshelfer: *„Das Dabeisein einer Frau ist wesentlich. Diejenige, welche dabei ist - die Hebamme -, muß fähig sein, sich emotional in das Geschehen einzulassen, Zuneigung entgegenzubringen, und sie muß gleichzeitig als genügend erfahren erscheinen, um die Rolle des Mutterersatzes zu spielen...Indes ist, aus geschichtlichen Gründen, die Anwesenheit derer, die in den 1950er Jahren Mütter waren, nicht immer wünschenswert“.*

Während der Entbindung ist die Hebamme die wichtigste Bezugsperson. Ihre ständige Anwesenheit bzw. Erreichbarkeit, aber auch ihre Erfahrung und Fachkompetenz vermitteln den werdenden Eltern ein Gefühl der Sicherheit. Die Gebärende benötigt beruhigenden Zuspruch, Unterstützung bei der Wehenveratmung, Hilfe beim Finden einer bequemen oder geburtsfördernden Lage, Erklärungen zum Geburtsverlauf und Verständnis für ihre Schmerzen und Bedürfnisse. Jede Frau hat ihre eigene Art, mit der Situation umzugehen.

Die Aufgabe der Betreuerin ist es, diese weitestmöglich zuzulassen und die Frau optimal zu unterstützen. So kann ein Klima von Vertrauen und Geborgenheit geschaffen werden, welches sich günstig auf den Geburtsverlauf auswirkt (Harder 1995).

Wie bereits in Kapitel 3.1. dargestellt, haben Ärzte einen eher pathologiebetonten Ansatz, wenn es sich um Schwangerschaft und Geburt handelt. Sie sind eher diejenigen, die medizinorientiert in das Geschehen eingreifen. Eine erste Intervention in das Geburtsgeschehen hat jedoch häufig weitere Interventionen zur Folge.

Die Aufgabe der Hebammen ist es, abzuwarten, dem Geburtsgeschehen seinen Lauf zu lassen. Jede Frau und jedes Kind haben ihren eigenen Rhythmus, dem man Rechnung tragen sollte. Bei einer komplikationslosen Geburt ist die Anwesenheit eines Arztes nicht erforderlich. Eine ruhige Atmosphäre und die Unterstützung von vertrauten Personen fördern den Geburtsverlauf (Rakos 1997:9).

Jede Frau muss für sich entscheiden, welche Form der Betreuung sie wählt. Ich glaube allerdings nicht, dass den Frauen bewusst ist, dass die Wahl des Entbindungshelfers einen großen Einfluss auf das Geburtsgeschehen haben kann. Wählt man einen Arzt, von dem man während der Geburt betreut wird, der zusätzlich bezahlt wird, so ist anzunehmen, dass die Interventionsrate bei der Geburt relativ hoch sein wird. Ein Beispiel dafür stellt Frau A dar. Zur Schmerzlinderung wurde eine Periduralanästhesie (31) gelegt, infolgedessen kam es zu einer Wehenschwäche, ein wehenförderndes Mittel wurde verabreicht. In der Austreibungsphase machte der Arzt einen Dammschnitt, trotzdem musste er mittels Cristeller-Handgriff (11) helfen, das Kind auf die Welt zu bringen. Frau A war die Betreuung während der Geburt durch ihren Gynäkologen sehr wichtig. Sie hat vollstes Vertrauen zu ihm und wird auch ihr nächstes Kind mit seiner Hilfe entbinden.

Wählt man eine Hebamme, die man bereits während der Schwangerschaft kennen lernt, so sind die Grundvoraussetzungen für die Geburt völlig anders, als wenn man sich einen Arzt gewählt hat - resultierend aus deren unterschiedlicher Einstellung bezüglich der Geburtshilfe. Wie eben erwähnt, ist die Einstellung der Ärzte meist medizin- und pathologieorientiert, die der Hebammen eher abwartend.

Alle fünf Frauen kannten die sie während der Geburt ihres ersten Kindes betreuende Hebamme nicht, obwohl sie angeben, dass die Hebamme eine für sie sehr wichtige Person während der Entbindung sei.

4.5 Nach der Geburt

4.5.1 Was würde die Befragte einer schwangeren Freundin empfehlen

Der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses wird von allen befragten Frauen empfohlen. Frau D findet, man soll dort vor allem: *„Das richtige Atmen lernen und zwar so, dass man es so automatisiert hat, dass man selbst in der Stress-situation einer Geburt nicht vergisst, wie das geht, das ist das Um und Auf“* (Zitat Tb 4).

Frau C meint: *„Man kann´s zwar in den Büchern schon lesen, aber ich mein, diese Übungen und dieses Üben an sich und auch die Gemeinschaft untereinander ist ja auch etwas Nettes“* (Zitat Tb 3).

Für Frau C ist die Gebärposition sehr wichtig: *„Ich kann ihr nur raten, auf keinen Fall ins Bett zu gehen und dort zu gebären...alles Andere zu versuchen, nur nicht einfach starr im Bett zu liegen und zu warten, dass die Wehen kommen...mit dieser Beckengymnastik, mit diesem Hin und Her, einfach um diese Wehen, ja, auch zu beschleunigen, oder einfach...dass das Kind dann in das Becken kommt“* (Zitat Tb 3).

Frau E empfiehlt, sich schon während der Schwangerschaft eine Hebamme zu suchen: *„Weil das ist einfach so fein, du siehst da schon: kann ich mit der, oder nehm´ ich mir doch eine andere“* (Zitat Tb 5).

Sie würde auch eine ambulante Geburt empfehlen: „Weil ich find´, man ist nach der Geburt in einer...ich bin in einer so sensiblen Situation, ich lass´ mich so leicht verunsichern...in der Situation im Wochenbett...da bin ich total verunsichert“ (Zitat Tb 5).

Auch Themen wie Akupunktur während der letzten Wochen der Schwangerschaft, um den Muttermund weicher zu machen, das informative Gespräch mit Freundinnen oder ein rechtzeitiges Überlegen, ob man eventuell Schmerzmittel bekommen möchte oder nicht, werden angesprochen.

Zusammenfassung und Diskussion

Zum Thema Geburtsvorbereitungskurs:

Im Geburtsvorbereitungskurs treffen sich regelmäßig für einige Wochen Schwangere, die sich, so es sich um lauter Erstgebärende handelt, in einer sensiblen Phase des Umbruchs befinden. Sie alle tauschen ihre Rollen in der Gesellschaft. Die Rolle der Ehefrau und die Rolle des Kindes - der eigenen Mutter gegenüber - wechseln zur Rolle des Partners in einer ungewohnten, neuen Elternschaft und zur Mutterrolle. Aber nicht nur diese „Übergangsphase“ schafft eine Atmosphäre der Unsicherheit. Es gibt unzählige Dinge und Fragen, die eine Schwangere beschäftigen oder ihr Angst machen können wie z.B.: Wann und wo werden ich den Blasensprung haben? Wie wird die Geburt sein? Werde ich unerträgliche Schmerzen haben? Wie lange wird die Geburt dauern? Wird mein Kind gesund sein? Werde ich genug Milch haben? Komme ich zu Hause mit dem Neugeborenen zurecht?

In unserer Gesellschaft sind Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf eine ganz besondere Weise aus dem alltäglichen Leben ausgeschlossen. Nur diejenigen, die sich selbst gerade in dieser Phase befinden, sind „in den Kreis aufgenommen“. Sie bilden sozusagen eine kleine verschworene Gemeinschaft Gleichgesinnter. Sogar junge Männer diskutieren um die Vorteile bestimmter Säuglingsnahrung, Impfungen, Kindernamen und Ähnliches. Für Nicht-Jungväter sicherlich ein völlig unverständliches Verhalten.

Für den „Nicht-Schwangeren“, „Nicht-Stillenden“ Teil der Bevölkerung geschieht dies Alles mehr oder weniger im Verborgenen. Wie viele halbwüchsige Mädchen in unserer Gesellschaft erleben eine Schwangerschaft hautnah mit, waren bei einer Geburt anwesend, sind kundig auf dem Gebiet der Babypflege, oder wissen um die unterschiedlichen Probleme, die das Stillen mit sich bringen kann?

Die moderne Geburtsvorbereitung sollte sich heute nicht mehr nur als „Schwangerenturnen“ verstehen. Hier geht es nicht nur um das Vermitteln von Wissen, der Körper- und Atemarbeit, sondern auch um das Auseinandersetzen mit Unsicherheiten und Ängsten. Zur Förderung einer Gruppenentwicklung sind Gespräche der Teilnehmerinnen untereinander wichtig. Sie stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl. Dies betont auch Frau C. Geburtsberichte von Mehrgebärenden können hierbei eine gute Unterstützung sein (Krauss 1995).

Liselotte Kuntner (1995: 25) meint zum Thema Geburtsvorbereitung: *„Eine der wichtigsten Bedingungen zur Überwindung konservativer Gebärmethoden ist eine grundlegende Änderung der Ansichten über das Gebären“*. Als Voraussetzung dafür sieht Kuntner ein erweitertes Verständnis für die physischen und psychoemotionalen Bedürfnisse der Frauen, sowie ein Anpassen der Umgebung an diese. Unter anderem sei es die Aufgabe einer breitangelegten, gezielten Geburtsvorbereitung, auf eben diese Bedürfnisse der Schwangeren und Gebärenden, aber auch der Wöchnerinnen eingehen zu müssen.

Die von mir befragten Frauen empfehlen den Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses.

Die Aufgabe dieser Kurse sollte sein, die Schwangeren körperlich, aber auch emotional gut auf die Geburt vorzubereiten. Unsicherheit und Ängste sollten thematisiert werden. Den Frauen soll aber auch das verlorengegangene Wissen um ihre eigenen Fähigkeiten und Kräfte vermittelt werden, so dass sie diese einsetzen und die ihnen zustehende autonome Rolle bei der Geburt wieder übernehmen können (Kuntner 1995).

Zum Thema Gebärposition:

Die vielen Nachteile, die das Einnehmen der Rückenlage bei der Geburt mit sich bringt (vgl. Kapitel 3.1.5), würden rechtfertigen, dass diese Position nur mehr bei akuten geburtshilflichen Notsituationen eingenommen wird. Vertikale Gebärpositionen tragen in allen Geburtsphasen zu einem besseren Geburtsverlauf und zu einem positiveren Geburtserlebnis bei. Für die Eröffnungsphase werden heute vertikale und halbvertikale Geburtsarbeit der Gebärenden akzeptiert. Dies wird von vielen Frauen gefordert, die entsprechenden Hilfsangebote sind in den meisten Geburtsräumen vorhanden.

Die Aufgabe der Geburtsvorbereitung soll unter anderem sein, dass von den Schwangeren ihre Eigenaktivitäten erkannt und wirkungsvoll eingesetzt werden. Auch die zweite Geburtsphase, das Herausschieben des Kindes, sollte in einer aufrechten Position erlebt werden. Die Frauen sollen dazu ermutigt werden, dass sie das Potential besitzen, aktiv aus eigener Kraft zu gebären (Heller 1998).

Nur eine der von mir befragten Frauen betont die Wichtigkeit der Mobilität während der Geburt, wie sie selbst an sich feststellen konnte.

Zum Thema Hebamme:

Die heute bei uns übliche, stark medizinerorientierte Schwangerenbetreuung lässt Zweifel an ihrer Effektivität aufkommen. Wirtschaftlich und sozial schlechter gestellte Frauen lassen sich mit der ärztlichen Betreuung weniger erreichen, obwohl gerade sie auf Grund ihrer Situation erhöhten Risiken ausgesetzt sind.

Es wäre wünschenswert, Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Schwangerschaft umfassend betrachtet wird. Modellprojekte wie die Familienhebammen, interdisziplinäre Ansätze in Geburtshäusern, sowie die Tätigkeit freiberuflicher Hebammen sollten ein stärkeres Gewicht in unserem Gesundheitssystem finden. Länder, wie Skandinavien oder die Niederlande, wo Hebammen in der Schwangerenbetreuung fest verankert sind, weisen niedrige Säuglingssterblichkeitsraten auf.

Selbständig arbeitende Hebammen können dem Begriff der Schwangerenfürsorge wieder eine neue Bedeutung zukommen lassen. Durch eine Kombination von persönlicher Beziehung, kontinuierlicher medizinischer Betreuung und der Sichtweise von Schwangerschaft als physiologischem Prozess könnten Unzulänglichkeiten der extensiv-medizinischen Schwangerenberatung behoben werden (Wepler, Szasz 1995).

Eine der von mir befragten Frauen würde anderen Schwangeren zu einer intensiven Betreuung durch eine Hebamme bereits während der Schwangerschaft raten.

Zum Thema ambulante Geburt:

In der Vergangenheit nahm die Zeit des Wochenbettes einen wichtigen Teil des Lebens der Frauen ein. Es war häufig die einzige Möglichkeit für die Frauen, Ruhe und Zeit für sich zu haben und die Pflege durch die Familie zu genießen. Mit dem Übersiedeln der Geburten ins Krankenhaus ab den 1950er Jahren verlagerte sich auch das Wochenbett aus dem häuslichen Bereich in die Kliniken. Traditionelle Sitten und Gebräuche, ein „Schutzsystem“ (Kuntner in: Domenig 2001) für Mutter und Kind, gingen verloren. Das kindliche Wohlergehen rückte in den Mittelpunkt, es musste vor der „infektiösen“ Mutter in Bezug auf die Lochien (24) geschützt werden. Zwei verschiedene Abteilungen kümmerten sich getrennt um Mutter und Kind. Der Mutter wurde die Fähigkeit abgesprochen, sich um ihr Kind kümmern zu können. Sie selbst brauchte Pflege und wurde im Bett „festgehalten“. Das Wissen um die Stillfähigkeit ging verloren, immer verträglichere Fertigmilchprodukte kamen auf den Markt (Khaf 1995: 279).

In den 1990er Jahren fand hier ein großes Umdenken statt. Man begann Mutter und Kind wieder als untrennbare Einheit zu sehen. Rooming-in-Zimmer (45) wurden eingeführt. Die Kinder konnten auch in der Nacht bei der Mutter bleiben, der Körperkontakt zwischen den beiden wurde, wenn auch nicht gefördert, so zumindest nicht mehr „unterbunden“.

Ich erinnere mich noch gut daran, dass ich bei der Geburt meines ersten Kindes 1992 im Wochenbett meine Tochter nicht auf meinen nackten Oberkörper legen durfte, das Kind fast immer in seinem eigenen Bettchen liegen musste, und dass jeder Besucher sich vor dem Kontakt zum Neugeborenen die Hände desinfizieren sollte. Das Stillen wurde wieder propagiert.

Sigrun Khaf (1995: 279) fordert: *„Die Mutter muß wieder als Einheit mit ihrem Kind gesehen werden. Sie soll Vorbereitung auf das Leben mit dem Kind zu Hause erfahren, Vertrauen in die Mutterschaft gewinnen und Stärkung für ihre veränderte Situation (auch in beruflicher Hinsicht) erhalten.“*

Gerade die ersten Tage nach der Geburt sind besonders wichtig für Mutter und Kind, es gilt Ruhe und Sicherheit im Miteinander zu gewinnen.

Die Betreuung der Frauen im Wochenbett gehört zu den vorbehaltenen Tätigkeiten der Hebammen, diese müssen sich wieder auf das gesamte Spektrum ihres Berufes besinnen und in den Kliniken auch ausüben (Khaf 1995). Im Jahr 2005 fand in einem mir bekannten Wiener Gemeindespital eine große Umstrukturierung statt - die Wochenbettstation, die bisher von Krankenschwestern geführt worden war, wurde in die Hände der Hebammen gelegt.

Gerade Erstgebärende, die nach drei, vier Tagen Spitalsaufenthalt, wo sie immer den Rückhalt des Personals hatten, entlassen werden, sind häufig zu Hause, plötzlich auf sich allein gestellt, überfordert. Ruhe und Erholung und ein relativ gut funktionierender Haushalt sind in der ersten Zeit besonders wichtig. Diese Tatsache kann, vor allem von unerfahrenen Erstgebärenden, unterschätzt werden. Probleme wie Brustentzündungen, Stillschwierigkeiten, Heilungsstörungen und unruhige Kinder können Resultat einer Überbelastung von Mutter oder Vater sein.

Eine Hebamme, die die junge Familie zu Hause betreut, kann helfen das Erlebte zu verarbeiten und Entscheidungen zu treffen. Die neue Situation bringt die Eltern häufig an die Grenzen ihrer körperlichen und seelischen Belastbarkeit, dadurch können sich Selbstzweifel und Ängste entwickeln. Durch Zuhören und Weitergabe notwendiger Informationen kann die Hebamme das Paar unterstützen eigene Lösungswege zu entwickeln: *„Hilfe zur Selbsthilfe ist ein zentrales Thema in der Nachsorge, sie stärkt das Selbstwertgefühl und die innere Sicherheit aller Beteiligten“* (Roth 1995: 332).

Sigrun Khaf (1995: 279) meint zum Thema Wochenbett: *„Die ursprüngliche Aufgabe des Wochenbettes, Schutzzone für Mutter und Kind zu sein und Fürsorge von Familie und Hebamme zu erhalten, muss wieder aufleben.“*

Eine von mir befragte Frau propagiert das System der ambulanten Geburt. Einerseits wegen der wichtigen ersten Tage, die in vertrauter Umgebung mit vertrauten Personen verbracht werden, andererseits wegen der intensiven Betreuung durch eine Hebamme der eigenen Wahl während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

4.6 Das Experteninterview: Befragung einer Hebamme

Meine Interviewpartnerin ist eine Hebamme, die seit einigen Jahren in einem Wiener Gemeindespital arbeitet. Ich kenne sie schon länger, und sie erklärte sich sofort bereit, mir für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Unser Gespräch fand in einer gemütlichen Atmosphäre ohne Zeitdruck in einem Kreißzimmer statt.

Wie bereits in Kap. 2.1.2. erwähnt, interessiert beim Experteninterview der Befragte nicht als Person, sondern als Informant, der über das zu befragende Thema ein umfassendes Wissen besitzt. Er ist Repräsentant einer ganzen Gruppe.

In diesem speziellen Fall ist anzunehmen, dass sich die von mir befragte Hebamme nicht nur als Vertreterin ihrer Berufsgruppe, sondern auch als Vertreterin ihrer Spitalsabteilung sieht. Keine Befragung ist gänzlich objektiv, der Interviewende beeinflusst durch die Art der Fragestellung. Der Interviewte andererseits beantwortet die Fragen subjektiv. Im Fall der von mir befragten Hebamme könnte man annehmen, dass sie - bewusst oder unbewusst – versucht, ihre Berufsgruppe oder ihre Abteilung positiver darzustellen, als dies tatsächlich der Fall ist. Diese Tatsache ist weder positiv, noch negativ zu bewerten, sie sollte allerdings dem Interviewenden bewusst sein.

Ich hatte mir einen Interviewleitfaden zurechtgelegt. Im Folgenden liste ich die Fragen bzw. Antworten auf. Ich als Interviewende werde kurz als I, die Hebamme als Interviewpartnerin als IP bezeichnet:

I: Warum entbinden heute in unseren Spitälern noch immer so viele Frauen in der Rückenlage?

IP: Die Hebamme sieht hierfür mehrere Gründe:

- Manche Frauen fühlen sich im Bett sehr wohl, sie wollen ein Nest, Wärme und Geborgenheit.
- Für manche Frauen ist es körperlich nicht so anstrengend, wenn sie liegen.
- Es gibt Frauen, die sich einfach gehen lassen wollen, die nicht selbst bestimmen wollen.
- Auf der anderen Seite gibt es sicher noch Hebammen, die eine Geburt in Rückenlage bevorzugen.

Zusammenfassung und Diskussion

Wie ausführlich in Kap. 3.1.5. behandelt, ist die Rückenlage die ungünstigste Position, um ein Kind auf die Welt zu bringen. Trotz zahlreicher Argumente, die gegen diese Position sprechen, entbinden nach wie vor die Frauen vorwiegend in dieser Lage.

Eine Geburt ist eine kräfteaubende Angelegenheit. Stundenlang unter starken Schmerzen aktiv zu bleiben ist für viele Frauen zu anstrengend. Die befragte Hebamme meint, dass zahlreiche Gebärende dieser extremen körperlichen Belastung nicht gewachsen sind und sich aus diesem Grund ins Bett zurückziehen.

Andererseits bietet das Bett einen Rückzugsort in einer oft recht nüchternen, vielleicht auch erschreckenden, fremden Umgebung. Die Hebamme meint, dass viele Frauen in der Geburtssituation Wärme und Geborgenheit suchen. Geburt hat mit „sich fallen lassen“ zu tun. Dies ist nur möglich, wenn man sich geborgen fühlt.

Die von mir befragte Hebamme sagt, dass es Frauen gibt, die nicht selbst bestimmen und sich gehen lassen wollen.

Susanne Kluge (1995) meint, dass der Geburtsvorgang, vom psychologischen Standpunkt aus gesehen, oft mit einer Regression der Gebärenden, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, verbunden ist. Gebärende können ganz von ihren Gefühlen und Körpererleben in Anspruch genommen sein und den Sinn für die äußere Realität, was Zeit und Raum betrifft, verlieren. Sie geben jegliche Selbstbestimmung ab und übertragen die Verantwortung gänzlich dem medizinischen Personal.

Diese Regressionsentwicklung ist laut Joachim Prill (1981) abhängig von der Persönlichkeitsentwicklung, der Ich-Stärke, der früheren Elternbindung, vor allem der zur Mutter, der aktuellen Abhängigkeit vom Partner und autoritären Personen, der Einstellung zum Kind und dem Vertrauen und der Sympathie der Hebamme gegenüber.

Die meisten Gebärenden vertrauen ihrer Hebamme. Auch selbstbewusste Frauen, die wissen, was sie wollen, übertragen in gewissem Maß die Verantwortung auf die Expertin. Leider gibt es, laut der Aussage der von mir befragten Hebamme, nach wie vor Kolleginnen, die eine Geburt in Rückenlage bevorzugen.

I: *Wie gut sind die Gebärenden auf die Geburt vorbereitet? Haben sie bestimmte Vorstellungen und Wünsche, oder verlassen sie sich eher auf die Hebammen?*

IP: Die Hebamme sieht hier ganz unterschiedliche Typen:

- Manche Frauen verlassen sich gänzlich auf die unterstützende Hebamme.
- Es gibt Frauen, die eine Geburtsvorbereitung besuchen, die sich einen Gynäkologen und eine Hebamme für die Entbindung gewählt haben, und sich ganz auf die beiden verlassen und letztendlich alles über sich ergehen lassen.
- Andererseits gibt es Frauen, die in einer Geburtsvorbereitung waren, bestimmte Vorstellungen haben und diese, eventuell auch mit der Unterstützung des Partners, durchsetzen wollen.
- Einige Gebärende haben sich genau das vorgenommen, können ihre Vorstellungen während der Geburtssituation aber nicht durchführen. Vielleicht, weil sie in der Situation selbst zu große Schmerzen haben, oder weil sie sich eine Geburt doch etwas anders vorgestellt haben.
- Manche Frauen, die sich für eine PDA (31) entscheiden, sagen sich: *„O.k., da hinten hab´ ich noch was, das kann ich jederzeit haben, wenn ich´s brauche“* (Zitat Tb 6).
- Natürlich gibt es sehr viele Frauen, die sich gar nicht auf eine Geburt vorbereiten, die: *„Es einfach auf sich zukommen lassen“* (Zitat Tb 6).

Zusammenfassung und Diskussion

Wie soeben beschrieben, verlassen sich manche Frauen zur Gänze auf ihre betreuende Hebamme oder auf den von ihnen gewählten Arzt. Dies bestätigt auch die befragte Hebamme.

Eine gute Vorbereitung ist Voraussetzung dafür, dass sich die Frauen klar darüber werden können, wie sie die Entbindung ihres Kindes gestalten wollen. Laut Hebamme gibt es Frauen, die in einer Geburtsvorbereitung waren, bestimmte Vorstellungen haben und diese auch durchsetzen wollen.

Die Hebamme meint, dass es allerdings vorkommt, dass die eben beschriebenen Frauen in der Geburtssituation selbst durch zu große Schmerzen oder durch den Umstand, dass sie sich die Geburt doch anders vorgestellt haben, ihre Vorstellungen nicht durchführen können.

Wie in Kapitel 3.1.3. erwähnt, handelt es sich beim Geburtsschmerz um einen Faktor, der das Geburtsgeschehen stark beeinflusst. Er gehört zu den intensivsten Schmerzen, die ein Mensch verspüren kann. Sheila Kitzinger (1990: 283) meint, dass diese Intensität beängstigend sein kann, vor allem für eine Gebärende, die sich krampfhaft bemüht, dem Schmerz durch Erlerntes entgegenzuwirken. Die Frauen müssen sich auch emotional auf die überwältigenden Empfindungen bei der Geburtsarbeit einstellen.

Laut Hebamme entscheiden sich manche Frauen, die im Hinterkopf eine Flucht aus den Schmerzen haben, für eine PDA (31).

Manuela Neuwirth (1992) schreibt, dass das Schmerzempfinden von der psychischen Situation der Gebärenden abhängt, und dass die Intensität des Schmerzes von der Schmerzerwartung abhängt.

Die Hebamme meint, dass viele Frauen sich gar nicht auf die Geburt vorbereiten, sondern dieses Erlebnis einfach auf sich zukommen lassen. In vielen Gesprächen mit schwangeren Frauen kam ich zu derselben Erkenntnis.

I: Siehst du einen Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden, wird der Grad der Selbstbestimmung aus der Erfahrung heraus mit jedem Kind größer?

IP: Die Hebamme sieht das nicht so. Ihrer Ansicht nach kann man keine generelle Aussage treffen, da die Persönlichkeiten der Frauen unterschiedlich sind: *„Viele sind überwältigt beim Zweiten, weil eben der Schmerz so stark ist, weil's eben schneller geht“* (Zitat Tb 6). Sie glaubt nicht, dass aus der gewonnenen Erfahrung heraus die Selbstbestimmung mehr wird: *„Auch nicht beim dritten Kind, weil...es ist jedes Mal anders...und das macht es eigentlich aus“* (Zitat Tb 6).

I: *Wie würdest du dir eine optimale Geburtsvorbereitung wünschen? Gehalten von Physiotherapeutinnen oder Hebammen?*

IP: Die Hebamme ist für eine Geburtsvorbereitung, bei der sich Physiotherapeutinnen und Hebammen gegenseitig ergänzen: *„Man kann voneinander lernen und vor allem die Frauen profitieren davon“* (Zitat Tb 6). Themen wie richtiges Stehen, Sitzen oder Bewegen sieht sie als explizite Aufgabe der Therapeutinnen. Geschehnisse, die von einer „normalen“ Geburt abweichen, als Gebiet der Hebammen. Viele andere Bereiche überschneiden sich.

Angst zu haben ist verständlich. Die Frauen sollten aber schon in der Geburtsvorbereitung damit konfrontiert werden, dass es Grenzen gibt, die bei einer Geburt überschritten werden können: *„Grenzen...die sie nie wieder erleben werden“* (Zitat Tb 6).

Diskussion:

Wie bereits in Kapitel 3.1.4. erwähnt, ist die Aufgabe eines Geburtsvorbereitungskurses, die Schwangeren physisch und psychisch auf die Geburt vorzubereiten. Sheila Kitzinger (1990) meint, dass eine Vorbereitung, bei der es nur um die Reaktion auf die Wehen geht, nicht ausreicht. Die Frauen müssen sich geistig und emotional auf die Geburtsarbeit einstellen.

I: *Wie würdest du dir die Frauen wünschen, die zur Geburt kommen?*

IP:

- Frauen, die: *„Zulassen, das was kommt“* (Zitat Tb 6).
- Manche Frauen sind zu stark fixiert auf ihren Partner. In manchen Situationen kann es gut sein, wenn sich eine Gebärende voll auf ihren Mann verlässt. Übertrieben ist es allerdings, wenn der Partner den ganzen Geburtsverlauf bestimmen möchte: *„Ich würd' mir wünschen, dass die Frauen nicht so partnerabhängig sind. Manche Frauen sind so auf den Partner fixiert und lassen auch den Partner für sie sprechen...obwohl in manchen Situationen ist das auch gut so, aber nicht, dass er den ganzen Geburtsverlauf bestimmt“* (Zitat Tb 6).
- Vertrauen in das Krankenhaus zu haben ist wichtig.
- *„Ich würde mir wünschen, dass jede Hebamme ihre Frauen hätte, oder umgekehrt, die Frauen die Hebammen aussuchen könnten“* (Zitat Tb 6).
- Einerseits sollten die Frauen ins Krankenhaus kommen und ihre Wünsche und Vorstellungen klar äußern. Andererseits sollten solche Gebärende ernst genommen werden: *„Auch von ärztlicher Seite“* (Zitat Tb 6).

Zusammenfassung und Diskussion

Die von mir befragte Hebamme wünscht sich, dass Frauen, die zur Geburt kommen, zulassen können, was kommt.

In unserer heutigen Gesellschaft wird von uns erwartet, dass wir uns, vor allem in der Arbeit, kontrolliert und rational verhalten, uns *„unter Kontrolle haben“* (Albrecht-Engel 1997:33).

Beim Gebären hingegen ist das genaue Gegenteil gefragt. Man soll seinen Gefühlen freien Lauf lassen. Die Ängste der Frauen, die Angespanntheit, das Sich-unter-Kontrolle-haben-wollen, aber auch übertriebene Erwartungshaltungen bewirken nur zu oft, dass die biologische, hormonelle Steuerung negativ beeinflusst wird, und dass infolgedessen Störungen im Geburtsverlauf auftreten (Albrecht-Engel 1997:33).

Hans Molinsky (1975: 385) bezeichnet die übertriebene Selbstkontrolle als „*perfektionistisches Gebärverhalten*“, diese Frauen haben ein Problem mit Aktivität, Passivität und Hingabe.

Wie bereits erwähnt, stellt der Schmerz während des Geburtsgeschehens einen zentralen Faktor dar. Er gehört zu den intensivsten, die ein Mensch verspüren kann. Die Hebamme meint, dass es die Aufgabe der Geburtsvorbereitungskurse ist, die Schwangeren darauf vorzubereiten, dass es Grenzen gibt, die bei einer Geburt überschritten werden können.

Die befragte Hebamme befürwortet es, wenn eine Gebärende sich auf ihren Mann verlässt. Sie sollte aber nicht zu fixiert auf ihren Partner sein.

Stephanie Struthmann (2000) sieht in der Aufgabe des begleitenden Partners, die Gebärende optimal zu unterstützen. Er sollte auch im Namen seiner Frau dafür sorgen, dass deren Vorstellungen erfüllt werden, falls diese selbst nicht dazu in der Lage ist.

Die von mir befragte Expertin würde sich wünschen, dass sich jede Schwangere ihre Hebamme aussuchen könnte.

Schwangere Frauen befinden sich in einem Zustand der Offenheit, Unsicherheit und großen Sensibilität. Hinzu kommt ein Bedürfnis nach Regression, das bedeutet zulassen, wachsen lassen und Kontrolle aufgeben. Die Frauen suchen Orientierung und Halt in der Institution der ärztlichen Vorsorge. Es wäre wünschenswert, wenn die Frauen von einer Hebamme bereits während der Schwangerschaft betreut werden könnten. Diese Form der Begleitung erweist sich als risikomindernd für Schwangerschaft und Geburtsverlauf (Ensel 2001).

Die von mir befragte Hebamme wünscht sich Frauen, die klare Vorstellungen haben, aber auf der anderen Seite auch ein Personal, das diese Vorstellungen akzeptiert.

In ihrer Diplomarbeit meint Andrea Reiter (1994), dass sich die von ihr interviewten Frauen für eine Hausgeburt entschieden haben, weil sie sich der Bevormundung in einem Krankenhaus nicht aussetzen wollten. Sie müssten mit dem Eintritt ins Spital ihre eigene Verantwortung abgeben und könnten nicht mehr über die Geburt ihres Kindes selbst bestimmen: *„Die Frauen glauben offensichtlich, dass ihre Vorstellungen und Wünsche im Krankenhaus nicht einfach akzeptiert werden, sondern dass sie diese erst durchsetzen müssen“* (Reiter 1994: 83).

I: *Drängt die Rückenlage eine Gebärende automatisch in eine passive Position - nicht nur physiologisch, sondern vor allem den anderen Anwesenden gegenüber? Wie empfindest du das?*

IP: Die Hebamme findet, dass es keinen Unterschied macht, in welcher Position die Gebärende sich befindet, im Hinblick auf eine aktive oder passive Rolle bei der Geburt: *„Es gibt eben Frauen, die gern ins Bett wollen, die sich dort wohl fühlen und die auch vom Bett aus genau sagen: und jetzt macht´s das, und jetzt greif mich dort an und jetzt greif mich nicht an“* (Zitat Tb 6).

Frauen, die keinen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, tendieren eher dazu, sich im Bett zurückzuziehen, in Ruhe gelassen zu werden und sich *„ihrem Schicksal ergeben“* (Zitat Tb 6).

Die Hebamme meint: *„Uns ist es natürlich auch wichtig, die Frauen sind eher mobiler und liegen nicht im Bett, weil sie einfach besser mitmachen“* (Zitat Tb 6).

Zusammenfassung und Diskussion

Ines Albrecht-Engel (1997) findet, dass die Rückenlage die Gebärende psychisch gesehen in eine ganz andere Position bringt, da ihr Gesichtsfeld eingeschränkt ist und ihr Blick nach oben geht.

Angela Heller (1998) meint, dass eine Gebärende, die sich in der Lithotomieposition (23) befindet, aus ihrer Passivität heraus schneller die Kontrolle verliert.

Die von mir befragte Hebamme sieht das nicht so. Sie ist der Meinung, dass eine Frau, die einen festen Willen hat, diesen auch liegend durchsetzt.

Angela Heller (1998) schreibt, dass sich Frauen während der Geburt, die eine aufrechte Körperhaltung einnehmen, aktiver beteiligen können. Durch die Vertikalität wird die sensomotorische (47) Wachheit aktiviert und somit das Gebären aus der Passivität herausgeführt und zu einem aktiven Erlebnis.

Meine Interviewpartnerin sieht das genauso.

I: In vielen Kreißsälen ist das Bett ein sehr dominantes Einrichtungsstück – hat das deiner Meinung nach einen Einfluss auf die Gebärhaltungen?

IP:

- Manche Frauen besichtigen rechtzeitig während der Schwangerschaft den Kreißaal, bei der Führung erfahren sie, welche Positionen eingenommen werden können. Hier handelt es sich natürlich wiederum nur um Frauen, die interessiert sind und sich umfassend informieren.
- Hebammen sind grundsätzlich bemüht, die Frauen zum Aufstehen und zur Mobilität zu motivieren. In dem Spital, in dem die von mir befragte Hebamme arbeitet, bieten die Hebammen den Frauen vermehrt an, auf dem Hocker zu entbinden.
- Eine deutliche Tendenz geht auch weg von der Rückenlage hin zur erhöhten Seitenlage: „Und die Frauen pressen wirklich gut mit...und die Kinder, denen geht's wirklich relativ gut“ (Zitat Tb 6). Sie betont die Vorteile der Seitenlage gegenüber der Rückenlage.

I: *Zu Beginn der 1990er Jahre wurde jede Erstgebärende episiotomiert (16), wie sieht die Einstellung dazu heute aus?*

IP:

- Zu Beginn der 1990er Jahre kam es zu einem großen Umbruch in der Geburtshilfe: die Gebärenden durften in die Badewanne gehen, sie durften während der Geburt essen: *„Es hat sich da schon einiges gewandelt“* (Zitat Tb 6).
- *„Vor allem die Gynäkologen haben die Geburtshilfe in die Hände der Hebammen gelegt...unser Chef hat gesagt: Geburt ist Frauensache“* (Zitat Tb 6). Obwohl die älteren Ärzte Schwierigkeiten mit der neuen Tatsache hatten, ging der Trend dahin, dass die Hebammen vieles selbst bestimmen: *„Mit den Frauen gemeinsam die Entscheidung treffen: was machen wir“* (Zitat Tb 6). Von den neuen Assistenten wurden die Hebammen unterstützt.
- Dieser Trend war generell in allen Spitälern zu erkennen. Die von mir befragte Hebamme sieht diese Entwicklung auch als Verdienst der freiberuflich tätigen Hebammen: *„Weil die ja sehr viel Öffentlichkeitsarbeit leisten“* (Zitat Tb 6).
- Die Hebamme gibt an, dass in unseren Spitälern heute nur mehr auf Grund einer kindlichen Indikation, oder wenn klar ersichtlich ist, dass der Damm stark einreißen wird, eine Episiotomie (16) durchgeführt wird: *„Wir versuchen´s wirklich ohne EPI (16)“* (Zitat Tb 6).

Zusammenfassung und Diskussion

Andrea Reiter (1994: 30) beschreibt die übliche Prozedur, die eine Gebärende noch zu Beginn der 1990er Jahre über sich ergehen lassen musste: *„Ihr werden die Schamhaare rasiert, wegen der feindlichen Bakterien. Durch einen Einlauf wird sie für die Geburt präpariert. Sie darf wegen einer etwaigen Narkose, falls ein Kaiserschnitt notwendig ist, nichts essen und trinken. Sie wird an diverse technische Geräte angeschlossen und mittels Herzttonwehenschreiber dauerüberwacht, was eine liegende Position erfordert. Sie bekommt eine Kanüle in den Arm gesetzt, für den Fall, daß eine Infusion angehängt werden muß“.*

In den 1990er Jahren kam es zu großen Veränderungen in der Geburtshilfe. Ein starker Trend in Richtung „natürlicher Geburt“ war zu erkennen. Das sieht auch die befragte Hebamme so. Wurde in den 1980er Jahren bei jeder Erstgebärenden routinemäßig ein Dammschnitt durchgeführt, so ging man ab Mitte der 1990er Jahren zurückhaltender mit diesem Eingriff um. Die von mir befragte Hebamme meint, dass heute nur mehr in dringenden Fällen episiotomiert (16) wird.

Den Verdienst dafür sieht sie unter anderem in der Öffentlichkeitsarbeit, die vor allem die freiberuflichen Hebammen leisten.

I: Wird während der Geburt zu häufig interveniert?

IP: „*Ich würde sagen, es wird wenig interveniert*“, meint die Befragte (Zitat Tb 6). Wenn eine Frau 14 Tage über dem errechneten Geburtstermin ist, wird mit einem Prostaglandin (43) eingeleitet. Bei Wehenschwäche versucht man die Geburt mittels Bewegung, Homöopathie oder Akupunktur in Gang zu bringen.

I: Darf eine Frau, während sie am CTG (12) angeschlossen ist, aufstehen?

IP: Auch wenn eine Gebärende ans CTG (12) angeschlossen ist, bedeutet das nicht, dass sie liegen muss, sie kann z.B. auf dem Pezzi-Ball (34), oder auf einem Stockerl sitzen, sie kann auch stehen. Korpulente Frauen müssen sich aus körperlichen Gründen eher niederlegen.

Diskussion

Liselotte Kuntner (2000: 77) schreibt, dass eine Gebärende nicht daran gehindert werden darf, sich ungehindert zu bewegen. Sie soll über ihre Motorik frei verfügen können. Wenn eine Frau an ein CTG (12) angeschlossen ist, so ist sie massiv in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Die Hebamme meint jedoch, dass die Frauen nicht liegen müssen und andere Positionen einnehmen können.

I: *Wenn Gebärende sich einmal niedergelegt haben, wollen sie oft nicht mehr aufstehen. Stimmt das?*

IP: „Ja, das kommt vor“ (Zitat Tb 6). Viele Frauen legen sich während der Geburt gerne nieder, weil sie müde sind, nach dem Duschen, In-der-Wanne-Liegen, Spazieren Gehen u.s.w.

Die Geburt eines Kindes ist eine anstrengende Sache. Viele Frauen brauchen eine Pause, können sich im Bett entspannen und erholen. Die Hebamme meint, dass es vorkommt, dass Frauen, die sich während der Geburt niederlegen nicht mehr aufstehen wollen.

I: *Soll die Rückenlage aus der Geburtshilfe „verbannt“ werden?*

IP: Die von mir befragte Hebamme erwähnt auch die Rückenlage in ihren Geburtsvorbereitungskursen. Es kann in der Geburtshilfe immer Situationen geben, in denen die Rückenlage gebraucht wird. Wenn der Arzt untersuchen möchte, oder wenn ein operativer Eingriff vorgenommen werden muss: „Weil...es gibt manchmal Situationen, wo du´s brauchst, z.B. beim Vacuum (54)“ (Tb 6).

I: *Kann man eine Entwicklung bezüglich der Gebärpositionen in den vergangenen Jahren erkennen?*

IP: „Früher, das war auch Herrengeschichte“ (Zitat Tb 6). Heute arbeiten viel mehr Frauen als Gynäkologinnen in der Geburtshilfe, die möglicherweise ein anderes Verständnis mitbringen: „Die...sich besser in die Frauen hineinversetzen können“ (Zitat Tb 6).

„Ich denke auch, dass die Hebammenausbildung sehr viel dazu beigetragen hat“ (Zitat Tb 6). Die Leute, die an der Basis mit den Schülerinnen arbeiten, können bei diesen ein Bewusstsein dafür schaffen, dass es wichtig ist, die Frauen zu motivieren, während der Geburt aktiv zu bleiben und sich nicht ins Bett zu legen.

Zusammenfassung und Diskussion

Um diese Frage zufriedenstellend zu beantworten, müsste man die Geburtenbücher der letzten Jahre zu Rate ziehen. Es gab sicherlich in den 1990ern einen deutlichen Trend hin zu den vertikalen Gebärhaltungen. Interessant wäre es, festzustellen, wie sich diese Tendenz um die Jahrtausendwende fortgesetzt hat. Es ist anzunehmen, dass die eingenommenen Geburtspositionen in direktem Zusammenhang mit der Interventionsrate zu setzen sind.

Die Hebamme meint, dass die Tatsache, dass heute die Anzahl der Gynäkologinnen steigt, mit sich bringt, dass sich das betreuende ärztliche Personal besser in die Frauen hineinversetzen kann.

Andererseits sieht sie es als wichtige Aufgabe der Hebammenausbildung, bei den jungen Kolleginnen ein starkes Bewusstsein dafür zu schaffen, dass sie die Frauen dazu motivieren, aktiv zu gebären.

I: Ist also zu erkennen, dass das Gebären „vertikaler“ wird?

IP: „*Man erkennt's schon*“ (Zitat Tb 6).

Als wichtigen Punkt nennt sie nochmals die Fortbildung der Hebammen und die Einstellung, dass man offen ist für Neues. Auch für Anregungen, die nicht aus der eigenen Berufsgruppe kommen, wie z.B.:

- Angela Heller, Physiotherapeutin und anerkannte Expertin u.a. auf dem Gebiet der Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, hielt vor einiger Zeit eine Fortbildung auf der Gebärstation ab, in der die von mir befragte Hebamme arbeitet. Dies hatte zur Folge, dass die Zahl der Hockergeburten deutlich zunahm.
- Moxen (27) als Unterstützung bei einer Beckenendlage, damit sich das Kind dreht, wird schon länger praktiziert.
- Eine amerikanische Hebamme zeigt, dass sich ein Kind in Beckenendlage auch durch die Position des Vierfüßlerstandes drehen kann – auf Grund der Enge.
- Viele Anregungen kommen aus dem Bereich der chinesischen Medizin.

Die Hebamme meint: *„Und ich denke, wenn man offen ist und das aufgreift, und das in einer Gruppe aufgegriffen wird...dann profitieren die Frauen auch davon“* (Zitat Tb 6).

I: *Wenn in einem Fernsehfilm eine Geburt gezeigt wird, so geschieht das immer in Rückenlage. Glaubst du, dass das meinungsbildend ist?*

IP: Die von mir befragte Hebamme sieht in Filmen, wo eine Geburt „zufällig“ in die Handlung passt, eher keinen negativen Einfluss: *„Aber in diesen komischen Sendungen wie ´Hallo Baby´, die sind furchtbar...ich frag die Frauen: sind Sie vorbereitet auf die Geburt? ...und sie sagen: ja, wir haben das gesehen“* (Zitat Tb 6). Sie hält „reale“ Filme über „wirkliche“ Geburten für viel schlimmer, da diese meinungsbildend sind.

Diskussion

In vielen Bereichen sind die Medien informativ, meinungsbildend, geben vor allem jungen Menschen Vorbilder.

In allen möglichen Filmen, seien es beliebte Serien, Schnulzen, Katastrophenfilme oder andere, kommt es immer wieder zu meist dramatischen Szenen, wenn eine Mutter ihr Kind im Spital oder aber, noch dramatischer, unerwartet an anderen Orten, oft mit Hilfe eines Ahnungslosen zur Welt bringt. Ich habe in letzter Zeit diese Szenen mit besonderem Interesse verfolgt und musste feststellen, dass in allen Fällen die Gebärende sich freiwillig oder auf Anraten eines Helfers in die Rückenlage begab und in dieser Position - meist unter angestrengten Pressversuchen - ihr Kind entband.

In unserer Gesellschaft haben junge Mädchen und Frauen keine Möglichkeit, Gebärende zu beobachten, außer in den Medien. Wäre es da nicht zu erwarten, dass sie die in den Medien gezeigten Praktiken für richtig und vorbildhaft halten?

Die von mir befragte Hebamme sieht das allerdings nicht so.

I: *Was fehlt, um die Idee, den Frauen eine selbstbestimmte, aktive Geburt zu ermöglichen, zu fördern?*

IP: Die von mir befragte Hebamme findet es sehr wichtig, dass sich eine Hebamme in der Schwangerenambulanz aufhält. Ihre Aufgabe ist es, Kontakt zu den Schwangeren herzustellen und ihnen schon rechtzeitig zu vermitteln, dass sie nicht passiv sein sollen. Und damit ist nicht nur die physische Passivität gemeint: *„Ihr könnt das und das machen, das ist wichtig für euch, da kann man schon sehr viel für die Geburt tun“* (Zitat Tb 6).

Sie sieht die Wurzeln der Selbstbestimmung der Frauen während der Geburt in der Schwangerenambulanz.

Zusammenfassung und Diskussion

Schwangere suchen Orientierung und Halt in der Institution der ärztlichen Vorsorge.

Angelica Ensel (2001) stellt sich die Frage, welche Rolle die Hebammen bei der heutigen Sozialisation schwangerer Frauen und Paare spielen kann. Für sie wäre eine Hebamme, die die gesamte Vorsorge übernimmt, der Idealfall.

Hebammen haben einen ganz anderen Zugang zu den Schwangeren als Ärzte, bei ihnen nimmt die psychische Komponente, Schwangerschaft, Geburt, aber auch das Wochenbett betreffend, einen wichtigen Platz ein (Struthmann 2000).

Das Konzept der Selbstbestimmtheit widerspricht der Struktur des Übergangsrituals, in dem der Arzt als Initiator eine klar führende, die Initiandin eine klar untergeordnete Position zugewiesen bekommen haben. Im Gegensatz dazu besteht zwischen der Schwangeren und der Hebamme ein egalitäres Verhältnis (Ensel 2001).

I: *Kann bei euch im Spital auch eine hausfremde Hebamme eine Frau entbinden?*

IP: Aus rechtlichen Gründen ist dies nicht möglich. Eine „fremde“ Hebamme kann nur als Begleitperson einer Gebärenden Hilfestellung leisten.

„Es gibt noch die Doulas (14)“ (Zitat Tb 6). Über das System mit Doulas wurde vor einiger Zeit diskutiert, letztlich von den Hebammen aber abgelehnt: *„Es gibt genug Hebammen“* (Zitat Tb 6).

Andererseits würde die von mir befragte Hebamme ein System mit zwei Betreuern befürworten. Es ist nicht gut, wenn sich eine Frau zu sehr auf eine Bezugsperson fixiert: *„Und wenn die dann nicht da ist, dann geht vieles schief, das vielleicht gar nicht hätte schief gehen müssen...es müssten also immer zwei Personen dabei sein“* (Zitat Tb 6).

Zusammenfassung und Diskussion

Eine Doula ist selbst Mutter und hat zumindest einmal natürlich geboren. Sie verfügt über eine besondere Ausbildung, die sie dazu befähigt eine kontinuierliche, nicht medizinische, einfühlsame und emotionale Unterstützung während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes zu leisten. Die Doula ist eine ganzheitliche Betreuung während dieser sensiblen Zeit wichtig. Ein Schwerpunkt liegt in der Begleitung bei der Entstehung der Familie.

Bei der Geburt selbst sind die betreuenden Frauen von Anfang an dabei, ihre Aktivitäten richten sich ganz nach den Bedürfnissen der Gebärenden. Doulas ersetzen nicht die Hebammen, sie unterstützen diese (Kislinger 1997).

Ulrike Harder (1995) meint, dass die Hebamme als für die Gebärende wichtigste betreuende Person ständig anwesend sein sollte. In der Praxis ist dies in der Spitalsroutine häufig nicht möglich: es kann vorkommen, dass eine Hebamme mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen muss. Sie hat auch andere Dinge zu erledigen, die der Klinikalltag von ihr verlangt: Der schlechteste Fall tritt dann ein, wenn die Hebamme Dienstschluss hat und die Gebärende an eine Kollegin übergibt.

Die Gebärenden bauen ein Vertrauensverhältnis zu der sie betreuenden Hebamme während der Geburt auf. Man kann sich unschwer vorstellen, was ein Wechsel der Betreuungsperson während des Geburtsgeschehens für die Frau bedeuten kann. Eva Fernandez-Thanheiser (1998: 83) sieht im Vertrauen der Gebärenden der Hebamme gegenüber eine der wichtigsten, wenn nicht sogar die wichtigste Voraussetzung für einen positiven Geburtsverlauf.

Aus diesen Überlegungen heraus wäre die doppelte Betreuung der Gebärenden sicherlich wünschenswert, vom wirtschaftlichen Standpunkt aus hingegen ist diese Idee wohl kaum vertretbar.

I: *Wie viele Partner begleiten ihre Frauen zur Entbindung?*

IP: Zu 80% sind es die Männer, ansonsten Familie oder Freundinnen.

Die Mutter als Begleitperson würde die Hebamme ablehnen: *„Eine Geburt ist Sexualität, sich fallen lassen, und das kann man nicht immer bei der Mutter“* (Zitat Tb 6). Sie sieht in diesem Fall die Kombination Mutter/Tochter als sehr problematisch: *„Vielleicht bringt sie ihre eigenen Erfahrungen mit, und vielleicht ist die Tochter ganz anders als sie...vielleicht ist sie enttäuscht...denkt...vielleicht hab´ ich irgend etwas falsch gemacht bei meiner Geburt...oder sie ist eine Glücke, will überhaupt niemanden ranlassen“* (Zitat Tb 6).

Es gibt aber auch Männer, die relativ dominant sind: *„Ich würd´ mir wünschen, dass die Frauen nicht so partnerabhängig sind, manche Frauen sind so auf den Partner fixiert und lassen auch den Partner für sich sprechen...obwohl in manchen Situationen ist das auch gut so, aber nicht, dass er den ganzen Geburtsverlauf bestimmt“* (Zitat Tb 6).

Diskussion

Sheila Kitzinger (1990: 35) meint, dass eine permanente Betreuung der Gebärenden sehr wichtig ist, sei es durch den Vater der Kindes oder eine andere Begleitperson: „*Sie (Kitzinger spricht die Frauen persönlich an, Anm. des Verfassers) können sich viel besser entspannen, wenn jemand für Sie da ist, der Sie versteht und Sie ununterbrochen emotional unterstützt.*“

Laut Christl Rosenberger (1995) gibt Zuwendung der Gebärenden ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit. Etwaige Ängste werden somit herabgesetzt und damit auch das Schmerzempfinden.

4.7 Auszug aus einem Geburtenbuch

Die Stationshebamme eines Wiener Gemeindespitals stellte mir das Geburtenbuch der Gebärstation für meine Untersuchung zur Verfügung.

Ich wählte drei beliebige Monate des Jahres 2004. Die für mich relevanten Parameter bezogen sich auf die eingenommene Gebärposition während der Austreibungsphase, bzw. eventuelle operative Interventionen, wie eine Episiotomie (16), Vacuumextraktion (54) oder Sectio (46).

Bei der Auswertung trenne ich Erst-, Zweit-, Dritt-, oder Mehrgebärende, um eventuelle Unterschiede aufzeigen zu können. Hier stellt sich mir die Frage, ob die Erfahrung vorangehender Geburten einen Einfluss auf die gewählte Gebärposition hat, oder nicht.

Insgesamt fanden in den untersuchten drei Monaten in dem gewählten Spital 374 Geburten statt. Dabei handelt es sich um 207 Erstgebärende, 117 Zweitgebärende, 42 Drittgebärende, 5 Viertgebärende und 3 Fünftgebärende.

Erstgebärende:

Gebärpositionen

Von den 207 Entbindungen wurden die 34 Sectiones (46) von den weiteren Betrachtungen ausgenommen.

Somit verblieben 173 Geburten. Davon entbanden 140 Frauen in Rückenlage, 11 in Seitenlage (7%), 10 auf dem Gebärhocker (6%), 4 auf dem Romarad (44) (2%), 4 im Vierfüßlerstand (2%), 2 im Stehen (1%) und 2 im Wasser (1%).

Daraus ergibt sich, wie in der folgenden Abbildung zu erkennen ist, dass 81% der Frauen in Rückenlage entbunden und 19% eine alternative Position wählten.

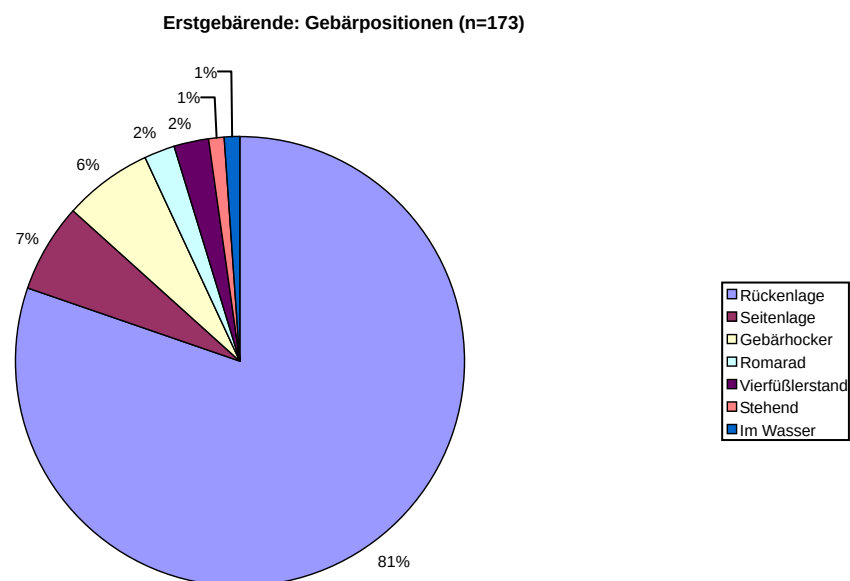


Abbildung 1

Operative Eingriffe während der Geburt

36 Frauen, die in Rückenlage entbunden, erhielten eine Episiotomie (16). 4 Dammschnitte erfolgten in Seitenlage, 3 auf dem Gebärhocker. Die unterschiedlichen Stadien der jeweiligen Dammsrisse wurden hier nicht berücksichtigt.

33 Kinder wurden mittels Vacuumextraktion (54) entbunden, was die Rückenlage der Gebärenden und auch eine Episiotomie (16) voraussetzt, das ergibt eine Rate von 16%.

33 Kinder wurden mittels Sectio (46) entbunden, das ergibt 16%. Auf die unterschiedlichen Indikationen wurde in dieser Untersuchung nicht näher eingegangen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei 207 Entbindungen insgesamt 76 Episiotomien (16) durchgeführt wurden, was 37% entspricht. 21% davon standen nicht in Verbindung mit einer Vacuumextraktion (54). Insgesamt wurde bei 109 Geburten operativ interveniert, ein Prozentsatz von 53%.

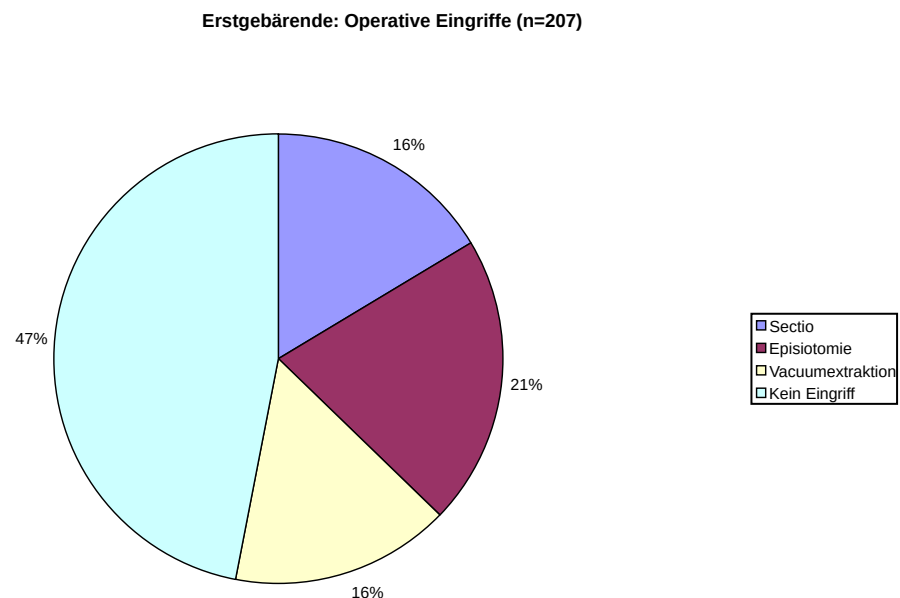


Abbildung 2

Zweitgebärende:

Gebärpositionen

Von den 115 Zweitgebärenden wurden die 22 Sectiones (46) von den weiteren Betrachtungen ausgenommen.

Somit verblieben 93 Geburten. Davon entbunden 64 Frauen in Rückenlage, 15 in Seitenlage (16%), 7 auf dem Gebärhocker (8%), 1 auf dem Romarad (44) (1%), 3 im Vierfüßlerstand (3%), 2 im Stehen (2%) und 1 im Wasser (1%).

Daraus ergibt sich, wie in der folgenden Abbildung zu erkennen ist, dass 69% der Frauen in Rückenlage entbunden und 31% eine alternative Position wählten.

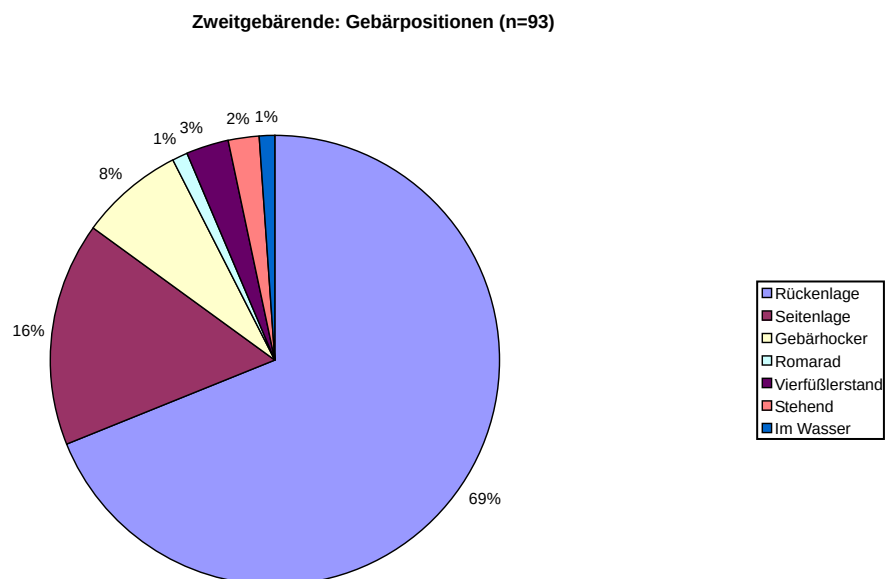


Abbildung 3

Operative Eingriffe während der Geburt

9 Frauen, die in Rückenlage entbunden, erhielten eine Episiotomie (16) (8%). Weder in Seitenlage, noch auf dem Gebärhocker erfolgte ein Dammschnitt. Dammrisse der unterschiedlichen Stadien wurden, wie bereits erwähnt, nicht berücksichtigt.

6 Kinder wurden mittels Vacuumextraktion (54) entbunden (5%).

22 Kinder wurden mittels Sectio (46) entbunden, das ergibt eine Rate von 19%. Auf die unterschiedlichen Indikationen wurde nicht eingegangen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei 115 Entbindungen insgesamt 15 Episiotomien (16) durchgeführt wurden, was 13% entspricht. Insgesamt wurde bei 37 Geburten operativ interveniert, ein Prozentsatz von 32%.

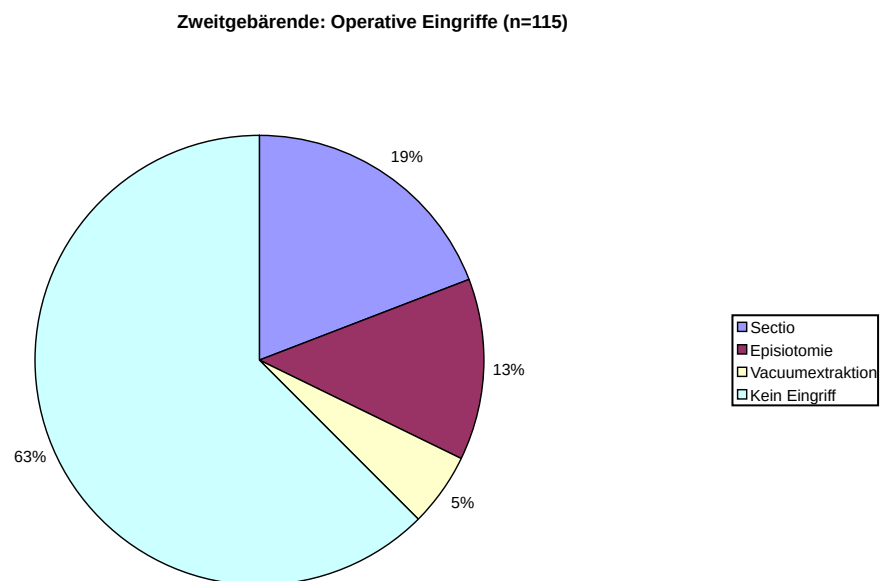


Abbildung 4

Drittgebärende:

Gebärpositionen

Von den 42 Drittgebärenden wurden die 9 Sectiones (46) von den weiteren Betrachtungen ausgenommen.

Somit verblieben 33 Geburten. Davon entbanden 21 Frauen in Rückenlage (64%), 5 in Seitenlage (15%), 3 auf dem Gebärhocker (9%), 1 auf dem Romarad (44) (3%), 2 im Vierfüßlerstand (6%) und 1 im Stehen (3%).

Daraus ergibt sich, wie in der folgenden Abbildung klar zu erkennen ist, dass 64% der Frauen in Rückenlage entbanden und 36% eine alternative Position wählten.

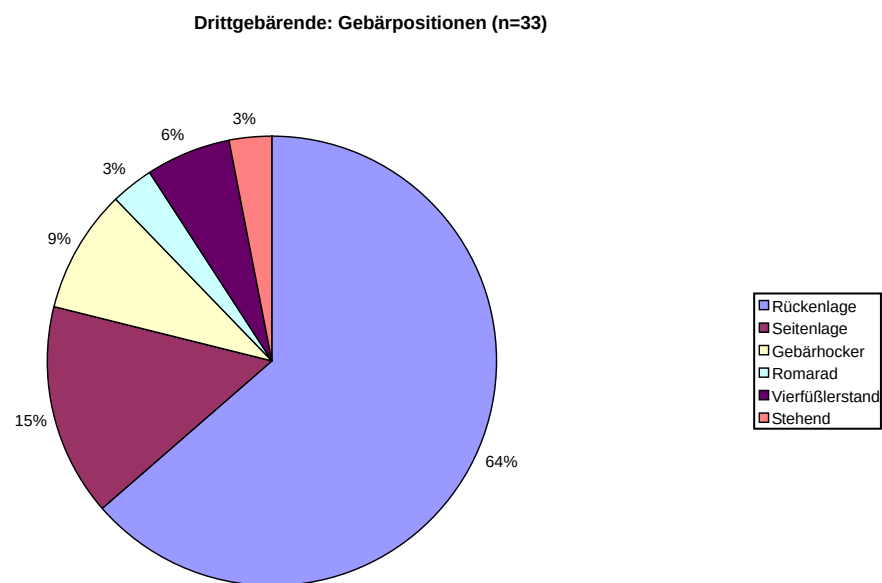


Abbildung 5

Operative Eingriffe während der Geburt

1 Frau, die in Rückenlage entband und 1 Frau, die in Seitlage entband, erhielten eine Episiotomie (16) (5%). Dammrisse der unterschiedlichen Stadien wurden, wie bereits erwähnt, nicht berücksichtigt.

3 Kinder wurden mittels Vacuumextraktion (54) entbunden (7%).

9 Kinder wurden mittels Sectio (46) entbunden (21%). Auf die unterschiedlichen Indikationen wurde nicht eingegangen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei 42 Entbindungen 5 Episiotomien (16) durchgeführt wurden, was 12% entspricht. Insgesamt wurde bei 14 Geburten operativ interveniert (33%).

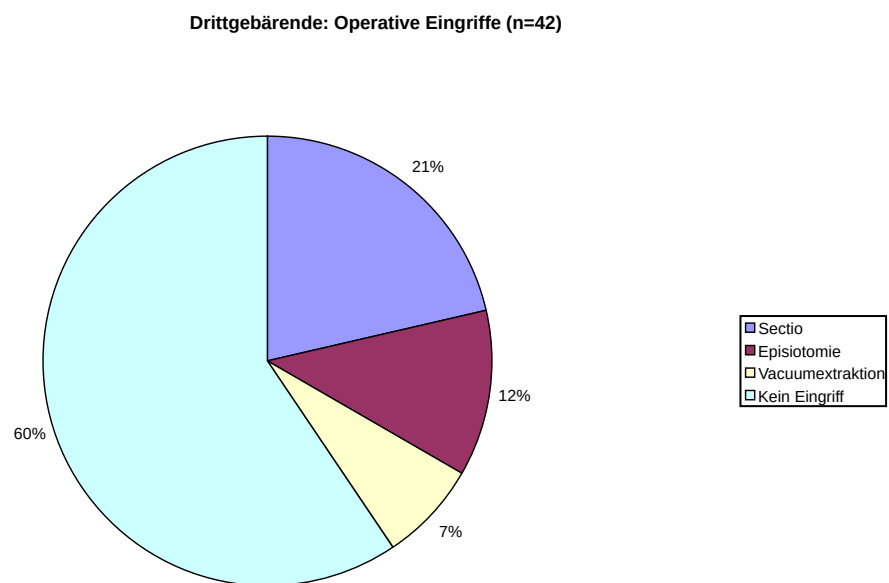


Abbildung 6

Viert- und Fünftgebärende:

Gebärpositionen

Von den 8 Viert- und Fünftgebärenden entbanden 7 in Rückenlage und 1 in Seitenlage. Daraus ergibt sich, wie in der folgenden Abbildung klar zu erkennen ist, dass 87% der Frauen in Rückenlage entbanden und 13% in Seitenlage.

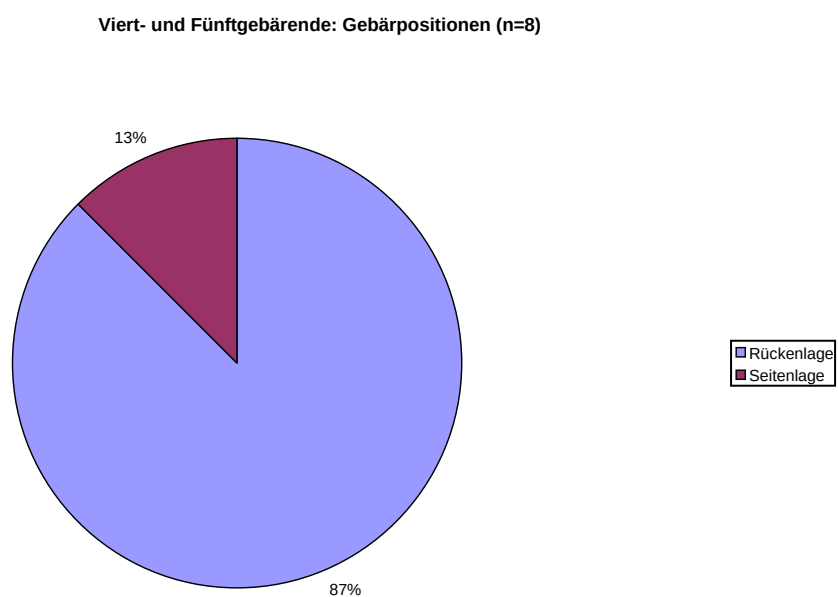


Abbildung 7

Operative Eingriffe während der Geburt

Alle Kinder wurden vaginal, ohne operative Eingriffe entbunden.

4.7.1 Zusammenfassung der Daten und Diskussion

Gebärpositionen

Bezüglich der Gebärpositionen zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen Erst- und Zweitgebärenden: während 81% Frauen bei der Geburt des ersten Kindes in Rückenlage gebären, waren es bei der zweiten Geburt „nur“ mehr 69%.

2 ½ mal so viele Zweitgebärende wählten die Seitlage, mehr als 4 ½ mal so viele den Vierfüßlerstand, fast doppelt so viele Frauen standen während der Austreibungsphase. Bei den Wassergeburten bleibt die Rate gleich, einzig für das Romarad (44) entschieden sich im Vergleich doppelt so viele Erstgebärende.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass sich bei den Zweitgebärenden ein doch deutlich festzustellender (12%iger) Trend zu alternativen Gebärpositionen zeigt.

Leider lässt sich die Frage nach dem „warum“ nicht eindeutig klären. Mögliche Erklärungsversuche wären:

Jede Geburt ist etwas Einzigartiges und alle Geburtserlebnisse unterscheiden sich von einander. Trotzdem könnte man davon ausgehen, dass eine Frau, die schon einmal entbunden hat, einen „Wissensvorsprung“ hat. Sie weiß ungefähr, was auf sie zukommt, ist nicht mehr so ängstlich wie bei ihrer ersten Entbindung und daher nicht mehr so angespannt, kann sich mehr fallen lassen, was den Geburtsfortschritt auch subjektiv erleichtert. Sie ist nicht so rasch psychisch und physisch erschöpft.

Durch die Reflexion über die erste Entbindung, aus der Erfahrung heraus, können und wollen die Frauen bei einer folgenden Entbindung mehr mitbestimmen, wie sie gebären wollen. Die von mir befragte Hebamme ist allerdings nicht dieser Meinung: *„Auch nicht beim dritten Kind, weil...es ist jedes Mal anders...und das macht es eigentlich aus“* (Zitat Tb 6).

Bekanntermaßen nimmt die Geburtsdauer mit der Anzahl der Geburten ab. Viele Frauen, die bei der ersten Geburt nach stundenlangen Wehenschmerzen psychisch und physisch an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen, sind bei der zweiten Geburt vielleicht nicht so erschöpft, dass sie sich ins Bett zurückziehen wollen. Dieses Argument wird von der von mir befragten Hebamme ebenfalls widerlegt: „*Viele sind überwältigt beim Zweiten, weil eben der Schmerz so stark ist, weil's eben schneller geht*“ (Zitat Tb 6).

Ist der Unterschied der eingenommenen Gebärpositionen zwischen Erst- und Zweitgebärenden noch relativ klar erkennbar (12% Unterschied bezüglich Rückenlage), so ist er zwischen Zweit- (69% in Rückenlage) und Drittgebärender (64% in Rückenlage) viel geringer (5%).

Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass es einen großen Unterschied macht, ob eine Frau schon einmal geboren hat oder nicht, aber nicht, wie oft sie schon geboren hat.

Ein anderer Ansatz wäre die Überlegung, wie hoch der Prozentsatz an Migrantinnen bei den Drittgebärenden ist. Hier stellt sich die grundlegende Frage, ob es einen signifikanten Unterschied bei den eingenommenen Gebärpositionen macht, ob es sich bei den Gebärenden um Migrantinnen handelt oder nicht.

Bei den Viert- und Fünftgebärenden gebären 87% in Rückenlage. Diese Zahlen könnten ebenfalls darauf hinweisen, dass es sich hier eventuell um Migrantinnen handelt, die eine horizontale Gebärposition vorziehen. Im Zuge dieser Überlegung ist es unumgänglich zu eruieren, wie viele der Gebärenden Migrantinnen sind. Hier fehlen die nötigen Daten und somit bleiben meine Überlegungen reine Spekulation.

Zusammenfassend kann man also feststellen, dass während des von mir gewählten Zeitraums in einem Wiener Gemeindespital 75% der Frauen in Rückenlage entbunden haben. Von den 25% der in einer alternativen Position Gebärenden fallen 13% auf die Seitenlage, 6% auf den Gebärhocker, 1% auf das Romarad (44), 3% auf den Vierfüßlerstand, 1% auf eine stehende Position und 0,5% auf eine Geburt im Wasser.

Operative Eingriffe während der Geburt

Bei 47% der Erstgebärenden, bei 68% der Zweitgebärenden und bei 67% der Drittgebärenden sowie sämtlichen Viert- und Fünftgebärenden wurden keine operativen Eingriffe vorgenommen.

Die operativen Eingriffe beziehen sich auf Sectiones (46), Vacuumextraktionen (54) und Episiotomien (16).

Die Prozentzahl der Sectiones (46) steigt mit der Anzahl der Geburten, von 16% bei den Erstgebärenden über 19% bei den Zweitgebärenden zu 21% bei den Drittgebärenden. Obwohl die Eingriffsrate generell bei den Multiparae (28) sinkt, steigt die Kaiserschnitttrate. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass nach einer Sectioge-burt (46) selten ein weiteres Kind auf normalem Wege entbunden wird. Andererseits könnte auch das höhere Alter bei Mehrgebärenden in dieser Überlegung eine Rolle spielen. Nachdem mir hier keinerlei Zahlen vorliegen, handelt es sich jedoch um reine Vermutungen.

Bei 16% der Erstgebärenden, 5% der Zweitgebärenden und 7% der Drittgebärenden wurde eine Vacuumextraktion (54) durchgeführt. Hier lässt sich logisch nachvollziehen, warum die Interventionsrate bei der ersten Geburt höher ist als bei den folgenden Geburten.

Die Anzahl der Episiotomien (16) steht in direktem kausalen Zusammenhang mit den Saugglockenentbindungen, da ein Dammschnitt Voraussetzung für diesen Eingriff ist. Es ist nachzuvollziehen, dass die Rate von 37% bei den Primiparae (42) höher liegt als 13% bzw. 12% bei den Multiparae (28).

Zieht man von der Gesamtzahl der Episiotomien (16) diejenigen ab, die im Zuge einer Vacuumextraktion (54) durchgeführt wurden, so gelangt man zu einem Ergebnis von 21% bei den Erstgebärenden, 8% bei den Zweitgebärenden und 5% bei den Drittgebärenden. Daraus lässt sich erkennen, dass die Dammschnitttrate offensichtlich abhängig ist von der Anzahl der vorangegangenen Geburten.

Zusammenfassend kann man also feststellen, dass während des von mir gewählten Zeitraums in einem Wiener Gemeindespital 19% der Geburten (Erst-, Zweit-, Drittgebärende) mittels einer Sectio (46) beendet werden. Bei insgesamt 20% der Gebärenden wurde eine Episiotomie (16) durchgeführt, 9% davon im Zuge einer Vakuumextraktion (54). Daraus ergibt sich eine generelle operative Interventionsrate bei Geburten von 39%.

5. Zusammenfassung

In anderen Kulturen sind für den Fortbestand der einzelnen Familien zahlreiche Nachkommen wichtig. Dementsprechend gilt die Fähigkeit sich fortpflanzen zu können oft als besondere weibliche Stärke. Da in unserer Gesellschaft relativ wenige Kinder geboren werden, ist der Anspruch an Perfektion an diese Wenigen sehr hoch. Daraus resultieren sowohl die forciert eingesetzte Diagnostik während der Schwangerschaft, als auch die fast lückenlose Überwachung und Steuerung des Geburtsvorganges.

Als die Ärzte den Hebammen die Betreuung von Schwangerschaft und Geburt im wahrsten Sinn des Wortes „aus den Händen nahmen“, entwickelte sich die Geburtshilfe von einer passiven, abwartenden zu einer aktiven, eingreifenden. Im gleichen Maße wie die Aktivität der Geburtshelfer zunahm, nahm die der Gebärenden ab. Diese Entwicklung führte unter anderem zu Unwissenheit, Passivität und zu einer untergeordneten Rolle der Frau beim Geburtsgeschehen, zusätzlich gefördert durch die Rückenlage. Aber auch auf Seiten der Hebammen und Ärzte verlor sich das Wissen um physiologisch richtiges Gebärverhalten, das die Geburt für Mutter und Kind leichter und letztendlich auch sicherer machen kann. Heute stehen Technisierung und Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt im Mittelpunkt.

Beginnend in den 1970er Jahren, ausgelöst durch die Frauenbewegung, unterstützt durch ethnographische Beiträge über die „natürliche“ Geburt in anderen Kulturen, begannen Frauen sich gegen die üblichen Geburtspraktiken aufzulehnen. Sie wollten ihre Kinder selbstbestimmt und aktiv gebären. Daraus resultierten große Veränderungen in der Geburtshilfe in den 1980er und 1990er Jahren. Die Partner begleiteten ihre Frauen zur Geburt, die frühe Bindung zwischen Mutter und Kind wurde intensiviert, die Kreißsäle wurden freundlicher gestaltet. Alternative, vertikale Gebärlpositionen wurden propagiert. Man könnte annehmen, dass dieser Trend anhielt und heute die Frauen vorwiegend aktiv und selbstbestimmt gebären. Leider ist dies nicht der Fall. Parallel zu all diesen positiven Errungenschaften entwickelte sich die geburtshilfliche Medizin in einem invasiven, pathologieorientierten Fokus. Wir wissen heute, dass der Zustand der Neugeborenen in Ländern, in denen eine intensivmedizinische Betreuung während Schwangerschaft und Geburt usus ist, schlechter ist, als in Ländern, in denen die Hebammenbetreuung im Vordergrund steht. Ungeachtet dieser Tatsache wurde die Invasivmedizin in der Geburtshilfe in den letzten Jahren forciert, diese Entwicklung gipfelt in der Praktizierung des geplanten Kaiserschnittes.

In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit der Frage, was man tun kann, um die Interessen der Gebärenden wieder in den Mittelpunkt zu rücken. Ich stellte die These auf, dass eine optimale Information der Schwangeren die wichtigste Grundvoraussetzung dafür ist, dass die Frauen wieder selbstbestimmt und aktiv gebären und letztendlich zu einem positiven Geburtserlebnis gelangen.

Meine Datenerhebung stützt sich hauptsächlich auf fünf teiltstrukturierte Interviews. Unterstützend führte ich ein Experteninterview mit einer Hebamme. Um diese qualitativen Erkenntnisse mit einer quantitativen Methode zu ergänzen, erhob ich erkenntnisrelevante Daten aus dem Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals.

Thematisch überschneiden sich größtenteils die gestellten Fragen, sowohl an die fünf Interviewpartnerinnen als auch an die Expertin. Die Themen Gebärposition und operative Eingriffe während der Geburt wurden mit Hilfe des Geburtenbuches datenmäßig erfasst. Einige Themenschwerpunkte möchte ich hier noch gesondert kurz zusammenfassen:

Ich wählte bewusst Interviewpartnerinnen mit einem bestimmten Bildungsniveau. Ich ging von der Annahme aus, dass Frauen der „intellektuellen Oberschicht“ sich, was die Informationsbeschaffung betrifft, optimal auf ihre Geburt vorbereiten würden. Ideale Voraussetzungen, um meine Theorie zu bestätigen.

Meine Erwartungen wurden erfüllt, alle fünf von mir befragten Frauen informierten sich während der ersten Schwangerschaft über die Geburt mittels Literatur, Geburtsvorbereitungskursen, Gesprächen mit anderen, erfahrenen Frauen oder den behandelnden Gynäkologen. Nur eine der Befragten zog während der ersten Schwangerschaft eine Hebamme zu Rate.

Eine der Befragten wählte ihren behandelnden Gynäkologen als betreuenden Arzt bei der Geburt, in ihren Schilderungen wird die Hebamme nur am Rande erwähnt. Obwohl die anderen Frauen die Wichtigkeit der sie betreuenden Hebammen betonten, wählte keine von ihnen rechtzeitig eine Betreuerin für ihre zweite Entbindung.

Obwohl alle Frauen von starken Wehenschmerzen sprechen, verlangte nur eine von ihnen während der ersten Entbindung nach schmerzerleichternden Maßnahmen.

Bei vier Erstgebärenden wurde medikamentös interveniert, bei drei Frauen wurde ein Dammschnitt durchgeführt.

Vier der fünf Erstgebärenden gebaren in Rückenlage.

Auf der Frage nach der Selbstbestimmung der Frauen während der Geburt sieht die befragte Expertin unterschiedliche Typen: Frauen, die sich gar nicht auf die Geburt vorbereiten; Frauen, die sich Gynäkologen und Hebamme wählen und jegliche Verantwortung während der Geburt abgeben, die gar nicht selbst bestimmen wollen; Frauen, die sich vorbereitet haben und ihre Vorstellungen durchsetzen wollen; Frauen, die bestimmte Vorstellungen haben, diese jedoch in der Geburtssituation selbst nicht durchführen können. Grundsätzlich meint sie, dass unvorbereitete Frauen eher dazu neigen, sich während der Geburt passiv zu verhalten

Bezüglich der Gebärlagen meint die Hebamme, dass es Frauen gibt, die sich im Bett sehr wohl fühlen, Wärme und Geborgenheit suchen. Manche Frauen besitzen nicht die körperlichen Voraussetzungen, um eine anstrengende Geburt aktiv durchzustehen. Andererseits gibt es Hebammen, die eine Geburt in Rückenlage bevorzugen. Global gesehen glaubt die Expertin, dass eine Tendenz in Richtung vertikale Geburt zu erkennen ist. Sie ist der Meinung, dass sowohl medikamentös als auch operativ minimal und nur bei absolutem Bedarf interveniert wird.

Die von mir befragte Hebamme sieht in einer konstanten Hebammenbetreuung, im Optimalfall bereits während der Schwangerschaft, die Grundvoraussetzung für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, und resultierend daraus eines positiven Geburtserlebnisses.

Bei Einsichtnahme des Geburtenbuches stellte ich fest, dass während drei zufällig gewählter Monate des Jahres 2004 81% von den 175 Erstgebärenden, 69% von den 93 Zweitgebärenden und 64% von den 42 Drittgebärenden in Rückenlage entbanden. Kaiserschnittgeburten wurden bei dieser Betrachtung ausgenommen. Aus den gewonnenen Zahlen ergibt sich, dass 75% aller Gebärenden im untersuchten Zeitraum in Rückenlage entbanden.

Die operative Interventionsrate liegt bei den insgesamt 207 Erstgebärenden bei 53%, bei den 115 Zweitgebärenden bei 37% und bei den 42 Drittgebärenden bei 33%. Im untersuchten Zeitraum wurde also generell bei 39% der Geburten operativ interveniert.

Zusammenfassend muss ich feststellen, dass die von mir befragten Frauen sich während der Schwangerschaft umfassend über das Thema „Geburt“ informiert hatten. Laut meiner Hypothese der wichtigste Parameter für eine selbstbestimmte, aktive Geburt. Meine Überlegung war, dass gebildete, informierte Schwangere individuelle Vorstellungen über die Geburt ihrer Kinder entwickeln und diese auch während der Entbindung artikulieren und durchsetzen. Vier der fünf Befragten entbanden passiv in Rückenlage. Anhand dieser Tatsache muss ich erkennen, dass meine Hypothese nicht haltbar ist.

Meine Erklärung hierfür basiert auf folgenden Überlegungen:

Wie in meiner Arbeit hinlänglich beschrieben, hängt die Qualität der gewonnenen Informationen von den jeweiligen Informanten ab. Solange schwangere Frauen bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich von Ärzten betreut und beraten werden, wird sich an der pathologieorientierten Sichtweise, was Schwangerschaft und Geburt betrifft, nichts ändern. In diesem Sinne betont auch die von mir befragte Expertin die Wichtigkeit einer intensiven Betreuungen der Frauen durch Hebammen bereits während der Schwangerschaft.

Wie Brigitte Jordan (1995), eine Pionierin auf dem Gebiet der ethnologischen Geburtsforschung, gezeigt hat, stehen die Regeln, nach denen in den jeweiligen Gesellschaften Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gelebt wird, in engem Zusammenhang mit der unterschiedlichen Weltanschauung, Geschichte, Ökologie, technologischen Entwicklung, den sozialen Beziehungen oder auch den Vorstellungen über das Übernatürliche. Jordan bezeichnet diesen sozialen Konsens, der die jeweiligen Geburtspraktiken systematisch, standardisiert, ritualisiert und als moralisch geforderte Routine erscheinen lässt, als Geburtssysteme.

Resultierend aus dieser Überlegung ergibt sich, dass man keinen Aspekt in einem solchen System verändern kann, ohne gleichzeitig zusätzlich Änderungen auch in anderen Bestandteilen vorzunehmen. Eine grundlegende und wichtige Tatsache, die ich in meinen ursprünglichen Überlegungen, die zu meiner Theorie führten, nicht bedachte.

Die soeben erwähnten Systeme neigen, laut Jordan (1995), dazu, ein System von Rechtfertigungen für ihre Existenz zu schaffen. In medizinisch orientierten Gesellschaften wie der unseren, werden statistische und klinische Argumente miteinbezogen. Bei jeder gesellschaftlichen Gruppe, in diesem Fall die Gynäkologen, gibt es einen sozialen Konsens. Das bedeutet, die Mitglieder haben ein Gefühl angemessen zu handeln, oder sind sogar moralisch zu bestimmten Handlungen verpflichtet. Beim Beispiel Geburt gehören Schwangere, deren Familien und alle an der Geburt Beteiligten zu einer solchen Gruppe. Die Geburtspraktiken geben für alle Involvierte einen Sinn, was für Außenstehende nicht der Fall sein muss. Zur Selbstkritik sind Geburtssysteme nicht fähig.

Forschungen auf den Gebieten Psychologie, Ethik und Kultur, die alle wichtige Komponenten der Geburtshilfe darstellen, sind im heutigen Gesundheitssystem nicht so etabliert, wie die medizinische Forschung, was nicht bedeutet, dass diese weniger wichtig sind. Nur wenn die Anstrengungen der verschiedenen Disziplinen mit unterschiedlichen Auffassungen von der Geburt akzeptiert und kombiniert werden, kann das Ergebnis der Geburt optimiert werden.

Global gesehen stellt in der heutigen Geburtshilfe nicht fehlendes Wissen das Hauptproblem dar. Es gäbe genügend Beweise und Erfahrungen, dass zur Verbesserung des Geburtserlebens der Frauen einige grundlegende Änderungen vorgenommen werden könnten.

Der wichtigste Schritt besteht in der Intensivierung der aktiven Beteiligung der Frauen beim Treffen von Entscheidungen. Mit anderen Worten: in der Stärkung der Frauen.

6. LITERATUR

ACHTER, Heidi

1993 Hausgeburt. In: Geburt in Hebammenhänden. Verein freier Hebammen. Nürnberg 44-51

ALBRECHT-ENGEL, Ines

1997 Geburt in westlichen Kulturen. In: KUNTNER, L. In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. Augsburg

BAUM-SONNENSCHMIDT, Ruth

1986 Krankengymnastische Geburtsvorbereitung. Erlangen

BENSEL, Joachim. HAUG-SCHNABEL, Gabriele

1997 Wendepunkt Geburt - Unvereinbarkeit von Frau- und Muttersein als Gesundheitsrisiko in westlichen Industrieländern In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 11. Berlin 294-302

BINDER-FRITZ, Christine

1995 Der Wandel der Geburtshilfe bei den Maori in Neuseeland. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 93-103

BINDER-FRITZ, Christine

1997 Neue Wege in der Gesundheitsvorsorge für die weibliche Maori-Bevölkerung Neuseelands. In: GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E. SCHULER, J. IDING, D. (Hrsg.) Frauen und Gesundheit: Ethnomedizinische Perspektiven. Curare Sonderband 11. Berlin 133-140

BINDER-FRITZ, Christine

2003 Gender, Körper und Kultur. Ethnomedizinische Perspektiven auf Gesundheit von Frauen. In: LUX, T. Kulturelle Dimensionen der Medizin – Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology. Berlin 89-143

BIRÓ, Christine

2001 Hier bin ich geboren. In: Zeitschrift ELTERN 10/ 15-17

DAVID, Matthias

2003 Außerklinische Geburtshilfe heute – wie sicher sind die Alternativen zur Klinikentbindung? In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Stuttgart 8/ 17-24

Die Bibel

1994 Nach einer historischen Fassung von 1912. Schweiz

DOMENIG, Dagmar

2001 Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Bern

ENSEL, Angelica

2001 Schwangerschaftsbetreuung in Zeiten pränataler Diagnostik. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 04: 24-26

ESSER, Hartmut

1974 Der Befragte. In: KOOLWIJK van, J. WIEKEN-MAYSER, M. Techniken der empirischen Sozialforschung. Band 4. München

FERNANDEZ-THANHEISER, Eva

1998 Die Weisheit der Hebammen – Professionalität und Intuition. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 3: 82-84

FLICK, Uwe

1991 Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: FLICK, U. KARDORFF von, E. KEUPP, H. ROSENSTIEL v., L. WOLFF, S. (Hrsg.) Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. München 147-173

FLICK, Uwe

1995 Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg

FRIEDRICHS, Jürgen

1990 Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen

GROSSBICHLER, Renate. PICHLER, Anita

1999 Die Wunschsectio aus der Sicht der österreichischen Hebammen. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 05: 6-9

HARDER, Ulrike

1995 Geburtsleitung und Betreuung der Gebärenden. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 188-194

HÄMMERLE, Christa

1986 Hebammen und Ärzte. Die Auseinandersetzung zwischen Volks- und Schulmedizin am Beispiel der Geburtshilfe. Diplomarbeit. Wien

HELLER, Angela

1998 Geburtsvorbereitung Methode Menne-Heller. Stuttgart

HELLER, Angela

2002 Nach der Geburt, Wochenbett und Rückbildung Stuttgart

HUSSLEIN, Peter

2002 Vaginal-operative Geburtsbeendigung. In: Gyn-aktiv 2

HÜTER-BECKER, Antje. DÖLKEN, Mechthild

2004 Physiotherapie in der Gynäkologie. Stuttgart

JORDAN, Brigitte

1995 Die Geburt aus der Sicht der Ethnologie. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 25-30

KHAF, Sigrun

1995 Gedanken zum Wochenbett. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 279

KISLINGER, Petra

1997 Das Doulaprojekt Wien stellt sich vor. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 4: 26

KISLINGER, Petra

2000 Geburtsvorbereiterinnen. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 03: 28/29

KITZINGER, Sheila

1990 Schwangerschaft und Geburt. München

KLUGE, Susanne

1995 Psychosexuelle Entwicklung der Frau. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 23-30

KRAUSS, Sabine

1995 Geburtsvorbereitung. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 124-128

KUNTNER, Liselotte

1994 Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, Völkerkundlicher und medizinischer Sicht. München

KUNTNER, Liselotte

1995 Alternative Geburtspositionen. In: SIEBERT, W. ELDERING, G. Alternativen der klinischen Geburtshilfe. München 1995: 23-29

KUNTNER, Liselotte. ALBRECHT, Manfred. ALBRECHT-ENGEL, Ines

1997 In Wellen zur Welt. Das traditionelle Wissen über Schwangerschaft und Geburt. Augsburg

KUNTNER, Liselotte

2000 Geburt und Mutterschaft im Kulturvergleich. In: METZ-BECKER, M. SCHMIDT S. Gebärhaltungen im Wandel. Marburg 52-87

KUNTNER, Liselotte

2002 Geburt und Mutterschaft in verschiedenen Gesellschaften. In: Österreichische Hebammenzeitung 2

LAMNEK, Siegfried

1995 Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Bd.2.
Weinheim

MARTIN, Emily

1989 Die Frau im Körper. Frankfurt/Main

MARTIUS, Gerhard

1985 Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart

MEHLER, Silke. SCHRÖTER, Beate

1995 Wir über uns. In: SIEBERT, W. ELDERING, G. Alternativen der
klinischen Geburtshilfe. München

MOLINSKY, Hans

1975 Geburtshilfliche Symptomatik als Folge gestörten Geburtsverhaltens.
In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie. Stuttgart 383-387

MUENZER, Birgit

2004 Als Frau für Frauen da sein. In: Österreichische Hebammenzeitung
Ausgabe 02: 25/26

NEUWIRTH, Manuela

1992 Das Schmerzerleben Erstgebärender während Wehen und Geburt.
Wien Diplomarbeit der Philosophie

OBLASSER, Claudia

2004 Die Autonomie der Hebamme. In: Österreichische Hebammenzeitung
Ausgabe 02: 22-25

ODENT, Michel

1995 Gebärstellung und Gegenkultur. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C.E. (Hrsg.). Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 249-254

PRILL, Hans-Joachim

1981 Psychologie und Psychopathologie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin. In: KEESER, D. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart

PRINZ, Gudrun

1995 Verhaltensbeobachtungen bei Geburten im Krankenhaus. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C. E. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 263-270

RAKOS, Lisa

1997 Eindrücke vom 3. Internationalen Hausgeburtenkongress 3.-5. Oktober 1977 in Stockholm. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 6: 9/10

REITER, Andrea

1994 Die Wiederaneignung der Geburt. Frauen, die ihre Kinder zu Hause gebären. Wien Diplomarbeit

RODENSTEIN, Marianne

1984 Somatische Kultur und Gebärlpolitik - Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen. In: KIKBUSCH, I. RIEDMÜLLER, B. Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik. Frankfurt am Main 130

ROSE, Lotte

1993 Die neuen Härten der "sanften Geburt". In: Psychologie Heute. Mai 62-65

ROSENBERGER, Christl

1995 Schmerz erleichterung während der Geburt. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER, G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 207-211

ROTH, Susanna

1995 Häusliches Wochenbett. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER, G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 331-335

RÜB, Dorothea

2004 Kein Halten beim Anstieg der Kaiserschnitte. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 1: 17

SCHIEFENHÖVEL, Wulf. SACK, Andrea

1995 Analyse von 855 Hausgeburten im Münchner Raum. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 271-286

SCHIEFENHÖVEL, Wulf

1995 Nachwort: Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale Geburtshilfe. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 423-426

SCHMIDT-LAUBER, Brigitta

2001 Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-Lassens. In: Götsch, S. Lehmann, A. (Hg.) Methoden der Volkskunde Berlin 169-185

SCHÜCKING, Beate

1995 Frauen in Europa - unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In: SCHIEFENHÖVEL, W. SICH, D. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, C. (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Berlin 381-390

SCHÜCKING, Beate

1999 Kaiserschnitt auf Wunsch, Gesundheitswissenschaftliche und Frauenspezifische Aspekte der selektiven Sectio. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 05: 14/15

STAHL, Katja

2003 Nur wenige Frauen wünschen einen Kaiserschnitt. In: Die Hebamme. Stuttgart 9/ 24

STEFFEN, Gisele

1995 Geburtsschmerz. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER, G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 205-207

STRUTHMANN, Stephanie

2000 Konflikte im Kreissaal und ihr Einfluss auf die Geburtshilfe. In: Österreichische Hebammenzeitung 2000 Ausgabe 05: 4-8

UNTERASINGER, Elisabeth

2000 Geburt bei den Naturvölkern. Hilfe für unsere Geburtsvorbereitung? (Diplomarbeit an der medizinisch-technischen Akademie für den physiotherapeutischen Dienst) Lienz

WALDENSTRÖM, Ulla

1997 Das Geburtserleben der Frau – Ein verheimlichtes Ergebnis. In: Deutsche Hebammenzeitung 8/ 378-383

WEPLER, Doris. SZASZ, Nora

1995 Geschichte der Schwangerenvorsorge. In: GEIST, Ch. HARDER, U. KRIEGEROWSKI-SCHROETELER, G. STIEFEL, A. (Hrsg.) Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Berlin 94-96

WETSCHER, Rosemarie

2001 Schwanger mit 20, 30, 40. In: Zeitschrift ELTERN 09/ 25-28

WHO.

1996 Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zu einer bedarfsgerechten Geburtstechnologie. In: Österreichische Hebammenzeitung Ausgabe 1: 9/10

6.1 Internetquellen

Wie kann ich ein Kind zur Welt bringen? Verfügbar über:
<http://www.hebammen.at/wiekind.html>. (17 05 2008)

Wir Hebammen von Nussdorf. Verfügbar über:
<http://www.nussdorfhebammen.at/index 2.html>. (30 05 2008)

WAGNER, A. Empowerment – Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden. Verfügbar über:
<http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp.3.htm>. (14 06 2008)

7. ANHANG

7.1 Erläuterung einiger verwendeter Begriffe

1	abdominal	den Bauch betreffend
2	Analgesie	Aufhebung der Schmerzempfindung
3	Analgetikum	Schmerzmittel
4	Anästhesie	Ausschalten des Empfindens von Schmerz, Temperatur und Berührung
5	Anästhetikum	Mittel zur Ausschaltung der Schmerzempfindung
6	Antisepsis	Maßnahmen zur Erzielung einer möglichst geringen Keimzahl auf Körperflächen
7	Apgar-Score	Punkteschema zur Beurteilung des Zustandes Neugeborener
8	Asepsis	Maßnahmen zur Erzielung von Keimfreiheit
9	Bonding	hier: der erste, Bindung stiftende Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem
10	Cervix	Gebärmutterhals
11	Cristeller-handgriff	manueller Druck auf das Gebärmutterdach während der Austreibungsphase
12	CTG	Abk. für Kardiotokographie, bildhafte Aufzeichnung von kindlichen Herztönen und mütterlicher Wehenaktivität
13	dorsal	rückseitig
14	Doula	eine Frau, die einer werdenden Mutter während und nach der Geburt hilfreich zur Seite steht

15	Epiduralanästhesie	zeitweilige Funktionshemmung und Schmerzausschaltung von ausgewählten Nervensegmenten
16	Episiotomie	Dammschnitt
17	fetal distress	Belastungen, die dem Kind vor, während oder nach der Geburt drohen
18	fetal outcome	Gesundheitszustand des Neugeborenen
19	Hypertonie	erhöhte Muskelspannung, erhöhter Blutdruck
20	Inkontinenz	Unfähigkeit Harn oder Stuhl willkürlich zurückzuhalten
21	intercraniell	innerhalb des Gehirns
22	Kardiotokograph	siehe CTG
23	Lithotomieposition	Rückenlage mit gespreizten und im Hüft- und Kniegelenk gebeugten Beinen
24	Lochien	Wochenfluss
25	MRT	Abk. für Magnetresonanztomographie, bildgebendes Verfahren zur Herstellung von Schichtaufnahmen
26	M.sphincter ani externus	Afterschließmuskel
27	moxen	Behandlungstechnik der traditionellen chinesischen Akupunktur
28	Multipara	Frau, die mehrmals geboren hat
29	neonatal	neugeboren – Kind von der Geburt bis zum Alter von vier Wochen
30	Nutation	Bewegung des Steißbeinendes nach hinten

31 PDA	Abk. für Periduralanästhesie, Schmerzausschaltung durch Einspritzen eines örtlichen Betäubungsmittels in den außerhalb der harten Rückenmarkshaut gelegenen Raum
32 perinatal	Zeitraum kurz vor oder nach einer Geburt
33 peripartal	Zeitraum zwischen dem Ende der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag nach der Geburt betreffend
34 Pezziball	großer Gymnastikball
35 Plazenta	Mutterkuchen
36 Plazentalösung	Ablösung eines normal in der Gebärmutter sitzenden Mutterkuchens
37 Plazentaschranke	Biologische Barriere zwischen mütterlichem und kindlichem Blut
38 postnatal	nach der Geburt
39 postpartal	nach der Geburt
40 post partum	siehe: postpartal
41 praenatal	vor der Geburt
42 Primipara	Erstgebärende
43 Prostaglandin	natürliche, hormonähnliche Substanzen, die u.a. Wehen beeinflussen
44 Romarad	ein in einem Rad schwebender Hocker, der ein Gefühl der Schwerelosigkeit vermitteln soll
45 Rooming-in	Unterbringung von Neugeborenem und Mutter im selben Raum
46 Sectio	Kaiserschnitt
47 sensomotorisch	Steuerung und Kontrolle von Bewegungen auf Grund von Sinneseindrücken

48 Spasmolytikum	Mittel, um die Spannung der glatten Muskulatur herabzusetzen
49 Spekulum	Instrument zur Betrachtung von Körperhöhlräumen
50 uterovaskuläres Syndrom	Minderdurchblutung der Gebärmutter
51 Uterus	Gebärmutter
52 Uterusaktivität	siehe Uterus
53 Uterussonde	Stab- oder röhrenförmiges Instrument zur Einführung in die Gebärmutter
54 Vacuumextraktion	Zangengeburt
55 Vulvaödem	Schwellung der äußeren weiblichen Geschlechtsteile
56 Wunsch-sectio	siehe Sectio

7.2 Interviews

Interview Frau A	Tonband 1 (Tb1)
Interview Frau B	Tonband 2 (Tb2)
Interview Frau C	Tonband 3 (Tb3)
Interview Frau D	Tonband 4 (Tb4)
Interview Frau E	Tonband 5 (Tb5)
Experteninterview	Tonband 6 (Tb6)

7.3. Interviewleitfaden

Fragen an fünf Interviewpartnerinnen:

Themen vor der Geburt:

“Sie/du haben/ hast erfahren, dass Sie/du schwanger sind/bist. Wie haben Sie sich/hast du dich auf die Geburt vorbereitet?”

Auf welchem Weg haben Sie sich/hast du dich informiert?

Waren Sie/warst du in einem Geburtsvorbereitungskurs?

Wo und wie wollten Sie/wolltest du entbinden?

Haben Sie sich/hast du dir eine Hebamme oder einen Arzt für die Betreuung bei der Geburt ausgesucht?”

Thema Geburt:

“Und wie war die Geburt?”

Ergänzende Fragen:

“Was würden Sie/würdest du bei der nächsten Geburt anders machen?”

“Was würden Sie/würdest du einer schwangeren Freundin raten?”

Fragen an die Expertin:

Warum entbinden heute in unseren Spitälern noch immer so viele Frauen in der Rückenlage?

Wie gut sind die Gebärenden auf die Geburt vorbereitet? Haben sie bestimmte Vorstellungen und Wünsche, oder verlassen sie sich eher auf die Hebammen?

Siehst du einen Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden, wird der Grad der Selbstbestimmung aus der Erfahrung heraus mit jedem Kind größer?

Wie würdest du dir eine optimale Geburtsvorbereitung wünschen? Gehten von Physiotherapeutinnen oder Hebammen?

Wie würdest du dir die Frauen wünschen, die zur Geburt kommen?

Drängt die Rückenlage eine Gebärende automatisch in eine passive Position – nicht nur physiologisch, sondern vor allem den anderen Anwesenden gegenüber? Wie empfindest du das?

In vielen Kreißsälen ist das Bett ein sehr dominantes Einrichtungsstück – hat das deiner Meinung nach einen Einfluss auf die Gebärhaltung?

Zu Beginn der 1990er Jahre wurde jede Erstgebärende episiotomiert (5), wie sieht die Einstellung dazu heute aus?

Wird während der Geburt zu häufig interveniert?

Darf eine Frau, während sie am CTG (12) angeschlossen ist, aufstehen?

Wenn Gebärende sich einmal niedergelegt haben, wollen sie oft nicht mehr aufstehen. Stimmt das?

Soll die Rückenlage aus der Geburthilfe „verbannt“ werden?

Kann man eine Entwicklung bezüglich der Gebärposition in den vergangenen Jahren erkennen?

Ist also zu erkennen, dass das Gebären „vertikaler“ wird?

Wenn in einem Fernsehfilm eine Geburt gezeigt wird, so geschieht das immer in Rückenlage. Glaubst du, dass das meinungsbildend ist?

Was fehlt, um die Idee, den Frauen eine selbstbestimmte, aktive Geburt zu ermöglichen, zu fördern?

Kann bei euch im Spital auch eine hausfremde Hebamme eine Frau entbinden?

Wie viele Partner begleiten ihre Frauen zur Entbindung?

7.4 Abbildungsverzeichnis, Tabelle

Abbildung 1: Erstgebärende: Gebärpositionen

Abbildung 2: Erstgebärende: Operative Eingriffe

Abbildung 3: Zweitgebärende: Gebärpositionen

Abbildung 4: Zweitgebärende: Operative Eingriffe

Abbildung 5: Drittgebärende: Gebärpositionen

Abbildung 6: Drittgebärende: Operative Eingriffe

Abbildung 7: Viert- und Fünftgebärende: Gebärpositionen

Tabelle1: Interviewthemen

Abstract

Im Zuge der Hospitalisierung der Geburten in Österreich in den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts fand eine Translation der Geburt aus den Händen der Hebammen in die der Spitalsärzte statt. Dies bedeutet die Entwicklung der Geburtshilfe von einer abwartenden, begleitenden zu einer eingreifenden, aktiv steuernden. Schwangerschaft und Geburt wurden im Laufe der Jahrzehnte in immer größer werdendem Maße medikalisiert und pathologisiert. Gesundheit und Überleben des Neugeborenen standen im Fokus. Mögliche - über die medizinische Versorgung hinausgehende - Bedürfnisse der Gebärenden selbst, waren dieser Priorität völlig untergeordnet und bestenfalls von marginaler Bedeutung.

Ein erstes Umdenken in Bezug auf die bestehenden Geburtshilfepraktiken brachten ethnologische Forschungen im Konnex mit der in den 1970er Jahren einsetzenden Frauenbewegung. Langsam veränderten sich die Rahmenbedingungen Geburt und Wochenbett betreffend. Eine ruhige, gedämpfte Atmosphäre im Kreißaal, alternative Gebärlpositionen, die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt, sowie Rooming-in wurden unter anderem eingeführt. Parallel zu diesen Errungenschaften wurden Schwangerschaft und Geburt jedoch weiter verstärkt medikalisiert. Diese Entwicklung gipfelt in der heute praktizierten Wunschsectio. Die gegenwärtige Praxis – Schwangerschaft und Geburt betreffend - manifestiert sich in einer passiven Gesamtsituation der Frauen. Diese "Entwicklung der Geburtshilfe" wird im ersten Teil meiner Arbeit beschrieben.

Die Frage nach den Möglichkeiten, der Passivität der werdenden Mutter - in Bezug auf eine selbstbestimmte, aktive Geburt in einer vertikalen Position - entgegenzuwirken, wird im Hauptteil meiner Arbeit behandelt. Meine Überlegung war, dass Frauen mittleren Alters, mit gehobenem Bildungsniveau, in der Geburtsvorbereitung durch forcierte Informationsbeschaffung das notwendige Wissen als Basis für eine selbstbestimmte Geburt erlangen und dieses entsprechend umsetzen. Da es sich hier um eine ethnologische Arbeit handelt, bediente ich mich vorwiegend der qualitativen Methode des Leitfadeninterviews. Einerseits befragte ich junge Mütter, andererseits führte ich ein Experteninterview mit einer Hebamme. Ergänzend erhob ich - nach quantitativer Methode - Daten aus dem Geburtenbuch eines Wiener Gemeindespitals, um die tatsächliche Situation in den Spitälern aufzuzeigen. Die in den Interviews gewonnenen Informationen werden mit ausgewählten Literaturstellen und meinen persönlichen Erfahrungen zusammengefasst und diskutiert.

Aufgrund der von mir gewonnenen Ergebnisse wird eindeutig klar, dass forcierte Information alleine nicht ausreicht, um Frauen eine selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. Somit wird meine eingangs aufgestellte Hypothese im Zuge dieser Arbeit widerlegt.

Ich kam zu dem Schluss, dass in so komplexen Gefügen, wie dem Geburtssystem, die Variation lediglich eines Parameters bei weitem nicht ausreicht, um nachhaltige Veränderungen herbeizuführen.

Solange in unserer Gesellschaft auch Schwangerschaft und Geburt durch wirtschaftliche Aspekte beherrscht sind, werden die Interessen der werdenden Mütter nur schwer in den Vordergrund rücken können.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Helga Kießling
Geburtsdatum: 4. November 1964
Geburtsort: Wien
Familienstand: verheiratet, 3 Töchter

Ausbildung:

1971 bis 1975 Volksschule
1975 bis 1979 Neusprachliches Gymnasium
1979 bis 1983 Wirtschaftskundliches Realgymnasium
(Dominikanerinnen, Wien 13)
1984 bis 1987 Schule für den Physiotherapeutischen Dienst
1988 bis 2008 Studium der Kultur- und Sozialanthropologie
an der Universität Wien

Beruf:

Seit 1987 Physiotherapeutin im Wilhelminenspital, Wien
Seit 1989 Selbständige Physiotherapeutin