

Zum Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft

Betrachtungen eines sozialen Ereignisses

Anna Schnitzer

Der Hallesche Graureiher 2004-2

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Forschungsberichte des Instituts für Soziologie

Emil-Abderhalden-Straße 7
D-06108 Halle (Saale)
Postanschrift: 06099 Halle (Saale)

Telefon: 0345 /5524251
Telefax: 0345 /5527150
e-mail: institut@soziologie.uni-halle.de

Druck: Druckerei der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

ISSN 0945-7011

Inhalt

Vorbemerkungen.....	5
1 Geburt im Wandel der Zeiten.....	8
1.1 <i>Eine Geburt um 1700</i>	8
1.2 <i>Eine Geburt um 1850</i>	11
1.3 <i>Eine Geburt in der Gegenwart</i>	13
1.4 <i>Die soziale Dimension der Geburtsbeispiele</i>	14
2 „Enttraditionalisierung“ von Geburt und Gesellschaft?.....	17
2.1 <i>Anthony Giddens' Theorie der Spätmoderne</i>	17
2.1.1 <i>Der Begriff der „Moderne“</i>	17
2.1.2 <i>Die „Enttraditionalisierung“ der Moderne</i>	20
2.2 <i>Giddens und der Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft</i>	31
3 Der Wandel des Verständnisses von Geburt und Geburtswissen.....	33
3.1 <i>Das Geburtsergebnis</i>	33
3.2 <i>Das Geburtswissen</i>	49
4 Der Wandel des Selbstverständnisses der Frau.....	58
4.1 <i>Vom schicksalhaften Ereignis zum kalkulierbaren Risiko</i>	59
4.2 <i>Vom Umgang mit dem Wissen um Geburt</i>	62
4.3 <i>Von Wahlfreiheit und Wahlzwang</i>	64
5 Geburt als soziales Ereignis: eine Zusammenfassung.....	70
Anhang.....	78
Literaturverzeichnis.....	83

„Die beste Charakterisierung erhielt die Hebammenkunst durch keinen geringeren als den berühmtesten aller Philosophen, Sokrates. Seine Mutter war eine Maia – so wurde die Hebamme im alten Griechenland genannt – und ihre Geburtshilfe war das Vorbild für seine Art des philosophischen Lehrens und Lernens. Seine Art zu lehren, nämlich Didaktik und Mathematik zu verbinden, nannte er Maieutik, was soviel heißt wie: Gediegene Hebammenkunst.

Maia war der Sage nach eine Gespielin der Artemis, der Göttin der Natur. Diese bat ihren Vater Zeus, den obersten der Götter, sie mit allen geburtshilflichen Talenten auszustatten. Denn sie sei, so argumentierte die Göttin, von den Schicksalsgöttinnen zum Schutz aller Gebärenden berufen, da sie selbst von ihrer Mutter ohne Ach und Weh geboren worden sei. So wachte im alten Griechenland eine sympathische Göttin über die Gebärenden und schickte ihnen eine ihrer Gespielinnen zu Hilfe.

Welch ein Gegensatz zu jenen Kulturen, in denen nicht eine junge naturverbundene Göttin hilfreich der Gebärenden die Angst nimmt, sondern ein mürrischer Gott die Frauen „in Schmerzen gebären“ heißt; und Götter (in Weiß) mit Drogen das Bewusstsein trüben und so das Hochgefühl der natürlichen Geburt vereiteln. Ging es der Gebärenden von damals, von einer strahlenden Göttin behütet und von einer besorgten Maia verständnisvoll betreut, schlechter, als es etwa der im Perfektionismus medizinischer Techniken verspannten Gebärenden von heute geht?“

Aus Alfred Rockenschaub

„Gebären ohne Aberglaube“

Vorbemerkungen

Kürzlich war in der Wochenzeitung „Der Spiegel“ zu lesen, dass es bei prominenten Zeitgenossinnen in Mode gekommen sei, sich nicht mehr den „Strapazen“ einer „natürlichen Geburt“¹ zu unterziehen, sondern statt dessen das Kind „einfach“ und „schnell“ durch geplanten Kaiserschnitt zur Welt bringen zu lassen.² Erst seit etwa vierzig Jahren ist der Kaiserschnitt zu einer einigermaßen risikofreien Operation geworden, bleibt aber immer noch der Geburtsmodus mit den höchsten Komplikationsraten.³ Bemerkenswert ist vor dem Hintergrund, dass in manchen Kliniken Kaiserschnitttraten von bis zu 40 Prozent zu verzeichnen sind.⁴

Die Kosten des Gesundheitssystems stiegen in den letzten zwanzig Jahren rapide an, und überall steht die Frage „Warum?!“ und „Was tun?!“ So entwickelten sich die Gesundheitsausgaben in den Jahren 1992 bis 2001 von 2020 auf 2730 Euro je EinwohnerIn.⁵

Die Reproduktionsmedizin gerät immer wieder in die Schlagzeilen, zuletzt massiv durch die Diskussion um die Stammzellforschung. Präimplantationsdiagnostik, kurz PID, wird von den einen mit dem Ruf nach Verantwortung für das „ungeborene Leben“ lautstark gefordert und von den anderen mit der gleichen Vehemenz und ebensolchem Ruf radikal verurteilt.

Eine Ethikkommission des Bundestages und ein nationaler Ethikrat wurden im Zuge der Debatten eingerichtet und zum Schutz des embryonalen Lebens gibt es seit dem 13. Oktober 1990 ein Embryonenschutzgesetz – auch abgekürzt als ESchG.

¹ In der Geburtshilfe werden „natürliche Geburten“ als „spontane Geburten“ bezeichnet, die mit natürlich einsetzenden Wehen, also ohne künstliche Geburtseinleitung beginnen, und auf vaginalem Wege beendet werden.

² Der Artikel von Renate Nimtz-Köster erschien im Februar 2003 unter dem Titel „*Schnittig ins Leben: Claudia Schiffers Kaiserschnitt rückt einen medizinischen Trend ins Visier: Per Skalpell, geplant und minutenschnell kommt schon jedes vierte Kind in Deutschland zur Welt. Doch kritische Geburtshelfer warnen vor Nachteilen der Lifestyle-OP für Mutter und Kind und beklagen die Kosten.*“ Wenn allerdings die Kaiserschnitttrate in Deutschland allgemein bei 25 Prozent liegt, wie dem Artikel zu entnehmen ist, kann man nicht behaupten, jedes vierte Kind käme per geplanten Kaiserschnitt zur Welt, da ein gewisser Anteil an Notkaiserschnitten bei Komplikationen natürlicher Geburten mit bedacht werden muss.

³ Vgl. zur Geschichte des Kaiserschnitts etwa Metz-Becker (1999), S. 54-56; kritisch zum Kaiserschnitt: Rockenschau (2001), S. 29f/403f; die historische Quelle eines Kaiserschnitts im frühen 19. Jahrhundert mit tödlichem Ausgang für Mutter und Kind wird untersucht in: Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 31-51. Beatrix Spitzer führt die Komplikationsraten des Kaiserschnitts während der Operation und im Wochenbett an. Vgl. Spitzer (1999), S. 260.

⁴ Vgl. zur Kaiserschnitttrate Tabelle 1 im Anhang.

⁵ Vgl. zur Entwicklung der Kosten des Gesundheitssystems Grafik 1 und 2 im Anhang.

Warum all diese Themen? kann man nun fragen, und was haben sie mit der vorliegenden Arbeit zu tun? Nun, all diese Themen hängen eng mit „Geburt“ und „Reproduktion“ oder „Fortpflanzung“ zusammen. Sie zeigen in meinen Augen einen radikalen Bedeutungswandel dessen an, was vor dreihundert Jahren „Geburt“ war und in traditionellen Gesellschaften heute noch ist.

Das Schwangergehen und Gebären in banger Hoffnung gehört der Vergangenheit an. Eine Schwangerschaft wird heute ärztlich begleitet und die Geburt mit moderner Diagnostik vorbereitet, eingeleitet, verwaltet. Geburt ist heute nicht mehr selbstverständlicher Teil unserer Lebenswelt. Ausgelagert ins Krankenhaus, abgegeben in die Hände der Geburtsmedizin.⁶ Schwangerschaft und Geburt sind vom Schicksal zum Risiko geworden, das Wissen um Geburt liegt nicht mehr in den Händen weiser Frauen⁷, sondern in denen der GeburtshelferInnen und den von ihnen ausgebildeten Hebammen. In der heutigen Zeit ist der Glaube an die Aussagen medizinischer Geräte stärker als der an Erfahrung und führende Hände.

Dennoch ist Geburt ein faszinierendes Ereignis geblieben, dessen soziale Bedeutung oft hinter der medizinischen Überwachungsmechanik zurücktreten muss; und doch gegenwärtig bleibt. So ist und bleibt Geburt ein grundlegend soziales Ereignis. Nicht die medizinische, sondern die soziale Seite sollte auch in der Betreuung schwangerer und gebärender Frauen im Vordergrund stehen. Aber das Vertrauen in die Kraft der Frauen, die dies seit jeher leisten, ist uns verlorengegangen.

In der vorliegenden Arbeit möchte ich versuchen, den Bedeutungswandel von Geburt auf verschiedenen Ebenen zu erfassen. Zum einen auf der des Geburtseignisses selbst, um den Wandel des Geburtskontextes zu betrachten: von einer Arbeit, die von Frauen unter Frauen als Bestandteil des Lebens aller vollbracht wurde, zu einem medikalisierten, institutionalisierten Ereignis, das unter Leitung der MedizinerInnen und häufig im Schweißederen Angesichts vollbracht wird.

⁶ Sehr interessante Betrachtungen zum Thema Hebammengeburtshilfe versus Geburtsmedizin in: Rockenschau (2001), dem ehemaligen Leiter der Semmelweis-Frauenklinik Wien, in der unter seiner 20jährigen Leitung eine abwartende Geburtshilfe praktiziert wurde, mit empirisch signifikant positiven Auswirkungen für Mutter und Kind (vgl. etwa ebd., S. 403).

⁷ Ein sprachlicher Überrest aus alten Zeiten ist die Berufsbezeichnung im Französischen. Eine Hebamme ist in Frankreich auch heute noch eine *sage femme*, eine „weise Frau“.

Zum anderen auf der des Geburtswissens, das sich, ehemals als soziale Gabe in den Händen traditioneller Hebammen, heute zum durch GeburtsmedizinerInnen wissenschaftlich vermittelten Wissen gewandelt hat.

Zum Dritten auf der biographischen Ebene, auf der zu untersuchen ist, wie sich diese Entwicklungen auf das Selbstverständnis von Frauen und die Rolle von Geburt und Mutterschaft im Leben einer Frau auswirken.

In das Thema einführen werde ich mithilfe dreier Geburtsberichte aus unterschiedlichen Epochen der letzten dreihundert Jahre. Weiterführen sollen uns die Gedanken des britischen Soziologen Anthony Giddens zur „Enttraditionalisierung“ der spätmodernen Gesellschaft, einer „Enttraditionalisierung“, der auch Geburt und Mutterschaft anheim gefallen zu sein scheinen. Es folgt die Analyse des Bedeutungswandels von Geburt und Mutterschaft auf den drei Ebenen, die ich eben bereits vorstellte.

Abschließend wird wichtig, inwiefern die Fragen, die eingangs aufkommen, im Zuge dieser Arbeit beantwortet werden können und es wird zu untersuchen sein, ob Anthony Giddens' Theorie den erhofften Beitrag leisten kann, oder ob andere Theoretiker ergänzende Erklärungen liefern müssen.

Um das Lesen der Arbeit zu erleichtern möchte ich anmerken, dass die wörtlich übernommenen Zitate anderer Autoren kursiv in Anführungszeichen stehen, während eigene Hervorhebungen zwar auch in Anführungszeichen, jedoch nicht kursiv gedruckt werden. Hervorhebungen in Zitaten werden durch erweiterte Laufweite deutlich gemacht.⁸ Die Seitenzahlen der Literaturangaben beziehen sich auf die in den Fußnoten angegebene, von mir verwendete Ausgabe. Im Literaturverzeichnis werden Erscheinungsort und Erscheinungsjahr der Originalausgabe, soweit auffindbar, hinzugefügt. Im Anhang sind eine Reihe von Daten zu Schwangerschaft und Geburt zusammengetragen, die ausführlicher als die einzeln im Text genannten Zahlen, diese nochmals gebündelt aufgreifen.

⁸ Einzige Ausnahme ist zwecks der besseren Lesbarkeit der erste der drei Beispieltex-te.

1 Geburt im Wandel der Zeiten

Um die Leserinnen und Leser auf das Thema der Geburt einzustimmen und in meine Überlegungen einzuführen, möchte ich an den Beginn meiner Arbeit Geburtsbeispiele aus drei ausgewählten Epochen stellen, die mir zur Illustration der theoretischen Ausführungen geeignet scheinen.

Die Auswahl der Beispiele betreffend, ist es mir wichtig zu ergänzen, dass ländliche und städtische Gebärpraxis lange Zeit nebeneinander standen und unterschiedliche Grade der Medikalisierung aufwiesen. So entstehen bereits Mitte des 18. Jahrhunderts die ersten Gebärhäuser in großen Städten wie Paris und Wien, oder auch den Universitätsstädten Göttingen und Marburg. Jedoch noch nach dem ersten Weltkrieg finden in Deutschland 97 Prozent der Geburten außerhalb der Krankenhäuser statt;⁹ ein Prozentsatz, der sich in den heutigen Tagen umgekehrt darstellt.¹⁰

Die Quellen wurden ausgewählt, um eine Entwicklung aufzuzeigen. Sie können keineswegs theoretische Schlussfolgerungen zulassen, aber sie können die Bedeutungsverschiebung des Wissens um Geburt, die veränderte Auffassung von Geburt und Geburtsvorgang veranschaulichen, die später aus Literaturstudium und theoretischen Überlegungen hergeleitet werden. Um die Quellenbeispiele für sich wirken zu lassen und da ich in späteren Kapiteln wiederholt auf sie eingehe, werden die Zitate zunächst nur kurz kommentiert dargeboten.

1.1 *Eine Geburt um 1700*

Konkrete detaillierte Geburtsberichte aus der frühen Neuzeit existieren kaum. Normal verlaufene Geburten finden in Zeitzeugnissen lediglich eine kurze Erwähnung.¹¹ Nur Ausnahmesituationen werden gelegentlich ausführlicher dokumentiert.¹² Um nun dennoch ein möglichst authentisches Bild des „normalen Geburtshergangs“ aus der vor- und frühmodernen Zeit entstehen zu lassen, und nicht etwa die gewaltsame Geburt eines im Mutterleib

⁹ Vgl. Duden in Schlumbohm u.a. (1998), S. 331.

¹⁰ Zum Anteil klinischer Geburten an der Gesamtzahl vgl. Tabelle 2 und 3 im Anhang.

¹¹ Ein Beispiel aus der „Hauschronik der Familie Holl“, zitiert nach van Dülmen (1990), S. 263: „[...] 1627, den 5. Octobris erfreute uns Gott mit dem 13. Kind, in der Nacht, gleich nach 11 Uhr; war ein Sohn und in der heiligen Tauf Christianus genannt. [...]“ Auch die Geburten der anderen Kinder werden nicht in ausführlicherer Weise beschrieben.

¹² Auch Eva Labouvie beklagt dies in einer Fußnote ihrer Habilitationsschrift (1998), S. 307. Jacques Gélis (1989) und Françoise Loux (1980) liefern Beispiele aus dem französischen Sprachraum. Es ist mir jedoch wichtig, mich in der Beispielfindung auf den deutschen Sprachraum zu beschränken.

verstorbenen Kindes, oder die Geburt einer alleinstehenden Magd, die in einem fremdem Dorf von der örtlichen Hebamme entbunden wird, darzustellen, bediene ich mich der Beschreibung einer städtischen Geburt um 1700 durch Cornelia Julius.¹³ Die Autorin erzählt die Geschichte einer Kaufmannsfamilie in Nürnberg und stellt unter Verwendung zeitgenössischer Tagebücher, sowie Quellen über Hebammen und Frauenangelegenheiten, die jeweils einzelne Aspekte überliefern, eine idealtypische Geburt zusammen.¹⁴

„Am Abend gab es noch Ärger in der Küche, weil *wegen der Kälte die Karpfen im Bottich verreckt* waren und ein über dem Herd zum Trocknen aufgehängter Strumpf Feuer gefangen hatte. Dann spürte Magdalena das vertraute Ziehen im unteren Leib und in der Nacht auf den 2. Januar wurde Catharina geboren – als *ein leibliches Kind* des Kaufherrn Balthasar und seiner dritten Ehefrau Magdalena. Für die Mutter Magdalena war es die neunte Geburt. Drei ihrer Kinder hatten das erste Jahr nicht überlebt.

[...] Mit einer Laterne in der Hand eilte die *kleine Magd* Bärblein zum Haus der Hebamme. Die Großmagd holte ein paar Nachbarinnen herbei. Das war die Witwe eines Patriziers, eine *ehrbare Frau*, die die Arbeit der Hebamme und die Vergabe der Medizin beaufsichtigte, sowie zwei *geschworene*, vom Rat der Stadt vereidigte Handwerkerfrauen. Zur gleichen Zeit bereiteten die älteren Töchter des Hauses gemeinsam mit anderen Mägden die Arbeit der Geburt vor: Sie beleuchteten die Stube spärlich mit Öllampen und Kerzen. Ein Ofen und ein zusätzliches Holzkohlenfeuer sollten den Raum erwärmen. In einer Messingschale entzündete eine Magd den wehenfördernden *Mutterrauch*; ein Gemisch aus Muskatblüte, wildem Safran, Kümmel, Ringelblumen, *Mutter-Nägelein* (Nelken) und zerschnittenen Rebhuhnfedern. Von zwei Frauen gestützt ging Magdalena langsam in der Stube hin und her. Eine Magd schob den Gebärstuhl in die Mitte des Raumes. Der Stuhl, den Magdalena schon in vielen schweren Stunden benützt hatte, war aus kräftiger, massiver Eiche gemacht. Er hatte eine gepolsterte Rückenlehne und seitliche Armstützen mit Handgriffen. Die Sitzfläche war im Innern kreisförmig ausgespart und nach vorne hin offen.

Auf einem Schemel neben dem Gebärstuhl legten die Frauen die Hilfsmittel der Hebamme bereit: frisches Schmalz, einen Schwamm, warmes Wasser, Wein, sowie Nadel, Faden und eine Schere. Dann holten sie einen Zuber, in dem das Neugeborene später gebadet werden

¹³ Vielfach sind Gerichtsakten oder Streitfälle überliefert, in denen Hebammen oder Ärzte nach unglücklich ausgegangener Geburt beschuldigt werden, Mutter oder Kind Gewalt angetan zu haben. Vgl. etwa Krenn-Simon (1993), S. 25-29.

¹⁴ Julius (1991), S. 9-17. (Hervorhebungen wie im Original, da die Autorin damit die Zitate aus den Originalquellen kenntlich macht: Entgegen meiner Ankündigung lasse ich hier, um der besseren Lesbarkeit willen, die von der Autorin kursiv hervorgehobenen Worte auch in diesem Zitat kursiv, und drucke den restlichen Text in normaler Schreibweise.)

sollte und mehrere Kannen, damit sie immer wieder heißes und kaltes Wasser aus der Küche herbeitragen konnten.

[...] ¹⁵ Endlich traf die Hebamme zusammen mit ihrer Lehrlin ein. Sie hatte sich verspätet, weil sie noch bei der Entbindung einer Handwerkersfrau war. Da jedoch Magdalena die höhergestellte Person war, hatte die Hebamme gleich ihren Rucksack gepackt und war in das Haus des Handelsherrn geeilt.

Inzwischen waren die Wehen so heftig, dass *die Arbeit im Stuhl* beginnen konnte: Während Magdalena warm bekleidet mit gespreizten Beinen über der Öffnung des Gebärstuhles saß, hockte sich die Hebamme auf einen niedrigen Schemel vor die Krißende.¹⁶ Eine Magd stellte sich hinter Magdalena, um ihr den Kopf zu halten. Zwei Frauen hielten sie an den Knien fest, *damit sich ihre Wehen nicht in die Schenkel verschlugen*.

Während der Geburtsarbeit gab die Hebamme der Krißenden Anweisungen: Magdalena sollte keine Wehe *mutwillig zurückhalten*, sondern *tapfer gegen den unteren Leib drücken* – und *nicht Luft holen während der Wehe*. Auch *Reden* oder *starkes Schreien* untersagte die Hebamme. Damit Magdalena den Körper nicht zu stark bewegte, hielten die Frauen sie fest. Sie selbst umfasste die Zapfen des Gebärstuhles mit ihren Händen.

Trotz heftiger Wehen verzögerte sich die Geburt. [...] Weil das Räuchern nichts nutzte, griff die Hebamme zu einem *innerlichen Treibmittel*: Sie ließ drei Eier in frischem Wasser sieden, bis sie hart waren, siebte das Wasser ab und gab Magdalena zwei Becher davon zu trinken.

Besondere Angst hatte die Hebamme immer davor, dass ein Kind bereits im Mutterleib sterben könnte. In diesem Fall war eine natürliche Geburt nicht möglich. Das Kind musste ausgetrieben werden. Wenn dann innerliche Treibmittel – etwa aus Kamillenblüten, Liebstöckelsamen und Wein zubereitet – nichts nutzten, konnte nur noch eine *stückweise Ausziehung des Kindes* die Mutter retten. [...]

Nach Stunden mühevoller *Arbeit* war das Kind dann doch glücklich geboren. [...] Zunächst untersuchte die Hebamme den Körper des Kindes, ob nicht *eines der Glieder gebrochen*, *ein Arm ausgekugelt* oder *irgendwo blutunterlaufene und geschwollene Stellen* waren. Dann legte sie das Mädchen in ein warmes Kissen und deckte seinen Körper mit angewärmten Windeln zu. Danach band sie die Nabelschnur eine Handbreit vom Leib des Kindes ab und schnitt sie hinter der Abbindung durch. *Das dem Kind anhängende Trum* knüpfte sie zusammen und bestreute den Knoten mit einem Pulver aus *Armenischer Bohuserde*, *Drachenblut* und *Myrrhen*.

¹⁵ Es folgen Ausführungen über Ängste der Mutter und Verhaltensregeln in der Schwangerschaft, die ich ausspare, da es mir um die Beschreibung des Geburtsvorgangs mehr als um die Beschreibung der Empfindungen des Schwangerschaftsverlaufs geht.

¹⁶ *Kriß* – „in Geburtswehen liegen“ [von mhd. *krizen* „schreien, stöhnen“]; vgl. Wahrig (1986): Deutsches Wörterbuch.

Dann kümmerte sie sich um die Nachgeburt. Damit das Ende der Nabelschnur sich nicht in den Leib zurückziehen konnte, hatte die Hebamme es am Schenkel der Mutter festgebunden. Nun wickelte sie die Nabelschnur dreimal um *die vorderen Finger* der linken Hand und zog sie dann vorsichtig aus dem Körper heraus, indem sie den Vorgang mit der rechten Hand leitete. [...]

Während die Nachbarinnen aßen und tranken, kümmerten sich zwei Frauen um Mutter und Kind. *Um die zarte Natur des Neugeborenen zu stärken*, badete die Hebamme es in warmem Wein, dem verschiedene Kräuter beigemischt waren. Seinen Körper rieb sie mit warmem, frisch zerlassenem Schmalz ein, *um das Häuten des Kindes zu fördern*.

[...] Zwei Mägde hatten inzwischen die blutdurchtränkten Tücher und die Wasserkrüge aus der Stube getragen und Magdalena in das mit frischem, weißem Bettzeug hergerichtete Bett gelegt. Ihren Leib umwickelten sie mit einer schmerzstillenden Wickelbinde. Vor die *Öffnung ihres Leibes* legten sie ein mit süßem Mandelöl und frischen Eiern bestrichenes Tuch. Ein auf den Bauch geschnürtes *Bauchbettlein* (Kissen) sollte den Leib der Mutter zusätzlich vor Kälte schützen.“

1.2 Eine Geburt um 1850

Wie eingangs bereits erwähnt, entstehen um die Mitte des 18. Jahrhunderts in immer mehr Städten Gebärhäuser, so auch in Marburg, dessen „Accouchieranstalt“¹⁷ „zum Unterricht für Studierende [der Geburtsmedizin, A.S.] und Hebammen“¹⁸ 1792 gegründet wurde. Es entbanden hier vorwiegend unverheiratete Frauen armer Herkunft. Verheiratete Frauen gebären weiterhin mehrheitlich zu Hause, doch die Geburt im Gebärhaus stellt einen wichtigen Schritt der Medikalisierung schwangerer Frauen dar und hängt so, wie sie sich in Deutschland um 1850 darstellt, mit den Bedingungen moderner Gesellschaften eng zusammen. Das folgende Zitat stammt aus einer Abhandlung über die „*Einrichtung der geburtshülflichen Klinik der academischen Entbindungs-Anstalt zu Marburg*“ von Dietrich Wilhelm Heinrich Busch, der bis 1829 der Marburger Accouchieranstalt als Direktor vorstand.

„Wenn eine Schwangere zu Kreißen anfängt, so werden alsbald die sämtlichen Praktikanten und der Lehrer gerufen: wenn die Zahl der ersteren zu groß wäre, so würden dieselben in Classen vertheilt und gewöhnlich nur eine solche Classe gerufen. Nach der Reihe, wie sie sich zu der Klinik gemeldet haben, übernimmt einer die Behandlung der Geburt,

¹⁷ Aus dem Französischen *accoucher* – „gebären“, da in Frankreich die institutionelle Aufnahme von Schwangeren eine bis ins 14. Jahrhundert zurückreichende Tradition hat. Zu Gebärhäusern in Frankreich vergleiche auch Scarlett Beauvalet-Boutouyrie in Schlumbohm u.a. (1998).

¹⁸ Metz-Becker (1997), S. 84.

während die anderen als Beobachter zugegen sind. Nachdem der Lehrer die Kreißende untersucht hat, geschieht dasselbe von dem, welcher die Geburt besorgt und nachher auch von den übrigen Zuhörern. Nun berichtet der Praktikant, was er rücksichtlich der gegenwärtigen Zeit des Geburtsactes, der Größe und Form des Beckens, der Lage und Stellung des vorliegenden Teiles und der Frucht überhaupt, der Thätigkeit des Fruchthälters u.s.w. gefunden hat, und nachdem dieses prüfend durchgegangen worden ist, stellet er die Prognose auf, und es wird nun nach den Umständen das diätetische oder ärztliche Verfahren, welches nöthig erachtet wird, bestimmt, wobei der die Geburt besorgende Praktikant auf alles aufmerksam gemacht wird, was sich etwa ereignen könnte: dieser verlässt nun die Kreißende, bis nach erfolgter Niederkunft nicht, die übrigen entfernen sich wieder, bis sie, im gewöhnlichen Falle, bei herannahender Geburt, oder im ungewöhnlichen Falle, bei besonders eintretenden Umständen gerufen werden. Kein Praktikant darf in Abwesenheit des Professors untersuchen, mit Ausnahme des die Geburt Besorgenden, und auch dieser nur in besonderen Umständen und in Gegenwart der Hebamme des Institutes: In keinem Falle aber darf ein Instrument angewendet, oder irgendeine Operation vorgenommen werden, als nur in Gegenwart und unter Leitung des Lehrers. Wenn es nützlich erachtet wird, so werden im Verlaufe der Geburt sämmtliche Praktikanten noch einmal zur Untersuchung zugelassen, wenn man aber nachtheilige Folgen davon für den Geburtsact fürchten sollte, so wird das Untersuchen von Anfang an nur auf den die Geburt Besorgenden beschränkt. Dieser letztere verrichtet, im Falle der natürlichen Geburt, alle Geschäfte einer Hebamme, bis zur Trennung der Nabelschnur und Entfernung der Nachgeburt.

Wenn kleinere oder größere Abweichungen des Geburtsgeschäftes diätetische oder ärztliche Hilfsmittel nöthig machen, so werden die Anzeigen dazu angegeben, geprüft und die Mittel von dem Praktikanten in Anwendung gebracht.

Fordern wichtigere Abweichungen die Anwendung einer Manual- oder Instrumentaloperation, so liegt es dem die Geburt besorgenden Praktikanten ob, dieselbe unter der Leitung und dem Beistand des Professors zu verrichten. Ist er noch zu unerfahren darin, hat er noch zu kurze Zeit die Klinik frequentirt, so übergibt der Lehrer die Operation dem zunächst folgenden der älteren Praktikanten, und wenn der Lehrer überhaupt die Operation zu schwer hält, oder es wegen des demonstrativen Nutzens nöthig findet, verrichtet er die Operation selbst. In diesem Falle kann der die Geburt besorgende Praktikant eine andere zum Ersatze fordern.

Während des Verlaufes der Geburt bemerkt sich der die Geburt besorgende Praktikant alle Umstände derselben, und verfertigt nachher eine Geburtsgeschichte, welche er, nachdem sie von dem Lehrer geprüft worden ist, in das Tagebuch des Institutes einträgt.

Wenn bei wichtigen Vorfällen der Lehrer mit dem Praktikanten stundenlang, ja wohl ganze Nächte hindurch im Entbindungshause verweilen muß, so wird diese Zeit dazu benutzt, die

*letzten Krankengeschichten durchzugehen und zu prüfen, wobei sowohl das Pathologische, als auch das Therapeutische des Falles nochmals gehörig besprochen wird, um die Vorfälle so lehrreich wie möglich zu machen.*¹⁹

1.3 Eine Geburt in der Gegenwart

Um mich auf den Zeitraum zu beziehen, den Anthony Giddens mit „Spätmoderne“ bezeichnet, möchte ich nun eine Geburtsbeschreibung aus der Gegenwart heranziehen. Wie ich im Zuge der Recherche feststellte, bietet das Internet eine Vielzahl von Geburtsberichten, die Eltern - in der überwiegenden Mehrzahl Frauen - auf entsprechenden „öffentlichen“ oder „privaten“ Seiten für die Allgemeinheit zur Verfügung stellen: Vor allem zur Bereicherung werdender Mütter, die sich durch Lektüre im Internet informieren und so Ängste vor der Geburt abbauen wollen, wie ich nach Vertiefung in die Berichte zu behaupten wage.²⁰ Zwecks der besseren Lesbarkeit habe ich den folgenden Bericht um die zahlreichen Interpunktions- und Orthographiefehler bereinigt – immer im Bemühen, den Originalton nicht zu verfälschen.

„Geburt von Katharina:

Ich hatte eine wirklich schöne und unkomplizierte Schwangerschaft bis 3 Wochen vor der Geburt, als mich mein Frauenarzt zur Einleitung der Geburt ins Krankenhaus geschickt hat, weil meine Plazenta schon verkalkt war und er meinte, dass die Versorgung meines Kindes nicht mehr ausreichend wäre. Ich war den Tränen nahe und geschockt, hab dann diese letzte Nacht zuhause mit dickem Bauch nichts [sic] geschlafen und die ganze Zeit überlegt, ob es denn meiner kleinen Maus noch gut geht... .

Vom Krankenhaus haben sie mich wieder heim geschickt, „alles in bester Ordnung, kommen Sie in 3 Wochen zum Geburtstermin wieder...“.

Ich war wieder schockiert. 3 Wochen ohne Kontrolle? Ich sollte nur auf die Kindsbewegungen achten, diese 3 Wochen waren dann nicht mehr schön und ich bin dann trotzdem alle 3 Tage ins Krankenhaus gefahren, um die Herztöne meines Kindes zu hören und um sicherzugehen, dass alles in Ordnung war.

¹⁹ Busch (1821), S. 12/13. Zitiert nach Metz-Becker (1997), S. 135/136. Es bleibt die Frage, wo die Ausbildung der Hebammenschülerinnen stattfindet, die von Busch nicht erwähnt werden. Marita Metz-Becker ergänzt hierzu folgendes: „Auf diese Weise sollte jeder Praktikant, in einem Semester sechs bis acht Geburten leiten' können, wobei die Hebammenschülerinnen nur zuschauen und lediglich in den akademischen Ferien, normale Geburten auch selbst leiten' dürfen.“ Ebd., S. 136.

²⁰ Häufig wird in der Schlusszeile deutlich, dass der Bericht an schwangere Frauen gerichtet ist. Diese lautet dann beispielsweise: „Wünsche allen werdenden Mamis auch eine solche ‚Traumgeburt!‘“ (www.menschenkinder-online.de/geburt/berichte/klinik/33.html#lukasdaniel).

Die Geburt wurde dann auch genau am Tag der Geburt²¹ eingeleitet, weil nicht mehr genügend Fruchtwasser da war. Ich kam auf die Station und mir wurde ein Scheidenzäpfchen verabreicht, mit den Worten: „Es ist ja Ihr erstes Kind, da dauert es ein wenig, in 6 Stunden bekommen Sie das nächste Zäpfchen.“ Mein Freund kam und brachte mir meine Tasche und blieb dann auch „Gott sei Dank“ bei mir, um uns beizustehen. Bei der Geburt wollte er aber dann nicht dabei sein, weil er so viele Schauermärchen gehört hatte, weil es zugehen sollte wie auf einer Schlachtbank. Sorry...

Wir sind dann noch gemütlich auf einen Kaffee gegangen und schön langsam bekam ich dann „Regelschmerzen“. Da war es ungefähr 16 Uhr. Die Schmerzen wurden immer heftiger, aber der Wehenschreiber zeigte nichts an und ich wurde mit einem Händewinken abgetan und die Krankenschwester ging wieder. Es war dann schon kurz vor 18 Uhr, der Wehenschreiber zeigte immer noch nichts an und ich hatte aber schon den Drang zu pressen und wollte nichts sagen, weil ich einfach das Gefühl hatte, es glaubt mit ja sowieso keiner... .

Mein Freund wusste dann schon nicht mehr, was er machen sollte, und holte wieder eine Schwester, ihr Kommentar, ja schicken wir sie halt in den Kreißsaal, aber die werden keine Freude haben, sie werden noch länger brauchen. Zufällig kam noch eine Hebamme, sie sah mich an, untersuchte mich kurz und sagte dann zu mit „Pressen“!!! Ich bekam unsere Katharina um 18 Uhr 37. Kerngesund und ganz schnell... Trotz erstem Kind und ohne Anzeige auf dem Wehenschreiber!

Ich habe in dem größten Spital Österreichs entbunden, weil ich mir dachte, da bin ich super aufgehoben, noch einmal würde ich wahrscheinlich in das kleinste gehen. Die Größe eines Spitals muss nicht immer [etwas] über die Kompetenz aussagen... .“²²

1.4 Die soziale Dimension der Geburtsbeispiele

Um die soziale Dimension der gewählten Quellenbeispiele deutlich zu machen, möchte ich sie jeweils mit knappen Worten zusammenfassen und die Fragen benennen, die sich nach ihrer Betrachtung stellen.

Das erste Beispiel um 1700 stellt die Beschreibung einer städtischen Geburt im Süden Deutschlands in einer gutsituierten Familie dar. Die Gebärende hat bereits acht Kinder geboren, von denen drei schon verstorben sind. Die Geburt findet zu Hause statt, in der Stube, die für diese Zwecke vorbereitet und geheizt wird. Nachbarinnen werden bei begin

²¹ Gemeint ist wohl der Tag des errechneten Geburtstermins.

²² Im Internet am 10.07.2003 gefunden unter der Adresse: www.menschenkinderonline.de/geburt/berichte/klinik/34.html#katharina.

nenden Wehen gerufen, die Hebamme erscheint erst im fortgeschrittenen Stadium der Geburt, da ein früheres Eintreffen durch eine andere Entbindung verhindert ist. Die Geburtsarbeit findet im Kreise der anwesenden Frauen statt, die sich alle untereinander kennen. Kräuter und Hausmittel werden zu Hilfe genommen, um die Geburt zu unterstützen. Mutter und Kind werden nach vollbrachter Arbeit von den Frauen versorgt, das Kind wird in ein Netzwerk gegenseitiger Hilfe hinein geboren. Es wird in Wein und Kräutern gebadet, während die Mutter in frische Laken gebettet ruht und die Frauen nach getaner Arbeit gemeinsam speisen. Auffällig ist hier die familiäre Dimension, die älteren Töchter helfen bei den Geburtsvorbereitungen, sind in den Geburtsvorgang eingebunden. In den beiden folgenden Beispielen ist die Familie nicht mehr als aktive Hilfe erwähnt.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen völlig aus dem familialen Rahmen gelösten Kontext der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die häufig alleinstehenden Frauen können „kostenlos“ in einem öffentlichen, der Universität angegliederten Gebärdhaus entbinden und stellen sich dafür in den Dienst der Wissenschaft. Das Haus dient der Ausbildung der männlichen zukünftigen Geburtshelfer, Studenten der Medizin, von denen die Geburten geleitet und die Untersuchungen vorgenommen werden. Frauen und Hebammen spielen nur am Rande eine Rolle. Der „*die Geburt besorgende*“ Student übernimmt sogar ausdrücklich „*alle Geschäfte einer Hebamme*“. Die gebärenden Frauen sind zu Patientinnen, zu gesichtslosen Fallbeispielen, geworden. Wie kam es zu diesen radikalen Veränderungen? Wie war der Übergang des doch so lange Zeit den Frauen vorbehaltenen Ereignisses der Geburt in die Verantwortung der Ärzte möglich?

Die dritte Quelle nun, einem elektronischen Medium - dem Internet - entnommen, belegt eine Geburt um das Jahr 2000. Die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt ist geprägt vom Vertrauen in moderne Diagnostik, nicht von persönlicher Körperwahrnehmung, wobei der Schwangeren auch wiederholt suggeriert wird, nicht sie sei es, die wisse, was sie fühle, sondern der „Wehenschreiber“ zeige den Stand der Dinge. Die Geburt wird von den GynäkologInnen des Krankenhauses, in das die Schwangere von dem die Schwangerschaft betreuenden Frauenarzt eingewiesen wird, medikamentös eingeleitet. Ob der zunächst anwesende Freund der Gebärenden während der Endphase der Geburt mit im Kreißsaal ist, geht aus dem Bericht nicht klar hervor, er äußert jedoch im Vorfeld den Wunsch, nicht dabei zu sein, was voraussetzt, dass diese Abwesenheit nicht die gängige Praxis ist, sondern der Kindsvater im Kreißsaal zugelassen, wenn nicht erwartet wird. Die

Geburt findet im Kreißsaal eines großen Krankenhauses im Beisein einer Hebamme statt, die normalerweise im Kreißsaal ebenfalls präsenten Ärzte finden in dieser Beschreibung keine Erwähnung²³. Wie kam es dazu, dass dem Körpergefühl, der eigenen Körperwahrnehmung der Frauen kein Vertrauen mehr geschenkt wird und auch sie selbst der eigenen Wahrnehmung nicht mehr vertrauen? Wie wurde es möglich, dass die Geburt, so konsequent aus der vertrauten Umgebung der häuslichen Schlafstube ausgelagert, selbstverständlich im Krankenhaus stattfindet? Wie erklärt es sich, dass ein urmenschlicher und durch Traditionen geleiteter Vorgang so komplett in den Verantwortungsbereich von Wissenschaft und Technik verlagert wird? Welche Entsprechung finden die zunächst leitenden Traditionen in späterer Zeit? Wodurch gerät die familiäre Dimension des Geburtsereignisses, in deren Kontext die Geburt der Magdalena Balthasar noch abläuft, so ins Nebensächliche?

²³ Vgl. zur selbstverständlichen Anwesenheit der Ärzte und Ärztinnen zwei weitere Berichte unter www.babynews.de/infod/geburt/gbericht/7.htm und www.menschenkinder-online.de/geburt/berichte/klinik/33.html#marius.

2 „Enttraditionalisierung“ von Geburt und Gesellschaft?

Diese Beschreibungen von Geburtssituationen, die aus drei unterschiedlichen Zeitepochen herausgegriffen wurden, scheinen in Bezug auf das Geburtseignis einen gesellschaftlichen Wandel anzudeuten. Sie erzählen deutlich unterschiedene Geschichten aus ganz unterschiedlichen Frauenleben. Da diese Einzelfälle noch keine Rückschlüsse auf ganze Zeitepochen und allgemeine Entwicklungen zulassen können, soll der genaueren Untersuchung des Wandels der Hauptteil dieser Arbeit gewidmet sein.

Der Soziologe Anthony Giddens nun scheint das, was wir am sozialen Phänomen der Geburt beobachten, für die Gesellschaft im allgemeinen zu konzeptualisieren, wenn er von einer „*Enttraditionalisierung spätmoderner Gesellschaften*“ spricht.²⁴ Aus diesem Grunde erscheint es vielversprechend, in seine Theorie einzuführen.

2.1 Anthony Giddens' Theorie der Spätmoderne

Der soziale Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft, soweit wir das nach der kurzen Einführung überblicken können, ist scheinbar durch einen Bedeutungsverlust von Traditionen gekennzeichnet. Da Giddens dieses Phänomen für die gesamte Gesellschaft postuliert und von einer „post-traditionalen Gesellschaft in der Spätmoderne“ spricht, werde ich in Giddens' Gesellschaftsanalyse einführen, um dadurch die Geburt und Mutterschaft betreffenden Beobachtungen klarer fassen zu können.²⁵

2.1.1 Der Begriff der „Moderne“

Anthony Giddens spricht von der „Enttraditionalisierung“ spätmoderner Gesellschaften. Doch was versteht er unter dem Begriff „Moderne“? Wodurch kennzeichnet sich eine spätmoderne Gesellschaft? Und inwiefern ist sie als „post-traditional“ zu bezeichnen? Um Klarheit zu schaffen, muss also zunächst der Begriff der „Moderne“ bei Giddens umrissen werden.

²⁴ Vgl. vor allem Giddens (1993).

²⁵ Voranstellen möchte ich diesem Kapitel, dass hier keineswegs eine umfassende Darstellung der Giddens'schen Theorie der Spätmoderne geleistet werden soll. Mein Anspruch ist vielmehr, die für die Untersuchung des Bedeutungswandels von Geburt und Mutterschaft wesentlichen Konzepte vorzustellen, um dann ihren Erklärungsgehalt für diesen speziellen Fall zu überprüfen.

Allgemein bezieht Giddens den Begriff der „Moderne“ auf „*Arten des sozialen Lebens oder der sozialen Organisation, die in Europa etwa seit dem siebten Jahrhundert zum Vorschein gekommen sind und deren Einfluss seither mehr oder weniger weltweite Verbreitung gefunden hat.*“²⁶ Diese modernen Lebensformen stellen einen radikalen Bruch mit „*allen traditionellen Typen der sozialen Ordnung*“²⁷ dar, weshalb Giddens sich gegen eine Diagnose der Gegenwartsgesellschaften als „postmodern“ stellt, und statt dessen von „*Spätmoderne*“ spricht. Die heutige Gesellschaft charakterisiert sich für Giddens nicht durch die Überwindung der Moderne, vielmehr radikalisiert und globalisiert sich dieselbe.²⁸ Diskontinuitäten liegen für Giddens eher zwischen den gesellschaftlichen Institutionen der Moderne und den traditionellen Gesellschaftsordnungen, und zwar in dreierlei Hinsicht: Zum einen in der Geschwindigkeit des gesellschaftlichen Wandels, zum Zweiten in dessen Reichweite und zum Dritten im inneren Wesen der modernen Institutionen.

Giddens stellt nun die Frage nach den Merkmalen moderner Gesellschaften, die für diese Dynamik ausschlaggebend sind und findet drei Faktoren, die als Hauptmerkmale, oder wie er sie nennt „*Schlüsselmerkmale*“, der Moderne die Dynamik erklären, durch die diese sich elementar von traditionellen Gesellschaftsordnungen unterscheidet: als erstes und wichtigstes zunächst die „*Transformation von Raum und Zeit*“, dann damit einhergehend das Wirksamwerden „*entflechtender Mechanismen*“, und zuletzt die zunehmende „*institutionelle Reflexivität*“.²⁹

Die Transformation von Raum und Zeit, von der Giddens spricht, meint die Loslösung der Zeit vom Raum, die mit der Erfindung der mechanischen Uhr ihren Anfang nahm, weil dadurch erst die Standardisierung der Zeit in globalem Maßstab und so die „Entleerung“ von Zeit und Raum möglich wird.³⁰ Anders gesagt waren Zeit und Raum kontextuell eng gebundene Vorstellungen, die sich erst durch eine „objektive“ Zeitmessung voneinander lösen konnten. Zeit und Raum können dann in neue Verbindungen von globaler Reichweite gebracht werden.

Unter „*Entflechtung*“ versteht Giddens das Loslösen sozialer Beziehungen von direkten, örtlich begrenzten Interaktionssituationen und deren Rekonstruktion über einen konkreten

²⁶ Giddens (1995), S. 9.

²⁷ Giddens (1995), S. 13 [Hervorhebung im Original].

²⁸ Vgl. Giddens (1995), S. 29.

²⁹ Vgl. Giddens (1992a), S. 26ff.

³⁰ Vgl. Giddens (1995), S. 28ff.

raum-zeitlichen Rahmen hinweg. Entsprechende Mechanismen zweierlei Art spielen bei der Entwicklung moderner Gesellschaften eine entscheidende Rolle: die Schaffung symbolischer Zeichen, unter denen etwa Geld verstanden wird, sowie von Expertensystemen, die beide soziale Beziehungen aus den unmittelbaren Gegebenheiten ihres Kontexts herauszulösen imstande sind.³¹

Als drittes Schlüsselmerkmal sieht Giddens die „*institutionelle Reflexivität*“. Mit „*institutioneller Reflexivität*“ meint Giddens das Phänomen, dass wissenschaftliche Informationen über das soziale Leben zwangsläufig auf dieses zurückwirken und es dadurch verändern, wodurch eine Dynamik entsteht, die von niemandem, auch nicht von den Experten, die das Wissen gewannen, voraussehbar ist.³²

Den Zusammenhang und das Zusammenwirken der drei Merkmale charakterisiert Giddens selbst folgendermaßen: „*Die reflexive Aneignung von Wissen, die ihrem inneren Wesen nach Energie verleiht, aber notwendig auch instabil ist, findet eine derartige Verbreitung, dass sie gewaltige Spannen der Raum-Zeit umfasst. Die Entbettungsmechanismen³³ stellen die Mittel für die Verbreitung bereit, indem sie die sozialen Beziehungen aus ihrer ‚Situiertheit‘ an spezifischen Orten herausheben.*“³⁴

Giddens unterscheidet innerhalb der Moderne drei Abschnitte, die jeweils unterschiedliche gesellschaftliche Merkmale aufweisen.³⁵

Vormoderne Gesellschaften werden charakterisiert durch einen beschränkten Einfluss der politischen Zentren auf das Alltagsleben der lokalen Gemeinschaften. Die Bevölkerung lebt in kleinen agrarischen Gemeinschaften, die dualistisch und segmentär geprägt sind.³⁶

Moderne Gesellschaften entstehen für Giddens als Folge der Verbindung von Kapitalismus und Nationalstaat und unterscheiden sich dadurch elementar von jeglichen vorherigen Lebensformen. Sowohl der Nationalstaat als auch das kapitalistische Unternehmen werden zum Träger der Macht. Der frühmoderne Staat geht nach wie vor von lokalen, segmentierten Gemeinschaften aus. Überwachungsprozesse nutzen weiterhin traditionelle Legitimi

³¹ Vgl. Giddens (1995), S. 33-43.

³² Vgl. Giddens (1992a), S. 27f.

³³ Im englischen Original „disembedding mechanisms“, von Karl Duffek (Giddens 1992a) treffender und eher verständlich als „entflechtende Mechanismen“ übersetzt.

³⁴ Giddens (1995), S. 73.

³⁵ Ich beziehe mich im Folgenden auf einen für meine Überlegungen zu Geburt und Mutterschaft im Zentrum stehenden Aufsatz von Anthony Giddens, der 1993 mit dem Titel „Tradition in der post-traditionalen Gesellschaft“ auf deutsch erschienen ist.

³⁶ „Dualistisch“ meint hier die Untergliederung in herrschende und arbeitende Klasse, die jeweils gänzlich getrennte Lebensbereiche verkörpern. „Segmentär“ deshalb, weil die Gesellschaft in kleine lokale Gemeinschaften untergliedert war, zwischen denen nur geringer Austausch bestand.

onsressourcen und erst durch flächendeckende Demokratisierung im 19. und 20. Jahrhundert kommt es zu einer allmählichen Auflösung dieser Strukturen.

Die Spätmoderne wird nach Giddens durch eine institutionelle Reflexivität charakterisiert, die vorher nicht in dem Maße zu finden ist. Giddens spricht deshalb auch synonym von reflexiver Moderne. In der spätmodernen Gesellschaft radikalieren und globalisieren sich die oben ausgeführten Schlüsselmerkmale der Moderne. Sie radikalieren sich insofern, als sie sich in alle Bereiche des Lebens ausbreiten und globalisieren sich, indem sie die Entleerung von Raum-Zeit-Beziehungen und deren Neuformierung global ausdehnen.

2.1.2 Die „Enttraditionalisierung“ der Moderne

Bevor nun Giddens Überlegungen zur „Enttraditionalisierung“ spätmoderner Gesellschaften im Mittelpunkt stehen können, bleibt der grundsätzliche Zusammenhang von Tradition und Moderne in der Theorie des Soziologen zu klären³⁷.

Anthony Giddens liefert keine präzise Definition dessen, was er unter „Tradition“ versteht, aber er bestimmt „Tradition“ in folgender Weise und im Verlauf des Textes näher: *„Tradition ist kontextuell, da sie durch die Kombination von Ritual und beschworener Wahrheit abgestützt wird. Trennt sie sich von beiden wird sie zu Gewohnheit oder Brauch. Tradition ist ohne ihre Hüter nicht denkbar, da diese über den privilegierten Zugang zur Wahrheit verfügen.“*³⁸ Tradition ist also räumlich gebunden und nur durch „Hüter“ aufrechtzuerhalten, die die von ihr vertretene „Wahrheit“ repräsentieren. Im Falle unseres ersten Beispiels aus der vor- bzw. frühmodernen Zeit, repräsentiert die Hebamme die Hüterin der Gebärtadition. Sie kennt die Kräuter, Mischungen und Substanzen, denen die jeweilige gerade benötigte Wirkung nachgesagt wird und weiß dies durch die Übermittlung der „weisen Frau“, die ihr das Wissen im Kontext der gemeinsam erfahrenen Geburten anvertraut hat, so wie sie ihrerseits ihr Wissen an die „Lehrmagd“ weitergibt. Schwangerschaft und Geburt waren in Rituale eingebunden, die weitergegeben wurden, weil an ihre Wirkung geglaubt wurde, weil sie verkörpert wurden von Wissenden, wie der Hebamme, und nicht, weil sie wissenschaftlich erwiesen waren. In einer anderen Gegend, in einem anderen Land, in ei

³⁷ Wenn nicht anders vermerkt, beziehe ich mich im Folgenden auf Giddens (1993).

³⁸ Giddens (1993), S. 463.

ner anderen, beispielsweise ärmeren Bevölkerungsgruppe, wurden ganz andere Traditionen und Rituale gelebt, als sie in dem von mir ausgewählten Bericht Erwähnung finden.³⁹

Das Verhältnis von Tradition zu Raum und Zeit fasst Giddens in der Hinsicht, als Tradition den Raum durch die Herrschaft über die Zeit kontrolliert. Sie „*stellt eine Orientierung an der Vergangenheit dar, so dass diese einen starken Einfluss auf die Gegenwart gewinnt, oder genauer, ihr ein starker Einfluss gewährt wird*“.⁴⁰ Die Art, wie die Geburt der Magdalena Balthasar abläuft, ist durch überlieferte Rituale geprägt. Der Gebärstuhl befindet sich vielleicht seit mehreren Generationen im Besitze der Familie. Die Frauen stehen einander bei, weil sie alle selbst schon geboren haben. Die Mixturen, denen die Hebamme und die anwesenden Frauen die erwünschte Wirkung zuschreiben, werden überliefert und unter den Frauen weitergegeben. Die Hebamme als „Hüterin der Wahrheit“ verfügt über das Wissen um die Geburt und die Frauen überlassen ihr die Leitung, vertrauen trotz Ängsten auf ihr überliefertes Wissen, auf ihre Erfahrung.

Die Beziehung zwischen Tradition und Moderne wird nach Giddens durch einen radikalen Bruch charakterisiert. Moderne Lebensformen brechen mit „*allen traditionellen Typen der sozialen Ordnung*“,⁴¹ das heißt, die Moderne lässt die traditionale soziale Ordnung völlig hinter sich. Giddens sieht durchaus auch Kontinuitäten und er stellt sich dagegen, diese beiden Seiten in allzu grober Art gegenüberzustellen, aber „*die Veränderungen, die sich in den letzten drei oder vier Jahrhunderten [...] zugetragen haben, sind in ihren Auswirkungen derart dramatisch und so umfassend gewesen, dass unsere Kenntnis früherer Übergangsperioden nur von begrenztem Nutzen ist, wenn wir versuchen, diese Veränderungen zu interpretieren*“.⁴² Dies scheint plausibel, wenn wir das erste und das zweite Geburtsbeispiel nebeneinander stellen. Es ist keine Kontinuität zu entdecken, und es erklärt auch, dass die in der Mehrzahl in familiärem Rahmen gebärenden Bürgerfrauen der Zeit, der Institution des Gebärsaales mit Abscheu und Misstrauen gegenüber standen.⁴³

In der Zeit der vormodernen Gesellschaften waren Traditionen von elementarer Bedeutung. Giddens unterscheidet hier zwischen „*großen*“ und „*kleinen*“ Traditionen, die den dualistischen Aufbau der Gesellschaft zur damaligen Zeit widerspiegeln. „*Große*“ Tradi

³⁹ Ganz hervorragend und detailliert beschreibt Jacques Gélis Geburtsrituale in Frankreich in: Gélis (1989).

⁴⁰ Giddens (1993), S. 449/450.

⁴¹ Giddens schildert dies einleitend in Giddens (1995), S. 13.

⁴² Giddens (1995), S. 13.

⁴³ Vgl. Metz-Becker (1997), S. 301-316.

tionen bezeichnen beispielsweise religiöse Glaubenssysteme, die aber nicht bis in die kleinen lokalen Gemeinschaften ihre von den Machthabern gewünschte Bedeutung aufrechterhalten können und dadurch der Entwicklung „*kleiner*“ Traditionen, wie Giddens sie nennt, im lokalen Rahmen Raum geben. Durch schriftliche Überlieferung entsteht der Eindruck von seit „*unendlichen Zeiten*“ existierenden Traditionen, die so ihre „*Macht*“ ausbauen können.⁴⁴ Traditionale Gesellschaften im eigentlichen Sinne des Wortes aber sind für Giddens schriftlose Gesellschaften, in denen eine „wahre“ Vergangenheit nicht existiert, - wobei die Frage ist, ob es diese überhaupt geben kann -, sondern Traditionen die Realität der Vergangenheit repräsentieren. Durch ihren lokalen Charakter sind traditionale Praktiken in der Gesellschaft verwurzelt, besitzen normativen Wert und helfen, das alltägliche Leben sinnstiftend und identitätsgebend zu strukturieren. Magdalena macht sich in einem nicht zitierten Teil des Geburtsberichtes Sorgen, ob die Geburt wohl gut verlaufen, und das Kind gesund sein würde. Sie rekapituliert die Ver- und Gebote, die den Alltag für eine Schwangere gestalten und Ernährungs- oder Verhaltensregeln beinhalten, und ist sich keiner Missachtungen bewusst, was sie der Geburt beruhigt entgegensehen lässt.

Auch der frühmoderne Staat besteht in seiner Struktur noch aus kleinen lokalen Gemeinschaften. Überwachungsprozesse unterliegen traditionellen Legitimationsquellen, von denen Giddens etwa das Gottesgnadentum nennt. Frühmoderne Institutionen hängen von traditionellen Zusammenhängen ab und schaffen ihrerseits neue Traditionen.

Institutionelle Reflexivität aber, gemeinsam mit dem „Prinzip des methodischen Zweifels“⁴⁵, wird mit zunehmender Entwicklung zum „*Hauptfeind der Tradition*“.⁴⁶ In der frühen Moderne besteht zunächst eine Balance zwischen Tradition und Moderne. Reflexive Modernisierung jedoch verändert das Gleichgewicht. Dies kann vielleicht ein Vergleich des zweiten mit dem dritten Beispiel deutlich machen. Im zweiten Beispiel nimmt die Maschinerie der Wissenschaft Besitz von den gebärenden Frauen, ohne dass diese die Prozesse reflektieren und in ihr Handeln einbauen können. Sie fügen sich, wie sie sich hundert Jahre früher den Anweisungen der traditionellen Hebamme fügten. Natürlich schildert Marita Metz-Becker Verweigerungsformen der Schwangeren gegenüber der Demütigung der

⁴⁴ Vgl. Giddens (1993), S. 473.

⁴⁵ Giddens (1992), S. 21: „*Der leitende Grundzug von Ansprüchen auf Autorität im Zusammenhang mit Wissen ist nicht der akkumulierter Gewissheiten, sondern methodischer Zweifel. Nichts entgeht der Unterwerfung unter Zweifel – einschließlich aller Behauptungen über die zentrale Bedeutung des Zweifels.*“ Vgl. zum methodischen Zweifel ausführlicher auch Giddens (1992), S. 21-25.

öffentlichen Geburt.⁴⁷ Aber die Wissenschaft ist noch nicht ins Denken der Frauen eingedrungen, wie das am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts der Fall ist. Die Ärzte befragten die Frauen *vor* ihrer Untersuchung nach *ihren* Empfindungen, nach *ihrer* Deutung der Situation. Und von Dr. Friedrich Benjamin Osiander⁴⁸, dem Direktor der Gebäranstalt in Göttingen, ist überliefert, dass er den Aussagen der Frauen Glauben schenkte, und dass diese auch in vielen Fällen Recht behielten.⁴⁹ Heute ist es undenkbar, dass die zur Feststellung der Schwangerschaft hinzugezogene Fachärztin die Frau nach dem von ihr vermuteten Geburtstermin fragt. Dieser wird nicht mehr vermutet, sondern mit Hilfe einer „Schwangerschaftsscheibe“⁵⁰ oder entsprechender Formeln berechnet. Eine Frau geht nicht mehr kurz vor Ablauf der vermeintlichen Dauer der Schwangerschaft ins Krankenhaus, um sich zur Geburt aufnehmen zu lassen und bei der Untersuchung stellen die behandelnden Ärzte fest, dass die Blähung des Leibes durch einen fortgeschrittenen Gebärmutterkrebs verursacht wird; heute wird eine Schwangerschaft typischerweise mit einem in Drogerie oder Apotheke erstandenen Test durch Urinprobe festgestellt und von der Gynäkologin durch Ultraschall bestätigt. Und die Frauen, die heute schwanger werden, wissen darum, dass die Schwangerschaft durch einen selbst durchführbaren Test relativ sicher feststellbar ist und im weiteren Verlauf durch die Gynäkologin betreut wird. Sie wissen, dass es nicht mehr darauf ankommt zu fühlen, sondern dass die Schwangerschaft mit dem ersten Ultraschallbild sicher feststehen wird.

Kennzeichen der fortschreitenden reflexiven Moderne ist der doppelte Prozess „*einer Globalisierung und gleichzeitigen Entzauberung traditionaler Handlungskontexte*“. Den Zusammenhang von Tradition und Globalisierung fasst Giddens folgendermaßen: „*Tradition hat mit der Organisation von Zeit und damit auch von Raum zu tun: das gleiche gilt für Globalisierung, nur laufen beide gegeneinander. Während Tradition den Raum durch die Herrschaft über die Zeit kontrolliert, verhält es sich im Falle der Globalisierung genau andersherum.*“⁵¹ Um Giddens Worte mit seinen eigenen zu verdeutlichen ist es also in

⁴⁶ Giddens (1993), S. 474.

⁴⁷ Metz-Becker (1997), S. 230-242.

⁴⁸ Friedrich Benjamin Osiander war von 1792-1822 Direktor und Professor der Geburtshilfe an der Göttinger Entbindungsanstalt.

⁴⁹ Etwa bezüglich der Festlegung des vermuteten Geburtstermins bzw. was die Feststellung einer vermuteten Schwangerschaft betrifft, vgl. Schlumbohms Untersuchung der von Osiander verfassten Tagebücher des Göttinger Entbindungshospitals „*Grenzen des Wissens. Verhandlungen zwischen Arzt und Schwangerer im Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800.*“ In: Duden u.a. (2002), S. 129-165.

⁵⁰ Hierunter muss man sich ein durch zwei gegeneinander verschiebbare runde, konzentrisch angeordnete Scheiben gebildetes Hilfsmittel vorstellen, das ähnlich eines Rechenschiebers durch Einstellen des Datums der letzten Regel das Datum des Geburtstermins angibt.

⁵¹ Giddens (1993), S. 476.

einer Zeit, in der Globalisierung zunehmend die Herrschaft über den Raum übernimmt, das heißt, in der zunehmend über Distanzen hinweg gehandelt wird⁵², für Traditionen immer weniger möglich, die Kontrolle über die Zeit zu halten. Erläutern kann dies beispielsweise das Phänomen des Kaiserschnitts, der als geburtsmedizinische Alternative zur natürlichen Geburt bis zum Ende des 19. Jahrhunderts in den wenigen Fällen, in denen er praktiziert wurde, fast immer den Tod der Frau und des Kindes nach sich zog, heute hingegen in weiten Teilen der Welt sehr hohe und steigende Kaiserschnittraten zu verzeichnen sind; ganz gleich, welche Arten des traditionellen Gebärens dort üblich waren.⁵³ Es ist undenkbar, dass sich beispielsweise die traditionelle Art des Gebärens im Lötschental, die durch die Abgeschiedenheit des Tales bis 1930 fortbestand,⁵⁴ in alle Welt verbreitet hätte.

Der Bedeutungsverlust der Traditionen durch Radikalisierung und Globalisierung der Moderne ist in zweierlei Ursachen begründet: zum einen kommen durch Globalisierung als grenzüberschreitendem Austausch Menschen zwangsläufig mit unterschiedlichen Traditionen in Berührung, womit ein Verlust ihrer Unhinterfragbarkeit einhergehen muss. Zum anderen dringt das in der Gesellschaft erlangte Expertenwissen durch institutionelle Reflexivität in das Bewusstsein der Menschen und verändert dieses. Somit kommt es dazu, dass Expertenwissen Tradition als Legitimationsquelle menschlichen Handelns ablösen kann. Aber was nun leisten Traditionen in der Lebenswelt und was geht verloren, wenn sie an Bedeutung verlieren? Expertenwissen tritt an die Stelle von Traditionen, aber inwiefern können sie überhaupt ersetzt werden? Gibt es ein funktionales Äquivalent? Kann Expertenwissen dies leisten?

Drei wesentliche Merkmale „enttraditionalisierter“ Gesellschaften im Sinne Giddens' sind zunächst zu erläutern: Zum einen die Durchdringung der Lebenswelten durch Institutionen,

⁵² Giddens versteht „Globalisierung“ im Sinne „einer Intensivierung weltweiter sozialer Beziehungen, durch die entfernte Orte in solcher Weise miteinander verbunden werden, dass Ereignisse an einem Ort durch Vorgänge geprägt werden, die sich an einem viele Kilometer entfernten Ort abspielen, und umgekehrt.“ Giddens (1995), S. 85.

⁵³ Ein bereits zitierter, im „Spiegel“ erschienener Artikel stellt den „Vormarsch“ der Schnittgeburt in eindrucksvoller Weise dar und belegt diesen mit Zahlen aus Deutschland, den USA und Brasilien, die zum Teil knapp unter, zum Teil in gewissen Bevölkerungsgruppen weit über einem Anteil von 50 Prozent an der Gesamtzahl der Geburten des Landes liegen. Vgl. Nimtz-Köster (2003).

⁵⁴ Im Lötschental war es üblich, in folgender Weise stehend zu entbinden: Die Frauen hielten sich während der Wehen an einem vom Deckenbalken hängenden Seil fest. Die Hebamme des Tales war noch fast bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts eine traditionelle Hebamme im eigentlichen Sinne des Wortes, die ihr Wissen nur durch Erfahrung erworben hatte. Vgl. zur traditionellen Geburt im Lötschental Liselotte Kuntner in: Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 54-56.

zum Zweiten die Bedeutungsverschiebung von Expertenwissen und zum Dritten eine damit einhergehende hergestellte Unsicherheit.

Zusammenhängend mit der zunehmenden Globalisierung und Radikalisierung der Moderne kommt es zu einer Ausweitung des Einflusses unhinterfragter, abstrakter Systeme bis in die privatesten Bereiche der Lebenswelt hinein.⁵⁵ Magdalena Balthasar und auch noch die Frauen, die in der Marburger Accouchieranstalt entbanden, konnten erst mit Verspüren der Kindsbewegungen, also frühestens Ende des vierten, Anfang des fünften Schwangerschaftsmonats mit einiger Sicherheit wissen, dass sie schwanger waren.⁵⁶ Wenn die Zeit der Geburt gekommen war, halfen die Nachbarinnen, während eine Frau mit den Gaben der Hebamme der Gebärenden beistand und der Ehemann die organisatorische Arbeit übernahm.⁵⁷ In der heutigen Zeit ist eine Schwangerschaft bereits in den ersten Tagen nach Ausbleiben der Regel durch einen überall im Handel frei erhältlichen Test mit hoher Wahrscheinlichkeit und durch die Frauenärztin per Ultraschall bereits ab der siebten Woche sicher nachweisbar.⁵⁸ Sobald die Schwangerschaft von der Ärztin bestätigt ist, läuft eine Vorsorgemaschinerie an: der sogenannte „Mutterpass“ wird ausgestellt, ein Untersuchungsheftchen, in das von nun an die Untersuchungsergebnisse von Mutter und Kind, wie Blut- und Laborwerte, Ultraschallbefunde und Gewicht der Mutter, eingetragen werden. Der voraussichtliche Geburtstermin wird ermittelt, vermerkt, und von nun an wird die Schwangere alle vier Wochen, später alle zwei und ab dem errechneten Geburtstermin täglich zur ärztlichen Kontrolle erwartet – und ist, um sich sicher zu fühlen, von den Untersuchungsergebnissen und der Beurteilung durch die Ärztin oder den Arzt abhängig, wie das Geburtsbeispiel aus dem 21. Jahrhundert eindrucksvoll zeigt. Eine schwangere Frau im Jahre 2000 vertraut nicht ihrer Körperwahrnehmung und entnimmt den nur ihr vertrauten Bewegungen ihres Kindes, dass es ihm gut geht, sondern benötigt die elektronische Hörbarmachung der Herztöne durch medizinisches Gerät und die Aussage eines Arztes, um beruhigt der Geburt entgegenzusehen. Spätestens 10 Tage nach Verstreichen des errechneten Termins wird die Mutter wegen erhöhten Risikos zur künstlichen Geburtsein

⁵⁵ Vgl. Giddens (1993), S. 447.

⁵⁶ Sehr interessant hierzu die Ausführungen Barbara Dudens in ihren verschiedenen Veröffentlichungen, beispielsweise Duden (1994) und Duden (2002). Immer wieder ist in den historischen Quellen belegt, dass eine Frau von der Geburt überrascht wird, und darauf beharrt, von der Schwangerschaft nichts gewusst zu haben. Oder umgekehrt berichtet Osiander von einer Frau, die sich kurz vor der Geburt glaubte, und nach mehrtägigem Aufenthalt im Göttinger Gebärhospital entlassen wurde, da offensichtlich keine Schwangerschaft vorlag. Ganz sicher waren die Frauen also oft genug erst mit beginnenden Geburtswehen. Berichte hierzu von Schlumbohm in: Duden u.a. (2002), S. 134/135.

⁵⁷ Vgl. Schlumbohm u.a. (1998).

⁵⁸ Sicher nachweisbar, weil zwischen der fünften und siebten Woche die Herzaktion des Fötus durch Ultraschall erkennbar wird.

leitung ins Krankenhaus eingewiesen. Wer sich diesen Überwachungsprozessen entgegenstellt und die Vorsorgetermine etwa bei einer Hebamme wahrnimmt – Schwangerschaft ohne Vorsorge ist heute undenkbar – bzw. die Geburt zu Hause oder im Geburtshaus erleben möchte, muss mit schweren Vorwürfen der Unverantwortlichkeit dem Kind gegenüber rechnen. Parallel hierzu ist auch die frühe Kindheit von Vorsorgeuntersuchungen und terminlich festgelegten Schutzimpfungen strukturiert. Schwangerschaft und Geburt sind nicht mehr Bestandteil des alltäglichen Lebens, sondern werden medikalisiert, überwacht und institutionalisiert.

Die mit der fortschreitenden Moderne wachsende Bedeutung von Expertenwissen modifiziert die Rolle von Traditionen. Die „Hüter der Tradition“ verlieren zugunsten der Experten den Anspruch auf Wahrheit, wobei die „Wahrheit“, die der Experte vertritt, nicht mehr grundsätzlich unanfechtbar ist, wie es die Tradition noch war. Auch das wird im dritten Beispiel deutlich, als die Gebärende wider die Anzeigen des medizinischen Überwachungsgerätes den Drang zum Pressen verspürt, ihrer Aussage aber kein Glauben geschenkt wird und sie daraufhin bemerkt, sie werde beim nächsten Mal im kleinsten statt im größten Krankenhaus Österreichs entbinden.⁵⁹ Die „Hüter der Tradition“ erhalten ihre auf das Wissen um Wahrheit gegründete Macht durch den Status des Eingeweihten, nicht wie die Experten der heutigen Zeit durch wissenschaftlich vermitteltes Wissen und fast ausschließlich in der Theorie angeeignete Kompetenz. Das Wissen und die Kompetenz der „Hüter der Tradition“ gründen auf Erfahrung, während es im Wissenschaftsbetrieb weniger auf die praktische Erfahrung des Einzelnen ankommt, vielmehr theoretisches Wissen die Machtstellung verleiht. Das Wissen um Geburt liegt nicht mehr in den Händen traditioneller Hebammen, die es durch Erfahrung erwarben und von Generation zu Generation weitergaben, sondern wird - wie schon zu Zeiten Buschs und Osianders in den Gebäranstalten der Universitätsstädte - von akademischen Lehrern mit akademischen Methoden an die jeweiligen Lernwilligen weitergegeben.⁶⁰ Die weise Gabe, das Erfahrungswissen der Hebammen, war eingebunden in einen traditionellen Kontext, während das heutige akademisch erworbene Wissen der ständigen Überarbeitung nach den jeweils neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft unterworfen ist.

Wenn Traditionen zugunsten von Expertenwissen an Bedeutung verlieren, geht auch ihr normativer Aspekt verloren, den „entleertes“ Expertenwissen ohne universellen Gültig

⁵⁹ Nicht etwa zu Hause unter den Händen einer ihr vertrauten Hebamme.

keitsanspruch nicht mehr bieten kann. Es entstehen Entscheidungsmöglichkeiten an Stellen, die vorher von traditionellen Handlungsvorgaben besetzt waren. Dadurch ergibt sich auf der einen Seite eine Vielfalt von Wahlmöglichkeiten, auf der anderen aber auch ein Wahlzwang, den wir nicht mehr durch Befolgen traditioneller Handlungsmuster umgehen können. „*In post-traditionalen Zusammenhängen bleibt uns keine Wahl als uns zu entscheiden, wie wir sein wollen und handeln sollen.*“⁶¹ Auch Geburt und Mutterschaft sind nicht mehr selbstverständliches Schicksal, sondern eine Option, die eine Frau, bzw. ein Paar wählen kann. In der Zeit um 1700 waren Geburt und Mutterschaft weitestgehend keine Frage von Entscheidungen⁶². Heute muss eine Frau wählen, ob sie ihr Kind in einem großen oder kleinen Krankenhaus, zu Hause oder im Geburtshaus, im Wasser oder an Land zur Welt bringt und vorher ist zu entscheiden, wann und ob überhaupt das Mutterdasein dem Beruf und der Karriere zumindest zeitweise geopfert wird. In immer zunehmendem Maße tritt auch die Frage in den Vordergrund, *was für ein Kind* wir bekommen.⁶³ So wohlthuend diese Loslösung festgefahrener Rollenmuster und Lebenswege ist, impliziert die Tatsache, dass es heute nicht mehr selbstverständlich ist, in einem gewissen Alter auch Mutter zu sein, eine Vielzahl von Konflikten und Problemen für Frauen und Partnerschaften.⁶⁴ Zu Zeiten der Magdalena Balthasar war all das durch überlieferte Tradition geregelt und wurde nicht in Frage gestellt. Heute bringen alle Bereiche des Alltags Entscheidungssituationen hervor, „*bei denen in vielen Fällen auf die eine oder andere Form von Expertenwissen zurückgegriffen werden muss.*“ Bei der Entscheidung für und wider Krankenhaus- bzw. Hausgeburt werden Statistiken und Experten bemüht, ganze Internetforen widmen sich diesem Thema. In vormodernen Gesellschaften erfüllen Traditionen die Rolle der Stabilisierung und Sinnstiftung. In spätmodernen Gesellschaften aber bricht diese Funktion weg, da Expertenwissen diese Funktion nicht übernehmen kann. Das in der Moderne geltende Prinzip des methodischen Zweifels schafft künstliche Unsicherheit.⁶⁵ Während Magdalena beruhigt sein kann, weil sie die Verhaltensregeln der Schwangerschaft befolgte, benötigt die Mutter von Katharina die Bestätigung durch Apparate, statt ihrem Körperge

⁶⁰ Vgl. hierzu auch den Aufsatz von Böhme (1980) zur Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe und seine Unterscheidung von wissenschaftlichem und lebensweltlichem Wissen, auf die ich später genauer eingehen werde.

⁶¹ Giddens (1993), S. 460.

⁶² An anderer Stelle werde ich auf die hier kurz angeführten Punkte jeweils gesondert und ausführlich eingehen.

⁶³ Auf die ganz eigene und neue Problematik der Pränatal- bzw. Präimplantationsdiagnostik mit allen ihr folgenden Konflikten gehe ich später wiederholt ein.

⁶⁴ Vgl. hierzu etwa Beck-Gernsheim (1989a).

⁶⁵ Vgl. Giddens (1992), S. 25.

fühl zu trauen. Durch ihre normative Komponente grenzt die Tradition einen unendlichen Horizont von Möglichkeiten ein, das Expertenwissen dagegen hat diese Komponente nicht, denn wo die Autorität der „Hüter der Tradition“ nicht hinterfragbar war, ist es die der Experten in jeglicher Hinsicht. So ist es keine Seltenheit, dass im Falle einer beunruhigenden Diagnose zwei und mehr Ärzte aufgesucht werden, um vielleicht doch zu einem anderen Ergebnis zu gelangen. Oder dass ein durch Ultraschalluntersuchung auf „überdurchschnittlich groß“ geschätzter Fötus, der dann per Schnittentbindung auf die Welt geholt wird, doch ein völlig im gewöhnlichen Maße liegendes Gewicht von 3400 Gramm mit gänzlich normalem – und für das Becken keineswegs zu großen - Kopfumfang auf die Waage bringt.

Doch auch in den fortgeschrittensten Gesellschaften ist der Einfluss von Traditionen nicht gänzlich verschwunden. Aber sie können nur in einem von zwei Kontexten existieren: entweder sie genügen einer traditionellen, oder einer nicht-traditionalen Art der Rechtfertigung, werden also entweder fundamentalistisch oder diskursiv aufrechterhalten.⁶⁶ Beispiele können dies verdeutlichen: Eine in der ländlichen Schweiz frei praktizierende Hebamme schildert den folgenden Fall einer Hausgeburt, der sich in den siebziger oder achtziger Jahren im Appenzeller Land zugetragen hat:⁶⁷ Zwei Freundinnen, die eine hochschwanger, haben den festen Vorsatz, zusammen zu Hause zu entbinden. Die Hebamme macht den Vorschlag, die Frauen zur Geburt in ihr Haus aufzunehmen, nachdem die eigentlich zuständigen Geburtshelferinnen abgesagt haben, doch die Frauen lehnen dies ab und verkünden nach einer kurzen Bedenkzeit, die Geburt zu Hause alleine zu übernehmen. Auf die Erwiderungen der Hebamme, ein solches Vorgehen sei verantwortungslos und strafbar, antworten die beiden Frauen, sie besäßen das nötige Wissen. Die Hebamme erklärt sich daraufhin zu einem Besuch bereit und bespricht mit den Frauen das weitere Vorgehen, wobei sie darauf hinweist, dass eine schlecht geheilte Dammnarbe der ersten Geburt und die Größe des zu erwartenden Kindes einen Dammschnitt wahrscheinlich unumgänglich machen. Daraufhin rufen die Frauen die fünfzig Kilometer entfernt wohnende Hebamme erst an, als die Presswehen beginnen und es klar ist, dass die Hebamme den Ort der Geburt

⁶⁶ „Ob neu oder alt, Traditionen existieren in der Moderne in einem von zwei Bezugssystemen: entweder werden sie diskursiv aufrechterhalten oder verteidigt – d.h. sie werden im Rahmen eines pluralen Wertezusammenhangs gerechtfertigt. [...] Ansonsten wird Tradition zum Fundamentalismus. [...] Fundamentalismus erscheint als solcher nur gegen den Hintergrund des radikalen Zweifels, es handelt sich dabei um nichts anderes als um Tradition im traditionellen Sinne, obwohl sie heute eher umkämpft ist als früher.“ Giddens (1993), S. 480.

⁶⁷ Grubenmann (1993), S. 37ff.

nicht mehr rechtzeitig erreichen kann. Angekommen, überrascht sie die Freundin mit dem Neugeborenen auf dem Arm, während die Mutter des Neugeborenen, scheinbar ihrem selbstgewählten Schicksal überlassen, bleich, apathisch und unfähig zu antworten mit schwerem Dammriss im Bett liegt. Die Hebamme kümmert sich um die Geburt der Plazenta, verhindert einen Kreislaufkollaps der Mutter und macht notdürftig Ordnung, bevor sie der Frau anträgt, dass der Dammriss dringend einer Naht bedürfe. Diese teilt ihr mit, dass der Notfallarzt bereits verständigt sei und später kommen würde. Auf spätere Nachfrage der Hebamme, stellt sich heraus, dass die Frau 35 Stunden später immer noch mit unbehandeltem Damm daheim liegt. *„Sie als Hochschulstudentin konnte offenbar nicht ermessen, was auf sie zukam, wenn nicht bald etwas geschah. Ein offener Beckenboden, bei dem der Stuhl unkontrolliert und jederzeit zur Scheide heraustreten konnte.“*⁶⁸ Erst das energische Eingreifen der Hebamme, die mit einem bekannten Arzt das weitere Vorgehen absprach, die geschwächte Frau mitsamt Kind ins Auto lud und ins Krankenhaus fuhr, wo sie von ebenjenem Arzt genäht wurde, konnte die Geburt zu einem glimpflichen Ende bringen.

Da die Schilderung der Hebamme näherer Schilderungen zum „subjektiv gemeinten Sinn“ der Frauen entbehrt, wage ich folgende mögliche Interpretation: Hier halten die Frauen, obwohl ihnen lebensweltliches Wissen um die Geburt fehlt, an der Tradition fest, zu Hause, ohne Zutun Fremder zu gebären, weil es Frauen auch früher schon so taten, und sie sich dazu fähig fühlen. Da beide Frauen schon geboren haben, eine ebenfalls zu Hause, trauen sie sich zu, die Geburt auch alleine zu Hause zu leiten. Einwände der Hebamme, die aufgrund ihrer Ausbildung, ihrer Erfahrung und ihres fortgeschrittenen Alters besseren Wissens ist, werden als unbedeutend abgetan. So interpretiert kann dieses Beispiel die traditionale, unhinterfragte Rechtfertigung von Traditionen verdeutlichen.

Ein Fall von diskursiver Rechtfertigung liegt vor, wenn beispielsweise in Studien die Auswirkungen von Gebärhaltungen auf Geburtsverlauf sowie mütterliches und kindliches Befinden untersucht werden und dadurch bestätigt wird, dass traditionelle Verhaltensweisen wie stehende, sitzende, halbsitzende und hockende – kurz vertikale Haltungen, für den Sauerstoffgehalt im Blut des Fötus und etwa den Geburtshergang durch die Mitwirkung der Schwerkraft weit günstigere Wirkung haben, als die das Eingreifen von Arzt und Hebamme erleichternde Geburt in der Rückenlage. So werden etwa in dem Aufsatzband von Marita Metz-Becker und Stephan Schmidt zum Wandel der Gebärhaltungen der Frau ent

⁶⁸ Grubenmann (1993), S. 40.

sprechende Forschungsergebnisse zusammengefasst:⁶⁹ Es weitet sich beispielsweise in der traditionellen vertikalen Position im Vergleich zur kulturhistorisch „neuen“ Rückenlage der Beckeneingang, so dass im Stehen das Tiefertreten des kindlichen Kopfes begünstigt wird. Auch die Wehentätigkeit ist im Stehen günstiger, da „*in stehender Position die Kontraktilität der Gebärmutter gesteigert wird*“⁷⁰, das heißt, die Kraft der Muskelkontraktionen der Gebärmutter zur Öffnung des Muttermundes und zur Austreibung des Kindes nimmt im Stehen zu. Die Effektivität der Wehen kann also durch die vertikale Position gesteigert werden, wobei gleichzeitig der subjektiv empfundene Schmerz „*als besser tolerabel angegeben wurde*.“⁷¹ Des Weiteren nimmt die Sauerstoffsättigung des kindlichen Blutes durch die Rückenlage in der späten Schwangerschaft so stark ab, dass sie sogar unter den kritischen Grenzwert abfallen kann. Dies ist dadurch zu begründen, dass die Bauchvene (Vena Cava) und die Aorta, die an der rückwärtigen Seite der Gebärmutter linksseitig der Wirbelsäule liegen, durch das Gewicht des Kindes und der Gebärmutter so stark komprimiert werden, dass es zu einem mütterlichen Blutdruckabfall kommt, wodurch auch die Gebärmutter und somit die Plazenta minder durchblutet werden. „*Etwa ein Drittel der Frauen reagieren in diesem Sinne mit einer Verschlechterung der hämodynamischen Situation für Mutter und Kind*.“⁷²

Hier wird also die Gebärhaltung anatomisch, physiologisch und perinatalmedizinisch untersucht. Diese Untersuchungen ergeben in allen untersuchten Bereichen günstigere Werte für die vertikale Position im Vergleich zu der im Zuge der Medikalisierung eingeführten, schulmedizinisch propagierten Rückenlage.

Hier wird eine traditionelle Verhaltensweise wissenschaftlich untersucht, für günstiger erachtet und somit gerechtfertigt. Eine Tradition wird also nicht im traditionellen Sinne durch die ihr immanente, unhinterfragbare Wahrheit übernommen, sondern durch wiederholte Studien in ihren Auswirkungen positiv bewertet. Es geht allerdings bei der diskursiven Rechtfertigung von Traditionen nicht nur um die wissenschaftliche Hinterfragung von Traditionen. Auch moralische oder ästhetische Verhandlungen können Traditionen stabilisieren.

Der Bedeutungsverlust der Traditionen, der durch globalen Austausch und zunehmendes Expertenwissen vorangeschritten ist, lässt es zu, dass Expertenwissen Tradition als Legiti

⁶⁹ Nachzulesen in Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 88-100.

⁷⁰ Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 90.

⁷¹ Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 90.

mationsquelle menschlichen Handelns ablösen kann. Traditionen strukturieren das Alltagsleben, indem sie identitäts- und sinnstiftende Handlungsorientierungen normativer Art bieten. Das Expertensystem tritt an die Stelle von Traditionen, aber es kann nur in Teilen ein funktionales Äquivalent sein, da es weder die moralische, noch die Sinndimension von Traditionen abdecken kann. Wie wichtig es sein kann, dass Traditionen auch neben den bestehenden Expertensystemen aufrechterhalten werden, zeigen immer wieder die verschiedensten Studien. So wurde jüngst im Magazin „Der Spiegel“, leider nur in einer kurzen Notiz, eine Studie vorgestellt, die nach einer Analyse der „*Komplikationshäufigkeit bei der Geburt*“ die „*Anwesenheit einer geburtserfahrenen Frau*“ während der Geburt als lobend hervorhebt, während anwesende Kindsväter im Kreißsaal oft sogar störend auf den Geburtsverlauf wirken.⁷³ Hiermit wäre die Bedeutung der traditionellen Geburtssituation unter erfahrenen Frauen diskursiv bestätigt.

2.2 Giddens und der Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft

Nachdem nun in Anthony Giddens' Theorie der Spätmoderne eingeführt ist, bleibt zu klären, inwiefern die angeführten Fragen schon durch Giddens beantwortet sind, inwiefern sie weiterhin bestehen und ob sie sich eventuell an diesem Punkte modifiziert darbieten. Welche wichtigen Veränderungen werden durch Giddens in den Blick genommen? Wo liegen die Anknüpfungspunkte zwischen Giddens' Beobachtungen zur „Enttraditionalisierung“ und meinen, Geburt und Mutterschaft betreffenden?

Die grundsätzlichen Veränderungen werden durch die drei Merkmale berührt, die Giddens „*enttraditionalisierten Gesellschaften*“ zuschreibt⁷⁴: die fortschreitende Institutionalisierung der Lebenswelten, den Bedeutungswandel von Expertenwissen, sowie die Zunahme an Möglichkeiten und hergestellter Unsicherheit. Auf diese Merkmale werde ich auch in den folgenden Kapiteln, die sich einer genauen Analyse des Bedeutungswandels von Geburt und Mutterschaft widmen, immer wieder zu sprechen kommen.

⁷² Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 92.

⁷³ Vgl. „Der Spiegel“, Nr. 40/2003, S. 168. Es handelt sich um eine großangelegte Auswertung verschiedener Studien an der Universität Toronto, mit einer Erfassung von insgesamt 13.000 Geburten.

⁷⁴ In den Formulierungen ist Giddens nicht ganz konsequent. Auch wenn es nicht klar ist, ob Giddens hier „*Konsequenzen*“, Dimensionen oder Merkmale der Moderne bezeichnet, möchte ich bei der in meinem Kontext schlüssigen und konsequent durchgehaltenen Formulierung der „*Merkmale*“ bleiben. Vgl. Giddens (1993), S. 446, S. 447; sowie Giddens (1992a), S. 27f.

Doch sind die Fragen, die zu Beginn aufkamen, bereits geklärt? Wie kam es zu den radikalen Veränderungen, die das Entstehen der Gebärhäuser möglich machten? Wie war der Übergang des doch so lange Zeit den Frauen vorbehaltenen Ereignisses der Geburt in die Verantwortung der Ärzte möglich?

Wie kam es dazu, dass Frauen ihrem Körpergefühl, ihrer eigenen Körperwahrnehmung nicht mehr vertrauen? Wie wurde es möglich, dass die Geburt, so konsequent aus der vertrauten Umgebung der häuslichen Schlafstube ausgelagert, selbstverständlich im Krankenhaus stattfindet? Wie erklärt es sich, dass ein urmenschlicher, „natürlicher“ und durch Traditionen geleiteter Vorgang so komplett in den Verantwortungsbereich von Wissenschaft und Technik verlagert wird? Welche Entsprechung finden die zunächst leitenden Traditionen in späterer Zeit? Wodurch gerät die familiäre Dimension des Geburtseignisses, in deren Kontext die Geburt der Magdalena Balthasar noch abläuft, so ins Nebensächliche?

Das Konzept der „*enttraditionalisierten Gesellschaft*“ von Anthony Giddens kann viele dieser Fragen in Teilen beantworten. Vor allem die Radikalität und die Geschwindigkeit des Wandels werden vor dem Hintergrund der Theorie Giddens' plausibler. Auch die - funktional nicht äquivalente - Entsprechung, die Traditionen in spätmoderner Zeit finden, und die Bedeutung, die diese in vormoderner Zeit hatten, kann Giddens thematisieren. Doch das Verständnis „*institutioneller Reflexivität*“ des Soziologen scheint, wie wir später genauer untersuchen werden, vor allem im Hinblick auf den Wandel des Selbstverständnisses der Frau einiges ungeklärt zu lassen.

Die Beschreibung der relevanten Veränderungen scheint Giddens zu gelingen, doch um auf die Frage, wie es zu all diesen Veränderungen kam, eine Antwort zu finden, versuche ich in den nächsten Kapiteln, vor dem Hintergrund der Giddens'schen Theorie, eine genaue Analyse des Bedeutungswandels von Geburt und Mutterschaft. Für diese sind auch die Gedanken anderer Autoren weiterführend und wegweisend.

3 Der Wandel des Verständnisses von Geburt und Geburtswissen

Nachdem vor diesem theoretischen Hintergrund, der meine Beobachtungen stützt, grundlegend zum Thema hingeführt wurde, möchte ich mit der Analyse des Bedeutungswandels von Geburt und Mutterschaft fortfahren. Ein erster Teil wird sich mit der Ebene des Geburtsereignisses selbst, sowie mit der des Geburtswissens befassen, wobei zu klären bleibt, in welcher Weise diese beiden Ebenen zusammenhängen. Ein zweiter Teil⁷⁵ wird der biographischen Ebene gewidmet sein und den Wandel des Selbstverständnisses der Frau als Gebärende und Mutter, sowie den Bedeutungswandel der Rolle von Geburt und Mutterschaft im Verlaufe eines Frauenlebens untersuchen.

3.1 *Das Geburtsergebnis*

Schon die von mir gewählten Beispiele dreier Epochen konnten andeuten, wie sehr sich eine Geburt im Jahre 2000 von einer im Jahre 1700 unterscheidet. Der Wandel, der augenscheinlich hier stattfindet, ist - wie ich im Folgenden genauer darlegen werde - durch eine Medikalisierung und Institutionalisierung des Geburtsergebnisses gekennzeichnet. Eine häusliche Gebärdpraxis unter Ausschluss der Männer⁷⁶ wandelte sich allmählich zu einer Praxis, in der fast alle Geburten im Beisein von Gatten, Kindsvätern, Lebenspartnern und Ärzten im Kreißaal eines Krankenhauses stattfinden.

In vor- und frühmoderner Zeit - um bei der Einteilung zu bleiben, die uns bisher durch den Zeitverlauf geleitet hat - wurde eine Geburt traditionell von Frauen und Hebammen begleitet.⁷⁷ Sie war, wie auch bei der beschriebenen Geburt der Magdalena Balthasar, „Frauensache“ und öffentlich, nicht etwa eine Familienangelegenheit und Privatsache wie in heutiger Zeit. Ärzte waren am Schauplatz der Geburt nicht zugegen.⁷⁸

Es gab die ländliche Praxis, die man von der städtischen alsbald unterscheiden muss, und deren Regelfall die Geburt unter Frauen mit Beistand der Nachbarinnen unter der Leitung einer von allen anerkannten Kundigen war. Nach Eva Labouvie waren bei einer ländlichen

⁷⁵ Siehe Kapitel 4.

⁷⁶ Aus diesem Grunde verwundert es nicht, dass die Geburt der Kinder in den meist von Männern verfassten frühen Zeitzeugnissen lediglich kurz und unbeteiligt Erwähnung findet.

⁷⁷ Eva Labouvie widmet weite Teile ihrer Habilitationsschrift der Beschreibung vor allem der ländlichen Gebärdpraxis von 1500 bis 1900. Vgl. Labouvie (1998), S. 103-193.

⁷⁸ Edward Shorter beschreibt die Entwicklung des Geburtsergebnisses in ausführlicher Art und Weise; trotz seines sehr konservativen und wenig technikkritischen Denkens sind seine Ausführungen lesenswert. Vgl. Shorter (1984), S. 53-86.

Geburt zwischen fünf und sieben Frauen anwesend.⁷⁹ Noch bis ins 20. Jahrhundert - durch entsprechende Zeitzeugnisse belegt⁸⁰ - lief in entlegenen Gegenden Europas eine Geburt in dieser Weise ab. Frauen standen sich untereinander bei, weil alle zu gegebener Zeit auf diese Hilfe angewiesen waren. Dies war auch in den Städten lange üblich, wobei es hier früher selbstverständlich wird, Ärzte bei Schwierigkeiten hinzuzuziehen.

Die Dauer der Schwangerschaft war lange nicht eindeutig festgelegt. Noch Friedrich Benjamin Osiander zeigte sich von einer nach den Angaben der Frau kaum über viermonatigen Schwangerschaftsdauer nicht überrascht, obwohl doch meist von einer neunmonatigen Schwangerschaft ausgegangen wurde.⁸¹ Lange Zeit war die Schwangerschaft nicht durch ärztliche Vorsorge, sondern von einer Fülle Verhaltensregeln begleitet, die allerdings die gleiche Funktion wie auch die heutigen Vorsorgeuntersuchungen hatten: Mutter und Kind vor Krankheit und Tod zu schützen.⁸² Shorter nennt hier einige, die im Württembergischen noch um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert verbreitet waren.⁸³ Ein Kind sollte beispielsweise mit Hundepfoten geboren werden, wenn eine werdende Mutter durch einen Hund erschreckt wurde, was für eine Schwangere bedeutete, dass solche Situationen tunlichst zu vermeiden waren. Auch der Alltag der Magdalena Balthasar war in der Schwangerschaft durch eine Fülle solcher Regeln strukturiert. Diese Art der „Schwangerschaftsvorsorge“ war also in vor- und frühmoderner Zeit, sogar noch bis in die Moderne des 20. Jahrhunderts üblich.⁸⁴

Der Ablauf einer traditionellen Niederkunft war vom Warten geprägt. Manchmal schon Tage vor der endgültigen Geburt des Kindes trafen mit dem Einsetzen der Wehen Nachbarinnen, Verwandte und die Hebamme im Hause der Gebärenden ein. Je nachdem, wie weit

⁷⁹ Vgl. Labouvie (1998), S. 103.

⁸⁰ Vgl. hierzu beispielsweise die an Schätzen reichen Lebenserinnerungen von Landhebammen, vor allem Grubenmann (1993), Linner (1989), Horner (1985) sowie Grabrucker (1991), oder beschreibend Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 54-57; Vergleichend zu den „ländlichen Schilderungen“ sehr interessant die Lebenserinnerungen einer Frau, die seit den fünfziger Jahren Klinikhebamme war: Schultheiss (2002).

⁸¹ Vgl. Duden u.a. (2002), S. 146; Labouvie (1998), S. 104.

⁸² Eine an Schilderungen wunderbar reiche Arbeit, die allerdings leider nicht in unser „Einzugsgebiet“ fällt, ist die medizinethnologische Magisterarbeit des Arztes Philippe Jeu, verfasst an der Université de La Réunion. Da sie mich maßgeblich zu meinen Recherchen bezüglich Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft angeregt hat, möchte ich sie an dieser Stelle zitieren.

⁸³ Shorter (1984), S. 70.

⁸⁴ Meine Großmutter, die meine Mutter Ende der vierziger Jahre in einer fränkischen Kleinstadt zur Welt brachte, gebar zwar schon in einem städtischen Krankenhaus, hatte in der Schwangerschaft jedoch keinerlei Vorbereitung im heutigen Sinne erfahren, da sowohl die medizinische Vorsorge, als auch die später üblich gewordenen Geburtsvorbereitungskurse noch nicht angeboten wurden, aber auch keine Hebammen mehr die traditionellerweise ihrem Berufsstande zugehörige Aufgabe der Betreuung einer Schwangeren übernahmen.

entfernt die Geburtshelferin und ihre Helferinnen wohnten, blieben sie bis zur Geburt im Haus der Gebärenden oder kamen zu wiederholten Besuchen zurück. Eva Labouvie beschreibt nach Quellen des Landesarchivs Speyer eine Geburt im Jahre 1760 - einer Zeit, die nach der Einteilung Giddens' in die Vor- beziehungsweise Frühmoderne fällt -, bei der sich Mutter und Schwester der Gebärenden, sowie eine 70jährige Nachbarin drei Tage lang die Betreuung der Kreißenden teilten. Bei der Geburt selbst waren dann Mutter und Schwester, die Hebamme sowie zwei Nachbarinnen zugegen.⁸⁵ Die Geburt fand meist in der „Kammer“ statt⁸⁶, in der Schlafstube, in der auch Magdalena Balthasar entband. Die Gebärende entband nur in Ausnahmefällen im Liegen, wenn sie etwa krank oder völlig entkräftet war. Das Ruhelager war meist nicht das Bett, sondern vielmehr ein Strohlager, das je nach Witterung am Fenster oder in Ofennähe errichtet und nach der Entbindung verbrannt wurde. Die Austreibungsphase fand traditionellerweise im Stehen, häufiger in hockender oder sitzender Stellung statt, wobei die helfenden Frauen die Gebärende stützten und die Hebamme das Kind empfing - dies nicht nur im mitteleuropäischen Raum, sondern auch in den übrigen Teilen der Welt war die traditionelle Gebärposition nie die Rückenlage, sondern immer eine in irgend einer Weise gestützte vertikale Position.⁸⁷ ob nun Gebärsteine, von der Decke hängende Seile, der Schoß des Mannes, die Arme anderer Frauen oder zusammengerückte Stühle die Stütze darstellten.⁸⁸ Zum Gebrauch des Gebärstuhles, der im Geburtsbericht der Magdalena Balthasar Erwähnung findet, machen die Autorinnen und Autoren unterschiedliche Angaben. Tatsache ist, dass er zumindest in der Stadt häufig und in vielerlei, immer mehr zum Gebärbett hinführenden Varianten zur Anwendung kam. Edward Shorter erwähnt den Gebrauch von Geburtsstühlen in den Städten ab dem 15. Jahrhundert, während Eva Labouvie davon spricht, dass die ab dem letzten Drittel des 18. Jahrhunderts den Gemeindehebammen zur Verfügung gestellten Gebärstühle von den Dorfbewohnerinnen nicht akzeptiert wurden.⁸⁹ Es scheint hier, wie an anderen Stellen auch immer wieder zu beobachten ist, ein klarer Unterschied zwischen städtischen und ländlichen Gewohnheiten vorzuliegen. Interessant ist hierbei, dass der Gebärstuhl von Seiten der Obrigkeit dazu benutzt wurde, die Zahl der anwesenden Frauen bei den von ärztlicher und obrigkeitlicher Seite als viel zu laute, viel zu zahlreiche „Weiberversammlungen“ ver

⁸⁵ Vgl. Labouvie (1998), S. 105.

⁸⁶ Vgl. Labouvie (1998), S. 112.

⁸⁷ Vgl. hierzu verschiedene Artikel in dem ethnomedizinischen Band *Curare*, herausgegeben von Schiefenhövel/Sich (1986).

⁸⁸ Vgl. u.a. Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 52-87.

⁸⁹ Vgl. hierzu ausführlich Irmtraud Sahmland in: Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 9-30. Vgl. Shorter (1984), S. 76; Labouvie (1998), S. 114.

schrienen Geburten auf einige wenige zu beschränken, da diejenigen Frauen nicht mehr benötigt wurden, die in stützender Hilfe vom Gebärlager unabkömmlich waren. Diese Demonstration weiblicher Solidarität, von der Männer ausgeschlossen waren, und die diese offensichtlich kaum benötigte, war den Ärzten und der männlichen Obrigkeit ein Dorn im Auge.⁹⁰

Eva Labouvie sagt zum traditionellen Geburtsverlauf auf dem Lande des 18. und 19. Jahrhunderts zusammenfassend: *„Während Hebamme und kundige Frauen den Geburtsverlauf leiteten, schienen die nächstverwandten Frauen - Mütter, Schwiegermütter, Patinnen, Schwägerinnen oder Schwestern der Gebärenden - direkt unterstützende und assistierende Arbeiten zu übernehmen und ein gewisses Mitspracherecht bei den einzelnen Maßnahmen zu beanspruchen. Andere Frauen machten Feuer und setzten Wasser auf, sorgten für Schere, Band oder Garn und frisches Wasser im Falle einer Nottaufe. Anton Moritz empfiehlt die Bereitstellung einer kräftigenden Fleisch- oder Rahmbrühe zur Stärkung der Gebärenden bei langen Kindsnöten, eines halben Maßes Wein mit Majoran, das beim Feuer warmgehalten werden sollte, und im Winter die Erwärmung des Unterleibs, indem man der Kreißenden ein Gefäß mit heißem Wasser, Kamillenblüten, Kleie und Mutterkraut unterstellte.“*⁹¹ In vergleichbarer Weise lief die von mir als Beispiel angeführte Geburt der Magdalena Balthasar im Nürnberg des beginnenden 18. Jahrhunderts ab.

Die Vorstellung einer traditionellen Geburt zu Hause und unter Frauen soll jedoch nicht romantisiert als verklärtes Bild einer noch heilen Welt gezeichnet werden, auch wenn die Versuchung angesichts solcher Schilderungen wie der eben zitierten groß ist. Überliefert findet sich eine Vielzahl konfliktreicher Problemsituationen, die natürlich nicht die Mehrzahl der Geburten betrafen, aber immer wieder vorkamen und oft dramatische Ausmaße annahmen. So enthalten die frühen Quellen immer wieder grausig zu lesende Schilderungen von Komplikationen unter der Geburt.⁹² Neben den Gefahren für Mutter und Kind, die Geburten vor sozialen und medizinischen Neuerungen wie dem Wissen um Keimfreiheit und Ernährungsweise mit sich brachten,⁹³ entstanden auch andere Konflikte: Vor allem in den Städten zogen Geburten, bei denen Mutter oder Kind Schaden nahmen, oder die gar

⁹⁰ Vgl. auch Labouvie (1998), S. 110/111.

⁹¹ Labouvie (1998), S. 115f. Anton Moritz veröffentlichte das hier zitierte Werk 1773/74.

⁹² Vgl. etwa van Dülmen (1990), S. 83f oder Labouvie (1998), S. 143ff.

⁹³ Ich denke hier beispielsweise an Infektionen wie das Kindbettfieber oder durch schlechte Ernährung rachitisch verformte Becken, die die natürliche Geburt erschwerten, wenn nicht gar unmöglich machten; Gefahren, die heute nicht mehr wirklich bestehen. Vgl. Shorter (1984), S. 108f zu verengtem Becken und S. 124ff zu Infektionen und Asepsis.

tödlichen Ausgang fanden, immer wieder Gerichtsverhandlungen und Anklagen von Hebammen, später auch Ärzten nach sich.⁹⁴ Edward Shorter beleuchtet die traditionelle Geburtssituation sehr kritisch, wobei meiner Meinung nach seine Einwände sicherlich in manchen Fällen berechtigt sind, aber gegen die Vielzahl der Berichte und Autoren abgewogen werden müssen, die eine traditionelle Geburt weit positiver und weniger konfliktträchtig schildern.⁹⁵

Eine Geburt war immer mit der Angst vor Gefahren für Mutter und Kind verbunden. Nicht eine lange Geburt, sondern eine stockende machte Angst. Zwar kannte man allerlei medikamentöse und volksheilkundliche Mittel zur Beschleunigung der Geburt und Stärkung der Wehen, aber in der ländlichen Geburtshilfe spielten eher gemeinsame Rituale und persönlicher Einsatz die entscheidende unterstützende Rolle. Eine Geburt war aktive Geburtsarbeit einer Gebärenden, der dieses Gebären aus eigener Kraft heraus von den sie umgebenden Frauen zugetraut wurde. Nur im Notfall, oder bei absoluter Überanstrengung kam es zur Verzweiflungshandlung der „Entbindung“ einer entkräfteten Frau.⁹⁶ Heute hat die Medizin durch ihr „Expertenwissen“ über Schwangerschaft und Geburt die Rolle der ritualisierten Gemeinsamkeit übernommen. Eine Frau fühlt sich nicht mehr im Kreise ihrer vertrauten Freundinnen und Begleiterinnen sicher, denen das lebensweltliche Erfahrungswissen um Schwangerschaft und Geburt auch meist völlig fehlt; typischerweise sind es eine ärztliche Ultraschalluntersuchung, deren schemenhafte Bilder auf dem Monitor mitverfolgt werden können und ein Herztonwehenschreiber⁹⁷, die der Frau das Gefühl geben, dass alles in Ordnung ist. Dies verdeutlichen sehr schön die ersten Sätze des letzten Geburtsbeispiels aus dem Jahre 2000.

Aber eine solche Abhängigkeitssituation, die es der Frau unmöglich macht, auf sich allein zu vertrauen und „selbst“ zu wissen, kann nur immer neue Unsicherheit erzeugen. Jede

⁹⁴ Der Beispiele gibt es viele, da diese durch Gerichtsakten authentisch überliefert sind. Claudia Hilpert schildert einen Fall, der insofern interessant ist, als er die noch gefestigte Stellung der Hebammen im Jahre 1658 demonstriert, da der die Hebamme wegen unsachgemäßer Medikation anklagende Arzt keine Mittel hatte, gegen die Hebamme vorzugehen, und sich die Streitparteien am Ende des Gerichtsprozesses ohne Bestrafung der „Wehemutter“ versöhnen mussten. Vgl. Hilpert (2002), S. 18.

⁹⁵ Vgl. Shorter (1984), S. 51-67, besonders S. 58. Ganz andere Schilderungen, geprägt von Respekt für das Können traditioneller Hebammen, finden sich bei Eva Labouvie (1998), beispielsweise S. 121. Ein konkretes Beispiel: Den Beistand der Frauen untereinander, den Shorter als angsteinflößend beschreibt, schildern andere - meines Erachtens bedingt durch andere Grundhaltungen - als vertraute, notwendige Hilfe; etwa Labouvie (1998), S. 103ff. Shorter erwähnt hingegen, eine Frau sei damals, sobald sie merkte, dass sie schwanger war, „bis zur zeremoniellen ‚Reinigung‘ einen Monat nach der Geburt pausenlos und unentwegt von Besserwisseri und aufdringlicher Einmischung heimgesucht“ gewesen; Shorter (1984), S. 68.

⁹⁶ Vgl. Labouvie (1998), S. 121.

neue Möglichkeit, die in der Schwangerschaft vermeintlich für Sicherheit sorgt, jeder neue Vorsorgetest der pränatalen Diagnostik, schafft neue Ängste, neue Konfliktsituationen. Magdalena Balthasar konnte sich sicher fühlen, wenn sie sich an die Verhaltensvorschriften hielt, wenn sie den kranken Bettlern vor der Kirche nicht ins Gesicht sah, sondern die Almosen durch ihre Bediensteten überreichen ließ, wenn sie auf Gott und die Erfahrung ihrer Hebamme vertraute. Auch für die Frauen der damaligen Zeit waren Schwangerschaft und Geburt mit Ängsten verbunden, aber sie waren ganz anderer Art als die hergestellte Unsicherheit heutiger Zeit. Mit dem sozialen Fortschritt haben Geburten ihren Schrecken verloren, Säuglings- und Müttersterblichkeit sind denkbar gering, und doch schaffen die Vielzahl pränataler Untersuchungen in der Schwangerschaft, die Missbildungen und Krankheiten des Fötus frühzeitig erkennen sollen, Konfliktsituationen dramatischen Ausmaßes. Was, wenn das im sechsten Schwangerschaftsmonat erhaltene Ergebnis der Fruchtwasseruntersuchung auf eine schwere Erkrankung des Kindes hinweist? War vorher überlegt worden, dass eine späte Abtreibung die Alternative ist? Hatten die Ärzte, die die „rettenden“ Untersuchungen viele Wochen vorher anboten, bedacht, welche Ängste die Frau unter Umständen beim Warten auf die Ergebnisse durchlebt, und ist sie darauf vorbereitet, welche seelische und körperliche Strapazen eine solch späte Abtreibung birgt, die einer eingeleiteten Geburt gleichkommt? Hat sie überhaupt über die Möglichkeit eines besorgniserregenden Ergebnisses nachgedacht oder sehnt sie sich nur nach bestätigter Sicherheit? Wenn die Frau zu dem Schluss kommt, eine Abtreibung komme für sie nicht in Frage, wäre es dann nicht besser gewesen, sie hätte den entsprechenden Test, der immer nur Wahrscheinlichkeiten, nie Tatsachen ausdrückt, nicht gemacht?⁹⁸

Der Geburtsvorgang war erst, wie auch heute noch, mit dem Gebären der Nachgeburt beendet. Dieser wurde eine besondere Bedeutung beigemessen, denn der Plazenta, die vor der Geburt die Ernährung des Kindes leistete, wurden in der Volksmedizin heilende Kräfte nachgesagt.⁹⁹ Sie war gleichzeitig „*Glücks- und Fruchtbringer: Man nutzte sie als Aphrodisiakum, als Mittel gegen Sterilität, und gegen ausbleibende Muttermilch*“¹⁰⁰. In dem

⁹⁷ Es handelt sich hier um ein elektronisches Gerät zur Überwachung der fetalen Herzfrequenz, sowie der Wehentätigkeit, kurz auch CTG genannt, abgeleitet vom Englischen *cardiotokograph*.

⁹⁸ Vergleiche zu dieser Problematik Schindele (1991), S. 121-160; aber auch die übersichtliche Erläuterung der gängigen pränatalen Untersuchungsmethoden, S. 161-188. Auch diverse Artikel der Septemerausgabe der Deutschen Hebammenzeitschrift (DHZ 9/2003) widmen sich der Problematik der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge, während die Ausgabe 3/2003 der DHZ speziell die pränatale Diagnostik zum Thema hat und gute einführende Informationen liefert; vgl. u.a. S. 6-8.

⁹⁹ Loux (1980), S.115-119, oder ausführlicher Gélis (1992), S. 253-262.

¹⁰⁰ Labouvie (1998), S. 126.

Krankenhaus, in dem ich im Jahre 2000 ein Praktikum im Kreißsaal machte, wurde die Plazenta eingefroren; zu Zwecken, die mir die Hebamme nicht näher bestimmen konnte – vielleicht weil es eine solche Bestimmung nicht gab, und die Gefriertruhe nur eine Station auf dem Weg zur Entsorgung darstellte. Das ritualisierte Wissen um die traditionelle Bedeutung ist mit deren Hüterinnen, den traditionellen Hebammen, aus unserer Lebenswelt verschwunden.

Eva Labouvie spricht von einer besonderen Ethik der traditionellen Geburtshilfe, *„die es nicht erlaubte, einer Niederkommenden zusätzliche körperliche oder seelische Qualen durch unnötiges Betasten, gewaltsame Eingriffe oder die öffentliche Bekundung von Gefahr und Ratlosigkeit zuzufügen.“*¹⁰¹ Dies steht in elementarem Gegensatz zu den Grundsätzen der später aufkommenden „männlichen“ Geburtsmedizin, wie sie in den Gebäuhäusern des 19. Jahrhunderts praktiziert wurde, und aus deren Praxis das zweite Quellenbeispiel eindrucksvoll berichtet.

Männliche Geburtshelfer, die Berufe wie Ärzte, Chirurgen¹⁰² oder Bader bekleideten, waren selbst in den Städten bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts ganz selten bei Geburten zugegen. Die Geburt im Gebäuhospital bzw. Krankenhaus sowie unter den Händen von „Praktikanten“ und Ärzten machte nach Barbara Duden auch nach dem ersten Weltkrieg in Deutschland nur einen winzigen Teil von drei Prozent an der Gesamtzahl aller Geburten aus.¹⁰³ Selbst wo es in den Städten medizinische - und männliche - Geburtshelfer gab, wurden sie selten gerufen und in diesen vereinzelt Fällen ausschließlich zu komplizierten Geburten, *„bei denen fast immer entweder Mutter oder Kind ums Leben kamen, oder bei Kaiserschnitten und Obduktionen.“*¹⁰⁴ Wie Eva Labouvie belegt, *„assistierten“* die Ärzte und Chirurgen bis zum beginnenden 19. Jahrhundert den Hebammen und Frauen lediglich, die Leitung der Geburt lag bei ihnen.¹⁰⁵ Die Medikalisierung der Geburt schritt

¹⁰¹ Labouvie (1998), S. 120.

¹⁰² Chirurgen gehörten ursprünglich dem Berufsstand der Handwerkschirurgen an, der nicht zu den akademischen medizinischen Berufen gehörte. Vgl. Labouvie (1996), S. 221.

¹⁰³ Barbara Duden, eine vor allem zur Körpergeschichte der Frau arbeitende Historikerin, zitiert diese Zahl in einem in Schlumbohm u.a. (1998) veröffentlichten Aufsatz, S. 331.

¹⁰⁴ Eva Labouvie bezieht sich mit diesem Zitat auf den Zeitraum ab der Mitte des 18. Jahrhunderts. Vgl. Labouvie (1998), S. 105. Eine eindrucksvolle Beschreibung der Umstände ihrer ersten Schwangerschaft und der Geburt ihres ersten Kindes findet sich in den Lebenserinnerungen der Hamburger Bürgertochter Margarethe E. Milow. Es handelt sich hier um das seltene eigenhändige Zeitzeugnis einer „gewöhnlichen“ Frau des 18. Jahrhunderts. Vgl. Milow (1987), v.a. S. 105 ff.

¹⁰⁵ Es werden hier Originalquellenangaben aus der Mitte des 18. Jahrhunderts aufgeführt. Vgl. Labouvie (1998), S. 105f. Heute ist auf der ersten Seite des die Schwangere begleitenden „Mutterpasses“ oder „Schwangerenausweises“ Platz für „Stempel des Arztes/der Klinik/der *mitbetreuenden* Hebamme“ [Hervor-

also langsam voran, ihren Anfang nahm sie jedoch in den Gebärhäusern des ausgehenden 18. und des 19. Jahrhunderts. Mit dem zweiten Geburtsbeispiel habe ich den Ablauf einer Geburt in der Marburger Accouchieranstalt beschrieben.

Während die Frauen auf dem Land traditionellen Gebärpositionen verhaftet blieben, fanden in den Städten, wie oben bereits kurz angesprochen, allmählich die von den Geburtsmedizinern propagierten Entbindungen auf speziellen, mit Lehnen versehenen Gebärstühlen oder liegend im Bett Verbreitung.¹⁰⁶ In diesen Positionen genügte die Betreuung durch zwei Frauen, beispielsweise die Hebamme und eine Helferin, die traditionelle „Versammlung“ einer Gemeinschaft von fünf und mehr Frauen hatte ihre helfende Notwendigkeit verloren, da die stützende Aufgabe von zwei oder drei Frauen entfiel, die vom Gebärlager unabdingbar waren, weil sie die Frau im Stehen, auf einem Hocker, zwischen zwei Stühlen oder auf ihren Knien hielten. Hier wird deutlich, dass der Wandel des Geburtswissens im Sinne einer Medikalisierung des Geburtsergebnisses und der Wandel des Geburtskontextes untrennbar zusammenhängen. Zu Analyse Zwecken erlaube ich mir jedoch die Trennung der beiden Aspekte, da meines Erachtens im einen die Ursache und im anderen die Wirkung zu liegen scheint.

In den Gebärhäusern des 19. Jahrhunderts wurde Geburt ein öffentliches Ereignis zum Nutzen der Wissenschaft, doch die Mehrzahl der Geburten fand noch im häuslichen Rahmen statt. Öffentlich nicht mehr im Sinne einer Angelegenheit, die die ganze Dorfgemeinschaft und nicht nur die Familie oder gar die Eheleute bzw. das zukünftige Elternpaar anging, sondern im Sinne eines für alle wissenschaftlich zu Bildenden zugänglichen Vorganges. Die Gebäranstalten waren in der Hauptsache Ausbildungsstätten für angehende Geburtsmediziner - in geringerem Maße für Hebammen -, die mittellosen Frauen Unterkunft und eine kostenlose Entbindung gewährten, während die Frauen sich für die Untersuchungen zur Verfügung stellen und für die Zeit ihres Aufenthalts vor der Geburt hart arbeiten mussten, wie Marita Metz-Becker an den Mengen Flachses zeigt, die in der Marburger Entbindungsanstalt gesponnen wurden.¹⁰⁷ Wie man sich nach der Lektüre des Quellenbeispiels aus dem Marburger Gebärhaus unschwer vorstellen kann, kam es zu für die

hebung A.S.J. Ein deutliches Zeichen, dass die Betreuung der Schwangerschaft in den Händen der Gynäkologinnen und Gynäkologen liegt und die Hebamme lediglich – wenn überhaupt – mitbetreut.

¹⁰⁶ Vgl. zum Wandel der Gebärpositionen Irntraud Sahmland in: Metz-Becker/Schmidt (2000), S. 9-30; vor allem S. 23-26.

¹⁰⁷ Vgl. Metz-Becker(1997), S. 126f.

Schwangeren und Gebärenden entwürdigenden und peinigenden Situationen, die in einer Vielzahl von Verweigerungsformen wie etwa verheimlichten Wehen oder heimlichem Verlassen der Anstalt mündeten. Marita Metz-Becker dokumentiert diese ausführlich.¹⁰⁸ Was den Frauen zusätzlich zu ihrer „exponierten“ Lage Angst machte, war die Tatsache, dass die Zahl der medizinischen und operativen Eingriffe extrem hoch lag. So wurden bei Osiander in Göttingen etwa 40% der Geburten mit einer Zangenoperation beendet. Eine Zahl, die nicht unbeteiligt lässt, wenn man die Umstände einer Zangengeburt bedenkt.¹⁰⁹ Osiander berichtet von „schwierigen Geburten“, bei denen, auch mitunter bedingt durch ungeübte Operateure, bis zu „73 Tractionen“¹¹⁰ mit der Zange nötig waren, um die Frau zu entbinden.

In diesen dem Dienste der Wissenschaft gewidmeten Zeiten liegen die Anfänge der „Krankenhausgeburt“. Im Laufe des 18. und 19. Jahrhunderts kam es zu einer „systematischen Medikalisierung der Frau“¹¹¹. Gebärkliniken wie die in Göttingen und Marburg kamen auf und mit ihnen ging eine fortschreitende Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe und deren Übergang in männliche Hände einher. Hebammen wurden zu ärztlichem Hilfspersonal.¹¹² Während nach dem ersten Weltkrieg noch 97 Prozent der Kinder zu Hause geboren wurden, waren es in Europa schon 1958 durchschnittlich nur noch 36 Prozent. 1973 war die Hausgeburtsrate bereits auf sechs Prozent und 1978 gar auf ein Prozent gesunken, ein Wert, der nach einer Studie von Beate Schücking noch heute Gültigkeit hat.¹¹³ Barbara Duden fasst die Entwicklung von Gebärhäusern zu Krankenhäusern in folgende kurze Worte: „*Wie es zum Gebärhaus kam: seit dem mittleren 18. Jahrhundert als Ausbildungs*

¹⁰⁸ Vgl. Metz-Becker(1997), S. 230-277.

¹⁰⁹ Vgl. Schlumbohm u.a. (1998), S. 183. Unter einer Zangenoperation muss man sich einen die Mutter sehr strapazierenden operativen Eingriff vorstellen, der mit einer Erweiterung der Geburtswege durch einen tiefen Schnitt in den Damm einhergeht, um das Einführen einer mit zwei verschränkten Löffeln vergleichbaren Zange - ähnlich einer überdimensionalen Gebäckzange - zu ermöglichen, mit deren Hilfe der kindliche Kopf durch das mütterliche Becken gezogen und so geboren wird.

¹¹⁰ Zitiert nach Schlumbohm u.a. (1998), S. 187.

¹¹¹ Fischer-Homberger in: Imhof (1983), S. 217. Vgl. auch Honegger: „Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers“ in: Imhof (1983), S. 203-213.

¹¹² Vgl. auch Fischer-Homberger in: Imhof (1983), S. 217ff.

¹¹³ Zitiert nach Damer/Lorenzen/Rietmann in: Metz-Becker (1999), S. 106. Es handelt sich hier um einen Durchschnittswert der europäischen Nachbarländer Hollands, genannt in einem die europäischen Geburtssysteme untersuchenden Text. In Holland beträgt die Hausgeburtsrate zum Vergleich heute 33%. In Frankreich gibt es nach den Autorinnen keine Hausgeburten, so dass die Zahl in Deutschland bei etwas über einem Prozent liegen könnte. Christin Graba zitiert in einem Vortrag zur Hausgeburtshilfe folgende Zahlen: 1952 lag die Hausgeburtsrate in Westdeutschland noch bei 52,6 Prozent fiel jedoch um 1970 rapide ab und lag 1982 bei nur noch 1,1 Prozent (Quellenangabe: Trombik 1995). Einen Grund für diesen raschen Abfall sieht die Autorin in der Übernahme der Klinikentbindungskosten für jede Entbindung durch die Krankenkassen ab 1968 [Quellenangabe nicht überprüfbar; A.S.]. Vgl. zur aktuellen Anzahl der Hausgeburten in Deutschland aber auch Tabelle 2, 4 und 5 im Anhang.

*stätte für männliche Geburtshelfer und zur Hebammenschulung; seit dem späten 19. Jahrhundert als Ort der aseptischen Ordnung; mit dem frühen 20. Jahrhundert als Rüsthaus für zunehmende operative Eingriffe und neuerdings als Anstalt der Vorsorge und Risikobeschränkung.*¹¹⁴

Zur Zeit des Übergangs vom 19. zum 20. Jahrhundert - also zur Zeit der einfachen Moderne, die sich dann im Laufe des 20. Jahrhunderts rasch zur Spätmoderne radikalisierte - wurde die Geburt im Krankenhaus auch für weniger Bedürftige als die armen verheirateten und vor allem ledigen Schwangeren,¹¹⁵ die im 19. Jahrhundert bei Osiander und Busch entbanden, allmählich üblicher. Hier begann der Prozess weitreichend wirksam zu werden, den Giddens beobachtet, wenn er von einer Verdrängung der traditionellen Weisheit durch immer spezieller werdendes Expertenwissen spricht - ein Prozess, der die Institutionalisierung von Schwangerschaft und Geburt vorantrieb. Die Lehre von Asepsis und Antisepsis hatte Verbreitung gefunden, sodass die Gefahr von Infektionen wie dem Kindbettfieber im Krankenhaus nicht mehr größer war als zu Hause.¹¹⁶ „Zieht man den Ausbau des Spitalwesens und die vielfach beengten Wohnmöglichkeiten in Betracht, war die Spitalsgeburt nun nicht mehr gefährlicher und sicherlich weniger umständlich als eine Hausgeburt.“¹¹⁷ So fasst Alfred Rockenschaub die Zunahme der Krankenhausgeburten. Doch kann man diese rasante Entwicklung so begründen? Könnte ein Grund im Traditionsverlust durch den sinkenden Einfluss der Kirchen liegen, die vorher den durch sie tabuisierten Zugriff der männlichen Geburtshelfer verhindert hatten? Ich werde hierauf im nächsten Kapitel im Zusammenhang mit dem Wissen um Geburt ausführlicher zurückkommen. In jedem Falle ist, wie wir auch in den Beispielen gesehen haben, die institutionalisierte, pathologisierte Krankenhausgeburt des 20. Jahrhunderts mit der um 1700 nicht mehr zu vergleichen. Nach wie vor ist eine Hebamme für die Leitung einer normalen Geburt vorgeschrieben, im Hebammengesetz als „Beziehungspflicht“ verankert, während eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe nicht ausreichen.¹¹⁸ Doch sie ist in ihrer Verantwortung den Ärzten unterstellt.

¹¹⁴ In: Schlumbohm u.a. (1998), S.152.

¹¹⁵ Osiander nannte als Zwecke seiner Entbindungsanstalt kurzgefasst die drei folgenden in eben der Reihenfolge: die Ausbildung „ihres Namens würdiger Geburtshelfer“, die Ausbildung von Hebammen, die sich „in Kenntnis und Geschicklichkeit über die gewöhnlichen Hebammen erheben“ und zuletzt endlich, „dass arme, eheliche und uneheliche Schwangere eine sichere Unterkunft für die Zeit ihrer Geburt und damit alle Unterstützung, Beistand und Hilfe finden, welche zur Erhaltung ihrer selbst und ihrer Leibesfrucht erforderlich sein können.“ Zitiert nach Schlumbohm u.a. (1998), S. 172.

¹¹⁶ Vgl. Rockenschaub (2001), S. 31.

¹¹⁷ Rockenschaub (2001), S. 31.

¹¹⁸ Vgl. Hebammengesetz (HebG) vom 4. Juni 1985 (gültige Fassung), II. Abschnitt, Vorbehaltene Tätigkeiten, § 4: „(1) Zur Leistung von Geburtshilfe sind, abgesehen von Notfällen, außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ oder ‚Entbindungspfleger‘

Der Geburtsraum ist nicht mehr der Gebärenden und den sie begleitenden Frauen vorbehalten, sondern genauso wie der schwangere Leib und das Erleben der Schwangerschaft nicht mehr der Frau anheim liegt, ein „öffentlicher Ort“.¹¹⁹ Die Frau bringt ihr Kind nicht mehr in einem ritualisierten, sinnstiftenden Kontext zur Welt, sondern in einem ortlosen, beliebigen. Die vertraute Umgebung des Hauses wurde gegen die sterile, Sicherheit versprechende eines Krankenhauses getauscht.¹²⁰ Das Sinnstiftende der traditionellen Entbindung ist verlorengegangen. Barbara Duden vertritt die These, dass die heutige klinische Geburtssituation aus diesem Grunde nichts mehr mit dem „Geborenwerden“ früherer Zeiten zu tun hat. Sie formuliert dies folgendermaßen:

„Das Subjekt der Geburt, das in der Niederkunft einer Frau ans Licht kam, und der neugeborene Patient, der in einem programmierbaren Prozess überwacht produziert wird, sind unverwechselbar. Das Subjekt vormals war Bub oder Mädchen. Geburt war die Ur-Sache der Erscheinung (,epiphanie') eines erwarteten Kindes im Rahmen eines somatischen, eines immer körperlich sozialen Ablaufs, der, durch Wehen begonnen, in der Abnabelung gipfelte, mit der Nachgeburt und – gelegentlich – mit dem Windeln beendet wurde und unter Frauen stattfand. Geburt war Neubeginn.

Was heute als Geburt bezeichnet wird, ist nicht mehr Neubeginn. Es ist ein kritisches Moment in der Karriere eines schon vorgeburtlich entstandenen Verwaltungsobjektes, eines sogenannten Fötus. Es ist das Resultat einer Synergie, eines Zusammentreffens von mütterlichem Organismus mit einer Vielzahl technischer Interventionen. Mit jeder Entbindung beginnt heute die extrauterine Epoche eines zusätzlichen Patienten, dessen Problematik, Bedürfnis-Intensität und Kosten-Veranschlagung schon lange im Mutterpass nachgewiesen werden können. Unvermeidlich impliziert jede klinische Geburt einen Zuwachs der zu betreuenden Bevölkerung um eine Einheit.“¹²¹

sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 berechtigt. Die Ärztin und der Arzt sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Entbindung eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger zugezogen wird.“ [Hervorhebung A.S.]

¹¹⁹ Vgl. auch Duden (1994). Die Autorin untersucht hier die Auswirkungen der Ultraschalltechnik, des damit einhergehenden „Öffentlichmachen“ des Fötus, auf das Körpererleben von Frauen. Oder auch Duden (2002), S. 84-91, v.a. S. 89f. Für die Schwangerschaft sind drei Ultraschalluntersuchungen in den „Mutterschaftsrichtlinien“ vorgeschrieben, üblich sind sie jedoch bei vielen Ärzten zu jeder Vorsorgeuntersuchung.

¹²⁰ Claudia Hilpert formuliert dies in einer vom Frauenbüro Mainz herausgegebenen Kurzfassung ihrer medizinischen Dissertation folgendermaßen: „*War bis Mitte des 20. Jahrhunderts die Hausgeburt noch der Regelfall, sind Klinik und Kreißsaal heute die fast als selbstverständlich empfundene – unpersönlich ‚sterile‘, aber dafür eine hohe Sicherheit gewährleistende – Umgebung einer Entbindung geworden.*“ Hilpert (2002), S. 8; vgl. auch Hilpert (2000).

¹²¹ In: Schlumbohm u.a. (1998), S. 154/155.

Auch Anthony Giddens spricht Traditionen eine „*identitätsstiftende*“ und damit sinngebende Wirkung zu.¹²² Die Mischung von Enttraditionalisierung und Technologie, die Geburt heute prägt, macht aus diesem grundlegend sozialen Ereignis einen medizinischen Vorgang, der die Gebärende bzw. die jungen Eltern in ihrem Streben nach Risikoverminderung und Sicherheit ausliefert an ein System der Überwachung, das ihnen auch nach der Geburt die Eigenverantwortung für ihren Sprössling aus der Hand nimmt, bzw. ihre natürliche Entscheidungsfähigkeit lähmt.

Um zum Abschluss gänzlich in der heutigen Zeit anzukommen, möchte ich die Beschreibung der Geburten anführen, die ich im Jahre 2000 während eines Praktikums im Kreißaal eines kleinstädtischen Kreiskrankenhauses in der Pfalz erlebt habe.¹²³ Die Schwangere kam mit Wehen oder vorzeitigem Blasensprung meist in Begleitung ihres Mannes¹²⁴ in den Kreißaal, wo sie von den Hebammen empfangen wurde, und, wenn noch Zeit blieb, ein Bett auf der angrenzenden Wochenstation beziehen konnte. In der Eröffnungsphase¹²⁵ wurde den Frauen, die von der Hebamme zunächst ohne Hinzuziehen einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen betreut waren, nach der Untersuchung des Muttermundes und einer Aufzeichnung von Wehen und kindlichen Herztönen ein Einlauf zum Anregen der Wehentätigkeit verabreicht sowie ein entspannendes Bad angeboten, das die meisten auch annahmen. In der Eröffnungsphase erfolgte je nach diensthabender Hebamme auch eine Genitalrasur, um das Nähen im Falle eines Dammschnittes oder -risses zu erleichtern. Wenn die Wehen dann heftiger wurden, begleitete die Hebamme die Gebärende in den Kreißaal, in dessen Mitte ein „multifunktionales“, in vielen Positionen heb- und senkbares Gebärbett stand, das sowohl zu liegender und halbsitzender, als auch zu hockender Gebärhaltung die Möglichkeit gab. Die gesamte Geburt war von Messungen des Herztonwehen

¹²² Vgl. Giddens (1993), S. 464: „[...] Entsprechend sind Traditionen ein identitätsstiftendes Medium. Sowohl individuelle als auch kollektive Identität setzt Sinn voraus [...]. Identität bedeutet die Schaffung von Konstanz in der Zeit, die Herstellung einer Verbindung zwischen Vergangenheit und Zukunft.“

¹²³ Im Juli 2000 konnte ich im Kreißaal des Kreiskrankenhauses Grünstadt/Pfalz während eines zweiwöchigen Praktikums die Hebammen bei ihrer Arbeit begleiten. Von acht Geburten, die ich in dieser Zeit erlebte, waren zwei eingeleitet und zwei Kinder wurden mit geplantem Kaiserschnitt entbunden, eines davon auf Wunsch der Mutter. Die vier übrigen waren spontane Geburten, eine so schnell, dass das Kind noch auf der Untersuchungsfläche im Vorraum geboren wurde. Alle Frauen, bis auf die eine extrem schnell gebärende, erhielten von der Hebamme schmerzlindernde bzw. muttermundwirksame Medikamente.

¹²⁴ Eine Frau wurde von Mutter, Mann und halbwüchsigen Bruder, eine andere von ihrer Schwägerin begleitet.

¹²⁵ Eine Geburt wird in drei Phasen untergliedert: die Eröffnungsphase, in der die Wehen den Muttermund weiten, und das Köpfchen tiefer schieben; die Austreibungsphase, in der die Frau das Kind nach vollständiger Öffnung des Muttermundes mit Hilfe der Presswehen durch den Geburtskanal presst; und zuletzt die Nachgeburtsphase, in der leichte Nachwehen das Ablösen und die Austreibung der Plazenta mit Nabelschnur und Eihäuten bewirken. Vgl. auch Spitzer (1999), S. 179.

schreibers begleitet. Die begleitende Person wurde von der Hebamme zu erleichternden Massagen angeleitet und sorgte - mehr oder weniger eigenständig und einfühlsam - für Erfrischung und Zuspruch der Kreißenden. Wenn die Geburt ins Stocken geriet, oder die Hebamme die Kindslage nicht genau feststellen konnte, rief sie den oder die diensthabenden GynäkologInnen hinzu. Das Verhältnis von Hebammen und GynäkologInnen war in meinem Falle - im Gegensatz zu dem zwischen Schwestern und Ärztinnen bzw. Ärzten - von respektvollem gegenseitigem Umgang geprägt.¹²⁶ Den Dammschnitt führte die Hebamme aus, das Nähen der Geburtsverletzungen war ausschließlich Aufgabe der Ärztin. In der Regel waren die GynäkologInnen dauerhaft nur zugegen, wenn sie von der Hebamme gerufen wurden, „schauten“ jedoch hin und wieder nach dem Stand der Dinge. Die Hebamme dokumentierte den Geburtsverlauf, behielt Mutter und Kind noch zwei Stunden nach der Entbindung in ihrer Obhut, nachdem sie die U1¹²⁷ durchgeführt und das Kind gewaschen, sowie angezogen hatte. Das Kind ruhte während dieser zwei Stunden in den Armen der Mutter oder der Begleitperson. Nach Ablauf der Betreuungszeit durch die Hebamme wurden Mutter und Kind - getrennt - auf die Wochenstation gebracht, wo die Mutter in ihrem Zimmer ruhte, und das Kind ins Kinderzimmer gebracht wurde. Als Begründung für diese Trennung wurde angegeben, dass beide jetzt Ruhe benötigten. Keine der Frischtgebundenen erhob den Wunsch, das Kind bei sich zu behalten.

Wenn man die Entwicklung der Schnittentbindungen betrachtet - ich meine hier sowohl die geplanten Kaiserschnitte auf Wunsch der Frau, als auch ärztlich indizierte geplante Kaiserschnitte sowie den Kaiserschnitt als Notoperation bei Problemen unter der Geburt - scheint hier eine neue Phase der Medikalisierung eingetreten zu sein. Während des eben beschriebenen zweiwöchigen Praktikums wurden zwei geplante Kaiserschnitte ausgeführt, davon einer auf Wunsch der Mutter. Allein, dass dies ohne medizinischen Anlass möglich ist, und die Krankenkassen trotzdem die Kosten übernehmen, verwundert. Auch dass in einem Artikel des Magazins „Der Spiegel“ von einem Trend zur Schnittentbindung nach Wunsch gesprochen wird, zeigt eine Veränderung an. Eine Veränderung in der Selbstwahrnehmung der Frau, aber auch eine Verschiebung von Vertrauen. Die Frauen, aber auch die ÄrztInnen

¹²⁶ Auch wenn es die Hebammen waren, die dem Chefarzt Kaffee anboten, und nicht umgekehrt. Doch der Chefarzt kam zu einem vertrauten Plausch ins Hebammenzimmer, was im Schwesternzimmer nach meinen Beobachtungen undenkbar gewesen wäre.

¹²⁷ Die U1 ist die erste von neun Vorsorgeuntersuchungen des Kindes, die in vorgeschriebenen Abständen durchzuführen sind - die ersten sieben in den ersten zwei Lebensjahren, die letzte im Alter von fünf Jahren. In einem gelben Untersuchungsheft, dem „Mutterpass“ der Schwangerenvorsorge vergleichbar, werden diese von der Kinderärztin oder dem Kinderarzt dokumentiert.

und Hebammen vertrauen immer weniger auf natürliche Körperfunktionen und Jahrtausende alte Fähigkeiten der Frau, und immer mehr auf die Wunder der Technik. Eine Frau empfindet es nicht mehr als Zugriff auf ihre Integrität, sich den Bauch aufschneiden zu lassen, fühlt sich nicht um die Geburtserfahrung betrogen, sondern erleichtert, von den „Strapazen“ einer natürlichen Geburt verschont zu sein.¹²⁸ Zwischen 1991 und 2002 stieg der Anteil der Kaiserschnitte an Krankenhausentbindungen in Deutschland von 15,3 Prozent auf geschätzte 25 Prozent.¹²⁹ Meines Erachtens spielen hier mehrere Faktoren eine Rolle. Die Operations- und Narkosetechniken wurden so weiterentwickelt, dass die Operation für Mutter und Kind immer sicherer wird. Hinzu kommt die in dem schon genannten Spiegelartikel untersuchte Tendenz, dass es „chic“ wird, sich nicht den „Mühen“ einer natürlichen Geburt zu unterziehen, wenn man es auch „einfacher“ haben kann. Aus den USA wird die folgende Werbezeile zitiert, die als unglaubliche Verdrehung der Tatsachen erscheinen muss: „*Preserve your lovechannel, take a caesarean!*“ Prompt ist die Kaiserschnitttrate in amerikanischen Privatkliniken auf fünfzig Prozent angestiegen. Welch verändertes Körper- und auch „Selbst“-Bewusstsein bewegt zu solchen Reaktionen und lässt derartige Werbesprüche erst aufkommen? Hierauf möchte ich im vierten Kapitel nochmals näher eingehen, das dem Selbstverständnis der Frau als Mutter gewidmet ist.

Und doch ist der Kaiserschnitt keinesfalls eine ungefährliche Operation. Schon gar nicht im Vergleich mit dem spontanen Geburtsmodus. So steigt etwa das Risiko zu vorzeitiger Plazentalösung, die die Gefahr des Todes durch Erstickten für das Kind und ein hohes Blutungsrisiko für die Mutter birgt, bei vorausgegangenem Kaiserschnitt. Auch das Verwachsen der Plazenta mit der Gebärmutter oder deren falsche, etwa zu tiefe Lage, die wiederum ein Blutungs- und Fehlgeburtsrisiko und das Risiko der vorzeitigen Ablösung mit sich bringt, wird nach einer Kaiserschnittentbindung häufiger beobachtet. Ein Gebärmutterriss, der nach einer spontanen Entbindung so gut wie gar nicht vorkommt, ist nach einer Schnittentbindung wahrscheinlicher.¹³⁰ Alfred Rockenschaub, der langjährige Leiter der Semmelweis-Frauenklinik in Wien, und Befürworter einer abwartenden Hebammengeburtshilfe, sieht in einem „streitbaren“ Artikel der Deutschen Hebammenzeitschrift nur ein Prozent der Schnittentbindungen als gerechtfertigt an, und bezeichnet die heute übliche

¹²⁸ Ich verallgemeinere hier zum Zwecke der Verdeutlichung, aber natürlich gibt es Frauen, die sich vehement gegen einen Kaiserschnitt aussprechen, und einige, die nach einer Schnittgeburt von zwiespältigen Gefühlen etwa dem Kind gegenüber oder dem Gefühl versagt zu haben berichten. Ich habe dies allerdings nur von Frauen vernommen, deren Geburt durch Komplikationen mit einem Kaiserschnitt beendet wurde.

¹²⁹ Vgl. zur Kaiserschnitttrate auch Tabelle I im Anhang.

¹³⁰ Ich zitiere hier Komplikationen, die in dem schon angesprochenen Spiegelartikel von Renate Nimtz-Köster genannt sind. Zu den Komplikationen und Risiken vergleiche auch Spitzer (1999), S. 260.

Praxis als „*schwere Körperverletzung*“.¹³¹ Und zwar ist dieses eine Prozent gerechtfertigt durch Anomalien der Geburtswege, die ein Passieren des Kindes unmöglich machen, sowie durch Wehenschwäche, die nicht zu beheben ist. Dies ist jedoch laut Rockenschaub nur in einer von hundert Geburten der Fall. Die weitaus meisten Kaiserschnitte werden nach seiner Aussage aufgrund fötaler Indikation durchgeführt, und zwar der der drohenden Pulslosigkeit. Deren vermeintliche Vorzeichen werden mit Methoden moderner Diagnostik für den Laien als Tatsachen hingestellt, obwohl es sich immer nur um unsichere und manchmal sogar wenig aussagekräftige Deutungen der intrauterinen Situation handeln kann. Es würde zu weit, zu sehr ins medizinische Detail führen, Rockenschaubs gesamte Argumentation nachzuzeichnen. Bezeichnend ist jedoch, dass der langjährige Leiter der Frauenklinik einer Millionenstadt die Kaiserschnitttrate an seiner Klinik bei 44525 Geburten tatsächlich auf *ein* Prozent senken konnte, ohne dass sich dadurch die perinatale Sterblichkeit oder die Müttersterblichkeit erhöhte. Daher kann sein Vorwurf der „*Körperverletzung*“ an die moderne Geburtsmedizin nicht leichtfertig abgetan werden.

Einen kurzen Exkurs am Ende der Untersuchung der Geburtssituation möchte ich wagen, wenn ich auf Geburten im Geburtshaus und zu Hause eingehe – heutzutage Einzelfälle der Gebärpraxis, aber vielleicht lässt sich eine dem „*Trend zur Entbindung nach Terminkalender*“¹³² entgegengesetzte Tendenz ausmachen.

Haus- und Geburtshausgeburten, also Geburten, die ausschließlich von Hebammen begleitet sind, haben einen Anteil zwischen einem und drei Prozent an der Gesamtzahl der Geburten in Deutschland.¹³³ Holland verkörpert mit rund 33 Prozent an Hausgeburten einen europäischen Sonderfall.¹³⁴ Hausgeburten werden heute von Eltern aufwendig geplant und bis ins Detail vorbereitet, weil sie nicht mehr selbstverständlicher Teil unserer Le

¹³¹ Vgl. auch für das Folgende Alfred Rockenschaub in: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2003, S. 48-52.

¹³² Ich zitiere hier die Artikelankündigung im Inhaltsverzeichnis des Magazins „Der Spiegel“, Nr. 6/2003.

¹³³ Eugène Declercq nennt in einem Artikel der Österreichischen Hebammenzeitschrift (6. Jg., Heft 3/00, Juni 2000) folgende genaue Zahlen: „Die Rate der Haus- und Geburtshausgeburten in Deutschland pendelt sich in den letzten Jahren auf ca. 1,5 bis 2% ein. Es gibt allerdings ziemliche regionale Schwankungen. So beträgt die Rate der außerklinischen Geburten in Berlin 3,6%, 1,3% Hausgeburten in West- und 1,8% Hausgeburten in Ostberlin; 2,3% der Frauen (West 2,1%, Ost 3%) haben in einem Geburtshaus oder einer Hebammenpraxis geboren. Die Raten sind eher rückläufig (1997 waren es 3,9% außerklinische Geburten), die Verlegungsrate jedoch steigt eher an. Ambulante Geburten machen schon 10% der Westberliner Geburten aus. 570 Berliner Hebammen haben eine Niederlassung, knapp die Hälfte arbeiten ausschließlich in der freien Praxis. In Deutschland gibt es inzwischen ca. 60 Geburtshäuser, die von Hebammen geleitet werden, die Zahl ist sehr im Steigen begriffen. Auch Hebammenpraxen nehmen zu.“ An der Datenerhebung des „Qualitätsberichts 2001“, einem Qualitätsbericht der außerklinischen Geburtshilfe, beteiligten sich bereits 64 Geburtshäuser. Die aktuellen Daten zu Haus-, Geburtshaus- und Klinikgeburt sind in Tabelle 2 bis 5 im Anhang angeführt.

¹³⁴ Sehr interessant zum strukturell deutlich vom unseren unterschiedenen Geburtssystem in Holland vgl. Metz-Becker (1999), S. 101-109.

benswelt sind. Eva Schindele schildert einen eindrucksvollen Fall, der mit dem Eingraben der Plazenta in einem Blumentopf durch den Vater des Kindes endet, wo sie „*Laras Bäumchen nähren*“ soll.¹³⁵

Hier scheint die Tradition, zu Hause - oder im Falle des Geburtshauses, in nicht medizinisch durchstrukturiertem Raum - und unter Frauen zu gebären, in nicht-traditionaler Weise verteidigt zu werden. Eine Qualitätsstudie außerklinischer Geburtshilfe, die im Auftrag des Bundes Deutscher Hebammen e.V. und des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V. seit 1999 jährlich durchgeführt wird, widmet sich genau diesem Zwecke.¹³⁶ Eine in einem von Marita Metz-Becker herausgegebenen Band zitierte Hebamme formuliert die Entscheidung zur Hausgeburt folgendermaßen: „*Die Entscheidung zur Hausgeburt ist ein Prozess. Bei manchen fällt sie schon während der ersten Schwangerschaft, bei manchen erst bei späteren Geburten. Manche Frauen wollen das nie.*“¹³⁷ Eine Alternative zur Hausgeburt ist in den letzten zwanzig Jahren die Geburt im Geburtshaus geworden. Ein Geburtshaus wird von einer Hebamme oder Hebammengemeinschaft geführt und bietet werdenden Müttern Raum und Betreuung während der Schwangerschaft, sowie zur Geburt und zur Geburtsnachbereitung. Die Hebammen verfügen meist über großzügige Räumlichkeiten, unter anderem geräumige Geburtszimmer ohne technische Ausrüstung und Badezimmer zur Entspannung während der Wehen oder gegebenenfalls für Wassergeburten. Meist kooperieren die Hebammen mit Frauenärzten, und übernehmen die Schwangerenvorsorge der Frauen. Diese suchen dann lediglich für die drei in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegten Ultraschalluntersuchungen eine Frauenärztin auf.¹³⁸ Dadurch kennen die Hebammen die Frauen bis zum Erreichen des Geburtstermins sehr gut und können sicher einschätzen, jedenfalls so sicher, wie es bei einem so unberechenbaren Ereignis wie einer Geburt nur möglich ist, in welchen Fällen mit Komplikationen unter der Geburt zu rechnen ist. In diesen Fällen übergeben sie die Schwangere zur Geburt an eine Entbindungsklinik. 1982 wurde das erste Geburtshaus Deutschlands in Berlin gegründet,

¹³⁵ Vgl. Schindele (1995), S. 103.

¹³⁶ Vgl. Loytved (2002): Qualitätsbericht 2001 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Dieses Jahr zum ersten Mal im Auftrag der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“ (QUAG e.V.).

¹³⁷ Metz-Becker (1999), S. 90. Interessant scheint mir hier, dass die Motivation für die meisten Frauen, die im Geburtshaus oder zu Hause entbinden, die vertraute Person der Hebamme ist, die dort die Geburt begleitet. Vgl. Loytved (2002): Qualitätsbericht 2001, S. 20.

¹³⁸ Sehr interessant zu den Vorteilen einer Schwangerenvorsorge durch die Hebammen ein Artikel von Ute Höfer in: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/2003, S. 6-9. Sie plädiert für eine Schwangerenvorsorge, die die Mutter und nicht das Kind in den Mittelpunkt stellt, wie es bei der gynäkologischen Vorsorge der Fall ist. So können Ängste minimiert und Vertrauen geschaffen werden, beides wirkt sich positiv auf die Entwicklung des Kindes und die bevorstehende Geburtssituation aus.

nachdem die medizinische, „programmierte“ Geburtshilfe im Zuge der Verbreitung der Gedanken zur „sanften Geburt“ im Sinne Leboyers durch „alternative Kreise“ zunehmend hinterfragt wurde und in Kritik geraten war.¹³⁹ Mittlerweile gibt es rund 60 Geburtshäuser in Deutschland und eine steigende Anzahl in Hebammenpraxen arbeitender Hebammen.

3.2 Das Geburtswissen

Es erfolgte im vorhergehenden Abschnitt eine Beschreibung des Wandels im Geburtskontext. Im nächsten Absatz werde ich den Wandel des Geburtswissens untersuchen und klären, wie dessen Verwissenschaftlichung und Enttraditionalisierung zusammenhängt mit dem Wandel, den das Geburtsergebnis erfährt.

Wir haben gesehen, dass das Geburtsergebnis nicht mehr im Lebenszusammenhang gebärender Frauen stattfindet, sondern dass Geburt, wie Sterben und Tod auch, medikalisiert und von der Lebenswelt getrennt ins Krankenhaus ausgelagert sind. Geburt kann heute auch nicht mehr im Lebenszusammenhang stattfinden, weil das Geburtswissen dort nicht mehr präsent ist. Wie kam es dazu, dass das Wissen der „weisen Frauen“ verloren ging? Dass Frauen sich nicht mehr zutrauten, das Geburtsergebnis aus eigener Kraft in einer Gruppe von Helferinnen zu erleben, sondern ihr Schicksal immer häufiger ärztlicher Obhut anvertrauten – eine Entwicklung, die sich im Vergleich zur Jahrtausende alten Gebärtaxis unter Frauen in einer unglaublich kurzen Zeitspanne von nicht einmal hundert Jahren vollzog?¹⁴⁰ Ich möchte mich in den folgenden Ausführungen vor allem auf einen Aufsatz Ger- not Böhmes beziehen, der die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe unter dem Aspekt wissenschaftlichen versus lebensweltlichen Wissens untersucht und sowohl die für mich wesentlichen Aspekte anspricht als auch den Bezug zu Giddens zulässt.¹⁴¹

Im Gegensatz der Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Hebamme konkretisiert sich für Böhme das Verhältnis von wissenschaftlichem zu lebensweltlichem Wissen.¹⁴² Hebammen waren die eigentlichen Träger des lebensweltlichen Wissens um Geburt. Unter lebensweltlichem Wissen versteht Böhme das „*Wissen der lebensweltlich Betroffenen*“.¹⁴³ Entsprechend spricht Giddens von Weisheit, die durch Erfahrung gewachsen ist.¹⁴⁴ Beides gilt für das

¹³⁹ Vgl. Leboyer (1999).

¹⁴⁰ Wie weiter oben angeführt, fanden noch nach dem ersten Weltkrieg 97 Prozent aller Geburten zu Hause statt, während heute zwischen 98 und 99 Prozent der Frauen ihre Kinder im Krankenhaus gebären. Vgl. auch die Krankenhausstatistik in Tabelle 3 im Anhang.

¹⁴¹ Böhme (1980), S. 445-463.

¹⁴² Giddens spricht hier von Expertenwissen bzw. Fachwissen und Weisheit.

¹⁴³ Böhme (1980), S. 449.

¹⁴⁴ Vgl. Giddens (1993), S. 466.

reiche Wissen um Schwangerschaft und Geburt, das traditionellen Hebammen zu Eigen war. Die heutigen Gynäkologinnen und Gynäkologen haben ihr Wissen außerhalb ihrer Erfahrungswelt auf akademischem Wege erlangt. Giddens spricht in ihrem Falle von Experten, die über ein „*universalisiertes*“ Fachwissen verfügen¹⁴⁵, das ohne Einbettung in einen gewissen Kontext, überall auf der Welt verfügbar und ständig in Gefahr ist, durch neuere Erkenntnisse korrigiert zu werden.

Geburtshilfe war ursprünglich - wie wir weiter oben an Beispielen gesehen haben - solidarische Hilfe, d.h. Hilfe unter Betroffenen. Die Hebamme zeichnet sich durch besondere Erfahrung und besondere Ausprägung der Fähigkeiten aus, die im Prinzip alle Frauen der Gemeinschaft besitzen. Böhme spricht deshalb von der Hebamme als „*Expertin der Lebenswelt*“.¹⁴⁶ Mit der Medikalisierung der Geburt ist die Hebammenkunst heute klinischen Pflegeberufen gleichgesetzt.¹⁴⁷ Die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, die so tiefgreifende Veränderungen mit sich brachte, fasst Böhme mit folgenden Worten zusammen:

*„Den Prozess der Verwissenschaftlichung kann man durch folgende Merkmale charakterisieren: Er bedeutet den Übergang der entscheidenden Kompetenzen von den Hebammen an die Ärzte, d.h. von den Händen der Frauen in die Hände der Männer. Durch die Verwissenschaftlichung geschieht eine Herauslösung aus dem Lebenszusammenhang, eine Verlagerung in den synthetischen Raum der Klinik. Der Geburtsvorgang selbst wird dort in fortschreitendem Maße unter Bedingungen gestellt, die für mögliche Risikofälle erforderlich sind. Der Fortschritt in der wissenschaftlichen Geburtslenkung transformiert die Geburt selbst aus einem natürlichen, spontanen Ereignis in einen kontrollierten Vorgang, die programmierte Geburt. Dadurch kommt das Gebären in der Geburtshilfe nicht mehr als subjektiv persönliches, sondern nur noch als objektiv sachliches Ereignis vor.“*¹⁴⁸

Den Unterschied zwischen den Auffassungen von „Verwissenschaftlichung“ der Autoren Giddens und Böhme möchte ich kurz erläutern. Böhme vertritt folgende Position:

¹⁴⁵ Giddens (1993), S. 469.

¹⁴⁶ Böhme (1980), S. 449.

¹⁴⁷ Ich zitiere hier sinngemäß Alfred Rockenschau in: DHZ 6/2003, S. 51. Diese Gleichstellung ist aber auch ganz profan darin ersichtlich, dass Hebammen, die auch in der Klinik für jeden normalen Geburtsverlauf verantwortlich sind, für ihre Arbeit die gleiche Bezahlung erhalten wie medizinisches Pflegepersonal. Ich möchte hier die enorme Bedeutung guter medizinischer Pflege nicht abwerten, es scheint mir jedoch ein ganz unterschiedlicher Verantwortungsbereich vorzuliegen.

¹⁴⁸ Böhme (1980), S. 449. Geburt ist nirgendwo auf der Welt nur natürlich, sondern immer ein soziales, kulturell geprägtes Ereignis. Vgl. hierzu auch sehr interessant die ethnomedizinischen Geburtsbetrachtungen in: Schiefenhövel/Sich (1986), v.a. S. 15.

„Wenn wir von der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe sprechen, so ist die Lebenswelt, auf die wir uns beziehen, der Lebenszusammenhang der gebärenden Frauen. Ferner kann man fragen, ob man nicht mit einer Verwissenschaftlichung von lebensweltlichem Wissen in dem Sinne zu rechnen hat, dass das wissenschaftliche Wissen in die Lebenswelt diffundiert. Wir glauben, dass diese Diffusion faktisch gar nicht stattfindet, dass lediglich Ausdrücke und Einzeldaten der Wissenschaft im Lebenszusammenhang auftauchen, dass vielmehr umgekehrt Verwissenschaftlichung darin besteht, dass bestimmte Lebensvollzüge an bestimmte wissenschaftlich gebildete Fachleute delegiert werden.“¹⁴⁹

Fachwissen findet also nach Böhme nicht wirklich den Eingang in die Lebenswelt, sondern Lebenssituationen, in denen wir auf bestimmtes Fachwissen zurückgreifen müssen, werden in ihrer Verantwortlichkeit an die Experten eben diesen Fachwissens abgegeben. Anthony Giddens hingegen stellt fest: *„Fachwissen“*, im Gegensatz zu Traditionen, die immer fest an ihren „Hüter“ als Träger der Wahrheit gebunden sind, *„steht jedem offen, der bereit und in der Lage ist, Zeit und Energie zu investieren und durch institutionelle Reflexivität wird ein fortlaufender Prozess der Rückvermittlung von entsprechenden Expertentheorien, Befunden und Begriffen in die allgemeine Öffentlichkeit aufrechterhalten.“¹⁵⁰* Meiner Meinung nach spielen in unserem Falle beide Ansichten eine Rolle. Wie an den hohen Raten der Klinikgeburten und Kaiserschnitte zu sehen ist, kann durchaus von einer Delegation an Fachleute die Rede sein, während umgekehrt eine Fülle an von Fachleuten verfasster, freilich populärwissenschaftlich gehaltener Ratgeberliteratur zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft im Handel erhältlich ist. Auch die von den Krankenkassen in der Finanzierung übernommenen Geburtsvorbereitungskurse sollen den Schwangeren - oder auch den werdenden Eltern - wissenschaftlich erlangtes Wissen über Schwangerschaft, Geburtsablauf, Wochenbett und Säuglingspflege vermitteln, da dies in der modernen Kleinfamilie nicht mehr durch Mutter und Großmutter geleistet wird.¹⁵¹ Dennoch ist die Geburtsmedizin in solchem Grade spezialisiert und ihre Erkenntnisse werden - wie in den anderen Wissenschaften auch - so regelmäßig revidiert, dass es fraglich ist, inwieweit dieses Wissen in die Lebenswelt Schwangerer *„diffundiert“*. Diese Überlegungen werde ich im nächsten Kapitel nochmals aufnehmen.

¹⁴⁹ Vgl. Böhme (1980), S. 448.

¹⁵⁰ Vgl. Giddens (1993), S. 473.

¹⁵¹ In diesem Zusammenhang wäre es sehr interessant, den Wandel der Familie im Zuge des Voranschreitens der Moderne zu betrachten, der viel dazu beigetragen hat, dass das Wissen um Geburt im Lebenszusammenhang nicht mehr vorhanden ist. Im Rahmen dieser Arbeit muss ich mich jedoch mit dem Hinweis auf diesen Bereich begnügen.

Böhme zeigt die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe an der Sozialgeschichte des Hebammenstandes auf, eine Entwicklung, die ich in knappen Worten nachzeichnen will, da in ihr der Wandel des Wissens um Geburt deutlich wird.

Die Entstehung des Hebammenwesens teilt der Autor in folgende vier Phasen auf: *„Hebammendienste als solidarische Hilfe, die Hebammentätigkeit als Amt, als traditioneller Beruf und schließlich als moderner Beruf.“*¹⁵²

Grundanforderung an eine Hebamme war - nicht nur in der ersten Phase, sondern mindestens bis 1800, teilweise bis weit ins 20. Jahrhundert -, selbst Kinder geboren zu haben. Die Frauen standen einander bei ihren Geburten bei und „*naturgemäß*“ tat sich eine hervor, die durch bestimmte Eigenschaften besonders geeignet war und nach und nach auch über einen größeren Erfahrungsschatz als die anderen verfügte. Deshalb spricht Böhme in der ersten Phase von der Geburtshilfe als solidarischer Hilfe unter Frauen.¹⁵³

Nach Böhme hängt die Entwicklung der Hebammentätigkeit zum „Amt“¹⁵⁴ mit der Ritualisierung und der kirchlichen Verwaltung der Lebenswelt im Mittelalter zusammen. Es kamen im Zuge dessen verstärkt Aufgaben hinzu, die nicht direkt mit der Hilfe bei der Geburt zusammenhingen. In Mainz fand diese *„Institutionalisierung des Hebammenamtes“* um die Mitte des 16. Jahrhunderts statt.¹⁵⁵ Es geht hier zum einen um die Gestaltung der Geburt als sozialen und kulturellen Vorgang und es entstehen erste Hebammenordnungen, die dies regeln. Zum anderen geht es um die „Sicherstellung“ des „Seelenheils“ des Neugeborenen: Die Hebamme erhält die Berechtigung und Verpflichtung zur Nottaufe. Sie wird amtliche Geburtszeugin, die etwa darüber zu wachen hat, dass Kinder nicht umgebracht werden, dass der Vater des Kindes festgestellt wird - eben, dass alles mit rechten Dingen zugeht. Sie ist zudem verpflichtet, nichteheliche Schwangerschaften anzuzeigen. In Mainz ist nach Claudia Hilpert jedoch nur ein einziger Hinweis auf eine solche Anzeige zu finden, da die Hebammen wahrscheinlich eher den Schwangeren als der Obrigkeit gegenüber solidarisch handelten. Nichtmedizinische Aufgaben, die die bedeutende soziale Position der Hebamme verdeutlichen, zum Teil aber schon früher bestanden, sind etwa die Unterweisung der Schwangeren in das Verhalten und die Lebensführung während der Schwangerschaft oder das Zur-Taufe-Tragen des Kindes. Die Hebamme war aber nicht nur

¹⁵² Böhme (1980), S. 450.

¹⁵³ Böhme (1980), S. 451.

¹⁵⁴ Böhme definiert diesen Ausdruck folgendermaßen: *„Ein Amt ist weder ein Gewerbe noch ein Beruf im heutigen Sinne. Ein Amt ist die obrigkeitlich sanktionierte Verwaltung eines in bestimmter Weise gestalteten lebensweltlichen Zusammenhanges.“* Böhme (1980), S. 451.

in der Kirche anwesend, sondern trug wesentlich zur Organisation der anschließenden Feierlichkeiten bei.¹⁵⁶ Amtshebammen wurden auf Hebammenordnungen vereidigt, die unter anderem häufig das Verbot der Hexerei enthielten, damit die „Wehemutter“ bei ihrem Wachen über das Gute ja nicht dem Bösen, der teuflischen Versuchung unterliege. In einer Mainzer Hebammenordnung werden die Hebammen aufgerufen, die Eltern zu ermahnen, ihr Neugeborenes innerhalb von acht Tagen taufen zu lassen. Ferner ist den Hebammen die Anwendung *„abergläubischer Mittel und unerlaubter Praktiken zur Erleichterung der Schmerzen oder zur Beschleunigung der Geburt untersagt“*.¹⁵⁷

Für den Wandel vom Hebammenamt zum Hebammenberuf im Laufe des 18. Jahrhunderts benennt Böhme drei Gründe: *„die allmählich einsetzende Säkularisierung des gesamten Lebens, die Einführung spezifischer Ausbildungen und Diplome für Hebammen und die entstehende Konkurrenz mit den männlichen Geburtshelfern“*.¹⁵⁸ Aber auch in diesem Stadium blieb die Hebammentätigkeit stark traditionellen Mustern verhaftet. Böhme fasst dies sinngemäß mit folgenden Worten: Die Hebamme war Hebamme, wie ein Bauer Bauer war. Sie war es eben.¹⁵⁹ Jederzeit, im öffentlichen und im privaten Leben, allzeit bereit, einer Frau bei der Geburt beizustehen. Lebenserfahrung, die Erfahrung als Gebärende, das Lernen aus der Praxis waren noch immer eine Selbstverständlichkeit. Der Unterricht bestand lediglich in einem Kurs von etwa drei Monaten, der die theoretische Ergänzung einer langen Lehrzeit bei einer älteren Hebamme bildete. Somit würde auch Giddens hier - in vor-, eventuell frühmoderner Zeit - noch von traditioneller Weisheit und nicht von modernem Fachwissen sprechen. Claudia Hilpert spricht sich aus diesen Gründen gegen die Bezeichnung *„Hebammenwesen“*, d.h. der Hebamme als Berufsgruppe, für die Zeit vor der Aufklärung aus, da kaum von einem Beruf, vielmehr von *„Individuen mit völlig unterschiedlichen Kenntnissen und Fähigkeiten“* die Rede sein kann.¹⁶⁰

Erst der moderne Beruf der Hebamme zeigt einen grundsätzlichen Wandel: Die Ausbildung findet an Schulen statt, die einem Klinikum angegliedert sind, an denen die zukünftigen Hebammen meist gleich nach der Schule mit 17 oder 18 Jahren ihre Ausbildung be-

¹⁵⁵ Claudia Hilpert führt aus: *„Spätestens um 1550 leistete eine Mainzer Hebamme nicht nur Geburtshilfe, sondern war eine zudem mit verschiedenen geistlichen wie weltlichen Verpflichtungen versehene Amtsperson.“* Vgl. Hilpert (2002), S. 9.

¹⁵⁶ Vgl. Hilpert (2002), S. 14f. Claudia Hilpert fügt hinzu, dass die Taufe für die Hebamme auch eine finanzielle Bedeutung hatte, da sie meist gering oder in Naturalien entlohnt wurde, und auf der Tauffeierlichkeit der Brauch bestand, sich der Hebamme durch Geldgaben erkenntlich zu zeigen.

¹⁵⁷ Hilpert (2002), S. 11.

¹⁵⁸ Böhme (1980), S. 452.

¹⁵⁹ Vgl. Böhme (1980), S. 453.

¹⁶⁰ Vgl. Hilpert (2002), S. 15.

ginnen. Ihre moralischen Fähigkeiten, ihr Lebensstil hat keinerlei Bedeutung mehr. Was sie nach Dienstschluss tun, ist ihre Sache, jedenfalls in dem Rahmen, der für andere Berufe auch zutrifft. Die Arbeit findet in der Klinik statt, sie ist nicht Teil „ihres“ Lebensbereiches, sie ist Arbeit, Beruf.

Um den Wandel des Geburtswissens¹⁶¹ zu klären, muss zunächst der Begriff geklärt werden: „*Wissen von der Geburt*“ heißt bei Böhme „*Teilhabe an den technischen und sozialen Wissensbeständen, die zur Geburt gehören.*“ Wissen von der Geburt war ursprünglich kollektives Wissen der Frauen, das es ihnen ermöglichte, sich gegenseitig bei ihren Geburten zu helfen. Traditionelles Hebammenwissen ist schon eine spezielle Anhäufung von Wissen bei einer Frau, bleibt jedoch immer noch kollektives Wissen, da es Frauenversammlungen gab, bei denen Wissen weitergegeben wurde und die Dorfhebammen in einer nur den verheirateten und verwitweten Frauen des Dorfes zugänglichen Abstimmung gewählt wurden.¹⁶² Es war ja auch nicht nur die Hebamme bei einer Geburt anwesend, sondern diese war angewiesen auf die Hände und den Beistand vieler Helferinnen. Die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, und damit die Enttraditionalisierung der Geburt, brachte weitreichende Veränderungen mit sich. An ihrem Anfang steht nach Claudia Hilpert die Zunahme des anatomischen Wissens. Dadurch, dass die Hebammen seit etwa dem 18. Jahrhundert einen, wenn auch zunächst kleinen Teil ihres Wissens theoretisch erwerben mussten, gerieten sie „*in partielle Abhängigkeit einer anderen sozialen Gruppe*“. Das Wissen, über das sie verfügen müssen, können sie sich von da an nicht mehr nur durch Erfahrung aneignen.

Gernot Böhme fasst für mich wesentliche Gedanken wie folgt zusammen: „*Die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe hat eine fanatische Spezialisierung, Steigerung und Präzision der technischen Kompetenzen der Geburtshilfe mit sich gebracht. Faktisch verlorengegangen ist dabei das Wissen von der Geburt als einem biographischen Ereignis und einem sozialen Handlungszusammenhang.*“¹⁶³ Denn das Hebammenwissen war Weisheitswissen. Persönliche Reife qualifizierte die Hebamme, in einem Bereich tätig zu werden, der nicht jedem offen stand und der in besonderer Weise mit Heil und Unheil, mit Gut und Böse verknüpft war. Das moderne Geburtswissen ist unpersönlich, nicht an eine

¹⁶¹ Wissen ist bei Böhme definiert als die „*Partizipation an dem ideellen Reichtum der Gesellschaft*“. Böhme (1980), S. 460.

¹⁶² Zur Hebammenwahl kurz Labouvie (1998), S. 103.

Person gebunden, weil es objektiv und überprüfbar ist. Alter ist, nicht wie im ersten Fall, eher schädlich, da dann die „Verbindung“ zu den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen schwächer zu werden droht. Ein Auszug aus dem „*Handbuch der Entbindungskunst*“, verfasst im Jahre 1829 von Friedrich Benjamin Osiander, scheint mir geeignet, den Bedeutungsverlust von Erfahrungswissen zugunsten wissenschaftlich erlangten Wissens zu veranschaulichen:

„Als Vorkenntnisse muss der Geburtshelfer Sprachkenntnisse; philosophische und mathematische Kenntnisse; Geschicklichkeit im freien Handzeichnen; Fertigkeit, beide Hände geschickt zu gebrauchen, besonders auch anatomische und physiologische Kenntnisse besitzen.

Dabei darf es ihm, zu vollkommener und glücklicher Ausübung seiner Kunst, weder an guten medicinischen und chirurgischen, noch besonders auch an Geschicklichkeit fehlen, weil er, ohne vorausschickende, begleitende oder folgende medicinische und chirurgische Verordnung und Handlung, seine Geburtshülfe entweder gar nicht ausüben, oder sich der Verrichtung keinen vollkommen guten Erfolg versprechen kann.“¹⁶⁴

Dass die wissenschaftliche Geburtshilfe gegenüber der Geburtshilfe der Hebammen die Oberhand gewinnen konnte, liegt für Gernot Böhme in der Entstehung der geburtshilflichen Klinik begründet.

„Die Entstehung der Klinik führte dazu, dass mit der Herausverlagerung der Geburt aus der Lebenswelt das Wissen von der Geburt in der Lebenswelt verkümmerte. Die Frauen verfügten weder individuell noch kollektiv über Kompetenzen, die Geburt zu ‚leben‘. Das brachte sie in eine Situation der Unmündigkeit, der Abhängigkeit von Experten, das führte auch dazu, dass sie wissenschaftlichen Moden ausgeliefert waren. Ihr Nichtwissen von den Zusammenhängen der Geburt und ihre Unfähigkeit sich selbst oder sich gegenseitig kollektiv zu helfen, besetzte den Vorgang der Geburt immer mehr mit Angst, was die Abhängigkeit von Klinik und ärztlichen Geburtshelfern verstärkte.“¹⁶⁵

Hier scheint mir Böhme treffend die Auswirkungen zu fassen, die der Wandel des Geburtswissens im Bewusstsein von Frauen auslöste und somit die Frage zu beantworten, die ich eingangs stellte. So konnte es dazu kommen, dass Frauen es sich nicht mehr zutrauten,

¹⁶³ Böhme (1980), S. 460 [Hervorhebung A.S.].

¹⁶⁴ Osiander, Direktor der Göttinger Gebäranstalt, (1829), S. 12, §23/24. Beachtenswert die männliche Form: „*der Geburtshelfer*“.

¹⁶⁵ Böhme (1980), S. 460. Hier kann ich nicht umhin, auf Michel Foucault zu verweisen, denn natürlich geht es hier auch um eine geschlechtspolitische Machtfrage. In seinem Buch „*Die Geburt der Klinik*“ betrachtet Foucault die Entstehung der Klinik auch unter machtpolitischen Gesichtspunkten, deren nähere Untersuchung sehr interessant wäre, aber im begrenzten Rahmen dieser Arbeit nicht zu machen ist. Deshalb belasse ich es bei diesem Hinweis.

das Geburtsergebnis aus eigener Kraft in einer Gruppe von Helferinnen zu erleben, sondern ihr Schicksal immer häufiger ärztlicher Obhut anvertrauten. Hinzu kommt Folgendes: Im Falle der Magdalena Balthasar fand die Geburt noch im vertrauten Rahmen der Familie statt. Die älteren Töchter halfen bei den Vorbereitungen, waren in den Geburtsvorgang mit einbezogen. Frauen wuchsen mit dem Geburtsergebnis als „alltäglichem“ Familienereignis auf; natürlich nicht im eigentlichen Sinne „alltäglich“, da jede Geburtssituation eine besondere Situation darstellte, aber doch in dem Sinne, als sie selbstverständlich in der Familie gelebt wurde, und die jungen Mädchen aktiv miteinbezogen wurden und so praktisches Wissen erlangten. Junge Frauen der heutigen Zeit erlebten in ihrer Kindheit, wie die Mutter verschwand, und dann mit dem Geschwisterchen wiederkam. Das Geburtsergebnis war in ihrem Leben als Heranwachsende nicht mehr präsent.¹⁶⁶

Doch warum konnte sich diese Entwicklung in der im Vergleich zur Jahrtausende alten Gebärtaxis unter Frauen unglaublich kurzen Zeitspanne von nicht einmal hundert Jahren vollziehen? Meines Erachtens kann hier Anthony Giddens mit seinem Konzept der „*Enttraditionalisierung der Moderne*“ weiterhelfen. Claudia Hilpert erwähnt, dass Männern nach den kirchlichen Moralvorstellungen der Zutritt zu den Gebärtaxen verwehrt war.¹⁶⁷ Der sinkende Einfluss der Kirchen, das verbesserte anatomische Wissen, soziale und medizinische Neuerungen wie bessere hygienische Verhältnisse und die Erkenntnis, dass durch die untersuchende Hand Krankheiten übertragen werden, ließen Krankenhäuser an Ansehen gewinnen. Die allgemeine medizinische Entwicklung ging hin zu einer immer flächendeckenderen Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern, so dass mit dem steigenden Angebot auch vermehrt das Bewusstsein der Möglichkeit geschaffen wurde. Wenn nun der von Böhme angesprochene Wissens- und Kontrollverlust hinzukommt, der die Angst wachsen lässt, ist die vermehrte Abhängigkeit, die innerhalb von rund fünfzig Jahren aus den familialen Ereignissen „Schwangerschaft“ und „Geburt“ medizinische Sonderfälle machte und das Verhältnis von Haus- zur Klinikgeburt umkehrte, nicht mehr so unerklärlich, wie sie zu Anfang schien. Das Wissen um Geburt ist aus unserer Lebenswelt verschwunden, wir sind unfähig, uns selbst oder uns gegenseitig zu helfen, und mit dem

¹⁶⁶ Hier spielt also zum einen der soziale Wandel der Familie von der Großfamilie zur modernen Kleinfamilie eine Rolle. Zum anderen kommt es im Zuge der Moderne zu einer umfassenden Biologisierung und Medikalisierung der Frau. Diese gesellschaftliche Entwicklung beschreibt Esther Fischer-Homberger in dem schon zitierten Aufsatz „Krankheit Frau“. Vgl. Fischer-Homberger (1983). Vgl. weiterhin Ute Frevert, die die Homogenisierung der Geschlechter im Zuge der Ausdifferenzierung der Geschlechtscharaktere beschreibt. Vgl. Frevert (1995). Eine weitere Ausführung würde zu weit führen, ich möchte jedoch auf diese wichtigen Zusammenhänge hinweisen. Vgl. auch zur Biologisierung im Sinne einer Erziehung zur Mütterlichkeit Toppe (1993), sowie kürzer Toppe in: Kleinau/Opitz (1996).

¹⁶⁷ Vgl. Hilpert (2002), S. 8.

„Nichtwissen“ nimmt das Gefühl der Angst zu, das uns immer mehr abhängig macht von Kliniken, Ärzten und Apparaten.

Bezeichnend für die Entwicklung der „Enttraditionalisierung“ der Geburt ist die Situation in Holland. Im Gegensatz zu Deutschland ist dort Geburt viel mehr familiales Ereignis geblieben und weit weniger medizinisches Ereignis geworden, und so konnten sich dort traditionelle Wochenbettfeiern aufrechterhalten, die heute in Deutschland undenkbar sind.¹⁶⁸ Wie schon erwähnt, wird hier ein ganz anderes Geburtssystem praktiziert, das die Verantwortlichkeit für Schwangerenvorsorge und Geburtssituation in den Händen der Hebammen belässt. Das System im Einzelnen zu erläutern, würde zu weit führen, doch da es sich hier um einen vielbeachteten europäischen Sonderfall, den höchsten Hausgeburtsanteil in der ganzen westlichen Welt, handelt, gibt es eine Reihe beschreibender Literatur.¹⁶⁹ So werden seit den späten siebziger Jahren konstant rund ein Drittel der Kinder zu Hause geboren.

Abschließend ist festzuhalten, was wir weiter oben schon vermutet haben: durch den Bedeutungsverlust traditionellen Wissens, die „Entmachtung“ seiner „Hüter“ und den damit einhergehenden Wandel von traditioneller Weisheit zu spezialisiertem Fachwissen ist der tiefgreifende Wandel des Geburtserignisses erst möglich geworden.

¹⁶⁸ Vgl. Schindele (1995), S. 98f. So wird beispielsweise unmittelbar nach der Geburt in „*gemeinsamer Runde*“ ein spezielles Gebäck verspeist.

¹⁶⁹ Vgl. unter anderem den schon angeführten Übersichtsartikel von Naaktgeboren in: Schiefenhövel/Sich (1986), S. 65-70. Vgl. ebenfalls Metz-Becker (1999), S. 101-109.

4 Der Wandel des Selbstverständnisses der Frau

Nachdem im vorigen Kapitel der Wandel des Verständnisses von Geburt und Geburtswissen und damit das Geburtsergebnis selbst im Mittelpunkt der Betrachtungen stand, möchte ich nun die dort verzeichneten Veränderungen in ihrer Wirkung auf den Lebenslauf von Frauen untersuchen. Das Selbstverständnis von Frauen als Gebärende und Mutter hat sich seit der Zeit der Magdalena Balthasar grundlegend verändert und damit auch die Rolle, die Geburt und Mutterschaft in einem Frauenleben spielen. Diesen Wandel möchte ich in den folgenden Abschnitten in Worte fassen.

Der Zuwachs an medizinischem Wissen um Geburt und das flächendeckende Angebot an hochgradig technisierten Krankenhäusern hat aus dem einstmaligen schicksalhaften Ereignis der Geburt ein programmier- und kalkulierbares Risiko gemacht. Wie verändert dieser Umstand das Selbstbewusstsein der Frau? Welche biographischen Auswirkungen gehen damit einher?

Weiterhelfen kann vielleicht, nach der Untersuchung des Geburtswissens im vorigen Kapitel, eine Betrachtung des *Umgangs* mit dem Wissen um Geburt. Wie gehen Frauen mit dem medizinischen Wissen um, das außerhalb ihrer Lebenswelt liegt? Welche Bedeutung hat das Wissen in ihrem Eigenerleben als Gebärende?

Nicht nur durch den medizinischen Fortschritt, sondern auch durch gesellschaftliche Veränderungen ist das Gebären von Kindern heute nicht mehr Schicksal. Früher war es selbstverständlich, dass eine verheiratete Frau Kinder gebar. Davon war der soziale Status des Ehepaares abhängig. Heute stehen einer Frau Beruf und Karriere offen. Dadurch kann sie soziale Anerkennung auf anderem Wege als dem der fruchtbaren Frau und „guten“ Mutter erreichen. Damit stehen ihr zwar Möglichkeiten offen, die es früher nicht gab, doch dies führt auch zu dem Zwang, zu entscheiden. Nichts ist mehr traditionell und selbstverständlich geregelt, mit allen Chancen und Möglichkeiten, die dies bietet, aber auch mit allen Zwängen, die daraus resultieren. Aus all diesen Gründen erhalten Mutterschaft und Kindheit ein ganz anderes Gewicht, eine gänzliche Verschiebung in ihrer sozialen, aber auch biographischen Bedeutung. Hier werden die umfassendsten Veränderungen zu finden sein. Dies alles gilt es im Folgenden näher zu untersuchen.

4.1 *Vom schicksalhaften Ereignis zum kalkulierbaren Risiko*

In der vor- und frühmodernen Zeit war es selbstverständliches Schicksal, ja soziale Pflicht einer verheirateten Frau - und das große Unglück einer Unverheirateten oder Mittellosen -, Kinder zu gebären.¹⁷⁰ An ihrer Fruchtbarkeit, der Geburt des ersten Kindes, hing der gesellschaftliche Status eines Ehepaares. Erst als Eltern waren sie gesellschaftlich anerkannt. Aus dem ehemaligen Schicksal, das eine Frau mit der Schwangerschaft und der beginnenden Geburt ereilte, ist ein Prozess geworden, an dessen Voranschreiten die Frau nicht mehr ausgeliefert ist, sondern dessen Steuerung die Medizin für sie übernimmt.

Hiermit einher geht eine gänzliche Veränderung des körperlichen Selbstverständnisses. Geburt wird nicht mehr hingegenommen als Arbeit, die Frauen zu verrichten haben, und die sie im Kreise ihrer Helferinnen auch bewältigen, sondern - auch zusammenhängend mit der Ansicht der modernen Medizin, Frauen müsse durch technische und medikamentöse Intervention „geholfen“ werden - Geburt ist ein Prozess geworden, der so rasch und so schmerzlos wie möglich vor sich gehen muss. So wird in Frankreich bereits routinemäßig eine normal verlaufende Geburt von einer Periduralanästhesie, kurz PDA, begleitet.¹⁷¹ Bei uns findet die PDA bei geplanten Kaiserschnitten Anwendung, wird aber auch innerhalb der „Aufklärung“ der Gebärenden durch das Krankenhaus als schmerzlinderndes Mittel vorgeschlagen und angeboten. Bewegungslos sind die Frauen so zu Passivität gezwungen, die die Ärzte zu den Handelnden macht.

Da ein Angebot auch eine Nachfrage schafft, nimmt bei den Frauen das Gefühl zu, der medizinischen Schmerzerleichterung zu bedürfen, obwohl früher die beistehende Anwesenheit anderer Frauen die gleiche Wirkung der Entspannung und Unterstützung auf die Gebärende hatte und somit den Geburtsverlauf günstig beeinflusste. Doch was dem Geburtsverlauf an menschlicher Nähe heute fehlt, wird mit medizinischen Interventionen ausgeglichen. Viele Frauen erwähnen im Gespräch schmerzstillende Mittel als gnädige Errungenschaft und es wäre ihrer Meinung nach falscher Stolz oder Dummheit, solche Möglichkeiten nicht anzunehmen. Wie am hohen Anteil der Krankenhausgeburten und am steigenden Anteil der Kaiserschnitte auf Wunsch der Frau zu sehen ist, sind Frauen durchaus be-

¹⁷⁰ Vgl. auch van Dülmen (1990), S. 80.

¹⁷¹ Hierbei wird in den rückenmarksnahen Nervenkanal ein Medikament injiziert, das bewirkt, dass die Frau das Gefühl im unteren Teil des Leibes verliert. Sie kann dann meist nicht mehr laufen – außer die Anästhesie wird von sehr versierten Fachleuten gelegt. Die Hebammen während meines Praktikums sagten hierzu: „Wenn X die PDA legt, können die Frauen noch laufen, bei den anderen laufen sie nicht mehr...“. Die Gebärende spürt auch den Pressdrang nicht mehr, der eintritt, wenn das Kind in den Geburtskanal eingetreten, und für die Austreibung das aktive Mitpressen der Mutter nötig ist. All dies hat meist die Notwendigkeit weiterer medizinischer Interventionen von der Gabe wehenverstärkender Mittel bis zum Einsatz von Zange und Vakuumextraktor zur Folge.

reit, sich in Abhängigkeit der Geburtsmedizin zu stellen, wenn ihnen dafür eine Kontrolle der Situation und somit Schmerzerleichterung sowie Sicherheit versprochen wird. So kann Geburt in den Lebenslauf eigenständiger Frauen eingepasst werden.

Barbara Duden hat ihr Buch „Der Frauenleib als öffentlicher Ort“¹⁷² nach eigenen Worten als „Pamphlet“ geschrieben, in dem sie versucht, „*historischen Sachverstand in den Dienst von heute Schwangeren zu stellen, um sie zur Unabhängigkeit von dem, was mit ihnen getrieben wird, zu ermuntern und zu ermutigen.*“¹⁷³ Sie bezeichnet den medizinischen Fortschritt als „*Entkörperung*“. Das Selbstverständnis einer Frau ist nicht mehr, was sie fühlt zu sein, auch als Schwangere im Vertrauen in ihre eigene Kraft, sondern das, was ihr von medizinischer Seite zugeschrieben wird. Barbara Duden versucht dies folgendermaßen verständlich zu machen: „*warum ich diesen [medizinischen] ‚Fortschritt‘ [der unter anderem das Vorhersagen von Risiken durch Gentests möglich macht] als ‚Entkörperung‘ bezeichne: das mir angebotene ‚was‘ zu einem ‚wer bin ich‘ zu machen. Mich als Resultat eines Befundes, als die Selbst-Zuschreibung eines Wahrscheinlichkeitsprofils zu begreifen, den Fluchtpunkt des Wörtchens ‚ich‘ und das ‚Du‘ des kommenden Kindes in Risiko-Berechnungen für ein solches Profil aufzulösen. Mit meinen Einsätzen habe ich versucht, Frauen davor zu warnen, sich und ihr kommendes Kind für das zu halten, was ihnen unsere Gesellschaft durch den vorsorglichen Reproduktionsbetrieb suggeriert, das sie seien.*“¹⁷⁴ Diese Entkörperung findet nicht nur in der Schwangerschaft statt, sondern schon früh sind Frauen einer Entkörperung unterworfen. Sie sind nicht, was sie fühlen, sondern was ihnen zugeschrieben wird. Jemand fühlt sich schlecht, geht zum Arzt, und aufgrund der Untersuchung, nicht eines Gesprächs wie in früherer Zeit, stellt derselbe die Diagnose und legt die folgende Behandlungsweise fest. Die Fülle der Diagnostik, die eine Frau im Laufe einer Schwangerschaft über sich ergehen lässt, fördert diese Entkörperung, diese Entfremdung dem eigenen Leib gegenüber noch. Ähnliches werden wir später feststellen, wenn es um die Auswirkungen immer weitreichenderer pränataler Diagnostik geht. „Entkörperung“ meint also dieses fortwährende Suggestieren dessen, dass die Frau nicht wüsste, was in ihrem Körper vorgeht, sondern dass die Ärztin es ihr „diagnostiziere“. Damit gerät die Schwangere in eine fortwährende Abhängigkeit, die eigenständiges Entscheiden unmöglich macht. Barbara Duden beschreibt in folgender Weise „*das Wesen des*

¹⁷² Duden (1991).

¹⁷³ Duden (2002), S. 9.

¹⁷⁴ Duden (2002), S.11.

*neuen Milieus, in dem Entbindung heute vor sich geht: Geburt wird nicht mehr als eine Gefahr, Gebären nicht mehr als Wagnis und ihr Verlauf nicht mehr als Schicksal erlebt; Gefahr ist zu Risiko umgemodelt, Wagnis zur Kalkulation über die notwendigen Mittel, und die Angst vor einer Unzulänglichkeit einem schmerzlichen und überwältigenden Ereignis gegenüber kann nur ganz oberflächlich mit der Bodenlosigkeit verglichen werden, in die sich eine Schwangere bei ihrer Einwilligung zur Schwangerenvorsorge begibt.*¹⁷⁵

Die wenigsten Frauen wissen, dass die gesamte Schwangerenvorsorge von einer freiberuflichen Hebamme übernommen werden kann¹⁷⁶, bis auf drei, in den „Mutterschaftsrichtlinien“ vorgeschriebene Ultraschalluntersuchungen,¹⁷⁷ die bei der Gynäkologin vorgenommen werden. Damit ist die Frau in kompetenter Betreuung und in einer ganz anderen Gesprächssituation, als bei einer Ärztin.¹⁷⁸ Während die Hebamme sich für die Schwangerenvorsorge pro Termin durchschnittlich eine halbe Stunde Zeit nimmt, dauert die Vorsorge bei der Gynäkologin im Schnitt nur zehn Minuten.¹⁷⁹ Angelica Ensel, Hebamme und Ethnologin, und auch Eva Schindele zeigen eindrucksvoll, wie einfühlsame Aufklärung und Vorsorge der betreuenden Hebamme, durch fehlende Information und fehlendes Wissen

¹⁷⁵ Duden in: Schlumbohm u.a. (1998), S. 160.

¹⁷⁶ Dies ist eine in vielen Gesprächen bestätigte Vermutung meinerseits. Tatsache ist, dass sehr wenige Frauen die Vorsorgetermine allein bei der Hebamme wahrnehmen. So zitiert etwa Sylvia Verleger in einem Artikel, erschienen in der Vierteljahresschrift „Die Hebamme“, eine Studie aus Hessen, die belegt, dass nur 3,6 Prozent der Schwangerenvorsorge ausschließlich von Hebammen geleistet wird. Ähnliches für die Frauen, die außerklinisch geboren haben, zitiert der „Qualitätsbericht 2001“, der auch belegt, dass zumindest die Frauen, die außerklinisch gebären wollen, doch zumindest einen Teil der Untersuchungen bei der Hebamme vornehmen lassen, die Schwangerenvorsorge also zum Teil von Arzt und Hebamme gemeinsam vorgenommen wird. Vgl. Loytved (2002): Qualitätsbericht 2001, S. 28; vgl. auch im Anhang Tabelle 6.

¹⁷⁷ Die Ultraschalluntersuchungen sind für Barbara Duden sehr wichtig für die veränderte Körperwahrnehmung der Frau. Ihr Kind ist nicht mehr etwas, was sie in sich fühlt, sondern was durch Ultraschalltechnik außerhalb ihres Körpers sichtbar gemacht wird. „Nur die erste Regung des Kindes ermöglichte es der Frau, den Status der Schwangeren gesellschaftlich zu beanspruchen. Und das war ein Zeichen, das nur sie allein bezeugen konnte. Heute ist es umgekehrt. Das Labor weiß es vor der Frau. Die Frau weiß von der kommenden Schwangerschaft, bevor sie erlebt werden konnte. Das ist uns so selbstverständlich geworden, wir erleben uns auf Befehl, wir erleben uns wie diagnostiziert, und in der Herstellung der neuen Selbstwahrnehmung spielt Visualisierung eine Schlüsselrolle.“ Vgl. Duden 2002, S. 89. Wenn eine Frau das Feststellen der Schwangerschaft einer Fachärztin überlässt, und dadurch bereits in der fünften Schwangerschaftswoche „ihr Kind“ (wissenschaftlich betrachtet seine Fruchthülle) als kleine schwarze Leerstelle auf dem sonst gräulichen Monitor vorgeführt bekommt, wird sie sicherlich auch in den folgenden Wochen mit Spannung die nächste Untersuchung und den nächsten „Blick“ auf ihr Kind erwarten. Eine Frau hingegen, die die Schwangerenvorsorge einer ihr vertrauten, persönliche Festigkeit ausstrahlenden Hebamme überlässt, wird einfach dadurch, dass sie ihr während eines ersten, ausführlichen Gespräches mitteilt, vermutlich in der „sounsovielten“ Woche schwanger zu sein, auch schwanger sein. Diese Betreuung beeinflusst die eigene Körperwahrnehmung in besonderer Weise. Es wird nachvollziehbar, mit welcher elementarer Ungeduld Frauen früherer Zeit die erste Kindsregung erwartet haben. - Die Bedeutung der ersten Regung ist eindrucksvoll beschrieben in Duden (1991), S. 92ff.

¹⁷⁸ Zum strukturellen Unterschied der Schwangerenvorsorge bei der Hebamme und bei der Ärztin vgl. Ute Höfer in: DHZ 9/2003, S. 7.

¹⁷⁹ Eva Schindele zitiert diese Zahlen nach den Angaben der kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hebammen bekamen 1992, neuere Zahlen liegen mir leider nicht vor, allerdings nur 200 bis 350 DM für die Betreu-

entstandene Unsicherheiten und Ängste abbauen und eine selbstbestimmte Körperwahrnehmung fördern können.¹⁸⁰

4.2 Vom Umgang mit dem Wissen um Geburt

„Schon Hippokrates bestand darauf, dass nur Frauen, die schwanger gehen, um das Kommende wissen konnten, und der Arzt ihnen zu glauben hat. Heute ist die Frau, die schwanger „ist“, für alles „legitime“ Wissen auf den Arzt angewiesen.“¹⁸¹

Das Wissen um Schwangerschaft und Geburt liegt heute in Form von Expertenwissen in der Hand geburtshilflicher und geburtsmedizinischer Fachleute. Nach Giddens' Konzept der „institutionellen Reflexivität“ gelangt das geburtsmedizinische Fachwissen zurück in die gesellschaftliche Wirklichkeit. Aber sind Frauen tatsächlich vertraut mit geburtsmedizinischen Belangen? Ist es nicht vielmehr so, dass das Wissen nur in ungenügender Weise an die Frauen weitergegeben wird und vielmehr eine Delegation „bestimmter Lebensvollzüge an wissenschaftlich gebildete Fachleute“ im Sinne Böhmes stattfindet?¹⁸² Giddens Konzept der „institutionellen Reflexivität“ erscheint in Bezug auf das Geburtswissen als unzureichend. Zwar gibt es seit geraumer Zeit „Geburtsvorbereitungskurse“ für Schwangere und werdende Eltern (!)¹⁸³, in denen der biologische Ablauf der Schwangerschaft, der physiologische Vorgang der Geburt und Atmungstechniken unter der Geburt erläutert, sowie Informationen über Säuglingspflege, Wochenbett und Stillzeit weitergegeben werden. Es ist auch in Studien nachgewiesen worden, dass Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht haben, durchschnittlich in geringerer Geburtsdauer gebären, weil sie wissen, was auf sie „zukommt“. Doch die gesamte Schwangerenvorsorge und vor allem die Angebote der pränatalen Diagnostik erweisen sich als in so hohem Maße medikalisiert und wissenschaftlich, dass es fraglich ist, wie viel Wissen die Schwangeren erreicht. Aus der Vielzahl von hochgradig widersprüchlichen Informationen zu Themen wie pränataler Diagnostik, Hausgeburt, Schmerztherapie oder Kaiserschnitt die wesentlichen herauszufiltern, erweist sich in der Praxis für die Schwangeren als unmöglich und in hohem Maße verunsichernd. Das Wissen um Geburt kommt nur bruchstückhaft und damit um so verwirrender

ung einer Schwangeren, Gynäkologinnen hingegen rechneten rund 995 DM für die Schwangerenvorsorge ab. Vgl. Schindele (1995), S. 106.

¹⁸⁰ Vgl. Ensel (2003). Auch Eva Schindele führt wiederholt Beispiele an, die zeigen, wie wesentlich eine Hebammenbegleitung in der Schwangerschaft die eigene Körperwahrnehmung der Frau und den Mut zur eigenständigen Entscheidungsfindung stärken kann. Vgl. v.a. Schindele (1995), S. 110-119.

¹⁸¹ Dieses Zitat der Körperhistorikerin Barbara Duden möchte ich meinen Überlegungen zum Umgang der Frauen mit dem Wissen um Geburt voranstellen. Vgl. Duden (2002), S. 51.

¹⁸² Vgl. Böhme (1980), S. 448.

und verunsichernder bei den Frauen an, sodass Entscheidungen in den meisten Fällen den Fachärztinnen überlassen werden (müssen), da die Schwangeren selbst nicht mehr zu eigenständiger Entscheidungsfindung fähig zu sein scheinen. Böhmes Verständnis von „Verwissenschaftlichung“ findet sich demnach in diesem Punkt eher im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt als die Auffassung Giddens'.¹⁸⁴ Auch Barbara Duden vertritt die Ansicht, dass eine schwangere und gebärende Frau nicht wirklich Entscheidungskompetenz hat - bzw. ihr diese gar nicht erst zugeschrieben wird -, in für sie so wichtigen, sie und ihr Kind betreffenden Situationen, da sie viel zu ungenügend informiert ist. Eva Schindele untersucht ausführlich die Beratungssituation in Bezug auf die immer weitergehenden Möglichkeiten pränataler Diagnostik, auf die ich im nächsten Unterpunkt näher eingehen möchte. Immer wieder erweist sich, wie schlecht informiert und unaufgeklärt die Frauen sind, nicht in der Lage, die Situation adäquat zu beurteilen, den Ärzten und ihren Risikoausmalungen ausgeliefert. Barbara Duden formuliert dies folgendermaßen: „... und je länger ich darüber nachdenke, umso mehr weiß ich, wie ohnmächtig wir alle vor der Entscheidung von Experten im Machtbereich einer Profession stehen. Vom Paragraphen 218 bis zum Rentenrecht der geschiedenen Frau wird kaum mehr als purer Anschein sozialer Mitbestimmung bei einer Entscheidung erhalten. Im Expertenbereich der Neurologie, Gynäkologie oder Biotechnik ist Zustimmung nach Kenntnisnahme einer professionellen Entscheidung (informed consent) ritualisierte Augenwischerei.“¹⁸⁵

Für Barbara Duden ist die veränderte Körperwahrnehmung, das andere Selbstverständnis der Frau, im Zusammenhang mit dem veränderten Umgang mit dem Geburtswissen zu sehen, das zu Zeiten der Magdalena Balthasar traditioneller Teil einer weiblichen Lebenswelt war – und das je nach betrachtetem Raum bis ins zwanzigste Jahrhundert geblieben ist:

„Die sogenannte ‚Natur‘ der heutigen Schwangerschaft lässt sich ohne durchprofessionalisierte Körperbetreuung nicht denken. Sie lässt sich nicht denken außerhalb einer Gesellschaft, in der Frauen davon überzeugt wurden, dass Mediziner ihnen sagen können und sollen, ob sie schwanger sind und ihnen beibringen können, wie frau das richtig erlebt.“

¹⁸³ So dass nicht mehr die Frau alleine angesprochen wird.

¹⁸⁴ Ich selbst habe während meiner ersten Schwangerschaft mehrere solcher Situationen der Abhängigkeit von Expertenmeinungen und der angesichts des vorgerechneten Risikos erschreckenden Hilf- und Urteilslosigkeit dem eigenen Körper, dem eigenen Kind gegenüber erlebt. Situationen in denen ich mehr Information und der Unterstützung meiner eigenen Wahrnehmung durch eine selbstbewusste Hebamme bedurft hätte, um mich zu distanzieren von mit heutigem Blickwinkel völlig unnötigen medizinischen Maßnahmen.

¹⁸⁵ Vgl. Duden (2002), S. 247.

*Diese Medikalisierung des Erlebens wäre ohne die Professionalisierung des Arztes kaum denkbar.*¹⁸⁶

Auf die Profession des Geburtswissenschaftlers, sowie die Rolle des medizinischen Wissens komme ich auch im nächsten Abschnitt zurück.

4.3 Von Wahlfreiheit und Wahlzwang

Dieser Punkt verdient große Beachtung, hat die weitreichendsten Auswirkungen, was den Wandel der Rolle von Geburt im Frauenleben anbelangt. Die Erweiterung und Entstehung von Möglichkeiten in Alltagssituationen ist für Anthony Giddens, wie weiter oben bereits besprochen, ein Merkmal der enttraditionalisierten Gesellschaft, da die identitätsstiftende, richtungsweisende Wirkung von Traditionen keine Stütze mehr bietet. Sinngemäß schreibt Giddens, dass wir wählen müssen, da alle Bereiche des Alltags Entscheidungssituationen hervorbringen.¹⁸⁷ Elisabeth Beck-Gernsheim hat die Ambivalenz von Entscheiden-Können und Entscheiden-Müssen für Geburt und Mutterschaft in ihrem Buch „Die Kinderfrage“ formuliert: *„Wo traditionelle Bindungen mit ihren rigorosen Verhaltensregeln und Vorschriften aufgelöst werden, da wird eine Erweiterung des Lebensradius möglich, ein Gewinn an Handlungsspielraum und Wahlmöglichkeiten. Der Lebenslauf wird an vielen Punkten offener, gestaltbarer. Jedoch: Auf der Kehrseite der neuen Gestaltbarkeit kommen auch neue Anforderungen und Zwänge auf. [...] Was einst die natürlichste Sache der Welt war, ist heute zu einer konflikträchtigen Entscheidung geworden.*“¹⁸⁸ Auch Eva Labouvie stellt fest, dass die Wahlfreiheit mit einer Zunahme der Unsicherheit einhergeht.¹⁸⁹ Der Soziologe Peter Gross spricht in seinem Buch „Die Multioptionengesellschaft“ folgendermaßen von der „multiplen Elternschaft“: *„In einer exorbitanten Weise gesteigert haben sich die Optionen in Bezug auf die ursprüngliche Aufgabe der Familie: Das Kinderhaben. Der Schritt vom Schicksal zum Entweder-Oder und zur multiplen Option ist hier besonders anschaulich.*“¹⁹⁰ Er beschreibt in etwas gewöhnungsbedürftiger, ironisch flapsiger Ausdrucksweise, dass sich von der Anti-Baby-Pille über die Reproduktionsmedizin eine Vielzahl von Möglichkeiten auf tun, die früher nicht denkbar gewesen wären.

¹⁸⁶ Vgl. Duden (2002), S. 87.

¹⁸⁷ Vgl. den genauen Wortlaut in: Giddens (1993), S. 460.

¹⁸⁸ Vgl. Beck-Gernsheim (1989a), S. 13ff.

¹⁸⁹ Vgl. Labouvie (1998), S. 198.

¹⁹⁰ Gross (1994), S. 54ff.

Geburt war einmal ein selbstverständliches Schicksal in einem Frauenleben. Doch heute ist die Entscheidung für ein Kind oft ein langer Prozess des Abwägens von Für und Wider, die Entscheidung für oder gegen berufliche Karriere, und, wenn es denn soweit kommt, eine bewusste Wahl des Lebens mit Kind.¹⁹¹ Es stellt sich einer Frau oder auch den Lebenspartnern die Frage, *ob* sie sich überhaupt für Kinder entscheiden wollen, dann *wann* und in immer zunehmenderem Maße auch noch *was für ein Kind* sie sich wünschen. Wenn eine Frau ungewollt schwanger wird, hat sie nach einem Beratungsgespräch in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen die Möglichkeit, die Schwangerschaft durch Abtreibung zu beenden. Durch die Errungenschaften der ersten und zweiten Frauenbewegung sind Frauen heute formell und vor dem Gesetz gleichberechtigt, haben den gleichen Bildungszugang wie Männer, und die gleichen Chancen, ihren Lebensweg eigenständig durch Verwirklichung im Beruf zu gehen.¹⁹² Soziale Anerkennung ist nicht mehr von der Kinderzahl abhängig. Doch deshalb ist der Kinderwunsch nicht verschwunden. Vielmehr entstehen für die Frau durch die Freiheit, selbst zu entscheiden, eine Fülle von Entscheidungssituationen, in denen sie sich entweder für ihren Beruf oder die Familie entscheiden, oder sehenden Auges die doppelten Anforderungen von Familie und Beruf auf sich nehmen muss.¹⁹³ Durch diese doppelte Belastung entstehen Frauen nicht zu vernachlässigende materielle Nachteile.¹⁹⁴

Wenn die häufig konfliktreiche Entscheidung für das Kind gefallen ist, tun sich in der Schwangerschaft die Möglichkeiten pränataler Diagnostik auf, durch die eventuelle Risiken genetischer Aberrationen des Kindes - meist deren Wahrscheinlichkeiten - erkannt werden können. Noch die Schwangerschaft gestaltet sich also als eine Abfolge von Möglichkeiten und Entscheidungen. Vor allem Frauen ab 35 werden durch das leicht erhöhte Risiko, ab dieser Altersgrenze Kinder mit bestimmten Behinderungen zu gebären, vorgeburtliche Untersuchungen nahegelegt – oft ohne ausreichende Aufklärung, Betreuung und Einsicht in den psychischen Stress, der der Untersuchung während des oft wochenlangen

¹⁹¹ Vgl. Tabelle 7 zum Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder und zur durchschnittlichen Kinderzahl.

¹⁹² Auch wenn Männer sich offensichtlich immer noch nicht in gleichem Maße an der häuslichen Arbeit und der Kindererziehung beteiligen, wie es die zunehmend berufstätigen Frauen tun.

¹⁹³ Regina Becker-Schmidt und Gudrun-Axeli Knapp haben das Konzept der „*doppelten und widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen*“ geprägt. Hier genauer auszuführen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ich verweise deshalb auf die eben genannten Autorinnen und die theoretische Diskussion des inzwischen vielseitig kritisierten Konzeptes in: Dackweiler (1995), S. 134-162. Zur Belastung, die für Frauen durch Familie und Beruf entsteht, vergleiche auch die Aufsatzsammlung von Brüderl/Paetzold (1992).

¹⁹⁴ In der Ungleichheitstheorie wird dies allgemein als eine zentrale Ursache geschlechtsspezifischer Ungleichheiten angesehen. Aus Platzgründen kann ich hier nur auf die einschlägige Literatur zur geschlechts-

Wartens auf das Untersuchungsergebnis folgen kann.¹⁹⁵ So kann die Schwangerschaft zu einer ruhelosen, angstbesetzten Zeit einer nicht enden wollenden Folge von Entscheidungssituationen werden. Barbara Duden stellt fest, dass Worte wie „Schwangerschaft“ zwar ihren Klang behalten, aber „*dem Sinn nach unvergleichbar geworden sind. [...] Befruchtung, die im Glas stattfindet; Diagnostik, Erfassung und Aussonderung des Ungeborenen; Handlungen, die als Chance besprochen werden; Leiden, das technisch abgewendet werden soll; Schwangerschaft, die auf Probe stattfindet.*“¹⁹⁶ So hat sich das Ungeborene für Barbara Duden von einem „*erhofften Kind*“ zu einem „*mit Wahrscheinlichkeitsüberlegungen berechneten Produkt*“¹⁹⁷ medizinischer Eingriffe gewandelt. Sehr interessante Überlegungen führt Barbara Duden in der Besprechung eines Buches von Silja Samerski aus, die von der „*Entscheidungsfalle*“ bedingt durch die genetische Beratung in der Schwangerschaft spricht.¹⁹⁸ „*Ob die Frau eine Fruchtwasseruntersuchung macht und dabei eine Fehlgeburt bewirkt, oder ob sie ein Kind mit Down-Syndrom gebiert, hat sie nun scheinbar zu verantworten,*“ da sie ja „selbstbestimmt“ entscheiden kann. „*Die ‚Entscheidungsfalle‘ verkehrt die ‚gute Hoffnung‘ in eine ‚eigenverantwortliche Entscheidung‘ für das Risiko, ein behindertes Kind zu bekommen.*“¹⁹⁹ So entsteht eine Fülle von Konflikten um die pränatale Diagnostik, die ich bereits an anderer Stelle angesprochen habe.

Immer geläufiger wird auch der Wunsch nach dem perfekten Kind, der durch die Reproduktionsmedizin in greifbare Nähe rückt. Selbstverständlich ist der Wunsch, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, begreiflich und bedarf keiner weiteren Erläuterung. Aber welche Konflikte löst der Befund des Labors aus, der - meist zu einem recht späten Zeitpunkt der Schwangerschaft - eine eventuelle Behinderung des Kindes ankündigt? Wie lange werden die Frau und die Partnerschaft durch die Entscheidung für oder gegen das Kind schwer belastet sein?

spezifischen Ungleichheit verweisen. Vgl. etwa zur Übersicht die neuere Monographie von Gottschall (2000).

¹⁹⁵ Bereits weiter oben habe ich betont, wie sehr eine einfühlsame, informierende (Hebammen-)Betreuung den schwangeren Frauen weiterhelfen kann.

¹⁹⁶ Vgl. Duden (2002), S. 85.

¹⁹⁷ Vgl. Duden (1991), S. 22.

¹⁹⁸ Vgl. Samerski, Silja: Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung. Münster 2002. Besprochen von Barbara Duden in: DHZ 3/2003, S. 17/18.

¹⁹⁹ Vgl. Duden in: DHZ 3/2003, S. 18.

Wenn aber dann die Hürden der Diagnostik geschafft sind und das Kind geboren ist, beginnt eine Kindheit, die es in früheren Zeiten so gar nicht gab; mitunter macht sich eine elterliche Planungswut, ein Hang zum Perfektionismus breit, der bereits in der Schwangerschaft beginnt und zuweilen groteske Ausmaße annimmt. In der traditionellen, vormoderne Gesellschaft war die Kindheit, wie Philippe Ariès ausführte, „auf das zarteste Kindesalter beschränkt, d.h. auf die Periode, wo [sic!] das kleine Wesen nicht ohne Hilfe auskommen kann; das Kind wurde also, kaum dass es sich physisch zurechtfinden konnte, übergangslos zu den Erwachsenen gezählt, es teilte ihre Arbeit und ihre Spiele. Vom sehr kleinen Kind wurde es sofort zum jungen Menschen, ohne die Etappen der Jugend zu durchlaufen, die möglicherweise vor dem Mittelalter Geltung hatten und zu wesentlichen Aspekten der hochentwickelten Gesellschaften von heute geworden sind.“²⁰⁰ Kein Vergleich zu dem zeitlichen und finanziellen Aufwand, den die meisten Eltern heute ihrem Kind über den Zeitraum von fast zwanzig, wenn nicht sogar mehr Jahren widmen.²⁰¹ Bereits in der Schwangerenvorsorge bei der Frauenärztin wird die Frau mit Werbematerialien überschüttet, erhält den ersten Schnuller und die ersten Ernährungsratgeber von Nestlé und Co. Sie kann so bereits in den ersten Schwangerschaftsmonaten eine Fülle von Versandkatalogen bestellen, die ihr zeigen, „was ihr Kind sich wünscht“. Die gesamte Bandbreite von Baby- und Bücherindustrie breitet sich langsam, aber sicher vor der Schwangeren aus. Beim Besuch im Baby-, Kinder-, Fach- und Spielzeugmarkt wird schnell klar, welche Unsummen Eltern für ihre Sprösslinge ausgeben. Eine Werbeseite der deutschen Hebammenzeitung suggeriert, wie es zu sein hat: „Ihr Kind ist jetzt das Wichtigste in ihrem Leben“, so lautet die Werbezeile, deshalb ist Ihnen das Geld für den neuen Pürrierstab von X doch in keinem Falle zu schade...²⁰² Welch Unterschied zu den Zeiten, die Elisabeth Badinter in ihrem Buch „Die Mutterliebe“ untersucht, Zeiten, in denen von solch übertriebener, konsumorientierter Mutterliebe wie der heutigen, die das Kind in den Mittelpunkt des Lebens rückt, noch keine Spur zu entdecken ist, die vielmehr von Ammenwesen, Vernachlässigung und hoher Säuglingssterblichkeit geprägt waren.²⁰³ Ich sehe hier einen engen Zusam

²⁰⁰ Zur Geschichte der Kindheit vgl. sehr ausführlich Philippe Ariès, der sowohl die Soziogenese der Kindheit, als auch die Entstehung der modernen Kernfamilie aufzeigt; Zitat siehe Ariès (2000), S. 46. Vgl. zu unterschiedlichsten Themen der Kindheitsgeschichte auch Martin/Nitschke (1986), S. 443-710.

²⁰¹ Zum Wandel der Mutter-Kind-Beziehungen vgl. Shorter (1975), sowie Hardach-Pinke in Martin/Nitschke (1986).

²⁰² Gesehen in: DHZ 9/2003. Elisabeth Beck-Gernsheim widmet diesem Thema das letzte Kapitel ihres Buches „Mutterwerden“: „„Alles fürs Kind“ und die Folgen“. Vgl. Beck-Gernsheim (1989b), S. 109-150.

²⁰³ Vgl. Badinter (1999). Eva Labouvie belegt, dass das Ammenwesen im deutschen Sprachraum nicht in dem Maße Verbreitung gefunden hat, wie das in Frankreich der Fall war, dem Elisabeth Badinter ihre Untersuchung widmet. Und doch werden eklatante Unterschiede zwischen damaliger und heutiger Zeit deutlich.

menhang zwischen der bewussten Entscheidung für (wenige) Kinder und der Vehemenz, mit der sie zumindest von den Eltern, weniger von der immer kinderentleerteren Gesellschaft, in den Mittelpunkt gerückt werden.²⁰⁴ Anthony Giddens führt die Entscheidung, „wenige Kinder in die Welt zu setzen“ auf die Auflösung traditioneller Familienformen zurück.²⁰⁵ Die traditionelle, ländliche oder städtische Großfamilie war von strengen Rollenaufteilungen und einer strikten Arbeitsteilung der Geschlechter geprägt, während mehrere Generationen auf engem Raum in einer Hilfs- und Familiengemeinschaft zusammenlebten. In der modernen Kleinfamilie wohnen die Großeltern oft zu weit entfernt, um bei der Kinderbetreuung und im Haushalt zu helfen, die Rollenaufteilungen sind zumindest im Ansatz weit spontaner angelegt, und sowohl Frau als auch Mann haben die Möglichkeit, sich im Beruf nach außen zu orientieren. Je bewusster ich mich für das eine Kind entschieden habe, desto perfekter möchte ich sein Dasein gestalten; mit allen Belastungen und Verantwortlichkeiten, die das mit sich bringt. Ratgeberbücher zu jedwedem Thema sind erhältlich, denn ein perfektes Dasein bedarf auch perfekter Eltern.²⁰⁶

Zum Ende hin möchte ich noch den doch auffälligen Widerspruch zwischen sinkenden Geburtenraten und eklatantem Kinderwunsch, der sich in Reproduktionsmedizin, Leihmüttern und ähnlichen Auswüchsen manifestiert, ansprechen. Elisabeth Beck-Gernsheim widmet ihm die ersten Seiten ihres Buches „Die Kinderfrage“.²⁰⁷ Auf der einen Seite stehen immer mehr Frauen im Beruf, leben immer mehr Menschen in Einzelhaushalten, kommen immer weniger Kinder zur Welt. Auf der anderen Seite steht die Reproduktionsmedizin, auf deren Fortschritte immer mehr verzweifelte Eltern unter oft immensen physischen und psychischen Strapazen zurückgreifen. Wie ist dieser Widerspruch aufzulösen? Da der Kinderwunsch trotz Frauenbewegung, Emanzipation und Bildungsgleich

Yvonne Schütze untersucht das Konzept der Mutterliebe für den deutschen Sprachraum und kommt nur zu geringfügig anderen Ergebnissen. Vgl. Schütze (1991).

²⁰⁴ Das Durchschnittsalter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder lag 2001 bei fast 30 Jahren, also einem Zeitpunkt, an dem die Ausbildung in der Regel beendet ist und der Einstieg in den Beruf stattgefunden hat. Die durchschnittliche Kinderzahl einer Frau liegt bei etwas über einem Kind. Vgl. hierzu Tabelle 7 im Anhang.

²⁰⁵ Vgl. Giddens (1993), S. 463.

²⁰⁶ Sehr interessant ist die Entwicklung der Mütter- und Elternratgeber, deren Betrachtung hier leider über das unmittelbar Relevante hinausgeht und so zurückstehen muss. Jean-Louis de Fourcroy gibt in seinem immerhin „aux pères et mères“ gerichteten Buch „*Les enfants élevés dans l'ordre de la nature*“ aus dem Jahre 1774 Ratschläge, die die natürliche Entwicklung eines Kindes unterstützen sollen. Beate Schücking, eine Ärztin, die heute an der Universität Osnabrück sehr spannenden Forschungen zur Frauengesundheit nachgeht, vgl. Schücking (2003), hat in den fünfziger Jahren einen köstlichen Mütterratgeber geschrieben: „*Dein Baby: Das Einmaleins für alle Mütter*“. Die umfassende Arbeit von Béatrice Marré, die die frühen Bücher für Mütter untersucht, ist mit dem Blick auf den Entwicklungsaspekt ebenfalls erwähnenswert. Vgl. Marré (1986): Bücher für Mütter als pädagogische Literaturgattung und ihre Aussagen über Erziehung (1762-1851).

heit auch in der jüngeren Generation nicht nachlässt, sind für Elisabeth Beck-Gernsheim die Widersprüche des „*Mutterseins heute*“ nur aufzulösen durch „*eine Gesellschaft, in der Kindererziehung nicht abgeschoben wird als individuelles Problem jeder Frau, sondern in der die Sorge für Kinder und ihr Wohlergehen eine allgemeine, öffentliche Priorität ist.*“²⁰⁸

²⁰⁷ Beck-Gernsheim (1989a).

²⁰⁸ Zitiert nach Beck-Gernsheim (1989a), S. 172.

5 Geburt als soziales Ereignis: eine Zusammenfassung

Wir haben zunächst Geburtsbeispiele dreier Epochen vor unserem Geiste vorüberziehen lassen, dann versucht, das Phänomen der „Enttraditionalisierung“ mit den Giddens'schen Worten zu fassen und zuletzt, in einer genauen Analyse, das Geburtseignis auf drei Ebenen im Zeitverlauf untersucht: der des Geburtskontextes, der des Geburtswissens und zuletzt der des Frauenlebens, der biographischen Ebene.

Was war nun mein Hauptanliegen, welche sind die wichtigsten Punkte, die nochmals hervorzuheben sind? Sind die gestellten Fragen beantwortet und kann Anthony Giddens mit seinem theoretischen Ansatz dem Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft gerecht werden?

Als mein Hauptanliegen möchte ich zum Ende hin nochmals betonen, dass Geburt ein grundlegend soziales Ereignis ist. Geburt ist niemals, und nirgendwo auf der Welt, nur „natürlich“. Sie steht immer in einem ritualisierten, kulturellen Zusammenhang, so ursprünglich und traditionell die jeweiligen Gesellschaften auch sein mögen. Geburt ist immer ein soziales, niemals ein rein natürliches und erst in den letzten fünfzig Jahren ein so komplett medikalisiertes Ereignis geworden. Um dieser Bedeutung gerecht zu werden, darf nicht die medizinische, verwaltende Betreuung im Vordergrund von Schwangerschaft und Geburt stehen, sondern der familialen Bedeutung des Ereignisses muss bereits in der Schwangerschaft Rechnung getragen werden – zum großen Nutzen der Frauen und ihrer (un-)geborenen Kinder. Eine diskursive Rechtfertigung der Gebärtadition und eine Bestärkung der Frauen durch verantwortungsvolle Hebammen, ihr Kind - vorausgesetzt, es sind keine Komplikationen zu erwarten - in häuslichem Rahmen mit der Hilfe vertrauter Menschen zu gebären, ohne ein zu großes Gewicht auf die medizinische Betreuung zu legen, kann meines Erachtens helfen, die Sinndimension wiederzufinden, deren Fehlen Barbara Duden beim heutigen Gebärvorgang so befremdet. Der Schritt vom Leben ohne, zum Leben mit Kind, ist zu bedeutend, um im Risikodenken der modernen Medizin unterzugehen.²⁰⁹ Auch wenn die Geburtsmedizin, die in manchen Fällen sicherlich die rettende Möglichkeit bietet, in immer neue Phasen der Medikalisierung eintritt, wie gegenwärtig der Anstieg der Kaiserschnittraten und die Tatsache zeigen, dass diese auf Wunsch der

Mutter geplant durchgeführt werden, oder die neuen Wege verdeutlichen, die Präimplantations- und pränatale Diagnostik immer wieder einschlagen, ist es doch wichtig, nicht nur die medizinische Betreuung des Geburtseignisses im Blick zu haben.

Die wichtigsten eingangs gestellten Fragen waren die folgenden: Wie war es möglich, dass Geburt so vollständig aus dem Leben der Frauen ausgelagert wurde? Wie kam es zu einer so umfassenden Medikalisierung des Geburtseignisses? Wie kam es zu der Veränderung des Selbstverständnisses der Frau, die zulässt, dass die Frau sich selbst als Patientin sieht, der geholfen werden muss, die ärztlicher Hilfe bedarf?

Wir haben damit begonnen, mit dem theoretischen Ansatz des Soziologen Anthony Giddens und dessen Beobachtung der „*enttraditionalisierten Gesellschaft*“ Antworten zu suchen. Die wichtigsten Merkmale, die Giddens „*post-traditionalen*“ Gesellschaften, zu denen er die unsere heutige zählt, zuschreibt, sind die Durchdringung der Lebenswelten durch Institutionen bis in die intimsten Lebensbereiche, der Bedeutungswandel des Wissens von Weisheit zu Expertenwissen und die Zunahme an Möglichkeiten, aber auch an hergestellter Unsicherheit. All dies konnten wir für den Bedeutungszusammenhang von Geburt und Mutterschaft bestätigt finden. Mit der Verlagerung und Verwaltung von Schwangerenvorsorge und Geburt in Arztpraxen und Krankenhäuser findet eine umfassende Institutionalisierung dieser Lebenszusammenhänge statt.²¹⁰ Das Geburtswissen war ehemals ein erfahrenes Weisheitswissen buchstäblich „in den Händen“ auserwählter Frauen, und ist heute verwissenschaftlicht, objektiviert, relativiert überall auf der Welt als Fach- und spezialisiertes Expertenwissen verfügbar. Die Zunahme an Möglichkeiten und das Entstehen hergestellter Unsicherheit ist ganz prägend für die Beobachtungen auf der dritten Ebene. Sowohl in dem Sinne, als Kindergebären selbst nicht mehr selbstverständliches Schicksal der Frauen ist, sondern auch Beruf und Karriere für Frauen zugänglich geworden sind, als auch in dem Sinne, dass Schwangerschaft und Geburt nicht mehr in „guter Hoffnung“ erlebt werden, sondern durch ständige Überwachung, Kontrollversuche und Untersuchungen immer neue Konflikt- und Entscheidungsmöglichkeiten entstehen. So sind alle drei Ebenen, die ich in den Mittelpunkt der Analyse gestellt habe, durch einen Bedeu

²⁰⁹ Vgl. zum Bruch zwischen dem Leben ohne und dem Leben mit Kind auch Beck-Gernsheim (1989b). Zum Risikogedanken in der Geburtsmedizin vgl. Stahl (2003), S. 85ff.

²¹⁰ So ist etwa der bereits zitierte „Mutterpass“, der die Schwangerschaft von den ersten Vorsorgeuntersuchungen an begleitet, vom „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ verfasst, nicht etwa vom Bund

tungsverlust von überlieferten Handlungsmustern, Ritualen und Traditionen gekennzeichnet, wie Giddens das auch für die gesamte spätmoderne Gesellschaft formuliert.

Aber dadurch scheinen die oben wiederholten Fragen nicht vollständig beantwortet und im Suchen nach einer Antwort in den drei der Untersuchung gewidmeten Kapiteln wurden eine Fülle anderer Autoren und Überlegungen bemüht. Diese gilt es nochmals zusammenzufassen, um so die gestellten Fragen zu beantworten.

Die Auslagerung aus dem Lebenszusammenhang wurde möglich durch eine umfassende Medikalisierung des Geburtseignisses. Den dadurch entstehenden Unsicherheiten kann nur noch die „Sicherheit“ der klinischen Geburt gerecht werden. Aber auch der Wegfall der traditionellen Großfamilie durch moderne Strukturen wie Mobilität, industrielle Erwerbsarbeit und Arbeitsteilung tragen dazu bei, dass Geburt - wie auch Sterben und Tod, nicht mehr in den familialen Rahmen eingegliedert ist.

Die so vollständige Medikalisierung und Verwaltung von Schwangerschaft und Geburt wiederum gründet auf einer Vielzahl von Faktoren. Ihre Geschwindigkeit hat mit Sicherheit die Ursache in der von Giddens festgestellten „*Radikalisierung und Globalisierung der Moderne*“. An ihrem Anfang steht wohl die Zunahme anatomischen Wissens, die Institutionalisierung von Wissen durch den Wandel von Erfahrungs- zu wissenschaftlichem Wissen. Hinzu kamen dann enorme Fortschritte in allen Bereichen der Medizin, die das Vertrauen der Bevölkerung in das abstrakte System aufbauen konnten. Zusätzlich wirkte sicherlich ein Bedeutungsverlust von kirchlichen Traditionen wie der, dass Männer von der „Frauenangelegenheit Geburt“ ausgeschlossen waren. Im zwanzigsten Jahrhundert dann kam es zu einer immer flächendeckenderen Ausstattung mit Krankenhäusern, die den Zugang für breite Bevölkerungsteile bildeten. Das endgültige „Ende“ der Hausgeburt war dann in Deutschland wohl die Übernahme der Krankenhauskosten durch die Krankenkassen Ende der sechziger Jahre auch für Geburten, bei denen im vorhinein kein Risiko zu erwarten war. Seitdem ist die Medikalisierung nicht zu Ende, sondern tritt in immer neue, weitergehende Phasen ein.

Dem Wandel des Selbstbewusstseins der Frau scheint mir Barbara Dudens Konzept der „Entkörperung“ nahe zu kommen. Eine „Entkörperung“, die im Zuge der fortlaufenden Medikalisierung immer weiter ins Selbstbewusstsein vordringen konnte und so die Abhängigkeit von ärztlichen Diagnosen und Entscheidungen verursacht. Die Frau lernt im Laufe

deutscher Hebammen (BDH). Und dies obwohl Ärzte von der Sache her eigentlich nur für das Pathologische zuständig sind, mit einer normalen Schwangerschaft also nichts zu tun haben müssten.

ihres Lebens, nicht ihren eigenen Empfindungen, sondern der Diagnose des Arztes Glauben zu schenken, und wird so auch im Lebenszusammenhang „Schwangerschaft“ bereits zur Patientin, bevor wirkliche Probleme auftauchen.²¹¹

Wo nun liegen eventuelle Unstimmigkeiten zwischen dem Konzept Anthony Giddens' und den konkreten Beobachtungen im Zusammenhang von Geburt und Mutterschaft?

Ein „Erklärungsdefizit“ sehe ich Giddens' Konzept der „*institutionellen Reflexivität*“ betreffend, das ich weiter oben in Diskussion mit Böhme bereits angesprochen habe. Den Unterschied zwischen der Auffassung von „Verwissenschaftlichung“ der beiden Autoren Giddens und Böhme habe ich bereits in früheren Kapiteln diskutiert. Im Falle von Geburt und Mutterschaft spielen meines Erachtens beide Auffassungen eine Rolle. Zum einen „diffundiert“ natürlich Expertenwissen zu Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft in die gesellschaftliche Lebenswelt, zum anderen ist aber das Geburtswissen in so hohem Maße spezialisiert, dass vielmehr wichtige Bereiche, in denen Entscheidungen auf Fachwissen angewiesen wären, an die entsprechenden Experten abgegeben und aus der Lebenswelt ausgelagert werden. Genau das ist mit der heute zahlenmäßig bei weitem überwiegenden Krankenhausgeburt der Fall. Hier scheint also Giddens' Konzept nicht auszureichen.

Sicherlich findet ein Wissenstransfer an wissenschaftlich gewonnenem Geburtswissen in die soziale Welt statt, aber dies kann meines Erachtens nicht ausreichen, um beispielsweise Phänomene wie den Anstieg der Kaiserschnittraten zu erklären, der als eine der neueren Phasen der Medikalisierung zu beobachten ist. Das medizinische Wissen über den Kaiserschnitt beinhaltet, dass er immer noch der Geburtsmodus mit den höchsten Komplikationsraten ist, also nicht leichtfertig als „erleichternde“ Maßnahme eingesetzt werden dürfte. Mit einem Kaiserschnitt gehen eine höhere Müttersterblichkeit, höhere Komplikationsraten unter der Operation und im Wochenbett sowie höhere Komplikationsraten bei den folgenden Schwangerschaften, als mit einer spontanen Geburt einher. Hinzu kommen psychische „Anfangsschwierigkeiten“ der Frau, wie Fremdheitsgefühle dem Kind gegenüber, oder ein Gefühl der Unzulänglichkeit; Gefühle, die es nach spontanen Geburten so nicht gibt. Und doch spricht ein Artikel des „Spiegels“ vom „*Trend zur Schnittentbindung*“, auch die stati

²¹¹ In einer Statistik des Statistischen Bundesamtes der „aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten“ aus dem Jahre 1999 ist bei Männern die häufigste Diagnoseklasse die der Herzkrankheiten (384 678 Fälle), während bei den Frauen die „normale Entbindung“ mit 493 416 Fällen an der Spitze liegt. Dies scheint mir doch sehr bemerkenswert. Entbindungskomplikationen werden viel weiter unten mit 90 055

stischen Daten zeigen dies an.²¹² Und zwar steigt nicht nur der Anteil, der aufgrund medizinischer Indikation, sondern auch der Anteil, der auf Wunsch der Frau vorgenommen wird. Dies ist meines Erachtens damit zu begründen, dass - im Sinne der obigen Argumentation - bei der Frau objektives, detailliertes medizinisches Wissen nicht ankommt. Das soziale Leben wird also weniger durch das Wissen selbst, als vielmehr durch von der Lobby der Ärzte in eigenem Interesse vorenthaltene und andere stärker in den Vordergrund gerückte Informationen²¹³, dem Wunsch nach Planbarkeit oder ähnlichem beeinflusst. An dieser Stelle möchte ich auf Beck verweisen.

Ulrich Beck reagiert immer wieder kritisch auf Texte des britischen Soziologen. Zu Giddens Reflexivitätsbegriff, bzw. zu seinem Begriff von Moderne entspann sich eine deutsch-britische Debatte.²¹⁴ Diese Kontroverse lohnt es sich zu betrachten. Die Unterschiede der beiden Autoren und die eventuelle weitere Reichweite des Beck'schen Reflexivitätsbegriffs für meine Überlegungen möchte ich nun ans Ende dieser Arbeit stellen. Der Rahmen dieser Arbeit wird es jedoch nur zulassen, kurze Denkanstöße geben. Eine weiterführende Beschäftigung mit Giddens' Theorie der Spätmoderne und Becks Reflexivitätskonzept führt im Rahmen dieser Arbeit zu weit, bedürfte eines größeren Umfangs.

Für Giddens ist die institutionelle Reflexivität der „*Hauptfeind der Traditionen*“²¹⁵. Die Verwissenschaftlichung des Geburtswissens führte dazu, dass sich der Geburtskontext grundlegend geändert hat. Dieser veränderte sich zwar zum einen dadurch, dass das wissenschaftliche Wissen in die soziale Welt Eingang fand, zum anderen waren es aber auch Folgen des wissenschaftlichen Wissenszuwachses, bzw. gezielte Selektion des Wissenstransfers durch eine Gruppe von des Wissens mächtigen Experten, die die Veränderungen im sozialen Kontext bewirkten.

An dieser Stelle wird interessant, in welcher Weise Ulrich Beck die „Reflexivität“ der Moderne fasst. Wie Beck in einer Gegenüberstellung, die er selbst vornimmt, betont, vertritt er nicht wie Anthony Giddens einen „wörtlichen“ Wissensansatz, sondern einen Ansatz der „Reflexivität“ über Nebenfolgen der Modernisierung.²¹⁶ Dies formuliert Beck selbst fol

Fällen an 18. Stelle angeführt. Dies sind die eigentlichen Fälle, die - zumindest solange nichts genaueres bekannt ist - eines Krankenhauses bedürften (Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2002).

²¹² Vgl. Tabelle 1 im Anhang.

²¹³ So wird die Möglichkeit der „Wunschsectio“ als emanzipatorische Errungenschaft gepriesen.

²¹⁴ Vgl. beispielweise Beck in: *Theory, Culture and Society*, Vol. 9/2, 1992, S. 163-169; sowie Giddens Erwiderung ebd., S. 171-174; vgl. auch Beck in: *Soziologische Revue* 19, 1996, Heft 1, S. 3-9 und Beck/Giddens/Lash (1996).

²¹⁵ Vgl. Giddens (1993), S. 474.

²¹⁶ Beck (1996), S. 3.

gendermaßen: *„Nicht Wissen, sondern Nicht-Wissen ist das ‚Medium‘ reflexiver Modernisierung. Es ist genau dieser Gesichtspunkt der Verteilung, Verteidigung und (wissenschaftlichen) Erzeugung von Nicht-Wissen, der den Fragehorizont für nicht-lineare Theorien (reflexiver Modernisierung) eröffnet. Wir leben im Zeitalter der Nebenfolgen.“*²¹⁷

Beck meint also, reflexive Modernisierungsprozesse wirken nicht durch Wissen auf das gesellschaftliche Leben zurück, sondern durch Nicht-Wissen *„in der Doppelbedeutung des Nicht-Wissen-Könnens und des Nicht-Wissen-Wollens“*²¹⁸ über Nebenfolgen des Wissens. Ich möchte dies kurz erläutern und so die Frage auf tun, ob Becks Konzept der Reflexivität des Nicht-Wissens nicht in dem vorliegenden Falle mehr Erklärungspotential innehat als Giddens' Verständnis, das Beck noch einmal folgendermaßen zusammenfasst: Giddens spricht von *„institutioneller Reflexivität“*, um die Art des „reflexiven Wissens“ einzugrenzen. *„Damit meint er die Zirkulation von wissenschaftlichem und Experten-Wissen über die Grundlagen sozialen Handelns.“*²¹⁹ Beck nun differenziert folgendermaßen *„lineare und nicht-lineare Theorien“* reflexiver Modernisierung: *„Lineare Theorien unterstellen (meist unausgesprochen): Nicht-Wissen ist nicht relevant (zentral) für reflexive Modernisierung. Nicht-lineare Theorien behaupten das Gegenteil: Arten, Konstruktionen und Folgen des Nicht-Wissens über Risiken industrieller Modernisierung sind das Schlüsselproblem im Übergang zur zweiten, reflexiven Moderne.“*²²⁰ Giddens unterschätzt nach Beck die Bedeutung des *„Nicht-Wissen-Könnens“* angesichts eines sich immer weiter spezialisierenden Wissenschaftsbetriebs. *„Vor dem Hintergrund dieses mit dem Siegeszug der Wissensmodernisierung wachsenden Nicht-Wissens stellt sich die Frage nach der Entscheidung in Unsicherheit neu und radikal: wenn wir über die Folgen industriellen Forschens, Handelns und Produzierens nichts wissen können (wie dies heute in Bereichen der Gentechnologie und Humangenetik der Fall ist), wenn also weder der Optimismus der Protagonisten, noch der Pessimismus ihrer Kritiker auf Wissen gründen, welche Regel gilt dann [...]?“*²²¹ Angesichts dieser Unsicherheit, die modernes Leben bestimmt, rät Beck zu folgender „Handlungsmaxime“, die auch Giddens etwas weniger direkt in „seinem“ „Prinzip des methodischen Zweifels“ aufnimmt: *„Angesichts wachsenden Nicht-Wissens liegen im besonnenen Zweifel, im ‚effective distrust‘ (Wildavsky), durchaus*

²¹⁷ Vgl. Beck (1996), S. 6 [Hervorhebung A.S.].²¹⁸ Vgl. Beck (1996), S. 8.

²¹⁹ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 291.

²²⁰ Vgl. Beck (1996), S. 8.

²²¹ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 305.

*Chancen für einen besseren Umgang mit (in mehrfachem Sinne) ‚unsicherem‘ Risikowissen.*²²²

Ein weiterer Punkt, den ich im Hinblick auf seine Reichweite kurz ansprechen möchte, ist die Entscheidungsmöglichkeit, die Becks Konzept der nicht-linearen Reflexivität bietet. Die Rede von „Nebenfolgen“ meint nicht kein Wissen, wie Beck betont, sondern durchaus ein Wissen, *„dessen Ansprüche allerdings umstritten sind“*²²³. Beck kennzeichnet hier einen Konflikt. Expertenwissen, das von verschiedenen Expertengruppen erlangt wird, trifft auf Alltagswissen und Wissen, das durch Experten etwa sozialer Bewegungen verbreitet wird, und all diese Wissensarten genügen unterschiedlichen Rationalitätslogiken.²²⁴ *„Nebenfolgen-Wissen eröffnet also ein Konfliktfeld pluralistischer Rationalitätsansprüche“*.²²⁵ Beck selbst kennzeichnet diesen Rationalitätskonflikt mit folgenden Worten:

*„Dieser Konflikt verläuft nicht in klaren und eindeutigen Zuordnungen von Wissen und Nicht-Wissen – entweder im Sinne der Expertenrationalität oder der Expertenkritik sozialer Bewegungen; kennzeichnend ist vielmehr, dass ein Wechselspiel der Ansprüche auf allen Seiten Wissen und Nicht-Wissen, Bornierungen und Selektivitäten, andere Relevanzen, Rationalitäten, ‚Rationalisierungen‘ und Dogmatisierungen (meist unfreiwillig) hervorbrechen, vielleicht im Sinne eines um die List der öffentlichen Vernunft erweiterten ‚kritischen Rationalismus‘ Karl R. Poppers. Dieser Rationalitätskonflikt bedeutet, dass es einen erweiterten, schwer eingrenzbaaren Horizont konkurrierender Wissens-Akteure und -Interessenten gibt, wodurch die etablierten linearen Zuordnungen von Wissen und Nicht-Wissen fragwürdig werden.“*²²⁶

Was mit diesem Ansatz einhergeht ist Folgendes: Die spätmodernen Menschen sind gezwungen, in ihren Entscheidungen auf Expertenwissen zurückzugreifen, darin ist Beck sich mit Giddens einig. Nach Giddens kann das den spätmodernen Alltag strukturierende Expertenwissen die sinngabende Funktion von Traditionen nicht ersetzen, weil es durch seine „Ortlosigkeit“ und „Dezentriertheit“²²⁷ keine moralische, normgebende, identitätsstiftende Dimension mit sich bringt. Giddens *„unterschätzt“* nach Beck die *„Pluralisierung von Rationalitäten und Wissensakteuren und die Schlüsselrolle gewusster und verdrängter*

²²² Vgl. Beck u.a. (1996), S. 305.

²²³ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 298.

²²⁴ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 298.

²²⁵ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 299.

²²⁶ Vgl. Beck u.a. (1996), S. 299.

²²⁷ Giddens erklärt dies näher: *„Das heißt, Expertenwissen ist lokal nicht verwurzelt, weil es auf unpersönlichen Prinzipien basiert, die kontextunabhängig entwickelt und aufgestellt werden können.“* Vgl. Giddens (1993), S. 468.

*Nicht-Wissensarten*²²⁸. Da für Beck aber dieser Konflikt verschiedener Rationalitäten besteht, sind wir seiner Meinung nach gezwungen, im Zuge unserer Entscheidung eine dieser Rationalitätslogiken zu wählen. Expertenwissen existiert auf vielen unterschiedlichen Ebenen, wird durch unterschiedliche Werthaltungen generiert. Wir sind uns dessen bewusst, und können uns somit aus unseren Gründen heraus in unserer Entscheidung auf die eine oder andere Art der Logik berufen. So entsteht eine neue Möglichkeit der Identitätsstiftung, der Sinndimension, die Giddens' Verständnis von „Reflexivität“ des Expertenwissens nicht bieten kann.

Ich muss es bei diesen Denkanstößen belassen, an vielen Stellen - nicht nur in bezug auf Beck - wäre eine weiterführende Beschäftigung mit der angesprochenen Thematik wichtig und vielversprechend. Ein ausführlicheres Nachzeichnen der Gedanken Becks würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Auch in dieser kurzen Ausführung wird aber meines Erachtens deutlich, dass Becks Konzept des „Nicht-Wissens“ im Falle der Geburtsmedizin Aspekte zu berühren vermag, die Giddens' Verständnis von „institutioneller Reflexivität“ nicht erreicht. Auch die „Handlungsmaxime“, die Beck uns mit auf den Weg gibt, kann die Frauen zu eigenständigerem Handeln anleiten, denn Wissen um Nicht-Wissen eröffnet dem kritischen Denken ganz andere Möglichkeiten.

Um abschließend den Erklärungsertrag der Theorie Anthony Giddens' zusammenzufassen, möchte ich betonen, dass seine Charakterisierung der „enttraditionalisierten Gesellschaft“ die Augen öffnet für den Wandel, den Geburt und Mutterschaft in den letzten dreihundert Jahren durchlaufen haben. Lediglich den „Antrieb“ für diesen Übergang in die reflexive Moderne scheint Ulrich Beck zumindest für den Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft treffender zu formulieren.

²²⁸ Vgl. Beck (1996), S. 9.

Anhang

Tabelle 1: Die Kaiserschnitttrate

Entbindungen in Krankenhäusern							
Jahr	Entbundene Frauen	Kaiserschnittentbindungen		Zangengeburt		Vakuumextraktion ^{a)}	
		Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
1991	822 842	126 297	15.3	21 653	2.6	45 900	5.6
1992	797 784	128 991	16.2	19 045	2.4	45 044	5.6
1993	785 183	132 334	16.9	18 363	2.3	44 559	5.7
1994	757 693	131 351	17.3	17 453	2.3	42 893	5.7
1995	749 086	131 921	17.6	16 397	2.2	40 465	5.4
1996	778 900	140 184	18.0	16 634	2.1	40 850	5.2
1997	795 274	147 314	18.5	15 861	2.0	40 339	5.1
1998	766 508	149 723	19.5	14 525	1.9	38 470	5.0
1999	750 617	152 612	20.3	13 230	1.8	37 591	5.0
2000	746 625	160 183	21.5	12 139	1.6	35 500	4.8
2001	715 136	161 548	22.6	10 071	1.4	32 486	4.5

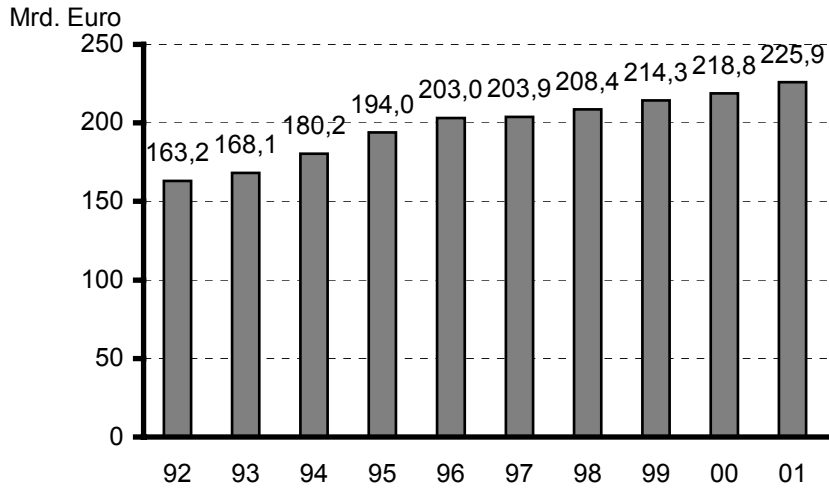
^{a)}oder Entbindung mit der Saugglocke

(Tabelle mit Auslassungen übernommen von: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

© Statistisches Bundesamt (ZwSt Bonn), 2003

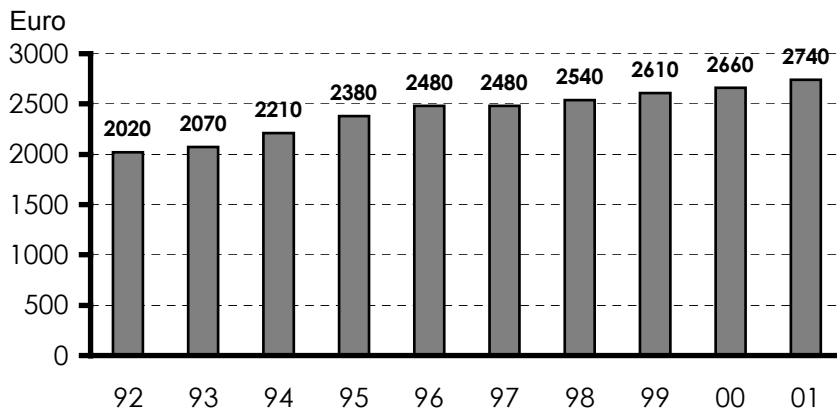
Grafik 1 und 2: Die Kosten des Gesundheitssystems

Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal)



(Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2002)

Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Euro je Einwohner



(Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland 2002)

Tabelle 2: Das Verhältnis klinischer und außerklinischer Geburten

Jahr	Geborene Kinder in Deutschland	In Krankenhäusern geborene Kinder	Differenz aus Spalte zwei und drei (Annahme: nicht in der Klinik erfasste Geburten sind außerklinische Geburten)		Tatsächlich erfasste außerklinisch geborene Kinder	Insgesamt erfasste außerklinische Geburtshilfe (inkl. Verlegungen unter der Geburt; die Zahl der verlegten Frauen befindet sich auch in der Krankenhausstatistik Spalte drei)
1999	773 862	763 669	10 193	1,32%	7 454	8 556
2000	770 083	759 488	10 595	1,38%	7 629	8 778
2001	737 356	727 315	10 041	1,36%	8 252	9465

(Quelle für Spalte zwei und drei Statistisches Bundesamt, Quelle für Spalte fünf und sechs Datenerhebung QUAG e.V.; Tabelle aus Qualitätsbericht 2001, S. 104; modifiziert und um die Daten des Jahres 2001 erweitert)

Tabelle 3: Der Anteil der Krankenhausgeburten

Jahr	Geborene Kinder ¹⁾		Geborene Kinder im Krankenhaus ²⁾		
	insgesamt	Lebendgeborene	insgesamt		Lebendgeborene
1992	811 774	809 114	808 001	99,54%	805 262
1993	800 914	798 447	795 722	99,35%	793 137
1994	772 716	769 603	768 252	99,42%	765 222
1995	768 626	765 221	760 091	98,89%	756 756
1996	799 588	796 015	790 830	98,90%	787 475
1997	815 683	812 173	807 904	99,05%	804 579
1998	788 224	785 034	779 358	98,88%	776 216
1999	773 862	770 744	763 669	98,68%	760 652
2000	770 083	766 999	759 488	98,62%	756 649
2001	737 356	734 475	727 315	98,64%	724 634

¹⁾Quelle: Geburtenstatistik

²⁾Quelle: Krankenhausstatistik

(Tabelle mit Auslassungen, und um die Prozentangaben erweitert, übernommen von: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik)

Tabelle 4: Die außerklinischen Geburten nach Einrichtung

Beteiligte Einrichtung	Anzahl	Prozent
Hebamme (Hausgeburt)	4519	47,8%
Geburtshaus	4082	43,1%
Hebammenpraxis/Entbindungsheim ^{a)} /Arztpraxis	854	9,1%
Gesamt	9465	100%

^{a)}Ein Entbindungsheim bietet den Frauen die Möglichkeit außerklinisch unter Hebammenbetreuung zu entbinden, und nach der Entbindung „stationär“ in der Betreuung der Hebamme zu verbleiben, im Gegensatz zur ambulanten Entbindung im Geburtshaus.

(Tabelle leicht verändert übernommen aus: Qualitätsbericht 2001 – außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, S. 97.)

Tabelle 5: Die außerklinischen Geburten nach Einrichtungen und Bundesländern

Bundesländer		Beteiligte Einrichtungen			Gesamt
		Hebamme (Hausgeburt)	Geburtshaus	Hebammenpraxis Entbindungsheim Arztpraxis	
alte Bundesländer	Anzahl	3726	2375	327	6428
	Spalten%	82,3%	58,2%	38,3%	67,9%
	Zeilen%	58,0%	36,9%	5,1%	100%
neue Bundesländer	Anzahl	459	565	257	1281
	Spalten%	10,1%	13,8%	30,1%	13,5%
	Zeilen%	35,8%	44,1%	20,1%	100%
Stadtstaaten	Anzahl	344	1142	270	1756
	Spalten%	7,6%	28,0%	31,6%	18,6%
	Zeilen%	19,6%	65,0%	15,4%	100%
Anzahl		4529	4082	854	9465
Spalten%		100%	100%	100%	100%
Zeilen%		47,8%	43,1%	9,1%	100%

(Tabelle leicht verändert übernommen aus: Qualitätsbericht 2001 – außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, S. 22)

Tabelle 6: Die Schwangerenvorsorge bei Arzt und Hebamme

Ärztliche Schwangerenvorsorge		Außerklinisch Entbundene ^{a)}
Nein	Anzahl	365
	Spalten%	3,9%
Ja	Anzahl	9096
	Spalten%	96,1%
Angabe fehlt	Anzahl	4
	Spalten%	,0%
Anzahl		9465
Spalten%		100%

^{a)}Es handelt sich hier um die Gesamtheit der im Qualitätsbericht der außerklinischen Geburtshilfe erfassten Frauen. Ein kleiner Teil wurde unter der Geburt in die Klinik verlegt, deshalb ist die Bezeichnung nicht ganz korrekt.

(Tabelle modifiziert, Zahlen übernommen aus: Qualitätsbericht 2001 – außerklinische Geburtshilfe in Deutschland, S. 29)

Tabelle 7: Das „Gebäralter“ der Frauen und die durchschnittliche Kinderzahl

Deutschland				
Gegenstand der Nachweisung	Einheit	1999	2000	2001
Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder				
Insgesamt	Alter	29,5	29,6	29,7
Zusammengefasste Geburtenziffer				
Durchschnittliche Kinderzahl	Je Frau	1,4	1,4	1,3
Aktualisiert am 04. August 2003				

(Tabelle mit Auslassungen übernommen von: Statistisches Bundesamt Deutschland 2002)

Literaturverzeichnis

- ARIES, Philippe: Geschichte der Kindheit. München ¹⁴2000 (zuerst Paris 1960).
- BADINTER, Elisabeth: Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München ⁴1999 (zuerst Paris 1980).
- BECK, Ulrich: How Modern is Modern Society? In: Theory, Culture and Society, Vol. 9/2, 1992, S. 163-169.
- BECK, Ulrich: Der clevere Bürger. Bemerkungen zu Anthony Giddens' Konzeption ‚reflexiver Modernisierung‘. In: Soziologische Revue 19, 1996, Heft 1, S. 3-9.
- BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott (Hg.): Reflexive Modernisierung: eine Kontroverse. Frankfurt/M. 1996 (zuerst Cambridge 1994).
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth: Die Kinderfrage. Frauen zwischen Kinderwunsch und Beruf. München ²1989a (zuerst 1988).
- BECK-GERNSHEIM, Elisabeth: Mutterwerden – der Sprung in ein anderes Leben. Frankfurt/M. 1989b.
- BECKER-SCHMIDT, Regina: Die doppelte Vergesellschaftung – die doppelte Unterdrückung: Besonderheiten der Frauenforschung in den Sozialwissenschaften. In: UNTERKIRCHNER, Lilo; WAGNER, Ina (Hg.): Die andere Hälfte der Gesellschaft. Österreichischer Soziologentag 1985. Wien 1987, S.10-25.
- BÖHME, Gernot: Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe. In: KZfSS, Sonderheft 22/1980, S. 445-463.
- BRÜDERL, Leukadia; PAETZOLD, Bettina (Hg.): Frauenleben zwischen Beruf und Familie. Psychosoziale Konsequenzen für Persönlichkeit und Gesundheit. Weinheim/München 1992.
- BUSCH, Dietrich Wilhelm Heinrich: Einrichtung der geburtshülflichen Klinik zu Marburg. Marburg 1821.
- DACKWEILER, Regina: Ausgegrenzt und eingemeindet: die neue Frauenbewegung im Blick der Sozialwissenschaften. Münster 1995.
- DECLERCQ, Eugène: Trends in der Geburtshilfe: Von der Hausgeburt zur Klinikgeburt und wieder zurück zur Hausgeburt? In: Österreichische Hebammenzeitschrift, 6. Jg., Heft 3/00, Juni 2000. Veröffentlicht im Internet unter www.zeitung.hebammen.at/archiv/3_00.htm.
- DUDEN, Barbara: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Hamburg 1991.

- DUDEN, Barbara: Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover 2002.
- DUDEN, Barbara; SCHLUMBOHM, Jürgen; VEIT, Patrice (Hg.): Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft. 17.-20. Jahrhundert. Göttingen 2002.
- DUDEN, Barbara: Verrechnete Hoffnung. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 3/2003, S. 17/18.
- van DÜLMEN, Richard: Kultur und Alltag in der frühen Neuzeit. Bd. I. Das Haus und seine Menschen: 16.-18. Jahrhundert. München 1990.
- ENSEL, Angelica: Vorgeburtliche Diagnostik begleiten. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/2003, S. 17-24.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther: Krankheit Frau. In: Imhof, Arthur E.: Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Berlin 1983, S. 215-229.
- FOUCAULT, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München 1973 (zuerst Paris 1963).
- de FOURCROY, Jean-Louis: Les enfants élevés dans l'ordre de la nature ou abrégé de l'histoire naturelle des enfants du premier âge. Paris 1774.
- FREVERT, Ute: „Mann und Weib, und Weib und Mann“. Geschlechterdifferenzen in der Moderne. München 1995.
- GELIS, Jacques: Das Geheimnis der Geburt: Rituale, Volksglaube und Überlieferung. Freiburg i. Br. 1992 (zuerst Paris 1984).
- GIDDENS, Anthony: Commentary on the Reviews. In: Theory, Culture and Society, Vol. 9/2, 1992, S. 171-174.
- GIDDENS, Anthony: Kritische Theorie der Spätmoderne. Wien 1992a.
- GIDDENS, Anthony: Tradition in der post-traditionalen Gesellschaft. In: Soziale Welt, Jahrgang 44, 1993, Heft 4, S. 445-485.
- GIDDENS, Anthony: Konsequenzen der Moderne. Frankfurt/M. ²1995 (zuerst Oxford 1990).
- GRABA, Christin: Hausgeburten – eine gesunde Alternative zur Klinikgeburtshilfe. Vortrag vom 14.05.2002 in Tutzingen. Veröffentlicht im Internet unter www.ansem.de/Geburt-Seitai.htm.
- GRABRUCKER, Marianne (Hg.): Vom Abenteuer Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen. Frankfurt/M. 1991.
- GROSS, Peter: Die Multioptionsgesellschaft. Frankfurt/M. 1994.

- GOTTSCHALL, Karin: Soziale Ungleichheit und Geschlecht. Kontinuitäten und Brüche, Sackgassen und Erkenntnispotentiale im deutschen soziologischen Diskurs. Opladen 2000.
- GRUBENMANN, Otilia: 200 Praxisfälle. Bd. 2. Weissbad 1993.
- HARDACH-PINKE, Irene: Zwischen Angst und Liebe. Die Mutter-Kind-Beziehungen seit dem 18. Jahrhundert. In: MARTIN, Jochen; NITSCHKE, August (Hrsg.): Zur Sozialgeschichte der Kindheit. Freiburg/München 1986, S. 525-590.
- HILPERT, Claudia: Wehemütter – Amtshebammen, Accoucheure und die Akademisierung der Geburtshilfe im kurfürstlichen Mainz, 1550-1800. Frankfurt/M. u. a. 2000.
- HILPERT, Claudia: Mainzer Hebammen in früheren Jahrhunderten. Herausgegeben vom Frauenbüro der Stadt Mainz. Mainz 2002.
- HÖFER, Ute: Neue Dimension der Schwangerenvorsorge. Ein Plädoyer für eine frauenzentrierte Schwangerenvorsorge durch die Hebamme und für die Zusammenarbeit von Hebammen und ÄrztInnen. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 9/2003, S. 6-9.
- HONEGGER, Claudia: Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers. In: IMHOF, Arthur E.: Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Berlin 1983, S. 203-213.
- HORNER, Maria: Aus dem Leben einer Hebamme. Hg., bearbeitet und mit einem Vorwort versehen von Christina Hämmerle. Wien 1985.
- IMHOF, Arthur E.: Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Berlin 1983.
- JEU, Philippe: Rachel R., accoucheuse traditionnelle des Hauts de La Réunion. Mémoire de Maîtrise d'ethnologie. Université de La Réunion. St. Denis (La Réunion) 1998.
- JULIUS, Cornelia: Die Leute im Hause Balthasar. Eine Kaufmannsfamilie in Nürnberg um 1700. Weinheim 1991.
- KNAPP, Gudrun-Axeli: Zur widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen. In: HOFF, Ernst-Hartmut (Hg.): Die doppelte Sozialisation Erwachsener. Weinheim/München 1990, S. 17-52.
- KRENN-SIMON, Heidemarie: „Beystand in Kindsnöthen“ – Grazer Hebammen in der frühen Neuzeit und die Anfänge des staatlich reglementierten Hebammenwesens. In: Historisches Jahrbuch der Stadt Graz, Band 23/24, Graz 1993.
- LABOUVIE, Eva: Frauenberuf ohne Vorbildung? Hebammen in den Städten und auf dem Land. In: KLEINAU, Elke; OPITZ, Claudia (Hg.): Geschichte der Frauen und Mädchenbildung. Bd. 1. Frankfurt/M. 1996, S. 218-233.
- LABOUVIE, Eva: Andere Umstände: eine Kulturgeschichte der Geburt. (Habilitationsschrift) Köln 1998.

- LEBOYER, Frédérick: Geburt ohne Gewalt. München 1999 (zuerst Paris 1974).
- LINNER, Rosalie: Tagebuch einer Landhebamme 1943-1980. Rosenheim 1989.
- LOUX, Françoise: Das Kind und sein Körper in der Volksmedizin. Eine historisch-ethnographische Studie. Stuttgart 1980.
- LOYTVED, Christine: Qualitätsbericht 2001 – Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland. Im Auftrag der „Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.“. Bonn 2002.
- MARRE, Béatrice: Bücher für Mütter als pädagogische Literaturgattung und ihre Aussagen über Erziehung (1762-1851). Weinheim/Basel 1986.
- MARTIN, Jochen; NITSCHKE, August (Hg.): Zur Sozialgeschichte der Kindheit. Freiburg/München 1986.
- METZ-BECKER, Marita (Hg.): Hebammenkunst gestern und heute: Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg 1999.
- METZ-BECKER, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebärhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/M. 1997.
- METZ-BECKER, Marita; SCHMIDT, Stephan (Hg.): Gebärhaltungen im Wandel. Kulturhistorische Perspektiven und neue Zielsetzungen. Marburg 2000.
- MILOW, Margarethe E.: Ich will aber nicht murren. Lebenserinnerungen herausgegeben von Rita Bake und Birgit Kiupel. Hamburg 1987 (niedergeschrieben zwischen 1779 und 1794).
- MORDT, Gabriele: Regionalismus und Spätmoderne. Opladen 2000.
- NIMTZ-KÖSTER, Renate: Schnittig ins Leben. In: Der Spiegel, Nr. 6/03.02.03, S. 134-137.
- OSIANDER, Friedrich Benjamin: Handbuch der Entbindungskunst. Erster Band. Zweite vermehrte Auflage. Tübingen 1829.
- ROCKENSCHAUB, Alfred: Gebären ohne Aberglaube. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. Wien ²2001 (zuerst 1998).
- ROCKENSCHAUB, Alfred: Kaiserschnitt als Körperverletzung. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 6/2003, S. 48-52.
- SCHIEFENHÖVEL, Wulf; SICH, Dorothea (Hg.): Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht. Beiträge und Nachträge zur IV. Internationalen Fachkonferenz der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin über traditionelle Geburtshilfe und Gynäkologie in Göttingen 8.-10.12.1978. Curare Sonderband 1/1983. Braunschweig/Wiesbaden ²1986.

-
- SCHINDELE, Eva: Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg 1995.
- SCHLUMBOHM, Jürgen; DUDEN, Barbara u.a.: Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München 1998.
- SCHÜCKING, Beate: Dein Baby: Das Einmaleins für alle Mütter. München 1953.
- SCHÜCKING, Beate: Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. Göttingen 2003.
- SCHULTHEISS, Gitta: Das Leben in meinen Händen. Erlebnisse einer Hebamme. Egelsbach/Frankfurt/M. u.a. 2002.
- SCHÜTZE, Yvonne: Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters „Mutterliebe“. Bielefeld ²1991(zuerst 1986).
- SHORTER, Edward: Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau. München 1984 (zuerst New York 1982).
- SHORTER, Edward: Der Wandel der Mutter-Kind-Beziehungen zu Beginn der Moderne. In: Zeitschrift für historische Sozialwissenschaft 1, 1975, S. 256-287.
- SPITZER, Beatrix: Der zweite Rosengarten. Eine Geschichte der Geburt. Hannover 1999.
- STAHL, Katja: Die Risikoeinschätzung in der Schwangerenvorsorge. In: Die Hebamme 16/2003, S. 85-89.
- TOPPE, Sabine: Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch-pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18. Jahrhundert. Oldenburg 1993.
- TOPPE, Sabine: Mutterschaft und Erziehung zur Mütterlichkeit in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. In: KLEINAU, Elke; OPITZ, Claudia (Hg.): Geschichte der Frauen und Mädchenbildung. Bd. 1. Frankfurt/M. 1996, S. 346-359.
- VERLEGER, Sylvia: Kritische Gedanken zum derzeitigen Modell der Schwangerenvorsorge. In: Die Hebamme 16/2003, S. 76-78.

Veröffentlichte "Hallesche Graureiher", Stand: April 2004

Unsere aktuelle Publikationsliste finden Sie im Internet unter:

<http://www.sociologie.uni-halle.de/publikationen/index.html>

Mnich, Eva, 1993: *Bürgerumfrage Halle 1993*. Der Hallesche Graureiher 93-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Sahner, Heinz, 1993: *Dienstleistungssektor in der DDR und in den neuen Bundesländern*. Der Hallesche Graureiher 93-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: *Gegenwartskunde* 4/1994, S. 527 -554

Sahner, Heinz, 1994: *Leben in Halle. Ergebnisse einer Bürgerumfrage im Vergleich*, Der Hallesche Graureiher 94-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: Krüger, H.-H., Kühnel, M., Thomas, S. (Hrsg.) *Brüche, Umbrüche - Aufbruch? Arbeits-, bildungs- und sozialpolitische Problemlagen und Perspektiven in Ostdeutschland*, April 1995, Leske & Budrich.

1994: *Jahresbericht 1.4.1992 bis 31.3.1994*, Der Hallesche Graureiher 94-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Kreckel, Reinhard, 1994: *Soziologie an den ostdeutschen Universitäten: Abbau und Neubeginn*, Der Hallesche Graureiher 94-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: *Sociology in Germany, Soziologie Special Edition 3-1994*, Leske & Budrich, Opladen, S. 240 - 251.

Däumer, Roland, 1994: *Skalierung mit Assoziationsmodellen: Entwicklung einer Skala Ost- und Westdeutscher Ausbildungsabschlüsse nach der Wiedervereinigung*, Der Hallesche Graureiher 94-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Thome, Helmut, 1994: *Soziologische Zyklentheorie zwischen Spekulation und Emperie*, Der Hallesche Graureiher 94-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Huber, Joseph, 1994: *Nachhaltige Entwicklung durch Suffizienz, Effizienz und Konsistenz*, Der Hallesche Graureiher 94-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: P. Fritz, W. Levi, J. Huber (Hrsg.), *Nachhaltige Entwicklung*, Stuttgart: Edition Universitas 1995

Sahner, Heinz, 1994: *Regionalentwicklung: Kultur als Standortfaktor. Halle und sein Umland - unterschätzte Möglichkeiten*, Der Hallesche Graureiher 94-7. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- Mnich, Eva, 1995: *Bürgerumfrage Quedlinburg 1994*, Der Hallesche Graureiher 95-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Däumer, Roland, 1995: *Die Gemeindeverwaltungsreform in Sachsen-Anhalt: Voraussetzung zur Verwirklichung lokaler Selbstverwaltung? Eine regionalsoziologische Analyse des Transformationsprozesses der Verwaltung im ländlichen Bereich (Raum Halle:Saalkreis)*, Der Hallesche Graureiher 95-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Mnich, Eva, 1995: *Bürgerumfrage Halle 1994*, Der Hallesche Graureiher 95-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Kreckel, Reinhard, 1995: *Makrosoziologische Überlegungen zum Kampf um Normal- und Teilzeitarbeit im Geschlechterverhältnis*, Der Hallesche Graureiher 95-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Sahner, Heinz, 1995: *Regionale Kooperation im Verdichtungsraum Halle-Leipzig - Chancen, Probleme und Wege*, Der Hallesche Graureiher 95-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. sowie in: Raumforschung und Raumordnung, Heft 6.1995/ 53. Jahrgang
- Sahner, Heinz, 1995: *Sozialstruktur und Lebenslagen*, Der Hallesche Graureiher 95-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: O.W. Gabriel und E. Holtmann (Hrsg.), Handbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. München: Oldenbourg 1997
- Sahner, Heinz/Schwendtner, Stefan/Stange, Constanze/Westphal, Kathrin/Teubner, Hannes, 1995: *Gesellschaften im Umbruch, Der 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 3. - 7. April 1995 - Eine Nachlese* - Der Hallesche Graureiher 95-7. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Krickhahn, Thomas, 1995: *Stadtsoziologische Erhebungen in acht Städten der DDR*, Der Hallesche Graureiher 95 - 8. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Mnich, Eva/Schwiete, Reinhard, 1996: *Vergleichender Tabellenband der Kommunalen Bürgerumfragen in der Stadt Halle 1993, 1994 und 1995 sowie im Saalkreis 1995*, Der Hallesche Graureiher 96 - 1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Thome, Helmut, 1996: *Umweltbewußtsein und Umweltverhalten bei Bediensteten der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*, Der Hallesche Graureiher 96 - 2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- Rahlf, Thomas, 1996: *Zur Modellierung stochastischer Zyklen als AR(2)-Prozeß*, Der Hallesche Graureiher 96-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Mnich, Eva, 1996: *Bürgerumfrage Stadt Halle und Saalkreis 1995*, Der Hallesche Graureiher 96-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Bolder, Axel/ Hendrich, Wolfgang/ Spindler, Axel, 1996: *Umlernen im Spannungsfeld von Aufbruch und neuen alten Segmentierungen*, Der Hallesche Graureiher 96-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Kreckel, Reinhard, 1996: *Akademische Freiheit heute, Antrittsrede anlässlich der feierlichen Rektoratsübergabe, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 16.10.1996*, Der Hallesche Graureiher 96-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Thome, Helmut, 1996: *Studienanfängerinnen und Studienanfänger in Halle, Ergebnisse einer Befragung von Neuimmatrikulierten des Wintersemesters 1994/95 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*, Der Hallesche Graureiher 96-7. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Lutz, Burkart/Ortmann, Julia, 1997: *Ausbildungsabschlüsse und Arbeitsmarkt - deutscher Beitrag zu einem europäischen Vergleich*, Der Hallesche Graureiher 97-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Grünert, Holle / Lutz, Burkart / Steiner, Christine, 1997: *Wechselwirkungen von Bildungsverhalten, Arbeitsmarktstruktur und Beschäftigerverhalten in post-sozialistischen Gesellschaften*, Ergebnisse eines Forschungskolloquiums, Der Hallesche Graureiher 97-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Winter, Martin, 1997: *Die Polizei - autonomer Akteur oder Herrschaftsinstrument?*, Der Hallesche Graureiher 97-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Zimmer, René, 1997: *Der Wandel des Arztberufs im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Halle a. d. Saale*, Der Hallesche Graureiher 97-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Grünert, Holle, 1997: *Starrheit und Mobilität im Beschäftigungssystem der DDR*, Der Hallesche Graureiher 97-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: B. Lutz (Hrsg.), *Subjekt im Transformationsprozeß - Spielball oder Akteur*. München und Mering: Rainer Hampp, S. 17 - 67.
- Bayer, Michael, 1998: *Computer Assisted Telephone Interviewing - Methodik und praktische Umsetzung*, Der Hallesche Graureiher 98-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- Petermann, Sören, 1998: *Bürgerumfrage Halle 1997*, Der Hallesche Graureiher 98-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Kreckel, Reinhard/Schenk, Sabine, 1998: *Full-Time or Part-Time? The Contradictory Integration of the East German Female Labour Force in Unified Germany*, Der Hallesche Graureiher 98-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Lutz, Burkart/Schlesier, Kristine, 1998: *Zwischenbetriebliche Kooperation in der ostdeutschen Industrie - Chancen, Hemmnisse und Ansatzpunkte ihrer Überwindung. Ein Kolloquium von Praktikern und Wissenschaftlern*. Der Hallesche Graureiher 98-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Winter, Martin, 1998: *Protest policing und das Problem der Gewalt*. Der Hallesche Graureiher 98-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Sahner, Heinz, 1998: *Bürgerbefragungen und das Prinzip der nachhaltigen Stadtentwicklung*. Der Hallesche Graureiher 98-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Ketzmerik, Thomas / Wiener, Bettina, (Hrsg.) 1999: *Kombilohn - geringfügige Beschäftigung - Erwerbsverläufe. Das vierte FORUM zu den Arbeitsmarktdaten Sachsen-Anhalt*. Der Hallesche Graureiher 99-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Sahner, Heinz / Zaborowski K. U., 1999: *Silberhöhe - Eine Großwohnsiedlung von Halle im Umbruch*. Der Hallesche Graureiher 99-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Huber, Joseph, 1999: *Plain Money. A Proposal for Supplying the Nations with the necessary Means in a modern Monetary System*. Der Hallesche Graureiher 99-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Petermann, Sören, 1999: *Die Bürgerumfragen in der Stadt Halle 1993, 1994, 1995 und 1997*. Der Hallesche Graureiher 99-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Thome, Helmut, 1999: *Sozialökologische Analyse der Kriminalität in Deutschland am Ende des 19. Jahrhunderts*. Der Hallesche Graureiher 99-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Terpe, Silvia, 1999: *Die Schaffung sozialer Wirklichkeit durch emotionale Mechanismen*. Der Hallesche Graureiher 99-6. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Petermann, Sören, 2000: *Bürgerumfrage Halle 1999*. Der Hallesche Graureiher 2000-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

- Stange, Constanze, 2000: *Kunst - Erwerbsarbeit - Geschlecht. Zur Ungleichheit von Künstlerinnen und Künstlern in Sachsen-Anhalt*. Der Hallesche Graureiher 2000-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Sahner, Heinz, 2000: *Zehn Jahre nach der Wiedervereinigung: Über Diskrepanzen - Unterschiede zwischen dem was ist, und dem, was darüber berichtet wird*. Der Hallesche Graureiher 2000-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie in: Stadtforschung und Statistik 2/00
- Sahner, Heinz, 2000: *Großwohnsiedlungen der Stadt Halle, Heide-Nord im Vergleich*. Der Hallesche Graureiher 2000-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Henning, Jörg, 2001: *Transformationsprobleme nach der Wende am Beispiel der Stadtwerke Halle GmbH*. Der Hallesche Graureiher 2001-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Petermann, Sören, 2001: *Soziale Vernetzung städtischer und ländlicher Bevölkerungen am Beispiel der Stadt Halle. Abschlussbericht und Codebuch*. Der Hallesche Graureiher 2001-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- Bayer, Michael, 2002: *Subjektive Zufriedenheit im Kontext organisatorischen Wandels und beruflicher Veränderungsprozesse am Beispiel eines ostdeutschen Krankenhauses*. Der Hallesche Graureiher 2002-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Petermann, Sören, 2002: *Bürgerumfrage Halle 2001*. Der Hallesche Graureiher 2002-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Thumfart, Alexander, 2002: *Führungsgruppen und die politische Integration Ostdeutschlands*. Der Hallesche Graureiher 2002-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2002: *Halle im Spiegel der Statistik und im Urteil der Bürger. Ausgewählte Daten aus dem Einwohner- und Statistikamt der Stadt Halle und aus den Bürgerumfragen 1993 bis 2001 des Instituts für Soziologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*. Der Hallesche Graureiher 2002-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2002: *Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse: Transformationsprozesse in Ostdeutschland. Das Land Sachsen-Anhalt im Vergleich*. Der Hallesche Graureiher 2002-5. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Erscheint demnächst in: Kilian/Kluth/Schmidt-De-Caluwe/Schreiber (Hrsg.), *Verfassungshandbuch Sachsen-Anhalt*, 2003, Nomos-Verlag.

- Birkel, Christoph, 2003: Die polizeiliche Kriminalstatistik und ihre Alternativen. Datenquellen zur Entwicklung der Gewaltkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. Der Hallesche Graureiher 2003-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Sahner, Heinz, 2003: Sozialstruktur und Lebenslagen. Der Hallesche Graureiher 2003-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Erscheint in: Oscar Gabriel/Everhard Holtmann (Hrsg.), 3. neubearb. Auflage, Handbuch Politisches System der Bundesrepublik Deutschland, Oldenbourg Verlag, München und Wien (vorauss. Ende 2003)
- Eisentraut, Roswitha; Reschke, Steffen, 2003: ESF-geförderte Existenzgründungen in Sachsen-Anhalt. Der Hallesche Graureiher 2003-3. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Bayer, Michael; Kühnel, Martin, 2003: Die Flutkatastrophe 2002 – Helfer und Hilfen aus Sicht der Betroffenen. Der Hallesche Graureiher 2003-4. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Birkel, Christoph; Thome, Helmut, 2004: Die Entwicklung der Gewaltkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland, England/Wales und Schweden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Der Hallesche Graureiher 2004-1. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Schnitzer, Anna, 2004: Zum Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft. Betrachtungen eines sozialen Ereignisses. Der Hallesche Graureiher 2004-2. Forschungsberichte des Instituts für Soziologie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg