



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Recht – (M)macht – Sicherheit?“

Einflüsse des Haftungsrechts auf die Tätigkeit von freiberuflichen
Hebammen in Österreich

Verfasserin

Karin Hochreiter

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 307

Studienrichtung lt. Studienblatt: Kultur- und Sozialanthropologie

Betreuerin / Betreuer: Dr. Patricia Zuckerhut

„Ihr sollt wissen, daß das Aufzubringende (la kriatura) im Bauch seiner Mutter drin ist wie ein gekrümmtes Reis. Andere sagen, daß es wie eine Nuß ist und daß es in einem bißchen Wasser schwimmt.

Seine beiden Händchen hält es über seine Brust, und die beiden Arme stützt es auf die Knie, und es hält seine beiden Fersen unter seinem Popo. Und sein Kopf ist auf die Knie gestützt, und der Mund ist geschlossen, der Nabel aber offen; denn dort ißt es ja das, was seine Mutter ißt und trinkt. Und es kackt nicht, denn sonst würde es seine Mutter umbringen. Und wenn es geboren wird, was da geschieht, ist, daß das Geschlossene sich öffnet und das Geöffnete sich schließt, und wenn das nicht geschehen würde, könnte es nicht eine Stunde überleben ... Und ein Kerzlein brennt nah an seinem Kopf, und es sieht von einem Ende der Welt zum anderen, solange es noch im Bauch seiner Mutter ist. Und sein ganzes Leben lang kennt die Kreatur keine besseren Tage.“

Aus dem Bereshit- (Genesis-) Kommentar der sephardischen Enzyklopädie

Ne' am Lo' ez (Istanbul 1730). (vgl. Duden, Barbara 2007:2)

Vorwort

Statt mich an dieser Stelle bei all jenen lieben Menschen zu bedanken, die mich während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben, möchte ich sie dir lieber Filip widmen.

Du wurdest als viertes Kind deiner Eltern geboren. Einer deiner Brüder war vor einigen Jahren bei der Geburt gestorben. Deine Mutter war damals zu Zwillingen schwanger, aber nur einer der beiden Buben konnte mittels Kaiserschnitt gerettet werden.

Nun saß sie vor mir, deine Mutter, überglücklich über die erneute Schwangerschaft und die Aussicht auf eine unkomplizierte Geburt. Sie strahlte aus den Augen, wenn sie von ihren Vorstellungen von dieser Geburt sprach: „Diesmal ist alles gut geplant! Er wird in Geborgenheit und Ruhe zu uns kommen können.“

Dann verstrich dein Geburtstermin, wir kontrollierten deine Herztonen. Das CTG zeichnete Wehen auf. „Aber ich spüre doch gar nichts!“ meinte deine Mutter, mit dem Hinweis auf ein Kindergartenfest, das sie noch besuchen wollte. Mein Bauchgefühl wollte, dass sie in der Klinik blieb und das tat sie. Zum Glück.

Ein paar Stunden später wurdest du geboren, einfach so, ohne nennenswerte Wehen, ganz rasch und beinahe ohne Vorankündigung. Ich nahm dich in Empfang, ein lebloses kleines Bündel. Deine Ärmchen und dein Köpfchen hingen schlaff herab. Entsetzt blickten wir einander kurz in die Augen, deine Mutter und ich. „Nein!“ schrie sie, deine Mutter. „Nein! Filip geh nicht! Bleib da! Bitte!“

Nach endlos langen Momenten der Reanimation, hast du deine ersten Atemzüge getan. Du bist geblieben, Filip, zum Glück. Und du hast dich auf der Intensivstation erstaunlich schnell erholt. Du bist jetzt zwei Jahre alt und hast dich sehr gut entwickelt. Zum Glück.

Als ich deine Mutter das letzte Mal getroffen habe, haben wir von deiner Geburt gesprochen und ihre Augen füllten sich mit Tränen. „Ich dachte, er würde sterben, aber das Schicksal hat es gut mit uns gemeint“, und ein Lächeln huscht über ihre Lippen. „Zum Glück“, sagt deine Mutter.

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	9
1.1 PERSÖNLICHER ZUGANG UND MOTIVATION ZUR ARBEIT.....	9
1.2 AUFBAU DER ARBEIT	10
1.3 FRAGESTELLUNG UND ZIEL DER ARBEIT.....	11
1.4 FORSCHUNGSSTAND	13
2 METHODIK.....	18
2.1 LITERATURANALYSE	18
2.2 INTERVIEWPARTNERINNEN	18
2.3 INTERVIEWFÜHRUNG.....	20
2.4 INTERVIEWANALYSE	22
2.5 FORMALE ASPEKTE	23
3 RECHTLICHE GRUNDLAGEN	25
3.1 ALLGEMEINES ZUM RECHT UND ZUR RECHTSETHNOLOGIE	26
3.2 HEBAMMENRECHT (BERUFSRECHT).....	27
3.2.1 <i>Ausbildung und Aufgabenbereich</i>	28
3.2.2 <i>Berufsausübung und Berufspflichten</i>	32
3.3 EXKURS: KAISERSCHNITT.....	35
3.4 RECHTE UND AUTONOMIE DER PATIENTINNEN	36
3.5 DAS KINDSWOHL	41
3.6 HAFTUNGSRECHT	44
3.6.1 <i>Strafrechtliche Haftung</i>	45
3.6.2 <i>Zivilrechtliche Haftung</i>	48
3.7 HAFTUNG IN DER GEBURTSHILFE	52
3.8 ETHIK IN DER GEBURTSHILFE	54
4 HEBAMMEN IM HANDLUNGSFELD DER GEBURTSHILFE.....	58
4.1 JORDANS KONZEPT DES „AUTHORITATIVE KNOWLEDGE“	58
4.1.1 <i>Historische Entwicklung des Hebammenberufes</i>	61
4.1.2 <i>Wissen und Autonomie der Hebammen in der Gegenwart</i>	66
4.2 DIE WAHL DES GEBURTSORTES IM LAUF DER GESCHICHTE.....	70
4.3 DIE MEDIKALISIERUNG DER GEBURTSHILFE	73
4.3.1 <i>Begriffsklärung</i>	73
4.3.2 <i>Formen der Medikalisierung</i>	75
4.3.3 <i>Folgen der Medikalisierung</i>	81

4.3.4	<i>Ursachen der Medikalisierung</i>	84
4.3.5	<i>Dichotomie von Natur und Kultur</i>	87
4.4	DIE FRAGE DER VERANTWORTUNG.....	90
4.5	SELBSTBESTIMMUNG	93
4.6	SICHERHEIT	95
5	EMPIRISCHER TEIL	99
5.1	VERÄNDERUNGEN DES HANDLUNGSFELDES DER HEBAMMEN	99
5.1.1	<i>Autonomes Handlungsfeld</i>	99
5.1.2	<i>Der Arbeitsalltag der Hebammen zwischen beruflicher Autonomie und interdisziplinärer Zusammenarbeit</i>	105
5.1.3	<i>Wissen der Hebammen</i>	110
5.1.4	<i>Technologische Innovationen und Medikalisierung der Geburt</i>	116
5.1.5	<i>Die Rolle der Frau zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung</i>	122
5.2	HEBAMMEN UND DAS HAFTUNGSRECHT	125
5.2.1	<i>Schadensfälle</i>	125
5.2.2	<i>Folgen der Schadensfälle</i>	129
5.2.3	<i>Ursachen für Haftungsklagen</i>	133
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN	139
7	AUSBLICK UND ZUKÜNTIGES.....	145
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	147
9	ANHANG.....	157
9.1	INTERVIEWPARTNERINNEN	157
9.2	INTERVIEWLEITFADEN	158
9.3	ETHIKKODEX.....	160
9.4	ERKLÄRUNG VON FACHBEGRIFFEN.....	163

1 Einleitung

1.1 Persönlicher Zugang und Motivation zur Arbeit

Das Themenfeld der Geburtshilfe stellt ein Netzwerk von sehr komplexen Zusammenhängen und Einflüssen dar, die sich je nach kulturellen und historischen Gegebenheiten formen und wandeln.

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Hebamme konnte ich die Entwicklung der Geburtshilfe während der letzten zwölf Jahre in verschiedenen öffentlichen Krankenhäusern, Privatkliniken, Sanatorien und in der Hausgeburtshilfe in Österreich mitverfolgen. Gerade im Zeitraum der letzten fünf Jahre ist aus meiner Sicht eine stark zunehmende Medikalisierung und Technisierung in der Schwangerenbetreuung und die Hinwendung zu einer invasiven Form der Geburtshilfe festzustellen. Die Kaiserschnittraten in Österreich liegen bei rund 29 Prozent (vgl. URL 3), haben damit einen historischen Höchststand erreicht und sind weiterhin im Steigen begriffen. Die weitere Senkung der perinatalen Morbidität und Mortalität und das Bedürfnis nach Sicherheit sind in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

Diese Entwicklung wird zusätzlich durch die Zunahme von Haftungsklagen beeinflusst. Die GeburtshelferInnen müssen nicht mehr nur den ethischen Anforderungen an ihre Arbeit genügen, sondern sehen sich auch mit der rechtlichen Verfolgung etwaigen fehlerhaften medizinischen Handelns und der Möglichkeit von Schadenersatzansprüchen konfrontiert.

Wie Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent (1997:6) feststellen, ist die Geburtshilfe in Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Entwicklungen und Gegebenheiten zu sehen:

„(...) such groundbreaking research has made it clear that the cultural arena of birth serves as a microcosm in which the relationships between rapid technological process and cultural values, normative behaviors, social organization, gender relations, and the political economy can be clearly viewed.“

Gemäß Floyd und Sargent gehe ich von der Annahme aus, dass eine Vielzahl von Faktoren, darunter historische, ökonomische (bevölkerungs-)politische und rechtliche Rahmenbedingungen, sowie Genderverhältnisse, religiöse und

ethische Vorstellungen, auf die Handlungsweisen in der Geburtshilfe strukturierend wirken. Aus der Vielfalt der gegebenen Einflüsse und Wirkungen kann ich in dieser Arbeit nur einen Teil herausgreifen und bearbeiten.

Wie sich an zahlreichen Diskussionen in den Medien und auch in meinem beruflichen Umfeld zeigt, ist die Einflussnahme des Rechts gegenwärtig von großer Relevanz. Daher liegt auch das Hauptaugenmerk dieser Arbeit auf diesem Themenbereich.

Nachdem mein persönlicher Bezug zum Thema dargelegt wurde, wird nun ein Überblick über den Aufbau der Arbeit gegeben.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Einleitung dient der Darstellung des persönlichen Zugangs und der Fragestellungen, verdeutlicht die Zielsetzung der Arbeit und gibt einen Überblick über den Forschungsstand.

Im zweiten Kapitel werden die methodische Herangehensweise an die Datenerhebung und -analyse beschrieben und formale Aspekte erläutert.

Um den Zusammenhang zwischen dem Medizinrecht und der Arbeitssituation der Hebammen darstellen zu können, widme ich mich im dritten Kapitel zunächst den rechtlichen Grundlagen der Thematik. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Betrachtung aus einer anthropologischen Perspektive und nicht auf dem Anspruch, juristische Details auszuarbeiten. Es werden daher nur jene medizinrechtlichen Aspekte beleuchtet, die zum Verständnis der Situation der GeburtshelferInnen nötig sind. Ich werde auch auf den Zusammenhang zwischen Ethik und Recht eingehen und die Implikationen für das medizinische Handeln ausarbeiten.

Das vierte Kapitel ist der Darstellung der Machtverhältnisse im geburtshilflichen Handlungsfeld gewidmet. Dieses wird anhand der historischen Entwicklung des Tätigkeitsbereiches der Hebammen, den strukturellen Gegebenheiten und den kulturellen Konstruktionen im Umgang mit den Fragen nach der Verantwortung, der Autonomie und Sicherheit beschrieben. Hier stütze ich mich auf den Ansatz des „Authoritative Knowledge“ von Brigitte Jordan, der den Machtaspekt mit der

Durchsetzung des vorhandenen Wissens verknüpft. Besonderes Augenmerk lege ich auf die zunehmende Medikalisierung, Technisierung und Institutionalisierung der Geburtshilfe, da ich diese als Ausdruck der Verschiebung der Machtverhältnisse betrachte.

Das fünfte Kapitel umfasst den empirischen Teil der Arbeit und stellt den Themenbereich aus dem Blickwinkel der Hebammen dar.

Das sechste Kapitel dient den Schlussfolgerungen und der Beantwortung der Forschungsfragen, welche sich aus der Verbindung der vorangegangenen theoretischen Teile mit dem empirischen Teil ergeben. Letztlich werden noch eigene Gedanken über zukünftige Entwicklungen und Möglichkeiten und Ansätze für weitere Forschungsarbeiten ausgeführt.

Auf das Literaturverzeichnis folgt der Anhang. In diesem finden sich eine kurze Beschreibung meiner Interviewpartnerinnen, der Interviewleitfaden, der Internationale Ethikkodex der Hebammen und eine Erklärung der in der Arbeit verwendeten Fachbegriffe.

1.3 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, Einblicke in den Arbeitsalltag der freipraktizierenden Hebammen zu gewinnen, dessen Veränderungen zu beschreiben und den individuellen Umgang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen darzustellen.

Es soll ein Teil der komplexen Zusammenhänge, die die Betreuung schwangerer und gebärender Frauen prägen, aufgezeigt werden. Zu diesem Zweck verbinde ich eine rechtsethnologische Herangehensweise mit Ansätzen aus der Medical Anthropology bzw. der Geburtsethnologie, um so die Situation der freipraktizierenden Hebammen als Teil eines größeren gesellschaftlichen Zusammenhangs erfahrbar zu machen.

Meine forschungsleitenden Fragestellungen lauten:

- Wie hat sich die Arbeitsweise der Hebammen im Lauf der letzten 25 Jahre verändert?
- Welchen Einfluss hat das Haftungsrecht auf die Tätigkeit von freipraktizierenden Hebammen in Österreich?

Bei der Beantwortung dieser Fragen spielt die empirische Forschung eine wesentliche Rolle. Diese liefert Beiträge zur Analyse der Beziehungsverhältnisse zwischen Hebammen, werdenden Eltern und ÄrztInnen und den strukturellen Gegebenheiten in der Geburtshilfe. Zudem macht sie die Einflussnahme der rechtlichen Regulationsmaßnahmen auf die Handlungsweisen der Hebammen und ÄrztInnen und die daraus resultierenden Folgen für die betroffenen Frauen sichtbar.

Der Fokus wurde auf die Darstellung des autonomen Handlungsfeldes der Hebammen und die durch die Interaktion mit ÄrztInnen, Frauen entstehenden Spannungsfelder gelegt. Daraus ergeben sich folgende Schwerpunkte und Unterfragen:

- Wie stellt sich das autonome Handlungsfeld der Hebammen dar und wie hat es sich verändert?
- Welche Veränderungen gab es in der Interaktion mit Frauen und ÄrztInnen?
- Wie beeinflusst das Haftungsrecht die dargestellten Veränderungen?
- Wie wirkt sich das Haftungsrecht auf die Autonomie der Hebammen und auf die Interaktion zwischen den involvierten Personengruppen aus?

Den Zeitraum von 25 Jahren habe ich gewählt, weil sich durch die Gegenüberstellung von „früher“ und „heute“ Erkenntnisse abseits der gegenwärtigen Alltagsroutine gewinnen lassen. Diese historische Perspektive macht es möglich, Handlungsweisen, die als Selbstverständlichkeit der heutigen geburtshilflichen Praxis betrachtet werden, zu hinterfragen und deren kulturelle Konstruktion sichtbar zu machen.

Ich gehe von den Annahmen aus, dass durch die Möglichkeit von Haftungsklagen der Sicherheitsaspekt vorrangige Bedeutung erlangt, was zu vermehrten Untersuchungen, Eingriffen und Vorsichtsmaßnahmen führt und den Kompetenz- und Wissensbereich freipraktizierender Hebammen in den Hintergrund drängt. Dadurch gewinnen ärztlich dominierte Handlungsweisen, Wissensformen und Strukturen an Bedeutung.

In der vorliegenden Arbeit werden diese Annahmen überprüft, ihre Folgen verdeutlicht und weitere relevante Aspekte aus der Sicht der Hebammen

aufgezeigt. Ein wichtiger Hintergrundaspekt liegt auf der Macht im Handlungsfeld im Sinne Bourdieus, die ich in dieser Arbeit anhand Brigitte Jordans theoretischen Konzeptes des „Authoritative Knowledge“ darstelle. Anhand der Erfassung der Veränderungen der Handlungsweisen oder Praktiken – um im Sinne Bourdieus zu sprechen – wird analysiert, welches Wissen im Bereich der Geburtshilfe zur Durchsetzung gelangt und welche Rolle das Haftungsrecht dabei einnimmt.

Im folgenden Abschnitt wird ein Überblick über den Forschungsstand zum Thema „Anthropologie der Geburt“ gegeben und die vorliegende Arbeit darin verortet.

1.4 Forschungsstand

Jaques Gélis (2002:35), Professor für europäische Mentalitäten an der Universität VIII in Paris, stellt fest: „Die Geburt eines neuen Lebewesens ist ein Symbol, das den Willen zur Permanenz ausdrückt und da diese einen wesentlichen Platz in der Vorstellung jeder Gesellschaft einnimmt, muss die Geburt immer kulturell gedacht werden.“

Bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts gab es relativ wenig anthropologisches Interesse am Thema Geburt. Einer der Gründe dafür liegt darin, dass die Anthropologie zu dieser Zeit „männlich dominiert“ war und Männer keinen Zugang zu Geburtsvorgängen hatten oder nicht daran interessiert waren (vgl. McClain 1982 zit. nach Davis-Floyd / Sargent 1997:1). Davis-Floyd und Sargent sehen nicht nur den „gender-bias“ als Ursache, sondern weisen darauf hin, dass auch Frauen sich dem Thema nicht zugewandt hätten, da zu dieser Zeit soziokulturelle Phänomene von der Biologie getrennt wurden (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:3). Die Entbindung wurde nur im Zusammenhang mit Ritualen wahrgenommen, wie jedoch Freedman und Ferguson (1950:365 zit. nach Davis-Floyd / Sargent 1997:1f.) feststellten, war dieser Themenbereich nur unzureichend erforscht.

Das änderte sich in den 60er und besonders in den 70er Jahren, als weibliche Anthropologinnen begannen, sich mit der Geburt zu befassen. Zu nennen sind an dieser Stelle Margaret Mead und Niles Newton, Sheila Kitzinger, Lucille

Newman, Nancy Stoller Shaw, Dana Raphael, Carol McClain, Sheila Cosminsky und Brigitte Jordan, welche bedeutungsvolle Beiträge lieferten.. Besonders hervorzuheben ist Brigitte Jordans Werk „Birth in four cultures“ (1978), welches viele AnthropologInnen inspirierte, sich näher mit dem Thema zu befassen (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:2).

Hadolt (1992:23f.) sieht das große Interesse an der „Anthropology of Birth“ in den 1970er Jahren in Zusammenhang mit der „Anthropology of Women“ und einer kritischen Auseinandersetzung mit der „westlichen“ Geburtshilfe, die von der Frauenbewegung der 60er und 70er Jahre ausging und auch die Inhalte der damaligen Geburtsforschung prägte. Sowohl die „Anthropology of Women“ als auch die „Anthropology of Birth“ hatten ihren Ursprung im anglophonen Raum (vgl. Hadolt 1992:23f.). Erstere begann sich auf akademischer Ebene mit dem „male bias“ in der Anthropologie auseinanderzusetzen. Weibliche Lebensbereiche und Blickwinkel sollten aus der Anthropologie nicht länger ausgeklammert werden, was auch die Hinwendung zum Themenbereich Geburt erklärt (vgl. Hadolt 1992:23).

Hadolt (1997:26) weist darauf hin, dass in der Geburtsforschung zwei Zugangsweisen mit unterschiedlichen Zielsetzungen unterschieden werden:

- Der biomedizinische Ansatz untersucht die kulturelle Organisation von Geburt anhand westlicher biomedizinischer Maßstäbe. Pathologische Geburtsverläufe werden in den Mittelpunkt gestellt und die Auswirkungen auf die kindliche Morbidität und Mortalität untersucht.
- Der soziokulturelle Ansatz versucht Geburt in größere kulturelle Zusammenhänge einzubetten.

Brigitte Jordan hat mit ihrem „biosozialen“, holistischen Ansatz versucht, eine Brücke zwischen soziokulturellen Phänomenen und der Biologie zu schlagen und dem medizinischen Ansatz, der oft die physiologischen und pathologischen Aspekte von Geburt betont, entgegenzuwirken. Sie analysierte den Komplex der Geburt in verschiedenen Kulturen als „Systeme“ mit inhärentem Sinn, die mit allen anderen Systemen vergleichbar waren (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:3). Jordan sprach sich gegen den Anspruch auf Hegemonie der amerikanischen Geburtshilfe in Ländern der Dritten Welt aus und setzte sich für

einen gleichberechtigten dialogischen Austausch ein (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:3).

Aufbauend auf Jordans Buch „Birth in four cultures“, erschienen zu Beginn der 1980er Jahre die Hauptwerke der ethnologischen Geburtsforschung mit kulturvergleichendem Ansatz in Form von Sammelbänden: „Anthropology of Human Birth“ von Margarita Kay (1982) und „Ethnography of Fertility and Birth“ herausgegeben von Carol McCormack (1982) (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:5; Hadolt 1992:28). In der Folge stieg das anthropologische Interesse an dem Phänomen der Geburt, was, wie bereits oben erwähnt, auch als Konsequenz der Frauenbewegung zu sehen ist (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:5). Inhaltlich setzen sich die Beiträge hauptsächlich mit der Darstellung „indiger Geburtssysteme“ [Übers. der Verf.] und den Einflüssen westlicher bio- und technomedizinischer Innovationen auseinander (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:5). Darauf folgten Forschungen zu Themenbereichen, die mit dem Phänomen der Geburt in Zusammenhang stehen oder es in einen größeren kulturellen Kontext einbetten, wie zum Beispiel sozioökonomische, politische oder ökologische Bedingungen oder die fortschreitende Technologisierung der Reproduktion (vgl. Davis-Floyd / Sargent 1997:6). Davis-Floyd und Sargent (1997:6) sehen diese als Abbild eines über die Geburtshilfe hinausgehenden weltweiten technologischen Trends, der die Beherrschung und Kontrolle der Natur zum Ziel hat.

Im deutschsprachigen Raum wurde 1983 der Sammelband „Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht“ von Wulf Schievenhöfel und Dorothea Sich herausgegeben. Inhaltlich umfasst dieser die Beiträge der 4. Internationalen ethnomedizinischen Fachkonferenz in Göttingen. Hadolt (1992:28) betont, dass im anglophonen Raum der soziokulturelle Ansatz oder eine Verbindung von soziokulturellem und biomedizinischem Ansatz überwiege, während im deutschsprachigen Raum der biomedizinische Ansatz dominiere. Hadolt (1992:28) führt dies auf die verspätete gesellschaftspolitische Diskussion um die Geburt, die im deutschsprachigen Raum erst Anfang der 80er Jahre stattgefunden habe, zurück. Außerdem stellt er fest: „Und die ethnologische Frauenforschung hat in deutschsprachigen Ländern heute noch nicht die gleiche Relevanz wie in Großbritannien und den USA“ (Hadolt 1992:28f.).

Wenngleich diese Aussage zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr ganz zutreffend ist, so erklärt sich doch, warum die Forschungsarbeiten und auch die gesellschaftspolitischen Strömungen um das Thema Geburt gegenüber jenen in den USA und Großbritannien nachhinken. Der Zusammenhang der Geburtsethnologie mit der Anthropologie der Genderforschung deutet darauf hin, dass die Handlungsweisen in der Geburtshilfe unter einem starken Einfluss der Geschlechterverhältnisse stehen und die feministische Theorie ein wichtiges Instrumentarium für die Erforschung des Komplexes der Geburt bereitstellt.

Mit meiner Arbeit möchte ich an die Herangehensweise der 80er Jahre anknüpfen und die Geburt in einen breiteren kulturellen Kontext einzubetten, indem ich versuche, das Rechtssystem und die Geburtshilfe in Beziehung zu setzen. Als analytisches Instrumentarium dient hierzu Jordans Konzept des „Authoritative Knowledge“. Ich stütze mich dabei auf den Sammelband „Childbirth and Authoritative Knowledge“ herausgegeben von Robbie E. Davis-Floyd und Carolyn F. Sargent (1997). Die Entstehung von „authoritative knowlege“ wird hier als „(...) ongoing social process that builds and reflects contested power relationships and cultural values in a wide range of communities, both local and global“ dargestellt (Davis-Floyd / Sargent 1997:18). Die AutorInnen behandeln darin verschiedene Themenbereiche rund um die Geburt und stellen eine Verbindung zum theoretischen Konzept Jordans her. In einigen Beiträgen wird die Perspektive der gebärenden Frauen in den Mittelpunkt gerückt und somit den Frauen eine Stimme verliehen. Es finden sich jedoch nur fünf Artikel, in denen auch der Blickwinkel der Hebammen dargestellt wird. Von besonderer Bedeutung für diese Arbeit erachte ich den Artikel der Anthropologin Robbie Davis-Floyd und der Hebamme Elizabeth Davis die sich mit dem Thema der Intuition als Form des spirituellen und verkörperten autoritativen Wissens von Hebammen, die Hausgeburten begleiten, beschäftigen.

Wie Davis-Floyd und Sargent (1997:26) feststellen, gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zunahme an Haftungsklagen und der Zunahme an technomedizinischen Interventionen in der Geburtshilfe, weil ÄrztInnen sich dadurch im Falle von Klagen juristisch am besten abgesichert fühlen. Sie

weisen darauf hin, dass es keine anthropologischen Forschungsarbeiten zu Gerichtsprozessen und den resultierenden Urteilen gibt und regen an, diesen Themenbereich anthropologisch zu erarbeiten.

Gegenwärtig gibt es im englischsprachigen Raum bereits einige Forschungsarbeiten, die sich mit der Arbeit von Hebammen im Spannungsfeld der Jurisdiktion auseinandersetzen, was meiner Meinung nach darauf hinweist, dass dieses Thema bereits von größerer Relevanz ist. Im deutschsprachigen Raum fokussieren die jüngeren Forschungsarbeiten im Bereich der Geburtshilfe auf das Thema Kaiserschnitt und Selbstermächtigung der Frauen, auf eine Auseinandersetzung mit dem Thema der Haftung im Bereich der Hebammentätigkeit bin ich im Zuge meiner Recherchen jedoch nicht gestoßen. Arbeiten und Artikel, die sich mit dem Thema Haftung in der Geburtshilfe befassen, beziehen sich auf die ärztliche Tätigkeit und schließen Hebammen eventuell mit ein. Eine Konzentration auf die Perspektive der Hebammen fehlt jedoch bisher.

Ich möchte mit meiner Arbeit diese Lücke schließen, indem ich die Einflüsse des Haftungsrechts auf die Tätigkeit der Hebammen untersuche und die Sichtweise der Hebammen und ihre Konzeptionen der kulturellen Einflussfaktoren auf die Geburtshilfe ins Zentrum rücke.

Im nächsten Kapitel werden die methodische Herangehensweise und formale Kriterien näher ausgeführt.

2 Methodik

Um die Fragestellungen zu beantworten wurden zwei methodische Herangehensweisen gewählt: die Analyse wissenschaftlicher Literatur und die Durchführung qualitativer Interviews. Ergänzend fließen Informationen aus informellen Gesprächen und Beobachtungen aus meinem beruflichen Umfeld ein, die in Form von Feldnotizen festgehalten wurden.

2.1 Literaturanalyse

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die rechtlichen und beruflichen Rahmenbedingungen freipraktizierender Hebammen behandelt. Die theoretische Aufarbeitung erfolgt anhand der Bearbeitung ausgesuchter Fachliteratur und Artikel. In Ermangelung ausreichender wissenschaftlicher Literatur zur konkreten Anwendung der rechtlichen Bestimmungen auf den Berufsstand der Hebammen, stütze ich mich bei den Ausführungen in diesem Kapitel auch auf Internetquellen.

Einen wesentlichen Teil der Arbeit stellt die Vorstellung der empirischen Forschung dar. An dieser Stelle wird näher auf die methodische Vorgehensweise bei der Durchführung der Interviews eingegangen.

2.2 Interviewpartnerinnen

Bei der Auswahl meiner Interviewpartnerinnen habe ich mich auf den Raum einer österreichischen Stadt konzentriert, in der ich über berufliche und persönliche Kontakte zur Berufsgruppe der Hebammen verfüge und mit den geburtshilflichen Einrichtungen vertraut bin. Diese Tatsache ist mir bei der Auswertung der Interviews im Sinne eines Wissens aus teilnehmender Beobachtung sehr entgegengekommen. Die seit langer Zeit bestehenden beruflichen und persönlichen Beziehungen zu den Interviewpartnerinnen und die daraus resultierenden Gefühle von Zusammengehörigkeit und Vertrauen ermöglichten auch den Zugang zu sensiblen Daten. Andererseits birgt gerade

dieser Zugang die Gefahr der voreingenommenen Betrachtungsweise durch die eigene Positionierung, die es mit zu reflektieren gilt. Um meine Position im Feld explizit zu machen, habe ich vor Beginn der Interviewphase meine eigenen Vorannahmen zu Papier gebracht. Der Soziologe Roland Girtler (2001:19) betont die Demut als wichtige Eigenschaft von ForscherInnen in der eigenen Gesellschaft, um Überraschungen zuzulassen und damit Raum zu schaffen für neue Interpretationen.

Ich habe mich außerdem auf die relativ kleine Gruppe der freipraktizierenden Hebammen beschränkt, die jedoch in ihrer Arbeitsweise sehr heterogen ist. Es wurde je eine Hebamme aus einem der möglichen Arbeitsbereiche (ausschließlich außerklinische Geburtshilfe, Hausgeburtshilfe und Tätigkeit in Privatkliniken, ausschließlich Tätigkeit in Privatkliniken) gewählt, in welchem sie seit mindestens 25 Jahren tätig sein sollten.

Die Ergebnisse der empirischen Forschung wurden in einer Wiese dargestellt, die die Anonymität meiner Interviewpartnerinnen sicherstellen.

Da die Anzahl der freipraktizierenden Hebammen, die Geburten begleiten, in dieser Stadt sehr gering ist, besteht nicht die Möglichkeit näher auf die Arbeitssituation der jeweiligen Hebamme einzugehen, ohne Rückschlüsse auf die Person zuzulassen. Ich möchte daher die örtlichen Tätigkeitsbereiche an dieser Stelle nur allgemein beschreiben. Eine kurze Beschreibung der Interviewpartnerinnen findet sich im Anhang.

Grundsätzlich besteht für freipraktizierende Hebammen die Möglichkeit, ihre geburtshilfliche Tätigkeit in den vorhandenen Privatkliniken als Beleghebamme auszuüben, Geburten in einer/m eigenen Ordination bzw. einem Geburtshaus durchzuführen oder Hausgeburten zu betreuen. In der ausgewählten Stadt gibt es keine Hebamme, die ausschließlich Hausgeburten betreut, was sich aufgrund der relativ geringen Hausgeburtsrate in Österreich von zirka einem Prozent auf wirtschaftliche Gründe zurückführen lässt.

Die Konzentration auf die Berufsgruppe der freipraktizierenden Hebammen inkludiert ein bestimmtes Patientinnenkollektiv, nämlich das der zusatzversicherten Privatpatientinnen in den Privatkliniken und ein bewusst nach Alternativen zur Krankenhausgeburt suchendes bei Hausgeburten oder in der Hebammenordination bzw. dem Geburtshaus. Es ist nicht Ziel dieser Arbeit,

näher auf die Motivationslagen der unterschiedlichen Gruppen einzugehen. Ich möchte hier nur erwähnen, dass die Handlungsweisen in der Geburtshilfe auch von den sozialen Verhältnissen der Patientinnen mitbestimmt werden.

Ich habe mich auf den Bereich der freipraktizierenden Hebammen und ihr Patientinnenkollektiv konzentriert, weil hier das Schadenersatzrecht in einer Unmittelbarkeit zur Anwendung kommt, wie dies im angestellten Berufsbereich nicht der Fall ist. Für angestellte Hebammen haftet der Rechtsträger des Krankenhauses.¹ Außerdem sind sie in ein komplexes System von Leitlinien und hierarchischen Strukturen eingebettet. Dies würde es erschweren, Zusammenhänge zwischen dem Haftungsrecht und den Handlungsweisen der Hebammen herzustellen.

2.3 Interviewführung

Ich habe mich bei den Interviews für die Form des teilstrukturierten, problemzentrierten Interviews entschieden. Bei dieser Befragungsform gibt es nur eine „lockere Bindung“ an einen Leitfaden, die befragten Personen können frei erzählen, wobei es der/dem InterviewerIn freisteht, bei Bedarf nachzufragen oder auf relevante Schilderungen näher einzugehen (vgl. Hopf 1995:177f.). Ich ziehe jedoch in Anlehnung an Judith Schlehe (2003:78) den Begriff „themenzentriert“ vor, weil es sich bei dem thematischen Fokus nicht immer um ein Problem handeln muss.

Zu diesem Zweck wurde ein Leitfaden erarbeitet.² Zunächst wurde den Interviewpartnerinnen der Themenbereich des Interviews und der Verwendungszweck der Ergebnisse erklärt und sie wurden zu einer möglichst freien Erzählung aufgefordert. Anschließend habe ich ein paar Fragen zu ihrer Person und ihrem beruflichen Werdegang gestellt. So fand meist ein guter Einstieg in das Gespräch statt, wobei den Geschichten und Geschehnissen, die folgten, viel Raum gegeben wurde. Die Fragen des Leitfadens wurden nicht in

¹ Siehe Kapitel 3.4

² Siehe Anhang

einer starren Reihenfolge abgearbeitet, sondern an die Erzählungen der interviewten Person angepasst. Diese offene Form der Interviews barg den Vorteil, dass auch Dinge zur Sprache gebracht wurden, nach denen nicht gefragt wurde und somit neue Themenbereiche eröffnet wurden, wodurch sich Hypothesen und die Bezugspunkte zur Theorie durch die empirische Forschung entwickelten (vgl. Schlehe 2003:73).

Es ergaben sich Gespräche, die vom „Prinzip der Gleichheit“ (Girtler 2001:147) geprägt waren. Die Möglichkeit zur Entwicklung solcher Gesprächssituationen wurde sicher, wie bereits oben erwähnt, durch meine Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Hebammen erleichtert. Gespräche über Schadensfälle in die man persönlich verwickelt war und den persönlichen Umgang mit diesen und anderen verantwortungsvollen Situationen, die der Beruf einer Hebamme mit sich bringt, wären wohl sonst nicht so offen verlaufen. Allerdings war es auch unter diesen sicher optimalen Bedingungen streckenweise schwierig, in sensible Bereiche der Thematik vorzudringen, was aber nach der Überwindung einiger Hemmschwellen durch eine zurückhaltende, einfühlsame Vorgehensweise doch gelungen ist. Einen weiteren positiven Effekt auf die Reichhaltigkeit der Daten stellte die Tatsache dar, dass die interviewten Hebammen sich am Ende ihrer Berufslaufbahn befanden, was die Angst vor möglichen negativen Konsequenzen auf die berufliche Positionierung durch die Veröffentlichung der Arbeit verringerte.

Bei einer durchschnittlichen Länge der einzelnen Interviews von rund einer Stunde und 40 Minuten habe ich eine Fülle an Datenmaterial erhalten, das hinsichtlich der enthaltenen Themenbereiche und persönlichen Eindrücke sehr breit gestreut war. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der interviewten Personen auf Tonband aufgezeichnet und den Interviewpartnerinnen Anonymität zugesichert.

Es ist mir bewusst, dass sich aus drei Interviews keine repräsentativen Aussagen im quantitativen Sinne ableiten lassen. Es sollen mit Hilfe der qualitativen Forschung die Strukturen, die die Hebammen in ihrem Alltagshandeln beeinflussen und auf die sie wiederum durch ihr Handeln Einfluss nehmen, sichtbar gemacht werden (vgl. Sieder 2008:145f.). Die Interviews dienen dabei als exemplarische Beispiele, die es ermöglichen die

hinter der Erzählung liegenden Prinzipien, die zu den beschriebenen Entscheidungen und darauf beruhenden Handlungen geführt haben könnten, zu deuten (vgl. Sieder 2008:152). Es geht also nicht um eine zahlenmäßige Häufung bestimmter Merkmale, sondern um die Erfassung der Strukturen größerer Zusammenhänge durch die Analyse von alltäglichen Erfahrungen und Handlungspraxen konkreter Personen (vgl. Schlehe 2003:73).

2.4 Interviewanalyse

Bei der Analyse habe ich mich auf die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und auf die Methode des Zirkulären Dekonstruierens nach Eva Jaeggi, Angelika Faas und Katja Mruck gestützt.

Als erster Schritt erfolgte die Transkription des Datenmaterials in Standardorthographie, also mit einer Glättung von Umgangssprache und Dialekt, da ich diese in meiner Arbeit für nicht relevant hielt. Allerdings wurden prosodische Merkmale, wie besondere Betonungen und Sprechpausen und auch parasprachliche stimmliche Merkmale, wie lachen oder räuspern miterfasst.

Anschließend habe ich eine Kurzzusammenfassung der Interviews erstellt, um mögliche Interpretationsschwerpunkte herauszufiltern. In einem weiteren Schritt wurde jeweils eine Stichwortliste mit markanten Aussagen aus dem transkribierten Interview angefertigt und anhand derer ein Themenkatalog erstellt. Den Themenkatalog habe ich in Verbindung mit dem entsprechenden Interview und der Zusammenfassung gesetzt um in einem weiteren Schritt die zentralen Kategorien für das einzelne Interview herauszufinden. So wurde auf die gleiche Weise bei jedem Interview vorgegangen. Die zentralen Kategorien sollten eine Vergleichbarkeit der Einzelinterviews ermöglichen.

Im nächsten Schritt, der Synopsis, wurden alle zentralen Kategorien aufgelistet und durch die nochmalige Verbindung mit den Interviews daraus „Verdichtungen“ (Jaeggi / Faas / Mruck 1998:16) abgeleitet. Diese „Verdichtungen“ dienten schließlich als Kategorien, denen aus den unterschiedlichen Interviews Zitate und Paraphrasierungen zugeordnet wurden. Die Kategorien, die auf diese Weise ausgearbeitet wurden lauteten

„Beschränkung“, „Autonomie“, „Wissen“, „Verantwortung“ „Mögliche Entwicklung“, „Zusammenarbeit“, „Technisierung“ und „Schadensfälle“. Da die Kategorie „Beschränkung“ sehr umfangreich war, wurden hier noch Unterkategorien zur internen Strukturierung gebildet. Mit Hilfe dieser Kategorisierung konnte die Fülle der erhobenen Daten in den theoretischen Kontext eingebettet werden. Die theoretischen Konzepte haben sich also erst aus der Interpretation des Materials ergeben. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass vorurteilsfrei an die Thematik herangegangen werden kann und die „theoretischen Überlegungen nicht vorschnell in eine Richtung gelenkt werden“ (vgl. Lamnek 1995:199).

2.5 Formale Aspekte

Da der Themenbereich der Geburtshilfe von Genderverhältnissen geprägt ist und diese auch widerspiegelt, lege ich großen Wert auf eine gendergerechte Ausdrucksweise. In den Interviews der Hebammen fällt auf, dass von ÄrztInnen oder GynäkologInnen stets nur in der männlichen Form gesprochen wird. Möglicherweise ist es nur eine sprachliche Unachtsamkeit. Es mag damit zusammenhängen, dass Frauen als Gynäkologinnen in der ausgewählten Stadt sehr spät zur Ausbildung zugelassen worden sind und der Arbeitsalltag der interviewten Hebammen in der Vergangenheit tatsächlich nur von männlichen Gynäkologen geprägt wurde. Es mag aber auch Ausdruck einer genderbedingten Ungleichheit sein. In manchen Aussagen waren weibliche Ärztinnen mitgemeint und wurden dennoch nicht dezidiert genannt. Um hier möglichst nahe an der Erlebniswelt der Hebammen zu bleiben und diese auch wiederzugeben und dennoch die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, behalte ich die männliche Form nur in den direkten Zitaten bei. In den indirekten Zitaten und den ergänzenden Ausführungen hingegen wähle ich die gendergerechte Ausdrucksweise.

Im restlichen Teil der Arbeit verwende ich das Wort GynäkologInnen und ÄrztInnen, weil heute auch weibliche Gynäkologinnen die Ärztelandschaft in der betreffenden Stadt prägen.

Der Ausdruck PatientInnen wird im Kontext der medizinischen Struktur und

auch im Kapitel „Rechtliche Grundlagen“ verwendet, weil da wie dort schwangere Frauen und Gebärende als Patientinnen betrachtet werden und dies als Ausdruck der Medikalisierung der Geburtshilfe gewertet werden kann. In den juristischen Ausführungen wird grundsätzlich nur die männliche Form verwendet. Da diese Form aufgrund des ausschließlich weiblichen Patientinnenkollektivs in dieser Arbeit unpassend wäre, die ausschließlich weibliche Form dem Ausdruck der Gesetzestexte jedoch nicht gerecht werden würde, verwende ich im Rechtskapitel wiederum eine geschlechtergerechte Ausdrucksweise. Im restlichen Teil der Arbeit verwende ich aufgrund des ausschließlich weiblichen Klientel nur die weibliche Form.

Die Zitate aus den Interviews wurden sprachlich geglättet und stark betonte Ausdrücke durch Großschreibung hervorgehoben.

Das nächste Kapitel gibt einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Hebammen in Österreich, um die nachfolgende Analyse des Einflusses des Haftungsrechts auf die Arbeitsweisen der Hebammen verständlich zu machen.

3 Rechtliche Grundlagen

Grundsätzlich hat das Recht die Aufgabe, durch Normen zu regeln, was Menschen tun oder unterlassen sollen, mit welchen Rechtsfolgen sie bei Zu widerhandeln zu rechnen haben und wozu Menschen ermächtigt sind (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2001:2; 2010:2). Welche Rolle das Recht im Gesundheitsbereich spielt, formulieren die Juristen Einar Sladeček, Vizepräsident des Arbeits- und Sozialgerichtes in Wien, Leopold-Michael Marzi, Leiter der Rechtsabteilung des Landesgerichtes Wien und Thomas Schmiedbauer, Fachreferent für Landeskliniken und Landesheime der Salzburger Landesregierung, im Vorwort zur 4. Auflage ihres Buches „Recht für Gesundheitsberufe“ (Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2001:V): „Das Gesundheitswesen und das Recht sind sehr unterschiedliche Bereiche und haben doch sehr viel Ähnlichkeit miteinander. Gemeinsam ist ihnen der Einsatz zum Wohl des Menschen und seiner Gemeinschaft [...].“

Bezogen auf das in dieser Arbeit behandelte Thema stellt sich die Frage, wessen Wohl im Vordergrund steht und wer die Definitionsmacht darüber erhält. Zu berücksichtigen ist hier, dass das Recht ein Produkt der jeweiligen Gesellschaft ist und somit deren Struktur und Machtverhältnisse einerseits widerspiegelt, andererseits strukturiert.

Wie das Institut für Römisches Recht und Antike Rechtsgeschichte (URL7) verlautbart, ist die geschichtliche Entwicklung des Medizinrechts ein Teil der Kulturgeschichte und reicht bis in die Antike zurück. Bereits im Codex Hammurabi (1792-1750 v. Chr.) existieren Haftungsgrundsätze für ärztliche Kunstfehler. Im alten Rom haben sich Juristen immer wieder mit medizinrechtlichen Fragen beschäftigt, darunter auch mit solchen der materiellen Entschädigung für misslungene Operationen. Die Geschichte des Medizinrechts ist wissenschaftlich noch wenig behandelt worden, und eine Aufarbeitung der historischen Entwicklung des Medizinrechts in Österreich gibt es bis dato nicht (vgl. URL7).

Regelungen bezüglich des Hebammenberufes gehen auf das 18. Jahrhundert zurück (vgl. Schwarz 2006:139).

Ausgehend von allgemeinen Ausführungen zu den relevanten juristischen Grundlagen unserer Gesellschaft und der Herangehensweise der Rechtsethnologie werden zunächst die rechtlichen Aspekte des Hebammenberufes dargestellt, anschließend ein Exkurs zum Thema Kaiserschnitt eingefügt, um dann auf die Sicherstellung der PatientInnenautonomie und PatientInnenrechte einzugehen. Darauf folgen Ausführungen zum Wohl des ungeborenen Kindes und dessen rechtliche Absicherung und schließlich die Darstellung des Haftungsrechts. Im gesamten Kapitel werden die jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen den konkreten Anwendungen und den daraus resultierenden Problemstellungen in der Geburtshilfe gegenübergestellt.

3.1 Allgemeines zum Recht und zur Rechtsethnologie

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen öffentlichem Recht und Privatrecht (Zivilrecht). Das öffentliche Recht regelt das Verhältnis zwischen Staat und der Einzelperson, wobei der Staat dem Einzelnen übergeordnet ist. Das Verwaltungsrecht und das Strafrecht sind Teile des öffentlichen Rechts.

Das Privatrecht regelt das Verhältnis zwischen den Einzelnen, die einander gleichgestellt sind, zueinander (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2001:3).

Das Schadenersatzrecht stellt einen Teilbereich des Zivilrechts dar.

Die Rechtsethnologie befasst sich mit Fragen danach, „wie Recht arbeitet, wie seine gesellschaftliche Wirkung entsteht, was seine Bedeutung im Verhältnis zu anderen Faktoren ist“ (Benda-Beckmann / Benda-Beckmann 2007:8). Franz und Keebet von Benda-Beckmann (2007:15) betonen, dass Recht „eine wichtige motivierende oder demotivierende Orientierung für soziales Handeln“ sein kann, wobei dies unabhängig davon zu sehen ist, ob man sich an die rechtlichen Vorgaben hält oder davon abweicht, denn normkonformes Verhalten könne „wenig mit Recht zu tun haben“.

Ich werde in dieser Arbeit untersuchen, ob die normativen rechtlichen Regelungen, die in Haftungsprozessen zur Anwendung kommen, eine Auswirkung auf das soziale Leben bzw. auf die Handlungsweisen in der Geburtshilfe haben.³ Dabei stehen jedoch nicht die unmittelbaren Folgen einer Gerichtsentscheidung auf die beteiligten Personen im Zentrum, sondern die „Nachentscheidungsphase“ (Benda-Beckmann 2007:103ff.) in dem Sinne, dass ich die Auswirkungen von Gerichtsurteilen und deren normativen Regeln auf das gesamte soziale Feld der geburtshilflichen AkteurInnen, auch auf jene, die bislang (noch) nicht direkt betroffen waren, ausdehne. Ich möchte damit ermöglichen, auch Zusammenhänge zwischen Recht und Handlungsfeld aufzuzeigen, die auf den ersten Blick nicht als solche zu erkennen sind, um die Bedeutung des rechtlichen Rahmens für die Gruppe der Hebammen darzustellen.⁴

Im Folgenden wird ein Überblick über diejenigen rechtlichen Aspekte gegeben, die Hebammen in der Ausübung ihres Berufes betreffen. Grundsätzlich können auch hier öffentlich rechtliche und zivilrechtliche Aspekte unterschieden werden. Zum Bereich des öffentlichen Rechts zählen das Hebammenrecht als Teilbereich des Verwaltungsrechts und die strafrechtlichen Aspekte des Haftungsrechts. Das Schadenersatzrecht ist hingegen im Zivilrecht verankert.

3.2 Hebammenrecht (Berufsrecht)

Das Berufsrecht der Hebammen ist durch das Bundesgesetz über den Hebammenberuf (HebG BGBI 1994/310) geregelt, in denen die Ausbildung, die Voraussetzungen für die Berufsausübung, der Aufgabenbereich, die Berufspflichten, die Formen der Berufsausübung und die Bestimmungen über die Interessenvertretung festgelegt sind (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:47, 70).

³ Siehe Benda-Beckmann, Keebet von 2007:106f.

⁴ Siehe Benda-Beckmann, Keebet von. 2007:108f., 121

Es werden hier nur jene Aspekte dargestellt, die zum Verständnis der beruflichen Situation der freiberuflichen Hebammen notwendig sind.

3.2.1 Ausbildung und Aufgabenbereich

Die Ausbildung zur Hebamme dauert drei Jahre und erfolgt an Fachhochschulen.

Der Tätigkeitsbereich der Hebammen ist in § 2 des Hebammengesetzes geregelt und umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt, die Pflege des Neugeborenen und Säuglings und die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:70). Damit solle eine umfassende Betreuung vor, während und nach der Schwangerschaft gewährleitet werden (vgl. Schwarz 2006:139). In der Praxis werden Schwangere in der überwiegenden Mehrheit jedoch von GynäkologInnen betreut. Die Betreuung der Geburt erfolgt meist in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und auch im Wochenbett werden die im Hebammengesetz verankerten Tätigkeiten oftmals von anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel (Kinder-) Krankenschwestern übernommen.⁵

Grundsätzlich ist jede Schwangere nach § 3 HebG verpflichtet, zur Geburt eine Hebamme beizuziehen. Wenn das nicht möglich sein sollte, so ist zumindest für die Betreuung der Wöchnerin und des Neugeborenen durch eine Hebamme zu sorgen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:71).

Die Besonderheit des Hebammenberufes besteht darin, dass Hebammen grundsätzlich eigenverantwortlich tätig sind. Bei „regelwidrigen oder gefahrdrohenden Zuständen“ sind sie jedoch zur Aufklärung über und Veranlassung von Untersuchungen bzw. zur Beziehung eines/r Arztes/Ärztin verpflichtet und in solchen Fällen an dessen/deren Anordnungen gebunden (§ 4 HebG; § 6 HebG; vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:71, 75). ÄrztInnen sind jedoch laut Hebammengesetz verpflichtet, zu jeder Geburt eine Hebamme

⁵ Siehe Kapitel 4.3.2

beizuziehen (vgl.URL1).

Was als Regelwidrigkeit bzw. gefahrdrohender Zustand während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betrachtet wird, ist ebenfalls in § 4 des Hebammengesetzes geregelt.

Ich stimme mit Schwarz (2006:139) überein, wenn sie feststellt:

„Der Hebammenberuf ist aufgrund des berufsspezifischen Spektrums mit einem hohen Faktor an Eigenverantwortlichkeit ausgestattet. Auch aus der historischen Entwicklung erklärt sich die hohe Selbständigkeit der Hebamme, die in vielen Bereichen dem ärztlichen Beruf fast ebenbürtig ist.“

Was hier in den rechtlichen Formulierungen sehr klar und unmissverständlich klingt, wirft jedoch in der Praxis immer wieder Fragen und Zweifel auf und führt zu Konfliktsituationen. So zum Beispiel im Falle, dass der/die Arzt/Ärztin eine Anordnung erteilt, die nicht den neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht oder den medizinischen und/oder ethischen Überzeugungen der Hebamme widerspricht. Dies führt zu der Frage nach der Durchsetzung evidenzbasierten Wissens und wie sich dieses Wissen in der medizinischen Praxis etabliert bzw. zum Stellenwert anderer Wissensformen.⁶

Marsden Wagner (2003:54), Pädiater, Public Health Experte und langjähriger Mitarbeiter der WHO, bestätigt, dass es eine Kluft zwischen klinischer Praxis und wissenschaftlichen Ergebnissen gibt und dass sich Handlungsweisen in der Geburtshilfe etablieren, die wissenschaftlich nicht haltbar sind, sich aber erst wandeln, nachdem ihre schädigende Wirkung unübersehbare Folgen gezeigt hat.

Der Jurist und Mediator Gerson Kern (2002:164f.) unterstreicht, dass es für medizinische Probleme immer mehrere Lösungen gebe und führt aus:

„So berichtete z.B. *David Eddy*, Professor für Gesundheitspolitik und Management an der Duke University in North Carolina, dass nur um die 15% der medizinischen Eingriffe durch handfeste wissenschaftliche Belege gedeckt seien. Das sei zum Teil darauf zurückzuführen, dass nur 1% der Artikel in medizinischen Zeitschriften wissenschaftlich korrekt seien und zum Teil darauf, dass viele Behandlungen überhaupt niemals einer Beurteilung unterzogen würden.“

⁶ Siehe Kapitel 4.1

Demnach gibt es in der medizinischen Praxis kein absolut gültiges einheitlich anerkanntes Wissen, sondern verschiedene Wissensformen, die kulturell konstruiert und historisch wandelbar sind, was sich durch die Existenz unterschiedlicher medizinischer Richtlinien und Behandlungsstandards in den verschiedenen geburtshilflichen Einrichtungen zeigt.

Erwin Deutsch und Andreas Spickhoff (2008:12), beide Experten für Medizinrecht, stellen fest: „Die moderne Medizin hat eine geringer werdende Halbwertszeit von weniger als zehn Jahren. Der Standard von heute bildet den Fehler von morgen.“

Hebammen haben im Fall einer ihrer Meinung nach fehlerhaften Anordnung oder Handlung der ÄrztInnen die Pflicht, zu widersprechen bzw. die nächst höhere Instanz im Krankenhaus zu verständigen. Auf jeden Fall ist eine Handlung, die nicht den gültigen wissenschaftlichen Regeln entspricht gesetzeswidrig im Sinne des Strafgesetzbuches und daher zu unterlassen. Eine Weisung, die eine solche Handlung erforderlich macht, ist nicht zu befolgen (vgl. Mazal 2002:1f. URL6). Was das für die einzelne Hebamme in einer hierarchischen Struktur bedeutet ist unschwer vorstellbar.

Wolfgang Mazal, Professor für Arbeits- und Sozialrecht an der Universität Wien, fordert die verschiedenen Berufsgruppen zu Diskursen auf, um für die PatientInnen Behandlungen zu ermöglichen, die den wissenschaftlichen Richtlinien entsprechen (vgl. Mazal 2002:1f. URL6). Damit wird die Lösung strukturell bedingter Probleme auf die persönliche Ebene verschoben.

Die Aussagen machen auch deutlich, dass juristisch gesehen von einem einheitlich definierten Kenntnisstand, der auf wissenschaftlichen Ergebnissen beruht, ausgegangen wird. Dieser wird im Falle eines Gerichtsprozesses im Schadensfall durch medizinische GutachterInnen festgestellt.⁷

In Bezug auf die Durchsetzung dieses Kenntnisstandes betont Mazal (2002:3 URL6):

„Festzuhalten ist zum anderen, dass Meinungsunterschiede innerhalb der Regeln der Wissenschaft und Erfahrung kein rechtliches Problem bilden,

⁷ Siehe Kapitel 3.6

sondern vom Weisungsempfänger hinzunehmen sind: Auch wer berufsrechtlich zur Eigenverantwortung verpflichtet ist, ist – soweit seine Eigenverantwortung an den Grenzen der *lex artis* nicht aufgerufen ist – von dieser Form des Arbeitsleids nicht befreit.

Dieser Ansatz blendet jedoch die ethischen Haltungen der „WeisungsempfängerInnen“ völlig aus und wird damit dem Recht auf deren Autonomie nicht gerecht.

Zusätzlich werden diese Regelungen kompliziert durch die zeitweilige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Hebammen. Diese sind im Notfall bis zum Eintreffen bzw. bei nicht rechtzeitiger Erreichbarkeit des/r Arztes/Ärztin, oder wenn der rechtzeitige Transport in ein Krankenhaus nicht möglich ist, dazu berechtigt, selbständig und ohne Anordnung bestimmte ärztliche Verrichtungen vorzunehmen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:72,75). Allerdings gelten diese Regeln nur, sofern die Handlungen der Hebamme sich nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen richten oder den Erfahrungen in der Geburtshilfe entsprechen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:72).⁸

Diese rechtlichen Tatsachen sind in der Praxis nicht immer leicht umzusetzen, weil Hebammen die eigene berufliche Kompetenz immer wieder zurücknehmen müssen, um sie ÄrztInnen zu überlassen, sie im Notfall jedoch wieder einsetzen sollten. Das bringt Probleme im Verhältnis zwischen ÄrztInnen und Hebammen mit sich und birgt auch die Gefahr, dass Handlungen, die in Notfällen zu setzen sind, nicht ausreichend geübt werden.

Nachdem der Aufgabenbereich der Hebammen, dessen Grenzen und die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zum Tätigkeitsbereich der ÄrztInnen ausgeführt wurden, veranschaulicht der nächste Abschnitt die Möglichkeiten zur Ausübung des Berufes, die daraus resultierenden rechtlichen Bedingungen und den Pflichtenkreis der Hebammen.

⁸ Eine Kritik dieser Regelung findet sich in Kapitel 4.1.2

3.2.2 Berufsausübung und Berufspflichten

Wie in § 18 und § 19 HebG festgehalten, können Hebammen in einem Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt, zu Einrichtungen zur Geburtsvorbereitung oder -nachbetreuung oder zu freiberuflich tätigen ÄrztInnen stehen. Sie können ihren Beruf auch in freiberuflicher Tätigkeit ausüben, wozu sie einen Berufssitz in Österreich und eine Bewilligung des Landeshauptmannes benötigen (vgl. Sladec̆ek / Marzi / Schmiedbauer 2010:75). Freiberuflich tätige Hebammen können in eigenverantwortlicher Tätigkeit Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen betreuen.

Die Schwangere kann den Geburtsort ihres Kindes frei wählen, jedoch hat ihre Entscheidung Konsequenzen auf das Vertragsverhältnis zwischen Arzt/Ärztin, Hebamme und der Schwangeren und somit auch auf die Haftung im Schadensfall (vgl. URL1). Die Frau kann sich entscheiden zwischen einer Geburt im Krankenhaus, in einem Belegkrankenhaus, in einem Geburtshaus oder einer Hausgeburt. Der Arzt/die Ärztin hat die Pflicht, mit der Patientin diese Möglichkeiten zu besprechen und sie über mögliche Risiken aufzuklären (vgl. URL1). Es findet sich an dieser Stelle kein Hinweis darauf, dass auch Hebammen zu dieser Aufklärung verpflichtet sind.

Findet die Geburt in einem Belegkrankenhaus statt, so wird die Gebärende durch ihre/n Ärztin/Arzt betreut, die/der sie bereits während der Schwangerschaft begleitet hat. Es besteht eine Vertragsbeziehung zunächst nur zwischen Patientin und Belegarzt/Belegärztin, welche/r zur Geburt eine freiberuflich tätige Hebamme oder eine angestellte Hebamme des Belegkrankenhauses zuziehen muss (vgl. URL1). Unterschiede ergeben sich hier hinsichtlich der Haftungsfrage. Für Fehler der Hebamme haftet im Falle eines Anstellungsverhältnisses das Belegkrankenhaus, im Falle der freiberuflich tätigen Hebamme der Arzt/ die Ärztin, wenn die Hebamme nach seinen/ihren Anweisungen gehandelt hat (vgl. URL1). Auch hier ist wiederum die in Kapitel 3.2.1 beschriebene Problemlage der Widerspruchspflicht zu beachten.

Bei einer Hausgeburt und bei der Geburt in einem Geburtshaus wird die Schwangere bei normalem Geburtsverlauf nur von der Hebamme betreut, daher besteht auch die Vertragsbeziehung nur zwischen Hebamme und der zu

betreuenden Frau (vgl. URL1). Wie bereits oben erwähnt hat die Hebamme bei gefahrdrohenden oder pathologischen Verläufen dafür zu sorgen, dass ein Arzt/eine Ärztin hinzugezogen wird oder rechtzeitig der Transport in das nächstgelegene Krankenhaus stattfindet (vgl. URL1). Der Zeitpunkt, an dem das zu erfolgen hat, wird durch das Hebamengesetz, die Hebammenordnungen der Länder und durch europarechtliche Vorgaben bestimmt (vgl. URL1).

Vom Informationsdienst für Medizinrecht (URL1) wird darauf verwiesen, dass die Hausgeburt und die Geburt in einem Geburtshaus mit dem Verzicht auf rasche ärztliche Geburtshilfe verbunden seien. Deshalb solle der Arzt/die Ärztin, der/die die Patientin während der Schwangerschaft betreut, im Hinblick auf seine eigene Rechtssicherheit die Schwangere bereits in der Vorbetreuung auf die damit eventuell verbundenen Risiken hinweisen.

Diese Aussage impliziert, dass Hausgeburten oder Geburten in Geburtshäusern ein höheres Risiko bergen würden, was wissenschaftlich jedoch nicht haltbar ist. Ole Olsen, Statistiker am Institut für Sozialmedizin der Universität Kopenhagen, hat im Jahre 1997 mittels einer Metaanalyse die Sicherheit von geplanten Hausgeburten mit jener von Spitalsgeburten verglichen und kam zu keinem signifikanten Unterschied. Er bewertet daher die Hausgeburt bei Frauen mit niedrigem Risiko unter den Voraussetzungen einer fachlichen Betreuung und „medizinisch-technischer Sicherheit im Hintergrund“ als eine „akzeptable Alternative“ zur Spitalsgeburt (vgl. Oblässer 2005:27).⁹

Jede verantwortungsvoll handelnde Hebamme wird die zeitverzögerte ärztliche Hilfe in ihre Entscheidungen miteinbeziehen. Ich erachte es aber als bedeutenden Hinweis darauf, welchen Vorannahmen Hebammen im Klagefall gegenüberstehen.

Sollten Hebammen, die Hausgeburten und/oder Geburten in Geburtshäusern durchführen, mit ÄrztInnen kooperieren, so müssen die Aufgabenverteilung und die hierarchische Ordnung zwischen ihnen geregelt sein und die Schwangere sollte sich darüber auch informieren (vgl. URL1). Findet die Geburt im

⁹ Siehe Kapitel 4.3 und 4.6

Krankenhaus statt, so hat die Schwangere Anspruch auf eine „fachärztlich geleitete klinische Geburtshilfe“, das heißt, dass auch bei „normalem“ Geburtsverlauf ein Arzt/eine Ärztin hinzugezogen wird (vgl. URL1). Die Organisation der Geburtshilfe und die Aufgabenverteilung zwischen Hebammen und GynäkologInnen werden von der ärztlichen Leitung der geburtshilflichen Abteilung geregelt (vgl. URL1).

Wie aus den Ausführungen ersichtlich, ist die Kooperation von Hebammen und ÄrztInnen je nach strukturellen Gegebenheiten mit unterschiedlichen juristischen Ausgangsbedingungen verknüpft. Die Betreuung von Schwangeren und Gebärenden durch ÄrztInnen wird als risikoärmer betrachtet und die außerklinische Betreuung durch Hebammen als die mit höheren Risiken behaftete Form der Entbindung eingestuft, obwohl dies wie in Kapitel 4.3 näher ausgeführt wird, nicht den wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Aus diesen Feststellungen ist bereits abzuleiten, dass Hebammen im Schadensfall bei einer außerklinischen Geburt einem erhöhten Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sind.

Von den Berufspflichten ist im Zusammenhang mit dem Haftungsrecht besonders die in § 9 HebG geregelte Dokumentationspflicht der „wesentlichen Feststellungen und Maßnahmen vor, während und nach der Geburt“ für freipraktizierende Hebammen hervorzuheben. Im Schadensfall wird auf Basis dieser Unterlagen ein etwaig notwendiges medizinisches Gutachten erstellt (vgl. URL1). Bei Verdacht auf einen Schadensfall sollte die Hebamme Kopien der Krankenakte und aller vorhandenen Befunde anfertigen und sofort ein Gedächtnisprotokoll über die Geschehnisse verfassen (vgl. URL1).

Da, wie bereits oben dargestellt, nicht nur der Geburtsort, sondern auch der Geburtsmodus Auswirkungen auf die Aufgabenverteilung zwischen Hebammen, ÄrztInnen und Frauen und nachfolgend auf die Haftungsfrage im Schadensfall haben, werde ich nun auf die rechtliche Dimension des Kaiserschnittes eingehen.

3.3 Exkurs: Kaiserschnitt

Da die steigenden Kaiserschnittraten gegenwärtig zum Alltag der Hebammenarbeit gehören, werden an dieser Stelle die verschiedenen Möglichkeiten der Sectioentscheidung und deren rechtliche Konsequenzen näher ausgeführt.

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen einem medizinisch indizierten Kaiserschnitt, der in medizinischen Notfällen durchgeführt wird, und dem Wunschkaiserschnitt (elektive Sectio), der ohne medizinische Indikation auf Wunsch der Frau angewendet wird. In vielen Fällen wird der Kaiserschnitt heute als mögliche Alternative zur vaginalen Geburt angeboten (vgl. URL1).

Beim medizinisch indizierten Kaiserschnitt wird unterschieden zwischen Kaiserschnitten mit absoluter Indikation, die zur Rettung des Lebens oder der Gesundheit von Mutter und/oder Kind unbedingt erforderlich sind, und jenen mit relativer Indikation. Letztere stellen die Mehrzahl der durchgeföhrten Kaiserschnitte dar und werden bei Auftreten erhöhter Risiken durchgeführt, was wiederum von der Beurteilung der betreuenden ÄrztInnen abhängt (vgl. URL1). In diesem Fall muss die werdende Mutter dem Eingriff nach erfolgter Aufklärung zustimmen (vgl. URL1).

Der Wunschkaiserschnitt hingegen stellt keinen Heileingriff dar, sondern ist einer kosmetischen Operation vergleichbar. Trotzdem ist er zulässig und nicht „sittenwidrig“, allerdings unter den Voraussetzungen, dass die werdende Mutter einwilligt und dass keine Kontraindikation gegen den Eingriff vorliegt (vgl. URL1).

Wie Studien zeigen, spielen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Kaiserschnitt jedoch Art und Umfang der Aufklärung und die Betreuungssituation der Schwangeren eine wesentliche Rolle (vgl. N.N. 1999:16f.).¹⁰ Für eine umfassende Aufklärung kann es daher von Nutzen sein, mehrere Meinungen einzuhören, um eine möglichst objektive Einschätzung der Ausgangslage zu erhalten.

¹⁰ Siehe Kapitel 4.3.

Vom Informationsdienst für Medizinrecht (URL1) wird die Rechtsprechung des BGH betont:

„Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindringlicher ist der Patient, dem dieser Eingriff angeraten oder der von ihm selbst gewünscht wird, über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren. Zu den Gegengründen vor solchen Eingriffen gehört vor allem die Angabe der Sterblichkeitsrate und die Tatsache, dass sie aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind.“

Die Zustimmung der PatientInnen nach erfolgter Aufklärung stellt vor allem für ÄrztInnen einen relevanten rechtlichen Aspekt dar und hängt eng mit der Wahrung der Autonomie der behandelten Frauen zusammen. Da Hebammen sich oftmals im Spannungsfeld zwischen Patientinnenautonomie, ärztlichen Anordnungen, medizinischen Richtlinien und rechtlichen Vorgaben befinden und die Einbringung von Haftungsklagen auch als Ausdruck des Wunsches nach Wahrung der PatientInnenrechte zu sehen ist, werde ich diese im nächsten Abschnitt näher erläutern.

3.4 Rechte und Autonomie der PatientInnen

In jedem demokratischen Staat existieren eine Reihe von Menschenrechten und Grundfreiheiten, deren Einhaltung von den Höchstgerichten (Verfassungsgerichtshof, Oberster Gerichtshof) überwacht wird. Im Gesundheitswesen sind das vor allem die PatientInnenrechte (BGBI I 140/2006). Diese sind in zahlreichen Gesetzen und Vorschriften geregelt.¹¹

Auf Krankenhausebene sind sie in den Krankenanstaltengesetzen verankert, im Bereich der niedergelassenen Gesundheitsberufe sind sie ein Teil des Behandlungsvertrages (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2001:28, 31).

Der Behandlungsvertrag wird zwischen dem Rechtsträger einer Krankenanstalt und PatientInnen oder zwischen den Angehörigen von niedergelassenen

¹¹ Ein Überblick über die PatientInnenrechte und deren rechtliche Grundlagen findet sich unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html

Gesundheitsberufen, zu der auch freipraktizierende Hebammen gehören, (Anm. der Verfasserin) und PatientInnen geschlossen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:116). In Krankenanstalten haftet der Rechtsträger für ein etwaig schuldhaftes oder rechtswidriges Verhalten seiner MitarbeiterInnen (vgl. Schwarz 2006:257). Niedergelassene Hebammen und ÄrztInnen haften für Schadensfälle selbst.

Der Behandlungsvertrag verpflichtet zur Behandlung von Personen gemäß den Richtlinien der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung, aber nicht zum Erreichen eines bestimmten Behandlungserfolges, d.h. zur Wiederherstellung der Gesundheit (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:115). Er kommt durch „übereinstimmende Willenserklärung der Vertragsparteien“ zustande und erfordert eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung, die Art der Behandlung, die Erfolgsaussichten, Risiken und Möglichkeiten anderer Behandlungen, sowie die Zustimmung der PatientInnen. Für die Zustimmung ist wiederum die „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ Bedingung. Sie könne jedoch bei Lebensgefahr oder bei Gefahr von schweren gesundheitlichen Schädigungen entfallen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:116f.). Für die Rechtswissenschaftlerin und Patientenanwältin Gertrude Kalchschmid (2002:92) ist hingegen selbst im Falle der Lebensgefahr das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen miteinzubeziehen, wobei sie einräumt, dass sich eine Beschränkung der Aufklärung aus zeitlichen Gründen ergeben könne. Grundsätzlich misst sie dem Aufklärungszeitpunkt große Bedeutung bei, da das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen nur dann gewahrt werden könne, wenn sie sich im vollen Besitz ihrer „Erkenntnis- und Entschlussfähigkeit“ befinden (vgl. Kalchschmid 2002:91).

Die Aufklärung soll die Patientin/den Patienten in die Lage versetzen, Vor- und Nachteile der Behandlung zu erkennen, um eine für die jeweilige persönliche Situation passende selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können (vgl. Kalchschmid 2002:92). Das erfordert wiederum das richtige Ausmaß an Aufklärung. Schwarz (2006:43), weist darauf hin, dass PatientInnen teilweise durch ein Übermaß an Aufklärung eher verunsichert werden, was sie in ihrer Entscheidungsfindung möglicherweise behindert und beängstigt. Shirley Jones (2000:19) empfiehlt, der Patientin in verständlichen Worten so viele

Informationen zur Verfügung gestellt werden sollten, dass sie ihre Situation einschätzen und zu einer autonomen Entscheidung finden könne.

Wenn der Arzt/ die Ärztin der Aufklärungspflicht nicht nachkommt, so muss er/sie beweisen, dass der/die PatientIn auch bei ausreichender Aufklärung seine/ihre Zustimmung gegeben hätte. Wenn er/sie diesen Beweis nicht erbringen kann, haftet er/sie für alle Schäden, die durch die Behandlung entstanden sind und das auch dann, wenn die Behandlung *lege artis*, also entsprechend den medizinischen Richtlinien und Kenntnissen, durchgeführt worden ist (vgl. Kern 2002:162). Laut Kalchschmid (2002:90) stellt jede ärztliche Maßnahme einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und damit unter Umständen eine Körperverletzung dar, was erst durch die Einwilligung der PatientInnen aufgehoben werde. In diesem Punkt widerspricht sie Frank Höpfel (2002:80f.), Professor am Institut für Strafrecht der Universität Wien, der die medizinische Heilbehandlung grundsätzlich nicht als Körperverletzung sieht, solange sie *lege artis* durchgeführt wurde.

Kalchschmid (2002:93) betrachtet das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen als „rechtlichen Höchstwert“ und weist darauf hin, dass es auch dann zu respektieren sei, wenn lebensrettende Maßnahmen abgelehnt werden. Die PatientInnen haben jedoch auch das Recht, auf die Aufklärung zu verzichten (vgl. Schwarz 2006:49; Kalchschmid 2002:94).

Laut § 50 Ärztegesetz (ÄrzteG BGBL 1998/156) darf ein Arzt/eine Ärztin jedoch auch von der Behandlung einer/s Patientin/en zurücktreten, wenn er dies rechtzeitig mitteilt, sodass für anderweitige Hilfe gesorgt werden kann (vgl. Schwarz 2006:31). Ein Rücktritt vom Behandlungsvertrag ist für ÄrztInnen aber laut §48 Ärztegesetz bei drohender Lebensgefahr nicht möglich (ÄrzteG BGBI 1998/156; vgl. Schwarz 2006:31). Auch Hebammen dürfen laut § 6 (2) (HebG BGBI 1994/310) ihre fachkundige Hilfe im Notfall nicht verweigern.

Aus diesen rechtlichen Regelungen ergibt sich in der Praxis der Geburtshilfe ein Spannungsfeld zwischen der verpflichtenden Hilfeleistung und den PatientInnenrechten, insbesondere dann, wenn sich während des Geburtsverlaufs unterschiedliche Meinungen über die weitere Vorgehensweise herausbilden. Diese Problemlage spitzt sich während der Geburt auch

hinsichtlich des Aufklärungszeitpunktes zu, der im Falle einer dramatischen Wende des Geburtsverlaufes ein denkbar ungünstiger ist.

In der Praxis zeigt sich, wie Kalchschmid (2002:94) ausführt, dass die Aufklärung und das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen nicht immer ausreichend beachtet werden. Die Gründe dafür liegen Ihrer Meinung nach zum Teil an den organisatorischen Abläufen in den Krankenhäusern, zum Teil daran, dass der Vorwurf eines Behandlungsfehlers wesentlich ernster genommen werde als der Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung (§110 StGB BGBI 1974/60),¹² der praktisch keine Rolle spielt (vgl. Kalchschmid 2002:95). Sie weist auch auf den sehr zutreffenden Umstand hin, dass manche MedizinerInnen das Wohl der PatientInnen gleichsetzen mit der medizinisch indizierten Behandlung und die individuellen Wünsche missachten (vgl. Kalchschmid 2002:95). Kern (2002:164f.) betont, dass nur der Patient/ die Patientin selbst entscheiden könne, welche Risiken er/sie zu tragen bereit sei. Er weist die Existenz eines „vernünftigen Patienten in der Form eines erdachten Durchschnittswesens“, der sich an die Empfehlungen der ÄrztInnen halte, zurück und fordert die Beachtung der „subjektiven Aspekte des Wohl-Seins“ der PatientInnen. Im Falle von Entscheidungen, die für nicht einsichts- und urteilsfähige Personen getroffen werden, sei dieses subjektive PatientInnenwohl zu berücksichtigen und zu respektieren (vgl. Kern 2002:161f.).

Ulrike Hauffe (2003:101) sieht die Selbstbestimmung der Frau in der Geburtshilfe dann gewahrt, wenn die Frau ohne Erwartungsdruck und ohne angstauslösende Informationen frei entscheiden könne. Wie Schücking (2003:30) jedoch feststellt, erhalten Frauen oftmals Informationen, die nicht auf evidenzbasierten medizinischen Ergebnissen beruhen. Dazu sei laut Wagner (2003:57) die Transparenz der Ergebnisse der verschiedenen geburtshilflichen Einrichtungen von Bedeutung, um der Öffentlichkeit zuverlässige Informationen zur Verfügung zu stellen und eine darauf aufbauende evidenzbasierte Medizin zu gewährleisten, auch wenn das einen Machtverlust der ÄrztInnen bedeute.

¹² Siehe Kapitel 3.6.1

Der rechtliche Schutz der PatientInnenautonomie stellt grundsätzlich ein hohes Gut dar, wirft jedoch in der Praxis der Geburtshilfe aufgrund der Ausnahmesituation, in der sich die Gebärende befindet, einige Probleme auf, die die Grenze zwischen Fürsorge und Entmündigung nicht immer klar erkennen lassen.

Da jede Geburt eine Ausnahmesituation darstellt und bei auftretenden Problemen Entscheidungen oft unter zeitlichem Druck gefällt werden müssen, können sich die Fragen der Aufklärung und Einwilligung und damit die Entscheidungsfindung für etwaige Eingriffe sehr schwierig gestalten. Die oben genannten Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Entscheidung, nämlich die Informationen rechtzeitig vor dem geplanten Eingriff und die Aufklärung über Vor- und Nachteile und mögliche Alternativen, sind in vielen Fällen nicht gegeben. Zudem ist der Informationsfluss vom sozialen Status der Eltern abhängig. Wie die Psychologin und Epidemiologin Birgit Reime (2003: 10) festhält, bekommen Frauen aus oberen sozialen Schichten mehr Informationen und sie seien auch routinierter im Einholen von Auskünften. Werden Informationen nicht oder nur unzureichend weitergegeben, bleibt die Entscheidungsmacht bei den GeburtshelferInnen (vgl. Reime 2003:12).

Diese Umstände können dazu führen, dass gesetzte Maßnahmen im Nachhinein von den Betroffenen hinterfragt und als nicht passend oder falsch beurteilt werden. Außerdem wünschen sich manche Frauen während der Geburt Eingriffe (wie z.B. einen Kaiserschnitt kurz vor der Geburt des Kindes aufgrund der starken Wehenschmerzen), die sie eventuell nach der Geburt bereuen. Die Politologin Ingrid Schneider (2003:79) ist der Überzeugung, dass die informierte Zustimmung die ärztliche Indikationsstellung und die medizinische Verantwortung gegenüber den PatientInnen und ihrem Wohl nicht ersetzen.¹³

¹³ In den Kapiteln 4.4, 4.5 und 5.1.5 wird noch näher auf die Themenbereiche der Verantwortung und Selbstbestimmung eingegangen. Die rechtlichen Bestimmungen zum Tatbestand der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“, die wesentlich mit dem Schutz der PatientInnenautonomie zusammenhängen werden in Kapitel 3.6.1 behandelt.

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Tatsache dar, dass von allen Entscheidungen auch das Ungeborene betroffen ist. Das wirft eine Reihe von ethischen und rechtlichen Fragen auf. Wie bereits oben angeführt, ist es schon schwierig, das Wohl der mündigen Patientin zu wahren, so ist es noch schwieriger das Wohl eines nicht artikulationsfähigen Kindes zu kennen und zu berücksichtigen. Manche Handlungen, die sich eine Gebärende zur Linderung ihrer eigenen Leiden oder zur Wahrung ihrer physischen und psychischen Integrität wünscht, können nachteilige Folgen für das Kind haben. Hier kann ein Spannungsverhältnis zwischen der Akzeptanz der Autonomie der werdenden Mutter und dem Fürsorgeprinzip bzw. Nichtschadensprinzip¹⁴ gegenüber dem Kind entstehen, das die GeburtshelferInnen in Gewissensnöte bringen kann.

Im folgenden Kapitel werde ich auf die verschiedenen Aspekte, die in Zusammenhang mit dem Wohl des ungeborenen Kindes gesehen werden, näher eingehen.

3.5 Das Kindswohl

Die Beachtung des Kindswohls hängt wesentlich mit der Rechtsfähigkeit des Ungeborenen und der Definition des Lebensbeginns zusammen. Bezuglich der Rechtsfähigkeit gilt, dass sie mit der Geburt beginnt und mit dem Tod endet. Ein ungeborenes Kind wird als geboren betrachtet, wenn es zu seinem Vorteil ist (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2001:7). § 22 ABGB (JGS Nr. 946/1811) spricht auch den Ungeborenen den Schutz der Gesetze zu. Ungeborene sollen demnach wie Geborene betrachtet werden, solange es um ihre eigenen Rechte und nicht um jene von Dritten geht.

In der Geburtshilfe ist bei vielen Entscheidungen das Wohl des Kindes miteinzubeziehen. Das wirft die Frage nach der Definition des Kindswohls und der damit verbundenen Entscheidungsmacht auf.

Kern (2002:142) verweist darauf, dass das Kindswohl von den Wertvorstellungen in einer Gesellschaft abhängig ist und somit unterschiedlich

¹⁴ Siehe Kapitel 3.8

interpretiert werden kann.

Zusätzlich hängen die medizinischen Handlungsweisen, die auch das Kindeswohl betreffen, von den gerade geltenden medizinischen Richtlinien ab, die regional oft sehr verschieden ausgestaltet sind.

Laut Kern (2002:147) ist das Kindeswohl, sofern das Kind noch nicht urteils- und einsichtsfähig ist, dem entscheidungsbefugten Erwachsenen zu übertragen, wobei er betont: „Diese Erkenntnismöglichkeit wächst im Konsens mit dem Kind, im Versuch eines gemeinsamen Denkens und Fühlens, im gegenseitigen Beachten und Verstehen, im Ausgleich der Interessen.“

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass medizinische Indikationen sehr oft mit dem Wohl des Kindes gleichgesetzt werden, bzw. Frauen mit dem Hinweis auf das vermeintliche Kindeswohl zu bestimmten Entscheidungen gedrängt werden. Kern (2002:155) geht auf die Schwierigkeiten ein, die sich ergeben wenn die gesetzlichen Vertreter eines Kindes in ihren Entscheidungen nicht mit den betreuenden ÄrztInnen übereinstimmen. Dies können religiöse Gründe haben, weltanschaulich motiviert sein oder auf dem Wunsch nach einer alternativen Behandlungsmethode oder -form beruhen (vgl. Kern 2002:157). In diesen Fällen besteht grundsätzlich die Möglichkeit, die Sorge- und Vertretungsbefugnisse auf den Staat zu übertragen, wenn die Eltern dieses Recht missbrauchen. Wie Kern (2002:155) jedoch betont, sei es schwierig zu beurteilen, wann dies der Fall sei.

Aurelia Weikert (1998:120) macht auf die Folgen der Rechtsdebatte bezüglich Schwangerschaft und Geburt aufmerksam. Es entstehe eine „Trennlinie“ zwischen der werdenden Mutter und ihrem Kind, wodurch aus der Mutter eine „medizinisch und juristisch verantwortliche Person“ und aus dem Kind ein „unabhängiges Subjekt mit Rechtsansprüchen“ werde, die möglicherweise von außenstehenden Personen besser vertreten werden können. Auf dem 5. Internationalen Kongress „Der Fötus als Patient“, von Prä-, Post- und PerinatalmedizinerInnen seien, laut Weikert (1998:120), die Rechte des ungeborenen Kindes proklamiert worden, welche

„das Recht auf Schutz, auf Zugang zu den modernsten Techniken der antenatalen Bewertung, auf Zugang zur chirurgischen und Pharmakotherapie, auf Zugang zu den neusten Methoden der Datenverarbeitung und auf eine intelligente Mutter-Kind-Beziehung durch die

Entwicklung von Selbst-Überwachungsmitteln und die Verhinderung mütterlicher Komplikationen“

beinhalten. Die Rechte auf Wahrung eines subjektiven Kindwohls, auf Schutz der physischen und psychischen Integrität des ungeborenen Kindes und vor dem Tatbestand der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“ fehlen in dieser Aufzählung.

Diese Konstruktion des Ungeborenen als selbständige Entität muss unweigerlich zu Kollisionen mit dem mütterlichen Selbstbestimmungsprinzip führen. Werden Mutter und Kind als Einheit betrachtet, in der das Wohl beider voneinander abhängen, so kann in Notfallsituationen das Wohl der/des einen zugunsten der/des anderen zurücktreten, ohne die Integrität zu verletzen.

Auch Barbara Maier (2000:111) kritisiert die medizinische, rechtliche und soziale Gegenüberstellung von ungeborenem Kind und schwangerer Frau als „phänomenologisch völlig unzulässig“, da es der Besonderheit der Mutter-Kind-Beziehung nicht gerecht werde. Sie meint: „Die wissenschaftlich-technische Entwicklung lockert die Lebenseinheit von Fötus und Schwangerer in diese Richtung weiter auf.“

Brockmann und Reichard (2000:85) merken an, dass die Wahrnehmung von Mutter und Kind als zwei eigenständige Wesen von der Pränatalmedizin gefördert werde. Sie betonen den engen Zusammenhang von mütterlichem und kindlichem Wohlbefinden und kritisieren Maßnahmen, die ausschließlich auf die Sicherheit des ungeborenen Kindes abzielen, ohne das Wohlbefinden der Mutter zu berücksichtigen.

Die Wahrnehmung des ungeborenen Kindes als Rechtssubjekt hat sich im Verlauf der Geschichte stark gewandelt. So wurde im römischen Recht das Ungeborene noch als Teil der mütterlichen Eingeweide betrachtet, und somit wurde auch dessen intrauterines Leben nicht geschützt (vgl. Duden 2007:70). Die Entwicklung des Fötus zu einer rechtlich schützenswerten intrauterinen Person fand im 18. Jahrhundert in England ihren Ausgang (vgl. Duden 2007:70).

Zusätzlich unterstreicht die Historikerin Barbara Duden (2007:72), dass im Lauf des 19. Jahrhunderts der ärztlichen Profession das Recht über Eingriffe (meist

Abtreibungen) am Fötus zugesprochen wurden, während sie der schwangeren Frau entzogen wurden.

Was es auf psychologischer Ebene bedeutet, die im Leben einzigartige körperliche Symbiose zwischen Mutter und Kind aufzuheben und welche Konsequenzen diese Trennung für die Mutter-Kind-Beziehung hat kann im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt werden, ist aber sicher beachtenswert.

Im letzten Abschnitt wurden die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen der Hebammen und die rechtlichen Grundlagen zum Schutz der Autonomie von Müttern und Kindern mit Bezug auf die konkreten Verhältnisse in der Geburtshilfe geschildert. Im folgenden Teil werden die für die Hebammentätigkeit relevanten Bereiche des Haftungsrechts erörtert.

3.6 Haftungsrecht

Schwarz (2006:255) definiert: „Haftung bedeutet das ‚Einstehenmüssen‘ für rechtliche Folgen eines bestimmten Tuns oder Unterlassens.“ Durch die Haftung sollen „absolute Rechtsgüter“ wie Gesundheit, Leben oder Eigentum geschützt werden (vgl. Schwarz 2006:255).

Es gilt im Zweifel die Vermutung, dass ein Schaden ohne Verschulden eines anderen entstanden ist, das heißt, dass jemand, der/die einen Schaden erleidet, das Verschulden der Schädigerin/des Schädigers nachweisen muss (vgl. § 1296 ABGB; Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:124; Schwarz 2006:262). Wenn aber ein Schaden im Zuge der Erfüllung eines (Behandlungs-)Vertrages entsteht, so kommt es zur Beweislastumkehr (§ 1298 ABGB). Dann hat der/die SchädigerIn zu beweisen, dass ihn/sie an der Entstehung des Schadens kein Verschulden trifft (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:124; Schwarz 2006:262).

Die Haftung wird unterteilt in zivilrechtliche und strafrechtliche Haftung, die sich hinsichtlich des Zwecks und der Sanktionen unterscheiden (vgl. Schwarz 2006:255).

3.6.1 Strafrechtliche Haftung

Im Allgemeinen dient das Strafrecht dem sogenannten Rechtsgüterschutz, es soll also dazu dienen, die „desavouierte Norm zu stabilisieren“ (vgl. Höpfel 2002:69). Es hat nicht zum Ziel, die Opfer zu entschädigen, sondern erfüllt eine „generalpräventive Wirkung“, was im Gesundheitswesen bedeutet, dass Angehörige von bestimmten Berufsgruppen von der „Verwirklichung von Straftatbeständen“ abgehalten werden sollen (vgl. Schwarz 2006:258). Der Theologe, Rechtswissenschaftler und Medizinethiker Jürgen Wallner (2007:17) fügt dem hinzu, dass das Recht auch die Aufgabe habe, die überwiegende Mehrheit von „Rechtstreuen und Sorgfältigen“ zu schützen.

Bei den strafrechtlichen Aspekten, die für die Tätigkeit von Hebammen relevant sind, handelt es sich um die Tatbestände der

- „Körperverletzung“ (§ 83 STGB BGBI 1996/762),
- „Fahrlässigen Körperverletzung“ (§ 88 STGB BGBI I 2001/130)
- „Fahrlässigen Tötung“ (§ 80 STGB BGBI I 2001/130)
- „Fahrlässigen Tötung unter besonders gefährlichen Verhältnissen“ (§ 81 STGB BGBI I 2001/130)
- „Eigenmächtigen Heilbehandlung“ (§ 110 STGB) (vgl. URL1).

Die Strafrahmen für die Tatbestände der „Fahrlässigen Tötung“ und der „Fahrlässigen Tötung unter besonders gefährlichen Verhältnissen“ liegen zwischen ein und drei Jahren Freiheitsentzug.

Unter „besonders gefährlichen Verhältnissen“ sind laut Schwarz (2006:259) „Umstände“ zu verstehen, die „(...) nach allgemeiner Erfahrung und mit hoher Wahrscheinlichkeit den Eintritt eines Schadens erwarten lassen, wobei die besondere Gefahrenlage schaffenden Umstände nicht unfallkausal gewesen sein müssen.“

Zu diesen Umständen gehören z.B. fehlende Hilfspersonen, unzureichende apparative Ausstattung, Übermüdung oder Alkoholisierung oder das Zusammentreffen von mehreren Faktoren, die alleine keine Gefahr bedeuten würden, zusammen jedoch zu einer Gefährdung führen (vgl. Schwarz 2006: 259).

Beim Tatbestand der „Körperverletzung“ wird unterschieden zwischen „Schwerer Körperverletzung“ (§ 84 STGB BGBI 1987/605), „Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen“ (§ 85 STGB) und „Körperverletzung mit tödlichem Ausgang“ (§ 86 STGB). Die Delikte werden mit Freiheitsstrafen unterschiedlicher Dauer sanktioniert.

Die „Fahrlässige Körperverletzung“ wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Monaten oder mit einer Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen bestraft.

Auch hier erhöht sich der Strafrahmen, nämlich auf bis zu sechs Monate oder auf eine Geldstrafe von 320 Tagessätzen, wenn „besonders gefährliche Verhältnisse“ vorliegen oder wenn die Tat eine „Schwere Körperverletzung“ zur Folge hat.

Die Heilberufe sind jedoch bei der „Fahrlässigen Körperverletzung“ „in beschränktem Rahmen immun“, weil Gesundheitsschädigungen im Ausmaß von nicht mehr als 14 Tagen nicht bestraft werden, wenn den/die TäterIn kein schweres Verschulden trifft, er/sie also nicht grob fahrlässig gehandelt hat (vgl. Höpfel 2002:80). Fahrlässig ist eine Handlung dann, wenn die Sorgfaltspflicht verletzt wird, obwohl es „möglich und zumutbar“ gewesen wäre, dieser nachzukommen (vgl. Schwarz 2006:259f.).¹⁵

Höpfel (2002:70) sieht die Zufügung einer Körperverletzung nicht nur in einem „mechanischen Eingriff in die Körperintegrität“, sondern auch in der Schädigung der Gesundheit. Für die strafrechtliche Beurteilung von Vergehen im Gesundheitsbereich sei deshalb die Definition des Gesundheitsbegriffes von großer Bedeutung, damit auch die seelische und geistige Gesundheit miteinbezogen werden können (vgl. Höpfel 2002:71,74).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in der Präambel (Punkt 1) ihrer Satzung vom 22.7.1946: „Die Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ In Punkt 2 wird als Ziel die Erreichung des „höchstmöglichen Gesundheitsniveaus“ definiert (vgl. Binder 2002:36).

Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle

¹⁵ Siehe Kapitel 3.6.2.2 und 3.6.2.4

Rechte vom 16.12.1966 setzt in Anerkennung des WHO-Dokuments „die Anerkennung des Rechts eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ fest (vgl. Binder 2002:38).¹⁶

Aus den Ausführungen wird deutlich, dass die oben genannten strafrechtlichen Tatbestände sehr eng mit dem in einer Gesellschaft gültigen Gesundheitsbegriff zusammenhängen.

Im Folgenden wird nun noch auf den Tatbestand der „Eigenmächtigen Heilbehandlung“ (§ 110 STGB), der wesentlich zum Schutz der PatientInnenautonomie beiträgt, eingegangen. Die betreffenden rechtlichen Formulierungen lauten:

(1) „Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.“

(2) „Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, daß (sic!) durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6 STGB) hätte bewusst sein können.“

(3) „Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.“

Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zu den obengenannten Delikten dar, die vom Staat und nicht von einem Privatankläger strafrechtlich verfolgt werden (vgl. Schwarz 2006:258).

¹⁶ Zur Bedeutung der Definition von Gesundheit und Krankheit siehe auch Kapitel 4.3.4

3.6.2 Zivilrechtliche Haftung

Der zivilrechtliche Teil des Haftungsrechts ist mit der Möglichkeit von Schadenersatzzahlungen verbunden und nimmt den größten Teil im Haftungsrecht der Gesundheitsberufe ein (vgl. Schwarz 2006:261).

Wenn jemand einen Schaden erleidet, so hat er/sie diesen laut § 1311 ABGB grundsätzlich selbst zu tragen. Ein Anspruch auf Ersatz des Schadens entsteht, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Eintritt eines Schadens
- Kausalität
- Rechtswidrigkeit
- Verschulden (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:119, URL2).

3.6.2.1 Definition des Schadens

Als Schaden im juristischen Sinn wird „jeder Nachteil“ verstanden, „der jemandem an Vermögen, Rechten oder der Person zugefügt wurde“ (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:120; URL2).

In Bezug auf die Geburtshilfe ist die Schadensfrage eine heikle Sache, die definitionswürdig ist. So haben widersprüchliche Urteile des OGH bezüglich der Unterhaltsleistungen für Geburten ungewollter behinderter und nicht-be hinderter Kinder eine breite öffentliche Diskussion ausgelöst. Kirchliche VertreterInnen und Behindertenorganisationen treten zu Recht gegen die Diskriminierung behinderter Menschen ein und verurteilen die Bewertung der Geburt behinderter Kinder als Schaden (vgl. Wagner 2009:56-71). Obwohl diese Feststellungen im Hinblick auf pränataldiagnostische Maßnahmen getroffen wurden, möchte ich sie auf jene Kinder ausdehnen, die durch ihre eigene Geburt zu Schaden kommen und damit auf die ethische Sensibilität des Themenbereiches aufmerksam machen.

Rockenschaub (1998:25) kritisiert, dass Vorwürfe über „Übel“ bei Geburten nur dann gemacht werden, wenn etwas unterlassen oder zu spät gemacht wurde, nicht aber dann, wenn zu früh oder überflüssigerweise eingegriffen wurde, obwohl zweiteres in der Geburtshilfe mehr Schaden anrichten würde. Dieser Aspekt ist im Hinblick auf die Definition von Schäden in der Geburtshilfe sehr

bedeutsam und birgt großes Veränderungspotential.

Auch die Definition des Schadens steht in engem Zusammenhang mit dem in der Gesellschaft gültigen Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Wenn Schäden nicht mehr nur dann wahrgenommen werden, wenn sie sich als sicht- oder messbare körperliche Abnormitäten oder Mortalitäten äußern, sondern auch dann, wenn sie die physische oder psychische Integrität von Mutter und/oder Kind verletzen. In diesem Sinne sollte es zu einer Angleichung der Schadensdefinition an den WHO-Gesundheitsbegriff kommen.

3.6.2.2 Kausalität

Eine wichtige Rolle im Schadensrecht spielt die Kausalität. Darunter wird der „ursächliche Zusammenhang zwischen dem Verhalten der schädigenden Person und dem Eintritt des Schadens“ gesehen, wobei das Verhalten eine Handlung oder die Unterlassung einer Handlung sein kann (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:121; URL2).

Angewendet auf den Gesundheitsbereich bedeutet das, dass ein Schaden dann durch den/die VerursacherIn getragen werden muss, „wenn dieser den Schaden durch einen Verstoß gegen ein Gesetz oder den Behandlungsvertrag in vorwerfbarer Weise zu vertreten hat“, wobei die „Vorwerfbarkeit in der Verletzung einer Sorgfaltsnorm“ liegt (vgl. Schwarz 2006:261). Als Maßstab dient dabei „ein allgemein voraussetzbares Wissen einer perfekt ausgebildeten und fortgebildeten Maßfigur der jeweiligen Berufsgruppe“ (vgl. Schwarz 2006:261). Um diesen Ansprüchen genügen zu können, wird von ÄrztInnen und Hebammen laufende Weiterbildung eingefordert (vgl. URL1).

3.6.2.3 Rechtswidrigkeit

Einen weiteren wichtigen Aspekt des Schadensrechts bildet die Frage der Rechtswidrigkeit. Rechtswidrig ist ein Verhalten dann, wenn es „gegen ein Gebot, ein Verbot oder gegen die guten Sitten verstößt“ (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:122).

Jemand, der sich im Rahmen des Erlaubten bewegt, muss daher keinen Schadenersatz leisten. Die Rechtswidrigkeit kann sich aus einer Handlung oder dem Unterlassen einer Handlung ergeben (vgl. URL2). Dabei ist zu prüfen, ob

der Schaden auch bei korrektem Verhalten eingetreten wäre und ob ein Rechtfertigungsgrund für das Verhalten vorliegt (vgl. URL2). Als Rechtfertigung dient zum Beispiel die Zustimmung der PatientInnen, oder die Behandlung ohne Zustimmung im Falle der schweren gesundheitlichen Schädigung oder der Lebensgefahr (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:122).

Sowohl die Rechtswidrigkeit, wie auch die Kausalität führen uns zum Problem der bereits in Kapitel 3.2.1 behandelten Existenz eines einheitlich definierten Kenntnisstands in der medizinischen Praxis. Damit verbunden ist die Schwierigkeit der Festlegung eines Maßstabs für das allgemeingültige Wissen, denn wie aus der empirischen Forschung hervorgeht unterscheiden sich die Wissensformen und -inhalte von Hebammen und ÄrztInnen.¹⁷ Zudem ist hier auch der Aspekt des autoritativen Wissens, also jenes Wissens, das zur Durchsetzung gelangt, zu berücksichtigen. Darauf wird in Kapitel 4.1 näher eingegangen.

3.6.2.4 Verschulden

Aus Rechtswidrigkeit und Kausalität ergibt sich die Frage des Verschuldens. Unter Verschulden versteht man die „persönliche Vorwerfbarkeit rechtswidrigen Verhaltens“ (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:123).

Bei der Verschuldensfrage gilt es zu prüfen, ob ein Verhalten hätte vermieden werden sollen und auch können (vgl. URL 2). Es wird zwischen mehreren Verschuldensformen unterschieden, die Einfluss auf die rechtlichen Folgen und den Umfang der Schadenersatzleistung haben:

- Vorsatz
- Fahrlässigkeit (leichte Fahrlässigkeit, grobe Fahrlässigkeit, entschuldbare Fehlleistung (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:123f.; URL 2)

Für den „Vorsatz“ ist das „Bewusstsein der Rechtswidrigkeit“ von Bedeutung (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:124).

¹⁷ Siehe Kapitel 5.1.3

Von „Fahrlässigkeit“ wird gesprochen wenn der/die TäterIn die „gehörige Sorgfalt außer Acht lässt“. Dabei wird die „Leichte Fahrlässigkeit“, die auf einem Fehler beruht, der auch einem sorgfältigen Menschen unterlaufen kann von der „Groben Fahrlässigkeit“ unterschieden (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:124).

In der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und Hebammen sind auch das „Übernahmeverschulden“ bzw. die „Einlassungsfahrlässigkeit“ von Bedeutung. So haben ÄrztInnen vor der Delegierung von ärztlichen Tätigkeiten an Hebammen die Pflicht, sich zu vergewissern, dass die jeweilige Hebamme die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, um die ärztlichen Anordnungen durchführen zu können (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:127). Die Hebamme kann grundsätzlich auf die Richtigkeit der ärztlichen Anordnung vertrauen. Erteilt der Arzt/die Ärztin jedoch eine eindeutig erkennbare falsche Anordnung, ist die Hebamme verpflichtet, Rücksprache zu halten bzw. die Anordnung nicht zu befolgen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:127f.). Dasselbe gilt, wenn die ärztliche Anordnung den Wissensstand und die Fähigkeit der Hebamme übersteigt.¹⁸

Beim Schadenersatz gilt grundsätzlich die Zurückversetzung in den vorherigen Zustand, was als Naturalrestitution bezeichnet wird (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:125; URL2). Sollte diese nicht möglich sein, so wird Geldersatz geleistet (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:125; URL2; Schwarz 2006:263). Die Höhe der Schadenersatzzahlung ergibt sich aus Schmerzensgeld, Heilungskosten und entgangenem vergangenem und zukünftigem Einkommen (vgl. Schwarz 2006:263).

Ich werde nun die dargestellten rechtlichen Aspekte in konkreterer Form auf die Arbeitssituation von Hebammen beziehen und darstellen in welchen Fällen ein Kunstfehler vorliegt, der es ermöglicht Hebammen für einen eingetretenen Schaden zur Verantwortung zu ziehen.

¹⁸ Siehe auch Kapitel 3.2.1

3.7 Haftung in der Geburtshilfe

Wenn durch eine ärztliche Handlung oder aus dem beruflichen Handeln einer Hebamme für die betroffene Frau oder das Kind ein Schaden entsteht, so liegt nicht in jedem Fall ein Kunstfehler vor (vgl. URL1). Dieser liegt nur dann vor, wenn gegen die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft oder Erfahrung verstoßen wurde oder wenn eine Handlung unterlassen wurde, die zur Verhinderung des Schadens notwendig gewesen wäre (vgl. URL1; Schwarz 2006:262). Als Beurteilungsmaßstab dienen medizinische Gutachten, medizinische Leitlinien, wissenschaftliche Empfehlungen und Richtlinien, Leitlinien der Ärztekammer oder Vorgaben von Ärzteverbänden (vgl. URL1).¹⁹ Das Abweichen von diesen Richtlinien bedeutet nicht automatisch das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, erzeugt aber einen erhöhten Rechtfertigungsdruck (vgl. URL1).

Da jede Geburt sehr individuell und unvorhersehbar ist, wird eine strikte Handhabung von medizinischen Richtlinien in der Geburtshilfe dem Anspruch auf Respekt eines individuellen PatientInnenwohls nicht gerecht. Wallner (2007:52) betrachtet Richtlinien als Empfehlungen, die von den Fachleuten „im Lichte ihrer persönlichen beruflichen Erfahrungen, ihres Gewissens und etwaiger standesethischer Normen zu reflektieren und möglichst in Einklang zu bringen sind.“

Zur Klärung der Verschuldensfrage ist die Beurteilung durch medizinische GutachterInnen von besonderer Bedeutung. Diese sind ausgebildete ÄrztInnen und beurteilen das Verhalten von Hebammen. Diese Tatsache stellt im Hinblick auf die unterschiedlichen Wissensformen von ÄrztInnen und Hebammen, aber auch von unterschiedlichen Lehrmeinungen und Richtlinien in der Medizin ein Problem dar, das es zu beachten gilt. Rockenschaub (1998:31) kritisiert, dass GerichtsgutachterInnen meist aus der geburtsmedizinischen Lobby stammten und deren Ansichten bei Gericht mehr zählten als die Erkenntnisse von SpezialistInnen, die keine gerichtskonforme Meinung vertreten. Rockenschaub

¹⁹ Zur Problematik der Definition von wissenschaftlichen Richtlinien siehe Kapitel 3.2.1, 4.1 und 5.1.3

(1998:31) dazu: „Wenn nur eine Frau zu Schaden kommt, liegen Recht, Moral und Medizin im Gefüge unserer patriarchalen Gesellschaft eben auf einer Linie.“

Wenn durch ein Gutachten ein Behandlungsfehler oder Hebammenfehler festgestellt wird, so muss nachgewiesen werden, dass der eingetretene Schaden ursächlich damit zusammenhängt (vgl. URL1).²⁰

Bedeutsam finde ich, was Sladeček, Marzi und Schmiedbauer (2010:132) zur Verursachung von Schadensfällen anmerken:

„Schadensfälle, die in Krankenhäusern auftreten, sind nicht selten Gegenstand medialer Berichterstattung, wobei leider allzu oft nicht nach den wahren Ursachen gefragt wird, sondern gerne ein ‚Schuldiger‘ gesucht wird. Die Personen, die am unmittelbaren Schadensereignis beteiligt sind, werden so leicht zum ‚zweiten Opfer‘. Das kann neben allfälligen strafrechtlichen Konsequenzen auch finanzielle Nachteile und Knicks in der Karriere bedeuten. Untersuchungen haben gezeigt, dass ca. 80% der Schadensfälle nicht auf mangelndes Sachwissen oder unzureichende Kenntnisse zurückzuführen sind, sondern auf ‚menschliche Faktoren‘, also Übermüdung, mangelnde Kommunikation, Konfliktsituation usgl. Zudem haben gerade in komplexen Arbeitswelten nahezu alle Fehlleistungen einer Person auch eine sogenannte systemische Komponente, was konkret bedeutet, dass das System ‚Krankenhaus‘ den Schaden mitverursacht hat.“

Die Autoren empfehlen zur Vermeidung von Fehlern eine „retrospektive Schadensanalyse“ und die Meldung von „Beinahezwischenfällen“, um strukturell vorhandene Gefahren zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu ergreifen (vgl. Sladeček / Marzi / Schmiedbauer 2010:133).

Höpfel (2002:81) warnt vor einem verstärkten Heranziehen des Strafrechts und übertriebenen schadenersatzrechtlichen Ansprüchen, weil sie sich „lähmend“ auf die Ärzteschaft auswirken könnten.

In Bezug auf die Geburtshilfe mag das bedeuten, dass Hebammen ihr Wissen und ihre geburtshilflichen Angebote zurücknehmen, wenn die Zahl der Haftungsklagen zunimmt bzw. dass Hebammen ihr Wissen nicht mehr

²⁰ Auf die Definition von Schäden und die damit zusammenhängende ethische Problematik wurde bereits in Kapitel 3.6.2.1 eingegangen.

einsetzen können, wenn die Geburtshilfe von präventivmedizinischen Maßnahmen bestimmt wird.

Wallner (2007:15) schlägt vor, medizinisches Handeln, ethische Vorstellungen und rechtliche Normen in ein „produktives Kooperationsverhältnis“ zu bringen, in dem das kritische Potenzial erhalten bleibt.

Um die Handlungsweisen in der Geburtshilfe kritisch hinterfragen zu können und deren Legitimität zu beurteilen, werden im nächsten Kapitel das Verhältnis von Recht und Ethik beleuchtet und jene ethischen Prinzipien dargestellt, die für Hebammen in der täglichen Praxis eine Orientierungshilfe bieten können.

3.8 Ethik in der Geburtshilfe

In welchem Verhältnis stehen nun Recht und Ethik, und wie finden sich Hebammen in der Praxis mit dem Anspruch zurecht, die rechtlichen und medizinischen Vorgaben zu erfüllen, die Autonomie und das Wohl von Mutter und Kind zu berücksichtigen und den eigenen und beruflichen ethischen Einstellungen zu genügen? Diese Fragen führen zunächst zu einer Auseinandersetzung mit dem Begriff der Moral.

Wallner (2007:2) definiert als Moral oder Sittlichkeit:

„(...) die grundsätzliche Inanspruchnahme des Menschen (...) sich für sein Tun oder Unterlassen selbst Regeln geben zu können (d.h. autonom zu sein), zugleich aber auch dafür rechenschaftspflichtig zu sein. Nur wenn es so etwas wie Sittlichkeit gibt, kann der Mensch für sein Handeln Verantwortung übernehmen und darüber in der Differenz von gut und böse urteilen.“

Wallner (2007:2,9) stellt klar, dass die Sittlichkeit mit dem Recht in einem Wechselverhältnis steht, mit diesem jedoch nicht gleichzusetzen ist. So kann eine Handlung „richtig“ sein, d.h. der geltenden Norm entsprechen, sie muss deshalb aber nicht zwangsläufig „gut“, d.h. legitim sein (vgl. Wallner 2007:3, 7).

Die Aufgabe des Rechts ist es, die Würde und Autonomie des Menschen zu schützen und für Gerechtigkeit zu sorgen (vgl. Wallner 2007:14f.). Das Recht kritisiert in dieser Funktion „überkommene“ Moralvorstellungen, umgekehrt kritisiert die Ethik das Recht in seinen beabsichtigten aber nicht eingelösten

Zielen (vgl. Wallner 2007:14f.).

Laut Wallner (2007:17f) könnte das Recht nicht nur als lästiger und einschränkender Normierungszwang betrachtet werden, sondern erfülle auch Zwecke, die entlastend auf ÄrztInnen und Hebammen wirken können. Es versuche, die unterschiedlichen Interessen aller Beteiligten in Ausgleich zu bringen und solle zur Etablierung von Richtlinien führen, die als Orientierungshilfe dienen. Zusätzlich habe das Recht eine vertrauensbildende Funktion, da es einheitliche Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards schaffe. Er räumt aber auch ein, dass die Verrechtlichung der Medizin zu einem Vertrauensverlust zwischen medizinischen Fachkräften und PatientInnen führen könne.

Dieses mangelnde Vertrauen kann bei GeburtshelferInnen die Angst auslösen, im Nachhinein für ihre Handlungen verurteilt zu werden. Wallner (2007:16) sieht als Folge des Vertrauensverlustes, dass alle medizinisch-technischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, oder dass bestimmte Techniken aufgrund eines bestimmten gegebenen Risikos nicht mehr angewendet werden, obwohl sie für die PatientInnen von Nutzen wären.

Wie aus der empirischen Forschung hervorgeht, kommen beide Reaktionen in der geburtshilflichen Praxis immer wieder vor und führen zu den Problemen der hohen Interventions- und insbesondere Kaiserschnittraten und dem Verlust wertvollen geburtshilflichen Know-hows.²¹

Laut Wallner (2007:90) sollte das Recht im Falle von Konflikten das besondere Vertrauensverhältnis zwischen medizinischen Fachkräften und PatientInnen und dessen ethische Komponente berücksichtigen. Maier (2000:239) meint dazu, dass die Verrechtlichung durch die Entwicklung einer menschlicheren Medizin, die eine Beziehung zwischen medizinischen und lebensweltlichen Aspekten der PatientInnen herstellt, hintangehalten werden könnte. In der Praxis der Geburtshilfe ist die Umsetzung dieses Anspruches mit Hindernissen verbunden.

Hebammen haben laut Ethikkodex die Verpflichtung, für die Wahrung der Autonomie der Schwangeren zu sorgen. Ziel ist, die Fürsorge zu gewährleisten

²¹ Siehe Kapitel 5.2.2

und gleichzeitig die Bedürfnisse der PatientInnen zu berücksichtigen und ihnen Respekt entgegenzubringen, auch wenn deren Handlungsautonomie eingeschränkt ist (vgl. Wallner 2007:39-43). In der Akutsituation der Geburt muss die Grenze zwischen Fürsorge und Autonomie stets neu ausverhandelt werden, was einen Prozess erforderlich macht, der unter der Geburt nicht immer in ausreichendem Maße möglich ist.

Idealerweise wird ein Konsens gefunden, der Fürsorge und Autonomie gleichermaßen zulässt und Hebammen und ÄrztInnen nicht in die Rolle der DienstleistungserbringerInnen drängt. Dies würde bedeuten, dass die GeburtshelferInnen entgegen ihrer eigenen medizinischen und ethischen Überzeugungen ausschließlich nach dem Wunsch der von ihnen betreuten Frauen handeln, wodurch die Beziehung zwischen ihnen zu einer geschäftlichen würde (vgl. Wallner 2007:107).

Wie können nun medizinische Fachkräfte zu „guten“ d.h. legitimen Handlungsweisen“ finden?

Ethische Prinzipien liefern Anhaltspunkte für Entscheidungen und berücksichtigen den eigenen Ermessensspielraum (vgl. Wallner 2007:31). In der medizinischen Praxis werden häufig die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress herangezogen. Diese umfassen den Respekt gegenüber der Autonomie, das Nichtschadensprinzip, das Wohltunsprinzip und das Gerechtigkeitsprinzip (vgl. Wallner 2007:34-37). Das Autonomieprinzip soll Menschen zu einer autonomen Entscheidungsfindung verhelfen und ihre Handlungsfreiheit sichern und weist paternalistische Handlungen, also Handlungen, die das Wohl der PatientInnen objektivieren, zurück (vgl. Wallner 2007:34f., 87). Das Wohltuns- und Schadensprinzip ergänzen einander und sollen Fürsorge garantieren und gleichzeitig PatientInnen vor Schaden bewahren, wobei Schaden hier nicht im rechtlichen Sinn zu verstehen ist (vgl. Wallner 2007:35f.).

Laut Wallner (2007:11) gibt es in Bezug auf die Beurteilung der Legitimation von Handlungen einige Fehlschlüsse, die es zu bedenken gilt:

- Naturalistischer Fehlschluss: bei dem die Legitimation aus dem bloßen Faktum, dass etwas so ist, abgeleitet wird.

- Historischer Fehlschluss: der die Legitimation auf den Umstand zurückführt, dass „sich eine Praxis im Laufe der Geschichte nachweisen lässt.“
- Populistischer Fehlschluss: „Aus dem Umstand, dass eine Praxis von der Mehrheit oder nahezu allen Menschen bejaht oder abgelehnt wird, wird abgeleitet, dass sie legitim bzw. illegitim sei.“
- Legalistischer Fehlschluss: „Aus dem Umstand, dass eine Praxis durch das Recht erlaubt oder verboten ist, wird geschlossen, dass sie legitim bzw. illegitim sei.“
- Expertokratischer Fehlschluss: Der die Legitimation auf die Ablehnung oder Akzeptanz durch ExpertInnen zurückführt.

Die Beachtung dieser Fehlschlüsse erlaubt, die medizinische Praxis hinsichtlich der Legitimation von Handlungsweisen auf mehreren Ebenen zu hinterfragen und auch Meinungen eine Bedeutung beizumessen, die sich von der gängigen Lehrmeinung unterscheiden. Dieser Aspekt erlangt im Hinblick auf das Konzept von „Authoritative Knowledge“²² besondere Bedeutung.

Nachdem die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Interaktion von Hebammen, ÄrztInnen und die damit verbundenen ethischen Herausforderungen verdeutlicht wurden, folgt im nächsten Kapitel die Beschreibung des Handlungsfelds der Geburtshilfe in Österreich, um die Arbeitsbedingungen der Hebammen zu erfassen und die Auswirkungen des Rechts nachvollziehen zu können.

²² Siehe Kapitel 4.1

4 Hebammen im Handlungsfeld der Geburtshilfe

Um die gesellschaftliche Wirkung des Rechts darstellen zu können, wird in Anlehnung an Bourdieus Feldbegriff die Geburtshilfe als Feld betrachtet, in dem die unterschiedlichen Interessensgruppen, also Hebammen, ÄrztInnen und werdende Eltern, um ihre Position konkurrieren (vgl. Zips 2007:99f.). Diese Dynamik wird in dieser Arbeit durch die Durchsetzung des „autoritativen Wissens“ demonstriert. Das Feld selbst ist, wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, unterschiedlichen äußereren Einwirkungen ausgesetzt, die Einfluss auf die Interaktion zwischen den AkteurlInnen haben. Es wird nun der Versuch unternommen, diese Wechselwirkungen in ihrer Komplexität darzustellen.

Zunächst wird Jordans Konzept des „Autoritativen Wissens“ vorgestellt und ein historischer Überblick über die Entwicklung des Hebammenberufes auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Wissensformen und deren Durchsetzung und die Wahl des Geburtsortes gegeben. Anschließend wird die Medikalisierung der Geburtshilfe mit ihren Ursachen und Folgen erläutert. Schließlich werden der Umgang mit Fragen nach der Verantwortung, Autonomie und Sicherheit dargestellt, die einen wesentlichen Einfluss auf die Handlungsweisen in der Geburtshilfe haben.

4.1 Jordans Konzept des „Authoritative Knowledge“

Brigitte Jordan (1997:56) geht davon aus, dass es in allen Bereichen verschiedene Wissenssysteme gibt, von denen einige von größerer Bedeutung als andere sind. Als Gründe führt sie an, dass sie entweder bessere Erklärungsmodelle liefern oder dass sie mit einer größeren Machtbasis verbunden werden. Meistens sind diese beiden Aspekte miteinander verbunden. Die Anerkennung einer Wissensform als „autoritativ“ geht mit der Abwertung oder Zurückweisung aller anderen Wissensformen einher. Das autoritative Wissen erhält also die Beurteilungs- und Definitionsmacht über andere Wissensformen. Jene, die alternative Wissensformen unterstützen, werden als „rückständig, ignorant, naiv“ oder einfach nur als „troublemaker“ betrachtet (vgl. Jordan 1997:56).

Das autoritative Wissen spiegelt Machtverhältnisse wider, bringt sie jedoch auch hervor und gilt als Definitionsmacht für die Legitimation von Handlungen und Entscheidungen (vgl. Jordan 1997:56ff.). Die durch das autoritative Wissen konstruierten hierarchischen sozialen Beziehungen werden als „natürlich“ und nicht als soziale Konstruktion wahrgenommen und somit als absolute Gegebenheiten betrachtet und nicht mehr in Frage gestellt (vgl. Jordan 1997:56f.).

Brigitte Jordan (1997:58f.) weist darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Richtigkeit einer Wissensform und deren Durchsetzung gebe. In bestimmten Situationen sei es einfach das Wissen, das zähle, während andere Wissensformen unterdrückt oder ignoriert werden. Jordan (1997:58) dazu: „The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts.“

Jordan (1997:58f.) betont, dass mit autoritativem Wissen nicht das Wissen von Menschen in Führungspositionen gemeint sei. Diese teilen zwar das autoritative Wissen mit anderen Mitgliedern einer sozialen Gruppe, es werde jedoch durch Konsens hergestellt und für Jordan steht deshalb der Prozess der Wissensproduktion und -verbreitung im Zentrum. Jordan geht davon aus, dass das autoritative Wissen durch soziale Interaktion entstehe. Sie geht jedoch nicht darauf ein, dass hierarchische strukturelle Bedingungen diese soziale Interaktion formen und somit auch Einfluss auf die Produktion und Verteilung des autoritativen Wissens haben und die Machtverteilung innerhalb einer sozialen Gruppe widerspiegeln (vgl. Sargent / Bascope 1997:192, 204). Sargent und Bascope (1997:204) kommen zu dem Schluss, dass „authoritative knowledge“ nicht nur diskursiv hergestellt wird, sondern in die strukturellen Gegebenheiten eines sozialen Systems eingebettet ist.

Jordan (1997:60f.) ist der Ansicht, dass es soziale Gruppen gebe, innerhalb derer verschiedene Wissensformen miteinander in Konflikt geraten, während diese in anderen Gruppen dazu dienen, sich zu einer gemeinsamen Weltsicht zu ergänzen. Als Beispiel für ersteres nennt sie die Geburtshilfe in den USA, wo sich das biomedizinische Wissen durchsetze, während andere Wissensquellen, darunter auch die Erfahrungen und das Wissen der Frauen um ihre Körper unterdrückt und abgewertet werden. Jordan nennt dies „hierarchische Verteilung“. Im Gegensatz dazu stehe die Geburtshilfe in Yucatan, bei der alle

bei einer Geburt Anwesenden, also nicht nur die Gebärende und die Hebamme, ihr Wissen einbringen und damit zur Geburt beitragen und somit das Wissen horizontal verteilt werde.

Jordan (1997:60-72) verdeutlicht ihre Sicht mit dem Beispiel einer Geburt in einer hochtechnisierten Klinik in den USA, die sie auf Video aufgezeichnet hat. Jordan ist der Meinung, dass in solch einer Umgebung jenen Personen, die die Technologie beherrschen und das medizinische Wissen zur Leitung der Geburt besitzen, auch das autoritative Wissen zugesprochen werde, während die Wahrnehmung der Frau ignoriert werde. Sie schreibt der Technologie einen Wert zu, der Macht und Expertenstatus verleihe und somit auf die Konstruktion von sozialen Beziehungen wirke. Die Definitionsmacht über den Verlauf der Geburt liege beim Arzt/ bei der Ärztin und dieser bestimme, welche Handlungen gesetzt werden. In der beschriebenen Geburt wird die Gebärende durch eine „geburtshilfliche Krankenschwester“ begleitet, die die technischen Geräte observiert und die angeordneten Medikamente verabreicht, jedoch nicht auf die körperlichen Empfindungen der Gebärenden eingeht. Eine Hebamme ist bei der Geburt nicht anwesend.

Jordan (1997:72-75) plädiert dafür, die hierarchische Wissensverteilung in der westlichen Geburtshilfe in eine horizontale umzuwandeln, bei der das Wissen des medizinischen Personals und das Wissen der Gebärenden gleichwertig nebeneinander stehen und aus deren Zusammenfluss die Basis für Entscheidungen gebildet wird. Sie weist darauf hin, dass dies in Settings, die durch weniger Technologie bestimmt werden und bei der die Frau durch eine Hebamme betreut werde eher der Fall sei (vgl. Jordan 1997:73).

Ich werde nun Jordans Ansatz auf die Position der Hebammen in den geburtshilflichen Settings ausdehnen und mit der historischen Entwicklung des Hebammenberufes verbinden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Wissen der Hebammen, seiner Veränderung im Laufe der Geschichte und der Abgrenzung vom ärztlichen Wissen.

4.1.1 Historische Entwicklung des Hebammenberufes

Erste Überlieferungen über den Beruf der Hebamme gibt es bereits aus der Antike, wo die Hebamme hohes Ansehen genoss und wissenschaftlich gebildet war (vgl. Szasz 1995:1; Rockenschaub 1998:3). Davor halfen sich – laut Rockenschaub (vgl. Rockenschaub 1998:3) – Frauen einfach gegenseitig beim Gebären. Auch im alten Rom und bei den Germanen genossen Hebammen großes Ansehen (vgl. Rockenschaub 1998:4).

In den folgenden Jahrhunderten übernahmen laut Szasz (1995:1) „Weise Frauen“ die Betreuung Gebärender. Die Wurzeln des Hebammenberufes, wie wir ihn heute kennen, liegt nach Szasz aber im Mittelalter, wo er wie ein Handwerk erlernt werden konnte und wo es eine hierarchische Trennung in „Ehrbare Frauen“ (ehrenamtlich tätige Patrizierfrauen), „Oberhebammen, Lehrmägde, Stuhlweiber“ und andere „Gehülfinnen“ gab. Diese unterschieden sich von den „heilkundigen Frauen“, die Hebamme und „Weise Frau“ zugleich waren und neben der Leistung der Geburtshilfe auch allgemeine Krankheiten behandelten. Hebammen haben ihr Wissen meist mündlich weitergegeben und nicht schriftlich festgehalten (vgl. Loytved 1997:5).

Mit der Ausbildung von wissenschaftlich gebildeten Ärzten zu Beginn des 14. Jahrhunderts, die zwar über ein großes theoretisches Wissen verfügten, aber mangelnde praktische Kenntnisse hatten, begann die Beeinflussung des Hebammenberufes durch die Ärzteschaft. Ärzte begannen Hebammen zu prüfen, eigneten sich dadurch ihr Wissen an, welches sie in Büchern festhielten, stellten ihre Tätigkeit unter ihre Aufsicht und werteten ihr Können ab (vgl. Szasz 1995:1).

In Laufe des 15. Jahrhunderts wurden in den Städten Hebammen vereidigt und mittels schriftlicher „Hebammenverordnungen“ in ihrem Tätigkeitsfeld eingeschränkt. Sie mussten sich an bestimmte Vorschriften halten und waren der Aufsicht der „Ehrbaren Frauen“ unterstellt. Daneben existierten auf dem Land die sogenannten „freien Hebammen“, die nicht vereidigt waren und noch eine stark ausgeprägte soziale Funktion hatten (vgl. Szasz 1995:2). Der Anthropologe Jacques Gélis (2002:40) betont, dass die Tätigkeiten der Hebammen nicht auf die Geburtshilfe beschränkt waren, sondern sie auch eine

wichtige Rolle in der Erhaltung der Kultur innehatten. In Manchen Regionen Europas war die Hebamme bis ins 19. Jahrhundert zusätzlich als Leichenwäscherin tätig, was ihre Präsenz „an beiden Enden des Lebenszyklus“ widerspiegelt (vgl. Gélis 2002:40).

In den späteren Hebammenverordnungen ab dem 16. Jahrhundert wurde die Aufsichtspflicht von den „Ehrbaren Frauen“ auf die Stadtärzte übertragen. Zusätzlich hatten sich die Hebammen an kirchliche Gebote und medizinische Bestimmungen zu halten (vgl. Szasz 1995:2). So wurde die Beziehung zwischen Hebammen und Frauen in zunehmendem Maße kontrolliert und geregelt. Ab dem 16. Jahrhundert waren es vor allem die Wundärzte und Chirurgen, die in den Aufgabenbereich der Hebammen eindrangen. Die akademischen Ärzte interessierten sich weder für Chirurgie noch für die Geburtshilfe und achteten sie gering (vgl. Rockenschaub 1998:5).

Die Kunst der Hebammen, ihre Unabhängigkeit und ihr Wissen waren auch bei der mittelalterlichen Kirche nicht erwünscht, und nur allzu leicht machten sich Hebammen der Hexerei schuldig und endeten auf dem Scheiterhaufen (vgl. Rockenschaub 1998:4; Szasz 1995:2).

Trotz der Geringschätzung der Hebammen durch die Mediziner hatten besonders die Stadthebammen im 16. Jahrhundert noch eine sehr geachtete Position inne, was sich auch dadurch äußerte, dass sie als Gutachterinnen vor Gericht etabliert waren (vgl. Szasz 1995:1f.).

Mit der Renaissance begann auch ein neuerlicher Aufschwung der Hebammentätigkeit, indem Hebammen als Autorinnen geburtshilflicher Bücher in Erscheinung traten und gleichzeitig als eine Verbindung von akademischer Medizin und handwerklichem Erfahrungswissen geschätzt wurden. Sie galten zwar als gelehrte Frauen, wurden an die Königs- und Fürstenhöfe berufen, waren aber auch immer wieder Anfeindungen durch die Ärzteschaft ausgesetzt (vgl. Rockenschaub 1998:4f.; Szasz 1995:2f.).

Im 17. Und 18. Jahrhundert kam es zu Reformen im Gesundheitswesen, wovon auch die Hebammen betroffen waren. Sie wurden dazu verpflichtet, bei komplizierten Geburten einen Arzt hinzuzuziehen, wodurch sich ihr Tätigkeitsbereich auf die normale Geburt einschränkte (vgl. Szasz 1995:3). In

den Lehranstalten wurden bestimmte Kenntnisse nun von Ärzten übermittelt, wodurch es zu einem wesentlichen Einfluss der Ärzteschaft auf die Hebammen kam (vgl. Kolip 2000:14). Auf dem Land war das Amt der Hebammen immer noch ein Ehrenamt, eine Berufung, die als Akt der Nächstenliebe, ohne festen Lohn und ohne Schulung und Prüfung ausgeübt wurde. Diese Hebammen wurden von den verheirateten und verwitweten Frauen eines Dorfes aufgrund ihrer praktischen Fertigkeiten, die sie von der jeweiligen Vorgängerin erlernt hatten, in einem öffentlichen Wahlverfahren gewählt. Von Bedeutung war auch, dass die Frauen der gewählten Hebamme Vertrauen entgegenbrachten und sie als zuverlässig und ehrbar galt (vgl. Labouvie 2007:121).

Da Ärzte ab dem 18. Jahrhundert an Universitäten ausgebildet wurden und eine gesellschaftlich höhere Position als Hebammen innehatten, über politische Beziehungen verfügten und auch ökonomisch besser gestellt waren, wurden ihnen auch mehr Kompetenzen zugesprochen (vgl. Loytved 1997:7). Zusätzlich hatte hier auch die damalige Geschlechterordnung ihren Einfluss (vgl. Loytved 1997:7). Aus diesem Grund unterschieden sich sowohl die Erfahrungen als auch die Ziele von Hebammen und Ärzten, was eine gute Zusammenarbeit erschwerte (vgl. Loytved 1997:7).

Wie die Historikerin Eva Labouvie (2007:120) zeigt, setzte im 18. Jahrhundert ein Prozess ein, der zur Durchsetzung eines „theoretisch orientierten Fachwissens“ gegenüber dem älteren „empirisch-praktischen Fachwissen“ führte. Sie betont, dass Wissen und dessen Inhalte, wie auch die Konstruktion und Vermittlung von Wissen mit den herrschenden Macht- und Geschlechterverhältnissen zusammenhänge. Das weiblich dominierte praktische Körper- und Alltagswissen wurde zugunsten des männlich dominierten akademisch-theoretischen Wissens abgewertet (vgl. Labouvie 2007:124) Dadurch, dass die Hebammenausbildung von Ärzten übernommen wurde, bestimmten diese die Wissensinhalte und -wertigkeiten und waren zugleich jene Autoritäten, denen die Hebammen in ihrem beruflichen Alltag Folge zu leisten hatten (vgl. Labouvie 2007:122). Im Zentrum dieser von den Ärzten bereitgestellten Ausbildung von Hebammen standen aufgrund der mangelnden praktischen Fertigkeiten der Ärzte der theoretische Unterricht, anatomische und physiologische Kenntnisse, pathologische Geburtsverläufe

und die Verwendung von Instrumenten und Geräten, die Hebammen jedoch untersagt war (vgl. Labouvie 2007:123).

Zugleich mit dem ärztlichen Zugriff auf die Hebammenausbildung kam es zu einer Professionalisierung des Hebammenberufes durch ein festes Lohnsystem, Privilegien, Schutzbestimmungen und ein neues berufliches Selbstverständnis bei gleichzeitiger Kriminalisierung, Diskriminierung und Diffamierung der ungeprüften Hebammen (vgl. Labouvie 2007:125). Labouvie (2007:125) weist jedoch darauf hin, dass diese inhaltliche Schulung der Hebammen nicht zur qualitativen Verbesserung der Geburtshilfe beigetragen habe, was an der zu diesem Zeitpunkt steigenden Säuglings- und Müttersterblichkeit und den zahlreichen (Gerichts-) Klagen aus der Ärzteschaft und der Bevölkerung festzumachen sei.

Wie Labouvie (2007:126f., 129ff.) ausführt, stießen auf dem Land nun zwei Wissenskulturen aneinander und riefen heftige Ablehnung seitens der Bevölkerung hervor. Diese sei unter anderem dadurch zu begründen, dass die traditionellen Landhebammen ein Teil des sozialen Gefüges waren und als solche auch gesellschaftliche, soziale und rituelle Aufgaben hatten, die nicht einfach durch eine „fremde“ Hebamme ersetzt werden konnten. Es kollidierten aber nicht nur Wissensbestände sondern auch unterschiedliche ethische Vorstellungen und Einstellungen zur Selbstbestimmung. Die Frauen wollten sich ihre Freiheit zur Wahl der Dorfhebamme nicht durch Obrigkeitene nehmen lassen und somit ihre Autonomie verlieren. Zudem entschied die traditionelle Hebamme gemeinsam mit den Frauen auch über die sozialen Konsequenzen von heimlichen Geburten, Abtreibungen, Unehelichkeit, Kindsmord, usw., während die ausgebildeten Hebammen solche Vorfälle ohne Rücksprache mit den Dorfinstanzen an die Obrigkeitene zu melden hatten (vgl. Labouvie 130f).

Labouvie (2007:132) betont, dass es zu einer Unterbrechung der Weitergabe von Wissen von Frauen an Frauen gekommen war. Als Fachwissen galt nun das von Männern weitergegebene theoretische Wissen und nicht mehr das praktische, körperorientierte Wissen der Frauen. Die Legitimation des Wissens erfolgte nicht mehr durch das entgegengebrachte Vertrauen der Frauen, auf die dieses Wissen angewendet werden sollte, sondern durch amtliche Bescheinigungen. Labouvie (2007:132) schlussfolgert: „An ihrem Ende stand in

ganz Europa eine auf dem fachmedizinischen Wissen männlicher Spezialisten basierende neue Gebärkultur, die viele Wissensbereiche der traditionellen, weiblichen Geburtshilfe negierte oder ignorierte.“

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts etablierte sich die Geburtshilfe unabhängig von der Chirurgie als selbständiges Fach und der Beruf des (männlichen) Gynäkologen war geschaffen. Es kam zur Gründung von Gebäranstalten und Lehrstühlen an den Universitäten (vgl. Szasz 1995:3). Die Tätigkeit der Hebammen wurde immer stärker kontrolliert und reglementiert und die Hebammenkunst gering geschätzt. Es kam zu einer Solidarisierung der Hebammen mit den Chirurgen, was die Geburtshilfe zusätzlich immer mehr zu einem „chirurgischen Geschäft“ werden ließ (vgl. Rockenschaub 1998:5; Szasz 1995:5-7). Für Mütter und Kinder bedeuteten die chirurgischen Interventionen, die ohne Narkose und Asepsis durchgeführt wurden, nicht selten den Tod (vgl. Szasz 1995:3; Rockenschaub 1998:6).

In diese Zeit fiel auch der Beginn der heute noch anhaltenden Diskussionen, ob die Geburt ein natürlicher Vorgang sei, in den die GeburtshelferInnen möglichst wenig eingreifen sollten, oder ein technischer Ablauf im Frauenkörper, der prinzipiell störanfällig und gefährlich sei und somit der Kontrolle und Steuerung durch entsprechend ausgebildete medizinische Fachkräfte bedürfe (vgl. Loytved 1995:8,16).

Mit der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe kam es auch zu einer stärkeren staatlichen Kontrolle, Regelung und Reglementierung der Ausbildung und der Praxis der Hebammen und zur Verhängung von Geld- und Gefängnisstrafen bei Verstoß gegen bestimmte Verordnungen (vgl. Szasz 1995:3). Zu dieser Zeit gab es kaum eine Hebamme, die nicht im Laufe ihres Berufslebens in Kontakt mit Polizei, Gericht oder Gefängnis gekommen war (vgl. Szasz 1995:5).

Im 20. Jahrhundert war nun die Ausbildung der Hebammen gesetzlich geregelt und ausschließlich auf die normale Geburt beschränkt, während schwierigere Geburten den männlichen Geburtshelfern vorbehalten waren. Eine wissenschaftlich medizinische Ausbildung war bis zum Beginn des Jahrhunderts nicht möglich, da Frauen keinen Zugang zur Universität hatten. Die Ausbildungsverordnungen und Kontrollen erstreckten sich nun auch auf die

Landhebammen, die bis dahin aufgrund der räumlichen Distanz zu den städtischen Kontrollorganen noch weitgehend ungehindert und selbstständig ihrem Beruf nachgehen konnten, während die Stadthebammen, die in den Krankenhäusern angestellt waren, durch die dort anwesenden Ärzte in der Ausübung ihres Berufes sehr stark reglementiert wurden (vgl. Dumont du Voitel 1995:310ff.; Wiesler 2001:37f.). Die Hebammen reagierten auf die staatlichen Reglementierungsversuche mit der Organisation in Hebammenverbänden, die ihre Anliegen durchsetzen und auch ihr wirtschaftliches Auskommen sichern sollten (vgl. Szasz 1995:5-9).

Im Laufe der Geschichte sind Hebammen mehr und mehr unter ärztliche Kontrolle und Dominanz geraten. Es kam zur Verdrängung des spezifischen Hebammenwissens durch ein theoretisches ärztliches Wissen. Zusammen mit ökonomischen, politischen Faktoren und rechtlichen Bestimmungen hatte dies einen Verlust an Autonomie zur Folge. Hebammen verloren an Kompetenz und gesellschaftlicher Bedeutung. Zusätzlich kam es durch politische Maßnahmen und Regelungen zu internen Spaltungen der Berufsgruppe, die auch heute noch festzustellen sind und die standespolitischen Bemühungen erschweren. Im Folgenden wird die gegenwärtige Situation der Hebammen im Hinblick auf ihr Wissen und ihre Autonomie dargestellt.

4.1.2 Wissen und Autonomie der Hebammen in der Gegenwart

Nach der Absolvierung der dreijährigen Hebammenausbildung auf Fachhochschulen und der praktischen Ausbildung in Kliniken, sind Hebammen heute bestens geschult in der biomedizinischen Form der Geburtshilfe und der Verwendung ausgewählter technischer Geräte.

Hebammen greifen bei der Ausübung ihrer Tätigkeit jedoch auf verschiedene Wissensformen zurück. Davis-Floyd und Davis (1997:315-349) stellen fest, dass Intuition für Hebammen eine wichtige Wissensquelle darstellt, die sie zusammen mit anderen Wissensformen nutzen.

Hunter (2008) unterscheidet zwischen (1) „self-knowledge“, die Glaubensgrundsätze und Annahmen zur Geburt und zum Beruf der Hebamme, (2) „grounded knowledge“, das der Erfahrung der Hebamme entspringt und aus

ihren eigenen Geburten oder der Begleitung der Gebärenden resultiert und (3) „informed knowledge“ , Wissen, das einer anerkannten Quelle entspringt und nicht auf persönlicher Erfahrung beruht, also empirisches oder wissenschaftliches Wissen. Die Hebamme Deborah Davis (1995:31) fügt noch die Wissensform des „embodied knowledge“ hinzu. Sie versteht darunter Wissen, das automatisiert, ohne reflexives Denken funktioniert.

Eva Labouvie (2007:119) fasst unter dem Wissensbegriff das „explizite Wissen“, worunter sie das praktische und theoretische Fachwissen und das wissenschaftliche Wissen, das der ständigen Legitimation bedarf, versteht und das „Alltagswissen“, welches aus Routinen, Konventionen, Körperpraktiken, Werten, Ethiken, Riten und in der Sprache zum Ausdruck kommt, zusammen.

Wie Davis (1995:31) feststellt, hat sich im Lauf der Geschichte das intellektuelle Wissen als das höherbewertete durchgesetzt und die Ergebnisse technologischer Untersuchungen und Fakten zählen mehr als intuitives oder verkörpertes Wissen.

Hunter (2008) und Davis (1995:31f.) stimmen darin überein, dass verschiedene Wissensformen von Hebammen genutzt werden sollten, um dem Anspruch an den Hebammenberuf als „Kunst“ gerecht zu werden. Die Möglichkeit, alle vorhandenen Wissensformen zur Geltung zu bringen hängt eng mit der Autonomie der Hebammen zusammen.

Um der Frage nach Autonomie nachzugehen bedarf es zunächst einer kurzen Definition:

„Autonom ist, wer die Fähigkeit hat, für sich selbst zu entscheiden und im weiteren Sinne, wer die Fähigkeit hat, die eigenen Pläne und Ziele zu formulieren und umzusetzen“ (Downie, R.S. / Calman, K.C. 1994:52 zit. nach Jones 2000:112; Downie, R.S. / Calman, K.C. 1998:52).

Hebammen haben bis heute keine Autonomie bezüglich ihrer Ausbildung, sondern werden in vielen Bereichen von ÄrztInnen unterrichtet. Die Hebamme Claudia Oblässer (2004:23) unterstreicht die Bedeutung der Übernahme der wissenschaftlichen Leitung der Ausbildung durch Hebammen.

Jule Friedrich (1995:14), Hebamme, stellt fest:

„Gegenwärtig beruhen die Kenntnisse von Hebammen auf einer Mischung aus Erfahrung, Routine, Intuition, Tradition, Krankenhauspolitik und von Ärzten geschriebenen Lehrbüchern. Ein von Hebammen geschriebenes Hebammenlehrbuch ist ein wichtiger Schritt, um die Definitionsmacht über unser Wissen zurückzuerobern und damit die Professionalisierung unseres Berufes zu erreichen.“

In der heutigen Geburtshilfe werden die gängigen Standards und Richtlinien von ÄrztInnen festgelegt und Letztentscheidungen von ÄrztInnen getroffen, was zur Folge hat, dass Hebammen nicht über die Art der Betreuung der Gebärenden entscheiden können (vgl. Oblässer 2004:22). Die Anwendung, Kontrolle und Beherrschung jener technischen Mittel, die die Definitionsmacht über geburtshilfliche Entscheidungen beinhalten oder den Geburtsverlauf beeinflussen, war und ist ÄrztInnen vorbehalten. Hebammen bedienen zwar technische Geräte, um die Gebärende zu überwachen, Entscheidungen werden jedoch von ÄrztInnen gefällt. ÄrztInnen verlassen sich bei ihrer Entscheidungsfindung auf biomedizinische Parameter. Wie Davis-Floyd und Sargent (1997:8) feststellen, ist die Geburtshilfe ein technomedizinisches Ereignis geworden, in dem sich die bestehenden Machtverhältnisse widerspiegeln:

„(...) technomedicine – a system of health care that objectifies the patient, mechanizes the body, and exalts practitioner over patient in a status hierarchy that attributes authoritative knowledge only to those who know how to manipulate the technology and decode the information it provides.“

Schücking und Schwarz (2004:4) und Marsden Wagner (2003:48) kritisieren, dass das gegenwärtige geburtshilfliche Wissen aus der Beobachtung von medikalierten und technisierten Geburten resultiere, und dass das Wissen über unbeeinflusste Geburtsverläufe verlorengehe.

Die Durchsetzung des autoritativen Wissen erfolgt, wie am Prozess der Medikalisierung²³ dargestellt, auch dann, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse darauf hinweisen, dass die daraus resultierenden Handlungen negative Auswirkungen haben. Zudem werden evidenzbasierte Erkenntnisse zu wenig in

²³ Siehe Kapitel 4.3

die Praxis integriert.²⁴ Dies ist eine Bestätigung von Jordans Ansatz, dass das autoritative Wissen nicht korrekt sein muss.

Schücking und Schwarz (2004:24f.) leiten aus den Ergebnissen einer britischen Studie (Savage 1997) ab, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zu wenig in die Praxis einfließen, weil die ÄrztInnen den Ergebnissen nicht glauben oder ihre gewohnte Praxis nicht ändern wollten. Laut Wagner (2003:52f.) bemühten sich viele ÄrztInnen, ihre Praxis auf wissenschaftliche Ergebnisse abzustimmen, aber sie seien nicht vertraut mit der kritischen Prüfung von Literatur und wüssten nicht, wie bevölkerungsbezogene wissenschaftliche Daten auf Einzelindividuen anzuwenden seien. Dies führe Wagner zufolge dazu, dass sich viele ÄrztInnen in der Praxis auf die Meinungen und Standards ihrer KollegInnen stützen anstatt auf evidenzbasierte medizinische Ergebnisse. Er stellt fest, dass 90 Prozent aller Interventionen während der Geburt auf keiner wissenschaftlich gesicherten Basis beruhen (Wagner 1994 zit. nach Schücking 2003:26).

Trotzdem ist in der Geburtshilfe das ärztliche Wissen jenes, das zählt, und diese Legitimation erhält es auch von den Patientinnen. Hebammen haben an Autonomie verloren und andere Formen des Wissens, die außerhalb des akademisch-theoretischen Spektrums liegen, werden wegen der nicht gegebenen Reproduzierbarkeit zurückgewiesen und abgewertet. Rockenschaub (1998:36) kritisiert die im Hebamengesetz festgelegte Beschränkung der Hebammentätigkeit auf die „wissenschaftlichen Erfahrungen und Erkenntnisse“. Er sieht die Hebammen dadurch daran gehindert eine abwartende zurückhaltende und damit frauengerechte Geburtshilfe anzuwenden, da sie durch diesen Gesetzespassus zu einer „mehr oder weniger einschlägigen Wissenskunde“ gezwungen würden (vgl. Rockenschaub 1998:46f.). Rockenschaub (1998:38) vermutet dahinter strukturelle Restriktionen, die den Machtanspruch der Geburtsmedizin unterstützen. Dabei könnte Rockenschaubs Ansicht nach bei einer zurückhaltenden abwartenden Geburtshilfe, wie sie in der Semmelweis-Frauenklinik praktiziert worden sei, mit einem jährlichen Einsparungspotenzial von 60 Millionen Schilling gerechnet

²⁴ Siehe Kapitel 3.2.1 und 4.1.2

werden.

Einsparungen würde auch die Förderung der außerklinischen Geburtshilfe mit sich bringen. Oblässer (2004:23) kritisiert, dass die Leistungen in Geburtshäusern und Hebammenpraxen oft nur zum Teil von den Krankenkassen finanziert werden, während die teurere medikalierte hochtechnisierte Geburt in den Krankenhäusern zur Gänze durch die Krankenversicherung gedeckt wird (vgl. Oblässer 2004:23). Viele Leistungen der frei praktizierenden Hebammen werden nicht von der öffentlichen Hand bezahlt oder werden sehr schlecht honoriert, sodass viele Hebammen den Schritt in die freie Praxis nicht wagen (vgl. Oblässer 2004:23).

Die unterschiedlichen Wissensformen der Hebammen treten hinter das ärztliche autoritative Wissen zurück und verlieren in der geburtshilflichen Praxis an Bedeutung. Dies geschieht auch dann, wenn das autoritative Wissen nicht auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruht und ökonomische Nachteile für die Solidargemeinschaft mit sich bringt.

Hebammen kommen in unterschiedlichen Arbeitsbereichen (von der Klinikgeburt bis zur Hausgeburt) zum Einsatz. Entsprechend der ÄrztlInnendichte bei Klinikgeburten wird hier das Wissen der Hebammen andere Inhalte umfassen und einen anderen Stellenwert einnehmen, in Geburtshäusern oder in Settings bei denen die Gebärende ausschließlich von der Hebamme betreut wird.

Durch die Verlagerung des Geburtsortes in die Klinik wird die Dominanz des ärztlichen Wissens strukturell abgesichert. Die historische Entwicklung der Institutionalisierung der Geburt ist das Thema des folgenden Kapitels.

4.2 Die Wahl des Geburtsortes im Lauf der Geschichte

Über Jahrhunderte war das eigene Heim der Ort, an dem Frauen Ihre Kinder zur Welt brachten. Mit der Entwicklung des Hebammenberufes ging auch die Verlagerung der Geburt vom Heim der Gebärenden in Institutionen einher.

Im 19. Jahrhundert fanden Geburten auch in so genannten Gebär- oder Findelhäusern statt. Diese waren eingerichtet worden, um für die praktische Ausbildung der Hebammen und Medizinstudenten zu sorgen, und es waren vor

allem ledige Mütter und obdachlose Frauen, die dort ihre Kinder unter katastrophalen hygienischen und sozialen Verhältnissen zur Welt bringen mussten. Viele von ihnen fanden den Tod durch das Kindbettfieber (vgl. Rockenschaub 1998:9; Szasz 1995:3ff.).

Mit der Erkenntnis der Ursachen des Kindbettfiebers durch Ignaz Semmelweis und der darauf beruhenden Einführung der Asepsis und der Möglichkeit von Narkosen mittels Chloroform und Äther begann ein entscheidender Aufschwung der Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. Szasz 1995:4). Die Hebammengeburtshilfe im Haus der Gebärenden wurde als veraltet betrachtet und abgewertet, was zu Reformbestrebungen des Hebammenwesens mit dem Ziel der noch stärkeren Regelung und Kontrolle führte (vgl. Szasz 1995:5). Aber es dauerte noch einige Zeit, bis sich die institutionalisierte Geburtshilfe durchsetzte (vgl. Dumont du Voitel 1995:318).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts begann die Verlagerung der Geburt ins Krankenhaus, was bei den damaligen Wohnverhältnissen durchaus ein Vorteil war (vgl. Rockenschaub 1998:9). Der technische Fortschritt in der Geburtsmedizin einerseits und die Auflösung der traditionellen Familienverbände andererseits bewogen ab der Mitte des 20. Jahrhunderts viele Frauen dazu, sich zur Geburt in ein Krankenhaus zu begeben (vgl. Bäurle 1995:329f.). Es war modern geworden in der Klinik zu entbinden, wo jedoch die Interventionsrate sehr hoch war. Alle Errungenschaften der modernen Medizin wie Kaiserschnitt, Narkose, Betäubungsmittel, Dammschnitt, programmierte Geburt, Geburtseinleitungen, usw. wurden gerne und häufig eingesetzt (vgl. Bäurle 1995:329f.). Dadurch wurden mit Geburt immer mehr die Begriffe Krankheit und Gefahr assoziiert, was den Beistand von Ärzten notwendig erscheinen und die Hebammen zum Hilfspersonal werden ließ (vgl. Rockenschaub 1998:9). Alle Fortschritte der Geburtshilfe wurden nun den Errungenschaften der Geburtsmedizin zugeschrieben, obwohl ein Großteil davon auf die verbesserten sozialen Lebensbedingungen zurückzuführen waren (vgl. Rockenschaub 1998:9).

Seit 1968 wurden die Kosten für eine Krankenhausgeburt auch dann von den Krankenkassen übernommen, wenn kein Risiko gegeben war. Somit setzte sich die Klinik als Geburtsort durch (vgl. Kolip 2000:16).

Ab den 1970er Jahren setzte eine von den Frauen ausgehende Alternativbewegung ein. Sie wollten ihre Kinder gebären und nicht in Rückenlage entbunden werden, wollten mehr Selbständigkeit und wieder einen menschlicheren Zugang zu Geburt finden, der das Medizinische in den Hintergrund rückt. Dies führte zu einer zahlenmäßigen Zunahme der Hausgeburten (vgl. Bärle 1995:329f.). Bärle bezieht sich in ihren Ausführungen zwar auf den Münchner Raum, aber die grundlegenden Angaben sind durchaus auch auf Österreich anzuwenden.

Auch die Krankenhäuser mussten versuchen, den Wünschen der werdenden Eltern nach einer selbstbestimmten und sanften Geburt nachzukommen, weil sich unter den Abteilungen, bedingt durch den Geburtenrückgang, ein starker Konkurrenzdruck entwickelte (vgl. Albrecht-Engel 1995:36). So kam es in vielen Häusern zu einer Veränderung der Einrichtung der Gebärräumlichkeiten, die bis dahin rein klinisch steril war, aber auch die Geburtshilfe an sich begann sich zu verändern. Zusätzlich wurden Geburtshäuser errichtet, die von Hebammen geleitet werden, und in denen die Gebärenden und Wöchnerinnen ausschließlich von Hebammen betreut werden (vgl. Albrecht-Engel 1995:36).

In den letzten zehn Jahren fanden ca. 98 Prozent der Geburten in Österreich in Krankenanstalten statt (vgl. URL3). Die restlichen zwei Prozent der Geburten waren in Entbindungsheimen oder Geburtshäusern, am Transport, im Heim der Gebärenden oder an „sonstigen“ Orten zu verzeichnen. Die Rate der geplanten Hausgeburten beträgt zirka ein Prozent. Im Jahr 2010 waren von 1856 Hebammen in Österreich 274 ausschließlich freiberuflich tätig (vgl. URL 3).

Der Philosoph Kai Haucke und die Hebamme Natalie Dippong (URL11) finden drei Gründe für zahlenmäßige Dominanz der Klinikgeburt:

- (1) Die gesunkene Parität, die die Geburt eines Kindes zur biographischen Ausnahmesituation werden lässt, sodass eine medizinische Haltung, die Schwangerschaft und Geburt als pathologisch wahrnehmen, plausibel erscheint.
- (2) Die Abnahme schwerer körperlicher Tätigkeiten hat zur Folge, dass der Körper nicht mehr als Produktivkraft wahrgenommen wird, der auch etwas

aushalten kann, wodurch die Verwendung von technischen Mitteln verständlich erscheint.

(3) Der Anstieg der weiblichen Erwerbstätigkeit bringt mit sich, dass die Wertvorstellungen einer kapitalistischen Ökonomie auch in die Schwangerschaft und Geburt eindringen und das Kind zunehmend zum Projekt werden lassen. Dieses Projekt gilt es mittels geburtshilflicher Technologien zu optimieren.

Mit der Verlagerung des Geburtsortes von dem Heim der Gebärenden in die Krankenhäuser geht die Medikalisierung und Technisierung von Geburt einher. Im Folgenden werde ich auf diese Prozesse näher eingehen.

4.3 Die Medikalisierung der Geburtshilfe

Wie sich an der geschichtlichen Entwicklung des Hebammenberufes gezeigt hat, ist die Geburtshilfe zu einem ärztlichen Tätigkeitsfeld geworden, das durch steigende Interventionsraten gekennzeichnet ist.

Es werden nun die Prozesse der Medikalisierung und Technisierung in der Geburtshilfe dargestellt, deren Ursachen analysiert und ihre Auswirkungen und Bedeutung für die Betroffenen veranschaulicht.

4.3.1 Begriffsklärung

Um die Prozesse der Medikalisierung und Technisierung in der Geburtshilfe beschreiben zu können, bedarf es zunächst der Begriffsklärung. Petra Kolip (2000:10), Professorin für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld, definiert Medikalisierung als Prozess, bei dem „Bereiche des Umgangs mit dem Körper, die bis dahin dem oder der einzelnen überlassen waren, durch die professionelle Medizin übernommen werden.“

Hadolt (2003:21) versteht den Begriff „Medikalisierung“ in seiner einfachsten Form als einen Prozess „(...) im Zuge dessen menschliche Probleme und Befindlichkeiten in den medizinischen Definitions- und Interventionsbereich gelangen.“ Die „Medikalisierung der Reproduktion“ wird nach Hadolt (2003:22)

trotz unterschiedlicher theoretischer und perspektivischer Herangehensweisen dabei als eine Frage (1) der „sozialen Kontrolle“, (2) der „Technologisierung“ und (3) der „Pathologisierung“ betrachtet, wobei im Bereich der Schwangerschaft und Geburt ausschließlich Frauen von diesem Prozess betroffen sind.

(1) Wie Hadolt (2003:22) darstellt, wurde die Funktion der sozialen Kontrolle durch die Medizin zunächst als Folge der Säkularisierung und der Ablösung anderer Formen der sozialen Kontrolle, wie sie durch Religion oder Justiz gegeben war, verstanden. Dieser Ansatz wurde durch die Einbeziehungen der Analysen Foucaults erweitert und die Medizin als Bereich betrachtet, der die Wissensautorität über körperliche und psychische Vorgänge und Verhaltensweisen beansprucht (vgl. Hadolt 2003:22). In den 80er Jahren wurde jedoch die Sichtweise, die PatientInnen als bloße passive Objekte der medizinischen Kontrolle und Autorität darstellt, zunehmend kritisiert und auf deren aktive Beteiligung an den Prozessen hingewiesen (vgl. Hadolt 2003:22). Der Ansatz von Beate Schücking (2003:21) schlägt hier eine Brücke, indem sie von Frauen ausgeht, die weder als Opfer noch als Täterinnen betrachtet werden, sondern als „entscheidungsfähige und auch moralisch selbständige Individuen“.

(2) Technisierung und Medikalisierung hängen eng zusammen. Unter Technisierung wird hier die steigende Bedeutung und der verstärkte Einsatz von Technologien in der Schwangerschaft und Geburtshilfe verstanden (vgl. Grabner 2008:54). Diese wird immer wieder starker Kritik unterzogen.

Aus ethischer Sicht ist der fortschreitenden Technisierung und Medikalisierung entgegenzuhalten, dass es der Anspruch der Technik ist, zu tun, was getan werden kann, und dass dieser Anspruch durch die Ethik hinterfragt werden muss, indem die Wirkungen von Technologien auf die Gesellschaft systematisch analysiert werden (vgl. Maier 2000:37). Besondere Beachtung sollen dabei auch die unbeabsichtigten, indirekten oder verzögert auftretenden Folgen dieser Technologien finden, denn Technik ist nicht per se gut oder schlecht, sondern eine moralische Bewertung ergibt sich aus den Bedingungen und Folgen der Anwendung (vgl. Maier 2000:39, 46).

Der Technologiekritik ist entgegen zu halten, dass Technologie nicht jenseits

der Gesellschaft zu verorten ist, sondern als deren Bestandteil betrachtet werden kann (vgl. Hadolt 2003:23).

(3) Von Pathologisierung kann man sprechen, wenn physiologische Prozesse als „biologische Probleme“ oder als Krankheiten verstanden werden (vgl. Hadolt 2003:23). Haucke und Dippong (URL11) machen die Pathologisierung der Geburtshilfe daran fest, dass die Nachteile der invasiven Geburtsmedizin derzeit den Nutzen übersteigen. Dadurch werde das physiologische Geschehen der Geburt als krankhaft verstanden, was zu zahlreichen Interventionen führe.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Formen der Medikalisierung während der Schwangerschaft und Geburt dargestellt und die Folgen und Ursachen dieses Prozesses erläutert.

4.3.2 Formen der Medikalisierung

Es wird nun zunächst auf die Medikalisierung der Schwangerschaft eingegangen, die sich durch zahlreiche medizinische Interventionen manifestiert und anschließend die Medikalisierung der Geburt beschrieben, die sich an den steigenden Kaiserschnittraten festmachen lässt.

Petra Kolip (URL10) weist darauf hin, dass die Medikalisierung mit Normierungs- und Pathologisierungsprozessen verbunden ist, aus denen ein Behandlungsbedarf abgeleitet wird, der zur medizinischen Überversorgung führt. Auf die Geburtshilfe umgelegt bedeutet das, dass es zur Festsetzung von Kriterien für eine „normale“ Schwangerschaft und Geburt kommt, alle Abweichungen davon werden als pathologisch bewertet und medizinisch behandelt, ohne die eventuell vorhandenen psychosozialen Ursachen zu hinterfragen und auf diese adäquat zu reagieren.

4.3.2.1 Medikalisierung der Schwangerschaft

Schücking und Schwarz (2004:22f.) haben bei einer großangelegten Studie in Niedersachsen die Daten von mehr als einer Million Geburten, die zwischen 1984 und 1999 stattgefunden haben, ausgewertet und sind zu dem Schluss gekommen, dass auch bei gesunden Schwangeren häufiger als notwendig

Ultraschalluntersuchungen und routinemäßig kostenintensive Hightech Untersuchungen durchgeführt werden, obwohl diese nachgewiesenermaßen zu keinen besseren perinatalen Ergebnissen führen.

Es stehen aber laut Schindele (2002:50) nicht die Beziehung zwischen Mutter und Kind und Untersuchungen, die einen „guten Fortgang“ der Schwangerschaft zum Ziel haben, im Zentrum, sondern die „Qualität des Produktes Kind“. Die Schwangerenvorsorge laufe darauf hinaus, behinderte Kinder rechtzeitig herauszufiltern und zu beseitigen, denn therapeutische Konsequenzen haben die festgestellten Anomalien meist nicht (vgl. Schindele 2002:50).

In der österreichischen Schwangerenvorsorge ist kein Hebammenbesuch vorgesehen, obwohl die Betreuung der schwangeren Frauen durch Hebammen im Hebammengesetz geregelt ist.²⁵ Hebammen bemühen sich seit Jahren vergeblich um einen Platz im Vorsorgeplan des Mutter-Kind-Passes – bisher ohne Erfolg. So lernen schwangere Frauen ihre Hebamme meist erst bei der Geburt kennen. Ausnahmen bilden die wenigen Frauen, die eine Hausgeburt anstreben oder Frauen, die in Privatkliniken oder ambulant im Krankenhaus entbinden und dadurch bereits in der Schwangerschaft von ihrer Hebamme betreut werden. Die Sozialversicherung bezahlt im Falle einer Hausgeburt die Kosten für maximal vier Hebammenbesuche und im Falle einer Geburtsterminüberschreitung maximal drei weitere Besuche. Bei einer ambulanten Geburt hat die Schwangere Anspruch auf zwei Besuche bei der Hebamme.

Während der Schwangerschaft sind jedoch fünf ärztliche Untersuchungen vorgeschrieben und an die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes gekoppelt. So wird die ärztliche Betreuung Schwangerer durch ökonomische Zwänge durchgesetzt. Dieser Umstand wird von Rockenschaub (1998:36) heftig kritisiert.

Zusätzlich können kostenlos zwei Ultraschalluntersuchungen wahrgenommen werden, die nicht Bedingung für die finanzielle staatliche Unterstützung sind. In der Praxis zeigt sich, dass auch bei gesunden Schwangeren häufiger

²⁵ Siehe Kapitel 3.2.1

Untersuchungen stattfinden und der Ultraschall öfter als zweimal während der Schwangerschaft zum Einsatz kommt, obwohl deren Unbedenklichkeit immer wieder in Frage gestellt wird.

Husslein ist der Meinung, dass in Zukunft während der Schwangerschaft eine Trennung zwischen Schwangeren mit niedrigem und hohem Geburtsrisiko stattfinden wird und erstere vorwiegend von „Hebammen, Psychologen, Sozialarbeitern etc.“ betreut werden, während sich GynäkologInnen ihren Platz „am Markt“ der Geburtshilfe durch die Wunschkaiserschnitte und der „Schaffung günstiger intrauteriner Bedingungen“ in der Schwangerschaft sichern werden (vgl. Husslein 2001:5f.; 2003:10).

Diese Fokussierung auf das ungeborene Kind und die Reduktion der Mutter auf ein Objekt, das dem Heranwachsen des Fötus dient, wird von feministischer Seite starker Kritik unterzogen (vgl. Maier 2000:1222).

Zudem haben Schücking und Schwarz (2004:22) durch ihre Studie (1999) festgestellt, dass bei 74 Prozent aller Schwangeren Risiken im Mutter-Kind-Pass angegeben wurden, wobei der Risikokatalog aus 52 möglichen Risiken besteht, davon betreffen 26 die Vorgeschichte der Frau und 26 die bestehende Schwangerschaft.

In Österreich ist ebenfalls festzustellen, dass die Anzahl der „Risikoschwangeren“ beträchtlich zunimmt. Das alleine schon deshalb, weil sich das Alter der Frauen zum Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft nach hinten verlagert und Frauen ab 35 Jahren als Risikopatientinnen gelten. Diese Tatsache ist insofern von Bedeutung, als Frauen mit einer Risikokonstellation nicht ausschließlich von einer Hebamme betreut werden dürfen, was sie von bestimmten Geburtsmöglichkeiten wie der Hausgeburt oder der Geburt in einem Geburtshaus von vornherein ausschließt. Hier wird also die Autonomie der Frau bei der Entscheidungsfindung zur Wahl des Geburtsortes beschnitten, obwohl die meisten Frauen in Österreich einen guten Gesundheitszustand aufweisen. Wie Kolip (2000:11) betont, löse die Beurteilung einer Schwangerschaft als Risiko Ängste aus, die sich negativ auf den Verlauf der Schwangerschaft und/oder Geburt auswirken können.

4.3.2.2 Medikalisierung der Geburt

Die Studie von Schücking und Schwarz (2004:22f.) bestätigt auch, dass normale Geburten von zahlreichen technischen und medikamentösen Interventionen begleitet sind. In Deutschland fanden im Jahr 1999 nur 6,7 Prozent der Geburten ohne Interventionen statt. Geburtseinleitungen, kontinuierliche elektronische Herztonüberwachung, Wehenmittel und Periduralanästhesie werden immer häufiger angewendet, obwohl dies nachweislich zu keiner Verbesserung des Zustands der Neugeborenen oder zu einer weiteren Senkung der perinatalen Mortalität beiträgt.

Die britische Statistikerin Marjorie Tew (2007:502) kritisiert, dass viele Interventionen weiter durchgeführt wurden, obwohl es wissenschaftliche Belege für ihre Nachteile gegeben habe. Als Beispiele führt sie die Rückenlage bei der Geburt, die CTG Aufzeichnungen während der Schwangerschaft und Geburt, oder den Damschnitt an. Marsden Wagner (2003:55) unterstreicht, dass die Sectioraten und die Zahl der Interventionen im Allgemeinen dort höher sind, wo Frauen mit niedrigem Risiko von ÄrztInnen betreut werden und nicht von Hebammen. Schücking und Schwarz (2004:24f.) ergänzen hierzu, dass die interventionsärmere Betreuung von Schwangeren und Gebärenden durch Hebammen ohne negative Folgen für Mütter und Kinder bleibe.

Die Sicherheit der Geburt und die Selbstbestimmung der Frau werden immer wieder als Rechtfertigung für die gegebenen Interventionen angeführt und es wird die Tatsache ignoriert, dass die außerklinische Geburtshilfe bei Frauen mit niedrigem Risiko eine sichere Alternative darstellt (vgl. Schücking / Schwarz 2004:4). Wagner (2003:60) ergänzt, dass hebammengeleitete Geburten die Kosten reduzieren und die Zufriedenheit der Frauen erhöhen würden (vgl. Wagner 2003:60).

Am stärksten gestiegen und am heftigsten diskutiert wurde in den letzten Jahren jedoch die Kaiserschnittrate. Kolip (URL10) bezeichnet die Kaiserschnittrate als Indikator für die zunehmende Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt. Im Jahr 1981 betrug die Sectiorate in Österreich 65 auf 1000 Lebendgeburten. Allerdings ist sie erst ab dem Jahr 1995 kontinuierlich erfasst. Seit diesem Zeitpunkt ist sie stetig im Steigen begriffen (vgl. URL 4). Von 1999 bis 2009 haben sich die Kaiserschnittraten von 16,4

Prozent auf 28,8 Prozent erhöht. Die Anzahl der vaginal operativen Entbindungen hat sich im selben Zeitraum von 5,2 auf 5,6 Prozent erhöht (vgl. URL3). Die WHO empfiehlt, eine Kaiserschnittrate von maximal 15 Prozent. Dies erreichen in Europa nur Slowenien und die Niederlande. Schweden, Finnland und Norwegen weisen Raten von 15-20 Prozent auf (vgl. URL3). Österreich liegt mit seiner Kaiserschnittrate über dem EU-Durchschnitt, der im Jahr 2008 26 Prozent betrug (vgl. URL3).

Eine Senkung der Kaiserschnittrate sei laut Kolip (URL10) nur durch die „frauen- und familienfreundliche Ausrichtung des geburtshilflichen Systems“ möglich. Dazu seien eine Änderung der Mutterschaftsrichtlinien und eine Veränderung in der gynäkologischen Ausbildung erforderlich. Schücking und Schwarz (2004:4) und Marsden Wagner (2003:48) kritisieren, dass das Wissen über unbeeinflusste Geburtsverläufe und deren Förderung verlorengehen und sie betonen, dass das gegenwärtige geburtshilfliche Wissen aus der Beobachtung von medikalisierten und technisierten Geburten resultiere. GeburtshelferInnen, die nur Erfahrung mit medikalisierten Geburten haben, könnten laut Wagner (2003:47) die tiefgreifenden Auswirkungen ihrer Eingriffe nicht erkennen. Wagner (2003:56f.) fordert, dass ÄrztInnen während ihrer Ausbildung auch Hausgeburten betreuen müssen, um auch diese Art der Geburtshilfe kennenzulernen.

Laut Kolip (URL 10) soll eine interventionsarme Geburt durch die Betreuung jeweils einer Bezugshebamme gewährleistet und ärztliche Hilfe nur bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Diese Maßnahmen würden nicht nur die Interventionsrate senken, sondern auch für die Frauen die am meisten zufriedenstellende Form der Betreuung garantieren.

Die Kaiserschnittdebatte im Speziellen und die Medikalisierungsdebatte allgemein werden sehr kontrovers geführt und zahlreiche AutorInnen haben sich zu den Ursachen und Auswirkungen geäußert. Die Geburtshilfe spaltet sich in zwei Lager: (1) jene, die bereitwillig geburtshilfliche Technologien einsetzen und in der Loslösung der Frau von der körperlichen Pein der Schwangerschaft und Geburt das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper verwirklicht sehen und (2) jene, die diese weiblichen Prozesse als physiologisch und natürlich wahrnehmen und die damit verbundenen körperlichen

Einschränkungen und Belastungen und deren Überwindung als Möglichkeit der weiblichen Selbstverwirklichung, Macht und Autonomie betrachten. Beide Gruppen treten also mit unterschiedlichen Herangehensweisen für die vermeintliche Selbstbestimmung der Frau und auch für die Sicherheit des Kindes ein.²⁶ Die erste Gruppe sieht Schwangerschaft und Geburt als riskante Abläufe an und ist geneigt, vorsorglich Interventionen zu setzen (vgl. Robra 2007:11). Die zweite Gruppe nimmt eine eher abwartende Haltung ein und setzt Interventionen nur in bestimmten Situationen (vgl. Robra 2007:11).

Um dies zu verdeutlichen, werden nun die Positionen zweier Vertreter der unterschiedlichen medizinischen Lager dargestellt.

Peter Hüsslein (2005:5), Vorstand der Universitäts-Frauenklinik Wien und gerichtlich beeidigter Sachverständiger, unterstreicht die Wichtigkeit des Kaiserschnitts als Geburtsmodus der Zukunft und als Recht des ungeborenen Kindes auf Selbstbestimmung:

„Natürlich kann man argumentieren, daß (sic!) die Evolution die vaginale Geburt vorgesehen hat und daß (sic!) es immer gefährlich ist, zu versuchen, die Evolution zu korrigieren. Steer hat schon 1998 in einem Editorial im British Journal of Obstetrics and Gynecology [4] die provokante Hypothese aufgestellt, daß (sic!) die Geburt beim Menschen einen Kompromiß (sic!) darstellt zwischen einem möglichst großen Kopf wegen des damit verbundenen großen Hirnvolumens und einem engen Becken, um sich angemessen fortbewegen zu können. Der Umstieg auf einen Kaiserschnitt könnte – so Steer – die Evolution dazu motivieren, das Becken enger und uns somit beweglicher und den Schädel größer und uns somit intelligenter werden lassen.“

Ein wenig weit hergeholt, werden einige sagen ...

Aber wenn der Fötus mitentscheiden könnte, wie viele Kinder würden sich dann tatsächlich dafür entscheiden, stundenlang alle 2–3 Minuten Drücke von bis zu 180 mm Quecksilbersäule auf den Kopf zu ertragen und dabei gelegentlich in eine respiratorische Azidose getrieben zu werden, noch dazu mit dem Wissen, zwar selten, aber eben doch, in Ausnahmefällen dauerhaft hypoxisch geschädigt zu werden (...) Na ja, manche würden das spannend und interessant finden, aber wahrscheinlich würden sich die meisten für die Behandlungsalternative Sectio entscheiden... .“

Alfred Rockenschaub (1998:10), ehemaliger Leiter der Semmelweis Frauenklinik in Wien und des Ludwig Boltzmann Institutes für Geburtenregelung

²⁶ Siehe Kapitel 4.4, 4.5 und 4.6

und Schwangerenbetreuung und Dozent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Wien, postuliert:

„In der modernen Industriegesellschaft ist eine Kaiserschnitt-Entbindung wegen mütterlicher Gefahren heute in einem Prozent der Geburten angezeigt. Was darüber hinausgeht, beruht auf der Konstruktion fiktiver Risiken und Rettungsaktionen für das Kind. Wenn heute je nach Klinikmaßstab 15-40% der Geburten mit Kaiserschnitt beendet werden, beruht dies auf nichts, denn Gelehrtendünkel, Geldgeschäften und Bequemlichkeit. Der Kaiserschnitt ist das klassische Paradoxon des sozialen Fortschritts. Auf der einen Seite könnten aufgrund dieses Fortschritts fast alle Frauen klaglos auf natürliche Art gebären, auf der anderen Seite sind die Gefahren des Kaiserschnitts so unsichtbar geworden, dass die Frauen nur allzu leicht zum Kaiserschnitt zu überreden sind. So konkurrieren Segen und Missbrauch des sozialen Fortschritts, nämlich die hohe Fähigkeit zur natürlichen Geburt und die Verlockung zur chirurgischen Verstümmelung.“

Aus diesen beiden polaren Positionen wird deutlich, wie unterschiedlich die Erfahrungen sein können, die aus der medizinischen Praxis resultieren und wie verschieden wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden. Die Sichtweisen resultieren aus der unterschiedlichen Bewertung der Vor- und Nachteile bestimmter Handlungsweisen.

Die Diskussion um die Bewertung der Medikalisierung macht deutlich, dass der Nutzen der verschiedenen Interventionen stark hinterfragt wird. Um jedoch geburtshilfliche Handlungsweisen als legitim zu erachten muss deren Nutzen die Nachteile übersteigen. Haucke und Dippong (URL11) stellen fest:

„Empirische Daten belegen, dass die moderne Geburtsmedizin Schwangerschaft und Gebären vorrangig als krankhaft wahrnimmt, was zu einem Legitimationsdefizit führt: Eine primär invasive Geburtsmedizin verletzt das Prinzip der Nichtschädigung, verursacht vermeidbare Kosten und ist nicht ohne weiteres durch das Autonomieprinzip gedeckt.“

Im nächsten Kapitel werden nun die Auswirkungen der Medikalisierung und die teilweise konträren Sichtweisen näher beschrieben.

4.3.3 Folgen der Medikalisierung

Durch die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt werden medizinische Parameter und die Möglichkeit körperlicher Fehlfunktionen in den

Mittelpunkt gerückt, während die kulturellen, emotionalen, religiösen und psychosozialen Aspekte dieser bedeutenden Lebensphasen vernachlässigt werden (vgl. Albrecht- Engel 1995:34; Tew 2007:498).

Besonders die Ultraschalluntersuchungen sind heftiger Kritik ausgesetzt. So weist Weikert (1998:116) darauf hin, dass durch den Ultraschall und die damit verbundene Visualisierung technisch messbarer Daten die Wahrnehmung der Frauen in den Hintergrund gedrängt werde.

Der historische Rückgang der perinatalen Mortalität wird immer wieder auf die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt zurückgeführt, was sie legitim erscheinen lässt. Laut Marsden Wagner (2003:50) sei aber kein Zusammenhang zwischen der Senkung der perinatalen Mortalität und geburtshilflichen Interventionen festzustellen. Der leichte Rückgang in den letzten zehn Jahren sei auf die verbesserte medizinische Versorgung der Neugeborenen zurückzuführen. Wagner (2003:50f) vertritt die Meinung, dass nun ein Punkt in der Entwicklung der Technik erreicht sei, an dem die positiven Effekte ein Maximum erreicht haben und sich die negativen Effekte auswirken, was ein Hinweis darauf sei, dass Technik nicht zur Verbesserung der Gesundheit führen könne, wenn sie nicht mit den biologischen Vorgängen harmoniere und von einer humanisierten medizinischen Versorgung begleitet werde.²⁷

Auch der Kaiserschnitt wird hinsichtlich seines Nutzens und seiner Nachteile kontrovers diskutiert. Während Husslein (2000:852f.) die Zufriedenheit der Mütter bei der elektiven Sectio auch hinsichtlich des Geburtserlebens betont, sieht Maier (2000:214) durch den Kaiserschnitt einen Verlust des Geburtserlebnisses, dessen Bedeutung nicht abgeschätzt werden könne. Sie kritisiert, dass Frauen beim Kaiserschnitt die Kontrolle an den Arzt/die Ärztin übergeben und es so zu einer Entmachtung der Gebärenden komme.

Rockenschaub (1998:21, 29) kommt zu dem Schluss, dass „der Einsatz geburtsmedizinischer Methoden mehr schadet als nützt“ und kritisiert, dass 90 Prozent der Kaiserschnitte zur Vermeidung von fiktiven kindlichen Risiken

²⁷ Auf die Humanisierung der Geburt im Sinne Wagners wird in Kapitel 4.5 noch eingegangen

gemacht würden, obwohl dieser Eingriff für die Mutter rund zehnmal gefährlicher sei als eine vaginale Geburt. Der Bund Deutscher Hebammen (vgl. URL9:5) beziffert das Risiko der mütterlichen Mortalität bei Kaiserschnitt mit neunmal höher als bei einer vaginalen Geburt und weist auch auf die physischen und psychischen Folgen hin. Husslein (2000:851) verweist auf ein angeblich siebenmal höheres Mortalitätsrisiko, betont jedoch die Reduktion des Risikos beim geplanten Kaiserschnitt aufgrund der Organisation des Ablaufs.

Während also der Nutzen des Kaiserschnitts sehr kontrovers diskutiert wird, sind die Schäden bzw. Risiken für Mütter augenscheinlich. So werden Frauen nach Kaiserschnitt im Falle einer weiteren Schwangerschaft als Risikopatientinnen eingestuft. In Österreich haben sie damit keine Möglichkeit mehr zu einer Hausgeburt oder zu einer Geburt im Geburtshaus, und in manchen Krankenhäusern wird Frauen nach Kaiserschnitt bei einer weiteren Geburt wieder zu einem Kaiserschnitt geraten. So ziehen einmal gesetzte Interventionen weitere Interventionen nach sich (vgl. Schücking / Schwarz 2004:25f.).

Es ist nicht Ziel dieser Arbeit, alle diese Kontroversen mit allen Vor- und Nachteilen darzustellen. Es sollte hier nur ein Überblick geschaffen werden, um das Umfeld und die Problemlage der Hebammentätigkeit besser nachvollziehen zu können. Es wurde der Versuch unternommen, die unterschiedlichen Herangehensweisen an die Geburtshilfe aufzuzeigen.

Trotz der allseits bekundeten Seltenheit von schwerwiegenden Komplikationen bei Frauen mit niedrigem Risiko werden diese Prozesse als die riskanteste Phase im menschlichen Leben konstruiert. Die Sozialwissenschaftlerin Eva Schindele (2202:49) stellt fest: „Die Schwangerschaft ist in den letzten Jahren hierzulande von der Medizin zu einem risikoreichen Zustand umgedeutet worden, der der permanenten Überwachung durch den Gynäkologen bedarf.“ Wie kommt aber solch eine Umdeutung eines physiologischen Prozesses zustande? Dieser Frage wird im nächsten Kapitel nachgegangen.

4.3.4 Ursachen der Medikalisierung

Es wird zunächst auf die vielfältigen Gründe des Kaiserschnitts eingegangen, bevor eine Einbettung in einen breiteren gesellschaftlichen Kontext erfolgt.

Medizinisch gesehen bietet sich die Möglichkeit des Kaiserschnittes als Gebäroption dadurch, dass sowohl die Operations-, wie auch die Narkosetechniken sich so weit entwickelt haben, dass der Eingriff sicherer geworden ist. Die Gründe für die hohen Interventionsraten sind vielfältig und umfassen medizinische, ökonomische, strukturelle, historische, rechtliche und persönliche Faktoren.

Laut Rockenschaub (1998:11) war ab der Mitte der 60er Jahre nicht mehr die Senkung der Müttersterblichkeit das Ziel der Geburtshilfe war, sondern die Senkung der Kindersterblichkeit, wobei Neugeborene ab 1000 Gramm Lebendgewicht bis zum achten Lebenstag einbezogen wurden. Dadurch begann die Rate der geburtshilflichen Interventionen und insbesondere des Kaiserschnitts stark zu steigen.

Es zeigt sich, dass die Art der Aufklärung eine wesentliche Rolle für die Entscheidung der werdenden Mutter spielt. Selbst Husslein (2000:850) räumt ein, dass der Anstieg der Kaiserschnittrate weniger mit medizinischen als mit sozioökonomischen Gründen erklärt werden könnte und führt die bessere Planbarkeit, das kalkulierbare Risiko, die Duldungsbereitschaft der werdenden Eltern und die Furcht der GeburtshelferInnen vor Klagen an. Gerade Frauen mit privaten Versicherungen werden Opfer häufiger und unnötiger Eingriffe, weil ihnen Haftungsklagen eher zugetraut werden (vgl. Husslein 2000:850). Auch Kolip (2000:26) und Schücking und Schwarz (2004:24f.) bestätigen den Anstieg von Interventionen durch die steigende Anzahl von Haftungsklagen, wodurch ÄrztInnen die invasivere Behandlungsart wählen würden, weil diese für sie die sicherste Form der Behandlung darstellt. Husslein (2000:850f.) betont auch die Erfahrung der GeburtshelferInnen und „wissenschaftliche Trends“ und das Fehlen allgemein gültiger Richtlinien zur Stellung der Indikation als Gründe für die Entscheidung zum Kaiserschnitt.

Im nächsten Abschnitt wird, wie bereits erwähnt, die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt in einen größeren gesellschaftlichen Zusammenhang gestellt und damit die kulturelle Konstruktion medizinischen

Handelns sichtbar gemacht.

Die Historikerin Barbara Duden (2007:3) betont die vielfältigen Einflüsse von Kirche, Medizin, Bioethik, Pädagogik und der institutionellen Behandlung der schwangeren Frau und die daraus resultierenden Folgen der veränderten körperlichen Wahrnehmung der Frauen. „Neue Techniken und Sprechweisen“ haben laut Duden (2007:10) die Wahrnehmung der Schwangerschaft verändert und das Kind in einen „Fötus“, die Mutter in ein „uterines Versorgungssystem“ verwandelt und dem ungeborenen Leben einen „allumfassenden Wert“ zugesprochen. Wie dieses ungeborene Kind im Bauch der Mutter wahrgenommen werde, sei eine Konstruktion der Gesellschaft und kein Produkt der Natur (vgl. Duden 2007:12).

Petra Kolip (2000:12) weist auch auf den Genderaspekt der Medikalisierung hin. Die Medikalisierung sei Ausdruck einer „jahrhundertelangen Abwertung von Frauen und Weiblichkeit“, die in der christlichen Tradition begründet sei und zur Verbindung von Frauen mit den Attributen schwach und krank führe. Diese Entwicklung führe gemeinsam mit der Professionalisierung der Medizin zum Problem der Medikalisierung.

Unter Professionalisierung versteht Kolip (2000:12f.) einen Prozess,

„(...) in dem es einer Gruppe gelingt, ein Tätigkeitsmonopol im Dienstleistungsbereich zu definieren und gesellschaftlich durchzusetzen. Elemente der Professionalisierung sind berufliche Autonomie, die Formulierung von Zugangsberechtigungen und die Etablierung von Standards der Ausbildung und Ausübung.“

Kolip (2000:21, 27) unterstreicht, dass die Medikalisierung abhänge vom historischen und kulturellen Kontext, und dass sie von der Konzeption und dem Umgang mit dem Körper, mit Weiblichkeit, Geschlechterrollen und Risiko geprägt sei. Zudem versuche die Medizin ihren Geltungsbereich beständig auszudehnen.

Reibnitz und List (2000:190f.) und auch Wagner (2003:55) weisen auf die ökonomischen Aspekte der Medikalisierung hin. Einerseits verursacht die Medikalisierung Kosten, die von einer Solidargemeinschaft oder dem Individuum getragen werden müssen, andererseits werden durch Einkommen der beteiligten Berufsgruppen und auch durch Interessen einer medizinisch-

technischen und pharmazeutischen Industrie ökonomische Gewinne aus der Medikalisierung erzielt.

Tew (2007: 497, 500f.) weist die Verantwortung für die Medikalisierung den ÄrztInnen zu, die danach trachteten einen Bedarf für ihr Leistungsangebot zu schaffen, durch gezielte Strategien den Hebammenberuf zu unterdrücken und die Geburtshilfe zu kontrollieren. Sie schränkt zwar ein, dass es auch ÄrztInnen gegeben habe, die von der allgemein akzeptierten Praxis abwichen, diese seien aber innerhalb des ärztlichen Berufsstandes ignoriert worden. Dieser ökonomische Grund und Anspruch an Macht mag durchaus eine (wenn auch nicht unbedeutende) Rolle spielen. Als alleiniger Erklärungsansatz scheint er aber zu kurz zu greifen. Wenngleich diese Aussagen für eine mehr oder minder große Gruppe an ÄrztInnen zutreffen mag, so wird es doch jener Gruppe nicht gerecht, die sich einer Verwirklichung des ärztlichen Berufsethos verpflichtet fühlt und um das Wohl ihrer Patientinnen bemüht ist. Zudem wird der Einfluss bevölkerungs- und gesellschaftspolitischer Interessen völlig ignoriert.

Die Medikalisierung wird von Haucke und Dippong (URL11) als Prozess verstanden, dessen Änderung nicht durch einseitige Schuldzuweisungen herbeizuführen ist, sondern nur durch einen Austausch zwischen ÄrztInnen, betroffenen Frauen, allen Berufsgruppen, die in der Geburtshilfe mitwirken, GesundheitswissenschaftlerInnen, EthikerInnen, PolitikerInnen und VertreterInnen der Krankenkassen.

Haucke und Dippong bieten einen erweiterten Lösungsansatz, indem sie feststellen, dass dieser komplexe Prozess der Medikalisierung der Geburtshilfe weder durch die Emanzipation der Frau, noch durch alleinige interessenspolitische Bestrebungen der ÄrztInnen zu erklären ist, obwohl der ökonomische Aspekt der zahlreichen Interventionen nicht zu leugnen ist (vgl. URL11). Sie sehen die Ursachen der Medikalisierung in einem unscharfen Krankheitsbegriff und einem mehrdeutigen Konzept der Selbstbestimmung, das pathologisierende Tendenzen fördere.²⁸

Eingriffe könnten laut Haucke und Dippong (URL11) nur dann als legitim

²⁸ Siehe auch Kapitel 4.5

gesehen werden, wenn sowohl biomedizinisch (disease) wie auch aus der Perspektive der Betroffenen (illness) eine Krankheit vorliege. Ein Krankheitsbegriff, der beide Aspekte umfasse, sei bereits mit der Selbstbestimmung verwoben. Gibt es zwischen beiden Aspekten eine Diskrepanz, wird die Selbstbestimmung als Quelle der Legitimation von Eingriffen wichtig (vgl. URL11). Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur biomedizinische, sondern subjektive, soziale und kulturelle Kategorien sind (vgl. URL11). Der moderne Krankheitsbegriff erlaube keine strikte Trennung von Pathologie und Physiologie und damit auch keine eindeutige Antwort auf die Legitimation ärztlicher Eingriffe (vgl. URL11). Krankheit erscheine als zum Leben gehörig und die Medizin reagiere darauf mit der Erstellung von Normen, die durch biologische und statistische Idealisierungen bestimmt werden, wodurch Krankheit als Normabweichung betrachtet werde und Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit (vgl. URL11). Aus der Integration von Krankheit ins Leben folge die präventive Medizin und die Vorsorge werde ein „Gebot der Vernunft“, da die Abweichung von der Norm beständig drohe (vgl. URL11).

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass ethische und medizinische Richtlinien, religiöse und pädagogische Normen, der Genderaspekt, (bevölkerungs-) politische und ökonomische Interessen die medizinischen Handlungsweisen beeinflussen. Die unterschiedlichen Argumentationsweisen der beiden Gruppen, die in Kapitel 4.3.2.2 dargestellt wurden und die Diskussion um die Ursachen der Medikalisierung laufen auf die scheinbare Dichotomie zwischen Natur und Kultur hinaus. Diesem Aspekt wird nun weiter nachgegangen.

4.3.5 Dichotomie von Natur und Kultur

Geburt ist laut Maier (2000:214) ein natürlicher Vorgang, der von den Wertvorstellungen der jeweiligen soziokulturellen Gemeinschaft geprägt ist. Auch die Politologin Ingrid Schneider (2003:84ff.) geht auf diese Gegenüberstellung von Natur und Kultur ein und zeigt die Strategien der Frauenpolitik auf, mit dieser Dichotomie umzugehen. Dieser Ansatz ist auch auf die unterschiedlichen Gruppierungen in der Geburtshilfe anwendbar und es

stellt sich heraus, dass sich nicht zwei sondern drei Gruppen einander gegenüberstehen.

(1) Die Aufspaltung von Natur und Kultur wurde beibehalten, aber „umgewertet“, wodurch es zu einer Aufwertung der natürlichen Vorgänge und auch der natürlichen Geburt kommt. Dieser Ansatz blende laut Schneider (2003:84f.) die Tatsache aus, dass Geburt ein existenzieller und kein sanfter Akt ist und dass die Geburt kulturell sehr stark geprägt ist. Die Forderung nach einer interventionsfreien Geburt könne zu einer neuen sozialen Norm werden, die die Frauen in ihrer Handlungsfreiheit einschränke (vgl. Schneider 2003:84f.).

(2) Diese Strategie wandte sich gegen die Dichotomie von Natur und Kultur, indem die Freiheit zur Kontrolle des Körpers mit Hilfe der Technik und modernen Medizin gefordert wurde. Die Frauen begeben sich bei dieser Strategie auf die andere Seite der dualen Opposition. Die Kontrolle des Körpers wird als Sicherheit und Freiheit erlebt. Hier werden negative Auswirkungen der Eingriffe in den Körper ausgeblendet (vgl. Schneider 2003: 85f.).

(3) Der Körper mit allen seinen Begrenzungen soll durch Veränderung und Verbesserung ganz aufgelöst werden, um die Freiheit zu erlangen. Der Körper wird dabei als beliebig formbar und veränderbar begriffen (vgl. Schneider 2003:86). In der Geburtshilfe sind hier eventuell jene Tendenzen einzuordnen, die alle Beschwerlichkeiten, die der schwangere Körper mit sich bringt, auszuschalten versuchen.

Schneider (2003:86f.) schlägt als Lösung vor, diese Dichotomien aufzulösen und die „Interrelationalität“ zu betonen. Das bedeutet, den Körper als Bedingung der Existenz und mit seinen Grenzen anzuerkennen, wobei dies nicht als Bewegung zurück zur Natur zu werten sei. Technische und medizinische Neuerungen sollen nicht automatisch als „wider-natürlich“ bewertet, aber kritisch hinsichtlich ihres Anspruches auf Macht und ökonomische Gewinne beurteilt werden.

Auch in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe kann dieser Lösungsansatz sehr fruchtbar angewendet werden.

Die Philosophin und Soziologin Isabelle Azouley (2003:42) hinterfragt die Gegenüberstellung von „Arzt, Technik, Kontrolle“ versus „Frau, Natur, ursprüngliche Geburt“. Diese führe zwar dazu, dass Frauen die Geburt wieder selbst übernehmen, „lenke aber von der schmerhaften Konfrontation mit eigenen schwer annehmbaren Anteilen ab“. Azouley (2003: 42) dazu:

„Was sich antipodisch gegenübersteht, ist nicht das Kontrollmonopol männlicher Ärzte und ihrer Geräte gegenüber der weisen, autonomen, naturverbundenen Frauen und ihrer Einfühlung. Was sich antipodisch gegenübersteht, ist ein weibliches Selbstbewusstsein heute, das sich Aufklärung, Mitbestimmung, Bürgerrechte, Autonomie und materielle Unabhängigkeit zu eigen gemacht hat, und die animalische Wirklichkeit des Gebärens, die das Individuum negiert, verachtet, ausschaltet.“

Azouley (2003:41) kritisiert die Zurückweisung der Medizin als Forschungs- und Fortschrittsquelle, die es unmöglich mache, die Erfahrung und die Kompetenz der Medizin zu nutzen. Diesen Einwand halte ich für sehr bedeutend, um die Fronten zwischen den unterschiedlichen Ansätzen aufzuweichen und Lösungsansätze für die medizinische Praxis zu erarbeiten. Ebenso ist zu beachten, dass sowohl ÄrztInnen wie auch Hebammen heterogene Gruppen darstellen, in denen nicht alle Vorannahmen und Überzeugungen geteilt werden.

Aus den Diskussionen geht hervor, dass die Frau einerseits als Opfer ökonomischer, medizinischer, technischer, politischer, ethischer und struktureller Zwänge dargestellt wird, andererseits wird ihr Recht auf Handlungsfreiheit und Autonomie proklamiert.

Wie Haucke und Dippong (URL11) feststellen, ist aus dem physiologischen Prozess der Schwangerschaft und Geburt ein hochriskantes Unterfangen geworden, bei dem die ÄrztInnen versuchen, ihre Verantwortung mit Berufung auf die Selbstbestimmung der Patientinnen zu delegieren und bei dem die Frauen zunehmend verunsichert werden (vgl. URL11). In der Geburtshilfe besteht ein asymmetrisches Verhältnis zwischen den GeburtshelferInnen und den betreuten Frauen, das sich auf den unterschiedlichen Wissensständen begründet. Dadurch entsteht ein Machtgefälle, das juristisch und ethisch ausgeglichen werden sollte (vgl. URL11). Diese Umstände haben zur Folge, dass es zu einem Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und

Selbstbestimmung und dem Verlangen nach Sicherheit kommt, das zur Frage nach der Übernahme von Verantwortung führt. Auf diese Aspekte wird nun näher eingegangen.

4.4 Die Frage der Verantwortung

Diese Frage stellt sich besonders dann, wenn die Geburt nicht wie erwartet verläuft. GeburtshelferInnen sollen dann zur Verantwortung gezogen werden, denn offensichtlich ist etwas schiefgelaufen, wenn nach all den Vorsorgeuntersuchungen, die ein gesundes Kind konstatiert haben, nun doch ein krankes, behindertes oder gar totes Kind geboren wird. So wird die Hoffnung schnell zum Anspruch und schließlich zum Recht auf ein gesundes Kind, das im Bedarfsfall eingeklagt wird.

Was verursacht nun diese Prozesse der Übertragung von Verantwortung und wieviel Verantwortung können und wollen die Eltern tragen?

Maier (2000:14) stellt fest: „Die Balance zwischen Autonomie, Fürsorge und Verantwortung kann von den Handelnden nur in der Beziehung zu den Betroffenen hergestellt werden.“ Jemand, der die Freiheit zur Selbstbestimmung habe, müsse auch Verantwortung übernehmen, wofür Entscheidungs- und Handlungskompetenz Voraussetzung seien (vgl. Maier 2000:14).

Da die Medizin geprägt ist von einem Glauben an naturwissenschaftliches Wissen und von der Überzeugung der „Machbarkeit“, werde suggeriert, dass Krankheit, Leiden und Behinderung vermeidbar seien, was zur Folge habe, dass Menschen für ihr eigenes Schicksal zur Verantwortung gezogen werden (vgl. Maier 2000:27). Schindeler (2002:55) stellt fest, dass durch die vorgeburtliche Diagnostik „(...) das, was bisher als Schicksal galt zur bloßen Option [wird], die man wählen kann oder auch nicht.“ Die Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin Antje Brockmann und die Psychologin Daria Reichard (2000:62) ergänzen, dass es gegenwärtig schwierig sei „guter Hoffnung“ zu sein, und dass ein gesundes Kind nicht mehr als Geschenk und

ein krankes Kind nicht als Schicksal begriffen werde, sondern es bestehe die Erwartung, dass ein gesundes Kind „technisch machbar“ sei.

Schindèle (2002:47, 54) und Rockenschaub (1998:31) bringen den Machbarkeitsanspruch der Medizin in Verbindung mit der Bereitschaft der Eltern, im Schadensfall zu klagen. Die Medizin suggeriere eine potentielle Gefährdung im Mutterleib und verspreche gesunde Kinder bei Einhaltung der medizinischen Auflagen und Kontrollen und bei Inanspruchnahme der geburtsmedizinischen Eingriffe. Im Schadensfall würden Eltern sich auf dieses Versprechen berufen und Klage erheben. Diese Ansicht teilt auch die Ethnologin Ines Albrecht-Engel (1995:39), indem sie feststellt, dass die Eltern schicksalshafte Verläufe nicht mehr akzeptieren, sondern als Versagen eines/r Schuldigen werten, weil die Medizin sich als allmächtig präsentiere. Maier (2000:109) fügt hinzu: „Ergibt die Ultraschalluntersuchung keinen pathologischen Befund, wird von der schwangeren Frau, wie der Gesellschaft ein in jeder Hinsicht gesundes Kind erwartet, wenn nicht sogar gefordert.“

Maier (2000:14) wertet dies als gesellschaftlichen Kontrollmechanismus, der die Autonomie der Schwangeren beschneide. Schindèle (2002:61) ergänzt, dass sich eine „Pflicht zum gesunden Kind“ entwickelt habe und Frauen dafür verantwortlich gemacht würden, wenn ein Kind krank oder behindert zur Welt käme. Die Verantwortung für das „gute Gelingen“ eines Kindes habe sich also von der Erziehung bereits auf die Schwangerschaft ausgedehnt (vgl. Schindèle 2002:61). Maier (2000:114) und Schindèle (2002:61) weisen darauf hin, dass die Geburt eines kranken Kindes bei den Eltern zu Schuldgefühlen führe, anstatt die Machbarkeit der Medizin in Frage zu stellen.

Schindèle bezieht ihre Ausführungen auf die Geburt eines behinderten Kindes. Wird dieser Ansatz ausgedehnt auf die Geburt eines primär gesunden Kindes, das durch die Geburt zu Schaden kommt, so erklärt sich dadurch, warum Eltern in so einem Falle nach Schuldigen suchen und Haftungsklagen zunehmen. Es wird die Schuld an dem kranken Kind, das nach Durchführung aller pränatalen Untersuchungen als gesund beurteilt wurde, auf die GeburtshelferInnen übertragen, die den Eltern ihr Recht auf dieses gesunde Kind durch ihre Fehlhandlungen scheinbar vorenthalten.

Die Soziologin Elisabeth Beck-Gernsheim (2002:14, 17) stellt fest, dass mit der Aufklärung die Bedeutung der Kindheit für das Gedeihen von Kindern betont und den Eltern damit eine bis dahin neue Verantwortung für die optimale Entwicklung des Kindes auferlegt worden sei. Dazu gehören auch „optimale Startchancen“ und die Vermeidung behinderter Kinder. Diese Verantwortung werde an die technischen Möglichkeiten angepasst, und wer diese nicht nütze, gelte als „verantwortungslos, suspekt, wenn nicht gar schuldig“ (vgl. Beck-Gernsheim 2002:17). Der aus der Aufklärung resultierende Verantwortungsbegriff bedeute ein Mehr an Autonomie indem das eigene Schicksal in die Hand genommen werde. Ein Unterlassen der Übernahme dieser Verantwortung wird jedoch als Schuld gewertet (vgl. Beck-Gernsheim 2002:18).

Beck-Gernsheim (2002:22) stellt in Frage ob all die technischen Errungenschaften, die zur Optimierung und Auswahl des ungeborenen Lebens zur Verfügung stehen, tatsächlich dem Wohl des Kindes dienen. Giovanni Maio (2011:20), Professor für Ethik und Geschichte an der Universität Freiburg, weist darauf hin, dass Kinder dadurch immer mehr als Produkte begriffen werden, die „bestellt“, nach Qualitätskriterien überprüft und eventuell wieder „abbestellt“ werden. Dadurch gehe das Gefühl der Dankbarkeit für das „werdende Kind“ verloren und werde ersetzt durch ein Gefühl der „Angst vor nicht ausreichender Kontrolle“ (vgl. Maio 2011:20f.). Wie Maio (2011:20) aufzeigt, würden es viele Frauen als unverantwortlich betrachten, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen, was jenen Eltern einen Rechtfertigungsdruck auferlege, die ein Kind in seinem „So-Sein“ akzeptieren. Maio (2011:22) plädiert für die Annahme des Schicksalhaften zu Beginn eines Menschenlebens, denn nur so sei gewährleistet, dass jedes Kind als „Gabe“ betrachtet werde.

Nach den dargestellten Aspekten lässt sich feststellen, dass die Verantwortung für ein gesundes Kind ein Maß umfasst, das schwer zu tragen ist, sowohl von den Eltern, wie auch von den GeburtshelferInnen. Einen Lösungsansatz bietet Maier (2000:24), indem sie Humanität als die Akzeptanz von Schicksal und die Annahme „menschlichen Begrenztseins“ bezeichnet. Es geht ihrer Meinung nach um eine Humanisierung der Geburt, die allen Beteiligten ein gerechtes Maß an Verantwortung auferlegt und die Selbstbestimmung aller Beteiligten

gewährleistet.

Die Frage der Verantwortung hängt sehr eng mit jener der Selbstbestimmung zusammen. In der Geburtshilfe gibt es verschiedene Interessensgruppen mit jeweils eigenen Ansprüchen an Autonomie und Selbstbestimmung. Auf die Frage der Autonomie der Hebammen wurde bereits in Kapitel 4.1.2 eingegangen. Die rechtlichen Aspekte der Selbstbestimmung wurden in Kapitel 3.4 behandelt. Im nächsten Kapitel steht die Selbstbestimmung der werdenden Mütter im Handlungsfeld der Geburtshilfe im Mittelpunkt.

4.5 Selbstbestimmung

Das Ziel einer selbstbestimmten Geburt ist, dass alle Frauen entscheiden können, wie sie ihre Kinder bekommen möchten und das geburtshilfliche System diesen Wunsch der Frauen akzeptiert und dafür Sorge trägt, dass diese Wünsche verwirklicht werden können. Dafür muss es geeignete ökonomische, rechtliche, politische und medizinische Rahmenbedingungen geben, die den Frauen die Wahlmöglichkeit lassen. Um wählen zu können brauchen Frauen Informationen, auf deren Basis sie zu ihren Entscheidungen finden (vgl. Schücking 2003:30). Selbstbestimmung schließt auch das Recht auf Nichtwissen mit ein.²⁹ Weikert (1998:126) stellt fest, dass das Recht auf Nichtwissen verpönt sei und fährt fort: „Sich nicht mehr dem Schicksal ergeben müssen heißt, sich diesem nicht mehr ergeben dürfen!“

Wie Husslein (2000:849) und Azouley (2003:38) aufzeigen, werden Geburten oder bestimmte Interventionen von Frauen sehr unterschiedlich erlebt.

Um so mehr, ist den Wünschen der gebärenden Frau Rechnung zu tragen. Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn die Wünsche, wie bereits in Kapitel 3.4 und 3.5 erwähnt, nach der Geburt in Frage gestellt werden, oder wenn die Wünsche der Frau mit dem Wohl des ungeborenen Kindes oder den ethischen und fachlichen Überzeugungen der GeburtshelferInnen kollidieren.

²⁹ Siehe Kapitel 3.4

Wie in den Kapiteln 4.3.2.2 und 4.3.5 dargestellt, treten die unterschiedlichen Gruppierungen mit unterschiedlichen Mitteln für die Selbstbestimmung der Frau ein. Demnach kann auch der Begriff der Selbstbestimmung unterschiedlich verstanden werden.

Wagner (2003:47) fordert eine Humanisierung der Geburt, die nur ermöglicht werden könnte, wenn die Selbstbestimmung der Frau gewährleistet sei. Er betont die Stärkung der Persönlichkeit einer Frau, wenn sie interventionslos gebären könne und bezeichnet die Gewährleistung von Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen als Humanisierung. Durch die Humanisierung der Geburt könnten die Vorteile der westlichen medikalierten Geburt genutzt werden und gleichzeitig die biologische, soziale, kulturelle und spirituelle Natur der menschlichen Geburt geachtet werden (vgl. Wagner 2003:56).

Azouley (2003:37) hingegen bezeichnet die vaginale Geburt ohne Kaiserschnitt oder Periduralanästhesie als inhumanen, unzähmbaren und unvorhersehbaren Akt, der so „barbarisch, wie kein anderer Vorgang in unserem Zeitalter“ sei. Sie kritisiert besonders, dass der Geburtsschmerz noch immer als Mythos und dessen Überwindung als Tugend und Grundstein einer glückten Mutter-Kind-Beziehung gehandhabt werde. Für Azouley (2003:43) bedeutet Selbstbestimmung eine Überlegung der „Schmerzvermeidung als Grundrecht“, um die Würde und den Selbstschutz der Gebärenden zu erhalten.

Die moderne Geburtsmedizin verspricht die Förderung der weiblichen Selbstbestimmung durch Planbarkeit und Kontrolle und die Reduktion der Angst durch feindosiertes Schmerzmanagement bei gleichzeitiger Ermöglichung einer Bondingphase und die Erhaltung der Attraktivität und der Verhinderung von nachfolgenden Störungen des sexuellen Erlebens (vgl. URL11). Wagner (2003:58) wiederum kritisiert die feministischen Forderungen nach geburtshilflichen Eingriffen, ohne die Risiken zu beachten. Er weist die „Überlagerung der biologischen Vorgänge“ mit Eingriffen und Medikamenten zurück (vgl. Wagner 2003:48).

Wie Haucke und Dippong (URL11) feststellen, kann Selbstbestimmung in unterschiedlicher Weise verstanden werden. Wird das Selbst als „primär geistige, vom Körper distanzierte Instanz“ verstanden, so erscheint die Beherrschung der „inneren und äußeren animalischen Natur“ als

Selbstbestimmung.

Wird der Körper hingegen als Teil des Selbst und als „wichtige Ressource personaler Identität“ betrachtet, kann aus dem Gebärakt neues Selbstvertrauen entstehen (vgl. URL11). Dieser Ansatz geht von einer Gleichrangigkeit von Körper, Seele und Geist aus, wobei der Körper auch, wie bei einer Geburt, einmal die Führung übernehmen könne, ohne die „personale Einheit“ zu gefährden. Dieses Konzept von Selbstbestimmung entspreche den Anforderungen einer liberalen Moderne (vgl. URL11).

Wie die Darstellungen zeigen, kann Selbstbestimmung sehr unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Die Selbstbestimmung stellt einen zentralen rechtlichen und ethischen Bestandteil im Umgang mit PatientInnen dar, hängt eng mit der Frage der Verantwortung in der Geburtshilfe zusammen und führt uns zu einem weiteren wesentlichen Aspekt, nämlich dem der Sicherheit. Da es „die Sicherheit“ im Sinne eines allgemein gültigen Begriffes nicht gibt, bedarf es auch hier der Definition und Abgrenzung. Im Folgenden wird nun auf diesen Aspekt näher eingegangen.

4.6 Sicherheit

Sicherheit in der Geburtshilfe wird meist gleichgesetzt mit einer Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Zunahme des sozialen Wohlstandes, die Besserung der Ernährungslage, die Abnahme der Parität und ein höherer hygienischer Standard sehr wesentlich zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität beigetragen haben und dass diese nicht auf den Einsatz geburtshilflicher Technologien zurückzuführen sind (vgl. Tew 2007:76ff.). Wie bereits im Kapitel 4.3 dargestellt, hat der rasante Anstieg der Interventionsraten in den letzten 30 Jahren die Sicherheit von Mutter und Kind nicht weiter erhöht. Wagner (2003:50) zieht das Resümee: „In hoch entwickelten Ländern sind alle Versuche fehlgeschlagen, niedrige perinatale Mortalitätsraten durch höhere geburtshilfliche Interventionen zu erklären.“ Wie Tew (2007:496) bestätigt, haben geburtsmedizinische Interventionen in keinem Land und zu keinem Zeitpunkt zu mehr Sicherheit in der Geburtshilfe beigetragen, wobei sie

einschränkt, dass es einige wenige Interventionen gebe, die durchaus sinnvoll, aber nur bei wenigen Geburten notwendig seien. Tew (2007:16) hat durch die Analyse statistischer Daten herausgefunden, dass eine Geburt umso sicherer ist, je weniger in ihren Verlauf eingegriffen wird. Sie (2007:22) betont, dass die Sicherheit der Geburt primär vom Gesundheitszustand der Mutter abhänge und durch geburtshilfliche Eingriffe gefährdet werde. Tew (2007:496) plädiert dafür, dass sich das menschliche Eingreifen auf die Schaffung von Rahmenbedingungen beschränken solle, die die Gesundheit fördern.

Sheila Kitzinger (2007:24) definiert Sicherheit nicht nur als eine Frage von Leben oder Tod, sondern auch als eine Frage der Häufigkeit postpartaler Erkrankungen, wozu sie auch psychische Belastungsreaktionen von Mutter und Kind zählt. Für Azouley (2003:39) bedeutet Sicherheit „die Garantie auf physische Integrität“ und diese sei unter der Geburt nicht zu gewährleisten. Auch dieser Ansatz kann auf das ungeborene Kind ausgedehnt werden und der Schutz der physischen und psychischen Integrität als Maßstab für eine sichere Geburt gelten. Die Hebamme Eva Fernandez-Thanheiser (1998:83f.) betont die Wichtigkeit von Vertrauen zwischen Hebamme und Gebärender und den Respekt des individuellen Rhythmus für einen positiven Geburtsverlauf und damit für die Sicherheit der Geburt.

Für viele Eltern bedeutet Sicherheit, ein gesundes Kind zu bekommen, weil ein krankes Kind eine „persönliche Katastrophe und die Zerstörung der individuellen Lebenspläne“ bedeuten würde (vgl. Kolip 2000:29).

Wie bereits in Kapitel 4.3.2.2 erwähnt, stellt die außerklinische Geburtshilfe für Frauen mit niedrigem Geburtsrisiko eine sichere Alternative dar. Sie wird jedoch häufig mit dem Hinweis auf ihre Risiken zurückgewiesen. Wagner (2003:60) ist der Meinung, die außerklinische Geburt werde aus Gründen der Macht und aus Angst vor dem Verlust lukrativer Einkommensquellen durch die Ärzteschaft und die medizinische Industrie als unsicher abgewertet, obwohl ihre Sicherheit mit der von Krankenhausgeburten ebenbürtig und diese Tatsache durch zahlreiche Studien belegt sei (vgl. Wagner 2003:62). Er betont, dass die Notfälle, die vielen Klinikernnen in den Köpfen sitzen, extrem selten seien und nicht in der Schnelligkeit ablaufen wie oft angenommen werde. Zudem begründen sich, wie bereits in Kapitel 4.1.2 erwähnt, die Erfahrungen von Klinikernnen auf die

Beobachtungen von medikalierten Geburten. Auch im Krankenhaus könne laut Studien im Notfall oft nicht schneller eingegriffen werden, weil die Operationsvorbereitungen ebenfalls eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen (vgl. Wagner 2003:52f.).

KlinikerInnen würden zudem laut Wagner (2003:53) oft die Fähigkeiten und Kompetenzen von Hebammen, die in der außerklinischen Geburtshilfe tätig sind, unterschätzen. Durch die kompetente Einzelbetreuung bei außerklinischen Geburten sei es möglich, viele Komplikationen zu verhindern oder sie vorzubeugen. Er tritt für eine Zusammenarbeit von klinischen und außerklinischen Einrichtungen ein, um die Sicherheit der betreuten Personen optimal zu gewährleisten und um auch voneinander zu lernen (vgl. Wagner 2003:64).

Wie die Ausführungen gezeigt haben, erhöhen viele der gesetzten geburtshilflichen Interventionen die Sicherheit von Mutter und Kind nicht. Zudem ist auch der Sicherheitsbegriff mehrdeutig und es stellt sich an dieser Stelle die Frage nach der Legitimität des geburtshilflichen Handelns erneut. Da das ärztliche Handeln die persönliche Integrität bedroht, muss es sich durch Vorliegen einer Krankheit und/oder durch die Einwilligung der Patientin rechtfertigen (vgl. URL11). Aus dem Dargestellten ist abzuleiten, dass ein Teil der geburtsmedizinischen Interventionen weder durch eine Pathologie noch durch das Prinzip der Selbstbestimmung der Patientin zu rechtfertigen ist, wodurch drei wesentliche Leitlinien des ärztlichen Handelns, nämlich Autonomie, Gerechtigkeit und Nichtschaden verletzt werden (vgl. URL11).

Haucke und Dippong (URL11) betonen, dass gemäß der philosophischen Anthropologie Körper, Seele und Geist nach einem Ausgleich verlangen und kommen daher zu dem Schluss, dass geburtshilfliche Eingriffe dann legitim sind, wenn sie die Integration von Körper, Seele und Geist fördern. Die vaginale Geburt habe für die Integrität vieler Frauen entscheidende Bedeutung.

Wie Kießling (2008:56) treffend formuliert wäre „(...) ein sensibler, bewusster und vorsichtiger Umgang mit einer unterstützenden Medizin auf der Basis, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in erster Linie Gesundheitszustände und nicht pathologisch sind (...)“ wünschenswert.

Wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, sind die historischen Entwicklungen in der Geburtshilfe durch die Prozesse der Medikalisierung und Institutionalisierung geprägt. Diese Prozesse bringen es mit sich, dass Hebammen in der Ausübung ihres Berufes an Autonomie verlieren und ihr Kompetenz- und Wissensbereich eingeschränkt wird, obwohl sich dies erwiesenermaßen nachteilig auf die Sicherheit und das Wohlbefinden von Mutter und Kind auswirkt. Am Prozess der Medikalisierung werden die Konkurrenz des ärztlichen und des Hebammenwissens um die Durchsetzung sichtbar. Die Ursachen dieser Entwicklung sind vielfältig und Ausdruck der kulturellen Konstruktionen im Umgang mit Schwangerschaft und Geburt.

In der Interaktion zwischen Hebammen, ÄrztInnen und Frauen stellen die Fragen nach Verantwortung, Selbstbestimmung und Sicherheit wesentliche Faktoren dar. Dabei sind Begriffsdefinitionen von großer Bedeutung und in Zusammenhang mit einer Erweiterung des Gesundheitsbegriffes zu sehen.

Der nächste Abschnitt ist der Darstellung der empirischen Ergebnisse gewidmet und stellt die Wahrnehmung der Hebammen in den Mittelpunkt.

5 Empirischer Teil

Anhand der durchgeführten Interviews werden die Veränderungen in der Geburtshilfe dargestellt und mittels der geschilderten Schadensfälle und deren Konsequenzen die Einflüsse des Haftungsrechts analysiert.

5.1 Veränderungen des Handlungsfeldes der Hebammen

Es wird nun das autonome Handlungsfeld und dessen Veränderungen aus der Sicht der Hebammen dargestellt. Anschließend werden die Veränderungen in der Interaktion mit ÄrztInnen und Frauen und die daraus resultierenden Beeinflussungen der Tätigkeit der Hebammen beschrieben.

5.1.1 Autonomes Handlungsfeld

Ausgehend von der Darlegung der Gründe für die Wahl des Berufes und den damit verbundenen Zielen und Vorstellungen von Geburtshilfe werden die geschilderten Veränderungen an den Themenfeldern Tätigkeitsbereich und berufliche Zufriedenheit festgemacht.

5.1.1.1 Motivation für die Berufswahl, Vorstellungen und Ideale

Als Motivation für die Wahl des Hebammenberufes nennen alle drei von mir befragten Hebammen eher pragmatische Gründe, wie die kurze Ausbildungsdauer oder familiäre Bedingungen. Nach Abschluss der Ausbildung waren sie unterschiedlich lange in Krankenhäusern angestellt, bevor sie sich in die freie Praxis begeben haben. Der Schritt in die freie Praxis erfolgte aufgrund der eingeschränkten Handlungsautonomie in den jeweiligen Krankenhäusern und sollte einen erweiterten Kompetenzbereich und die Verwirklichung der Vorstellungen von einer bestimmten Form der Geburtshilfe ermöglichen. Als Ideal gelten hier für alle drei befragten Hebammen interventionslose Geburten, so wie sie es selbst bei ihren eigenen Geburten erlebt hatten.

Zwei der Hebammen hatten selbst oder in ihrem nächsten Umfeld Geburten miterlebt, die mit Hilfe von Interventionen geleitet worden waren, und dies hatte

sie dazu veranlasst, beruflich eine andere Form der Geburtshilfe verwirklichen zu wollen. So beschreibt Martha E. die siebte Geburt ihrer Mutter, die im Gegensatz zu den vorhergegangenen fünf Geburten, die zu Hause stattgefunden hatten, im Krankenhaus begleitet wurde als die „längste und schmerhafteste“.

„Ich selber habe dann auch meine Tochter zu Hause geboren, und während der Geburt, die sehr ruhig (.) war und Hebamme und meine Mutter sind in einer Ecke gesessen und haben mich (.) gebären lassen und haben mich einfach nur begleitet, und da habe ich mir zum ersten mal gedacht: ‚Das möchte ich auch.‘“ (E. am 29.07.2011)

Ihre Wege haben sie dann in die privaten Sanatorien bzw. in die außerklinische Geburtshilfe geführt. Diese unterschiedlichen Arbeitsbereiche zeichnen sich dadurch aus, dass Hebammen die Frauen bereits in der Schwangerschaft kennenlernen und während der Geburt und im Wochenbett und oft auch über diese Zeit hinaus betreuen. Im Krankenhaus sei das nicht der Fall, weil hier Hebammen und Frauen einander erst im Ausnahmezustand der Geburt kennenlernen (E. am 29.7.2011). Die Autonomie in der Betreuung Schwangerer und Gebärender und die Erweiterung des Kompetenzbereiches stellen ebenfalls wesentliche Beweggründe für die freiberufliche Tätigkeit dar.

Die Aussagen der Interviewpartnerinnen weisen darauf hin, dass die Vorstellung einer interventionslosen oder zumindest -armen Geburt das Ziel ist, das sie den Gebärenden und deren Kindern ermöglichen wollen.

Martha E. fasst ihre Motivation zusammen:

„Meine Motive waren, (...) den Müttern einen Platz zu geben, wo sie in Ruhe gebären können und den Kindern einen Platz zu geben, wo sie ankommen können (...). Ja einfach einen Platz zu geben, wo sie in Ruhe ankommen können, Mutter und Kind, nach der Geburt und eben beim Stillen unterstützen, dass auch das Stillen gut gelingt. Das war meine Absicht. Und ich habe eigentlich die Bilder von meiner eigenen Geburt immer in Erinnerung gehabt und das wollte ich einfach anderen Müttern auch ermöglichen.“ (E. am 29.07.2011)

K. nennt als Grund für ihren Wechsel in die Freiberuflichkeit die Pathologisierung und Technisierung der klinischen Geburtshilfe. Sie hat die Tätigkeit im Krankenhaus als eine sehr unpersönliche, medizinisch orientierte

Betreuung empfunden, in der psychosoziale Aspekte vernachlässigt worden seien.

„Ja, dann bin ich weg von der Klinik, weil ich einfach gesagt habe, das ist nicht meine Geburtshilfe, ich habe etwas anderes gelernt, das interessiert mich nicht. Die technisierte Geburt war mir einfach zu (.) wie soll ich sagen? Es sind die Frauen, es sind die Frauen zu kurz gekommen. Es ist nicht mehr um die FRAU selbst gegangen, sondern es ist wirklich nur mehr um die Wissenschaft gegangen, weil damit wir so viele Daten haben für das und so viele Daten haben für das. Da habe ich gesagt: „Das interessiert mich nicht.““

Zusammenfassend stellt die Autonomie, die eigenen Vorstellungen von Geburtshilfe umzusetzen eine wesentliche Motivation von Hebammen dar, sich in die freie Praxis zu begeben. Als positiv werden der persönliche Kontakt zu den werdenden Eltern und die umfassende Betreuung der Frauen vor während und nach der Geburt bewertet. Auch der respektvolle Umgang und die Achtung der Wünsche der Frauen werden von den Hebammen als wichtiges Element einer gelungenen Geburtsbegleitung hervorgehoben. Des weiteren ist die Ermöglichung einer möglichst interventionsarmen Geburt von Bedeutung.

Im Folgenden werden die Veränderungen der geburtshilflichen Strukturen und des Aufgabenbereiches aus der Sicht der Hebammen dargestellt.

5.1.1.2 Tätigkeitsbereiche

Martha E. schildert, dass es nach Auskunft eines alten Amtsarztes noch während der Kriegszeit in der Stadt und rundherum mehr als 40 Hebammen und viele Entbindungsheime gegeben habe (E. am 02.08.2011).

Claudia V. weist darauf hin, dass in den 1980er Jahren im ganzen Bundesland niemand Hausgeburten durchgeführt habe, aber es habe einige Entbindungsheime gegeben. Die Hausgeburtshilfe wurde von den Hebammen wieder etabliert, kann aber aufgrund der geringen Anzahl nicht als ausschließliches Betätigungsgebiet gewählt werden.

Gegenwärtig gibt es in der ausgewählten Stadt nur noch ein Geburtshaus und aus bürokratischen und strukturellen Gründen sei es heute fast unmöglich ein Geburtshaus zu eröffnen (E. am 02.08.2011). Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, in Privatkliniken und im öffentlichen Krankenhaus zu entbinden.

Im Verlauf der Interviews wird klar, dass Hebammen ihren Tätigkeitsbereich im Laufe der Zeit immer mehr eingeschränkt haben, obwohl sie selbst ihre Kompetenzen immer weiter ausgebaut haben. Martha E. und Claudia V. merken an, dass sie sehr viele Fortbildungen besucht hätten und ihr Zugang immer mehr in Richtung Ganzheitlichkeit gegangen sei. Andererseits hätten die Hebammen früher Beckenendlagen selbst gewendet, Wehenmittel verabreicht und mancherorts auch Beckenendlagen vaginal entbunden. Auch Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt hatten, seien nach sorgfältiger Anamnese und unter besonderer Aufmerksamkeit während der Geburt außerklinisch betreut worden. Heute werde das nicht mehr gemacht, obwohl die Hebammen selbst keine negativen Erfahrungen damit gesammelt hätten (V. am 11.07.2011; E. am 02.08.2011).

V. stellt fest, dass sie früher gelegentlich Frauen in der Schwangerschaft betreut habe, die keine ärztlichen Kontrollen in Anspruch genommen hätten. Das komme heute nicht mehr vor, weil von Seiten der Frauen keine Nachfrage mehr bestehet (V. am 11.07.2011).

Als Gründe für die Einschränkungen des Tätigkeitsbereiches führen E. und V. unter anderem medizinische Richtlinien und rechtliche Rahmenbedingungen an, die sich im Laufe der Zeit gewandelt hätten.

„Na schau, zum Beispiel bei Beckenendlagen hast du zu der Frau nur gesagt: ‚Ihr Baby kommt mit dem Popo zuerst.‘ Das war klar, dass das spontan ist. Da ist nicht so ein Zinnober aufgeführt worden wie heute. Dass das überhaupt nicht möglich ist, und dass da ein Kaiserschnitt gemacht werden muss. Da hat kein Mensch von einem Kaiserschnitt geredet.“

I: Und warum hat sich das so geändert, glaubst du?

„Du, warum hat sich das geändert? Weil das immer im Klinikding ist, weißt eh, genauso wie sie halt eine Zeit lang allen Frauen eine Epi geschnitten haben, weil sie geglaubt haben, damit die Senkungen zu verringern, sind alle Frauen geschnitten worden. Wie ich die Ausbildung gemacht habe, war der Tenor: Jede Erstgebärende und jeder narbige Damm. Na wer ist denn dann noch übrig geblieben?“ (V. am 11.07.2011)

Freipraktizierende Hebammen hätten sich laut V. an die Richtlinie mit dem Dammschnitt nicht gehalten. V. betont: „Na das war ja nur eine Klinikrichtlinie, das ist ja kein Gesetz.“

Die Entwicklung der strukturellen Bedingungen der Hebammentätigkeit zeigt, dass die Möglichkeiten zur außerklinischen Geburt sich stark verringert haben. An Stelle von Entbindungsheimen sind Privatkliniken getreten, in denen Hebammen gemeinsam mit ÄrztInnen Geburtshilfe leisten. Damit einhergehend hat sich aufgrund veränderter rechtlicher und medizinischer Rahmenbedingungen auch der autonome Tätigkeitsbereich eingeschränkt.

Wie Hebammen die beruflichen Rahmenbedingungen wahrnehmen und bewerten wird im folgenden Abschnitt erläutert.

5.1.1.3 Berufliche Zufriedenheit

Die interviewten Hebammen haben ihr Arbeitsumfeld nach Möglichkeit so gestaltet, dass es ihnen ein möglichst großes Ausmaß an Autonomie und die Verwirklichung ihrer Vorstellungen und Ziele ermöglicht.

Die strukturellen Bedingungen in den Privatkliniken werden unterschiedlich wahrgenommen, können aber von den Hebammen in einem gewissen Ausmaß mitgestaltet werden.

Während Hannah K. das Sanatorium nach der Tätigkeit im Krankenhaus als den Ort empfindet, an dem sie ihre Vorstellungen von Geburtshilfe verwirklichen könne, war das Sanatorium für Martha E. mit vielen Einschränkungen verbunden. Sie konnte ihre Ansprüche an die Geburtshilfe und die Betreuung im Wochenbett im Sanatorium nicht verwirklichen.

„Ich habe nur eine geschlossene Front gehabt. Von den Tagschwestern, von den Nachtschwestern, von teilweise Ärzten, von meinen Kolleginnen sowieso. Du, das war eine geschlossene Front. (...) Weil ich wollte immer nur, dass die Kinder bei den Müttern bleiben dürfen, dass sie stillen nach Bedarf des Kindes. Dass sie sie unterstützen. Ich bin zehn Jahre gegen eine Wand gelaufen. Zehn Jahre.“ (E. am 02.08.2011)

Claudia V. meint, dass sich in den Sanatorien im Laufe der Zeit vieles verändert habe, und dass diese Veränderungen auch auf die Forderungen der Hebammen zurückzuführen seien.

„(...) Weil wenn ich denke, was wir um die Badewanne gekämpft haben im Sanatorium. (...) Oder dass heute die Väter dort bleiben können. Früher hat der Mann heimgehen müssen. Ich meine, verstehst du? Und das war für mich bei der Hausgeburt immer so ein, dass die Familie zusammengeblieben ist. Und in

jedem Spital, egal ob Sanatorium oder sonst was, hat der Mann gehen müssen und die Frau ist dort geblieben alleine mit dem Kind (...).“

„Zum Beispiel, das trau ich mich ungeschauter sagen, dass das ich eingeführt habe. Weil ich einfach die Väter mit der Matte im Kreissaal hingelegt habe oder die Matte hinaufgeschleppt habe sogar vor das Bett. (...) Das weiß ich noch gut, das war ein Chinese, der da ich meine früher war es halt so, die erste Nacht eben. Und die Frau hat halt einen Kaiserschnitt gehabt und der Mann ist die ganze Woche dort geblieben und hat eine Nacht vor dem Bett geschlafen. Dann hat die L. gesagt: ‚Frau V., das geht nicht eine Woche, der kann nicht eine Woche da auf der Matte liegen.‘ Dann habe ich gesagt: ‚Dann gebt ihm ein Bett!‘“ (lacht).

Heute sei es laut V. auch im Sanatorium möglich, Bedingungen zu schaffen, die denen einer Hausgeburt sehr nahe kommen. Sie schränkt aber ein, dass dies nicht mit allen ÄrztInnen möglich sei. Die Frau müsse sich dann ein Team suchen, das diese Form der Geburt unterstütze.

Die außerklinische Geburtshilfe umfasst die Betreuung in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett und stellt eine zufriedenstellende Arbeitsform dar. Diese Form erlaubt große Handlungsfreiheit, bringt aber auch viel Verantwortung mit sich. Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und/oder dem nächstgelegenen Krankenhaus, die gegenwärtig gewährleistet sei (V. am 11.07.2011; E. am 29.07.2011).

Martha E. betont die Wahlfreiheit der Frau bezüglich des Geburtsortes und die der Hebamme für die Wahl ihres Arbeitsplatzes.

„Wir machen alle unsere Arbeit, die einen machen sie auf ihrem Platz. Das ist genauso wichtig, dass sie eine gute Arbeit machen und die Menschen, die sich dort hingezogen fühlen, gehen dort hin und die anderen suchen sich halt einen anderen Platz. Das ist nicht für oder gegen etwas, sondern einfach, es gibt verschiedene Bedürfnisse.“

Alle drei Interviewpartnerinnen weisen auf die große Belastung durch die ständige Präsenz und Rufbereitschaft hin. Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit von mehreren Hebammen gestaltet sich aufgrund ökonomischer Barrieren und des Konkurrenzdrucks zwischen den Hebammen schwierig, wäre aber hinsichtlich einer Erhöhung der beruflichen und auch der persönlichen Autonomie zielführend (E. am 29.07.2011, V. am 11.07.2011).

Martha E. unterstreicht, dass zwischen Hebammen „Neid, Missgunst und

Intrigen“ eine große Rolle spielen, die eine gute Zusammenarbeit oft erschweren oder verunmöglichen (E. am 02.08.2011).

Ein breites Angebot an geburtshilflichen Strukturen ist zur Verwirklichung der geburtshilflichen Ziele und Ideale wünschenswert und erhöht nicht nur die Autonomie der betreuten Frauen, sondern auch die der betreuenden Hebammen. Diese Vielfalt ermöglicht, die eigenen Ressourcen einzusetzen, dem individuellen Bedürfnis nach Sicherheit nachzugeben und die Form der interdisziplinären Zusammenarbeit zu wählen.

Aus den Aussagen der Hebammen ist zu erkennen, dass die unterschiedlichen geburtshilflichen Strukturen einen wesentlichen Einfluss auf ihre Tätigkeit und Autonomie haben, was in Kapitel 5.1.5 noch weiter ausgeführt wird.

Im folgenden Teil der Arbeit wird auf die Beeinflussungen des Handlungsfeldes der Hebammen eingegangen, die sich durch die Interaktion mit ÄrztInnen und Frauen, aber auch durch den Einsatz geburtshilflicher Technologie ergeben.

Es wird zunächst die Zusammenarbeit mit verschiedenen geburtshilflichen Einrichtungen und damit verbunden mit ÄrztInnen geschildert. Anschließend wird der autonome Wissensbereich der Hebammen dargestellt und dem ärztlichen Wissen gegenübergestellt. Es folgen Ausführungen zur Medikalisierung der Geburtshilfe aus der Sicht der Hebammen und zuletzt die Darstellung der Rolle der betreuten Frauen im Handlungsfeld der Geburtshilfe.

5.1.2 Der Arbeitsalltag der Hebammen zwischen beruflicher Autonomie und interdisziplinärer Zusammenarbeit

Der Arbeitsalltag der Hebammen liegt im Spannungsfeld von eigenverantwortlichem Handeln und interdisziplinärer Zusammenarbeit, was je nach Arbeitsumfeld in unterschiedlichen Ausmaßen zu tragen kommt.

Die größte Autonomie im Alltag haben Hebammen in der außerklinischen Geburtshilfe. Sie sind nur im Falle von Pathologien auf interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen, wobei diese dann gut strukturiert sein muss, um die nötige Sicherheit zu gewährleisten. In öffentlichen Krankenhäusern, aber auch in Sanatorien wird zu jeder, also auch zu physiologisch verlaufenden

Geburten ein Arzt / eine Ärztin zugezogen. Wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit tatsächlich gestaltet wird nun erläutert.

Martha E. und Claudia V. haben Erfahrung mit der Betreuung von außerklinischen Geburten, wie auch mit der Geburtshilfe in Privatkliniken. Früher habe es laut ihren Angaben einige GynäkologInnen gegeben, die im Falle von Komplikationen außerklinische Geburten begleitet hätten. Heute werde die Frau im Falle von Komplikationen an ein Krankenhaus überwiesen. Mittlerweile gebe es zwischen Klinik und freipraktizierenden Hebammen eine gute Zusammenarbeit, was früher nicht der Fall gewesen sei.

Martha E. bezeichnet es als „Albtraum“ wenn sie eine Geburt habe abbrechen müssen und die Frau ins Krankenhaus musste. „Sie haben so getan als ob nichts gewesen wäre, zehn Stunden lang. Sie haben von Null angefangen. Da habe ich immer das Gefühl gehabt, die Frauen werden bestraft dafür, dass sie von mir, dass sie da waren. Wirklich.“ (E. am 29.07.2011)

Auch Claudia V. erwähnt, dass sie während ihrer Ausbildungszeit in der Klinik miterlebt habe, dass das Klinikpersonal im Falle einer abgebrochenen Hausgeburt sehr unfreundlich mit den freipraktizierenden Hebammen umgegangen sei. Diese hätten sich gar nicht „kommen getraut“.

Gegenwärtig stellt sich die Situation anders dar. Die freipraktizierenden Hebammen dürfen die von ihnen betreuten Frauen in das jeweilige Krankenhaus begleiten, wenn sie sie dort auch nicht mehr medizinisch weiter betreuen dürfen.

Martha E. betont:

„Da ist sehr viel Respekt gegenseitiger Respekt und wirklich Wertschätzung auch, gegenseitige Wertschätzung. (...) Sie gehen sehr achtsam mit den Frauen um, wenn sie von mir kommen, also das schätze ich sehr, sowohl die Kolleginnen, als auch die Ärzte gehen sehr achtsam mit ihnen um.“

Martha E. beschreibt die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen im Sanatorium als eher schwierig. Unter anderem sei die Organisation nicht immer einfach gewesen, da die ÄrztInnen unterschiedlich lange Anfahrtszeiten hätten und man das in die Organisation immer mit einplanen müsse (E. am 02.08.2011).

Zusätzlich gebe es auch medizinische Richtlinien, an die sich ÄrztInnen und Hebammen zu halten hätten und Vorgaben der Privatkliniken. V. stellt diese

Einschränkung des Tätigkeitsbereiches jedoch in Frage: „(...) da müssten sich die Ärzte viel mehr auf die Füße stellen, weil ich bin ja nicht Belegarzt und lasse mir von dem Haus anschaffen was geschieht, aber den meisten ist das halt wurscht (...).“

K. betont die Veränderungen der GynäkologInnen und führt sie auf ökonomische Ursachen zurück:

„Aber es waren, wie gesagt die Gynäkologen anders im Vergleich zu heute. Es ist eine ganz andere Generation gewesen. (...) Aber dann sind die Jüngeren gekommen, die mehr auf das Geldverdienen aus waren. Das klingt jetzt hässlich, das darf man eigentlich nicht sagen. Die sich nicht mehr so interessiert haben, ob das jetzt normal geht oder nicht normal geht oder wie man das macht. Eher schnell schnell. Bald fertig.“

Aus den Schilderungen der Hebammen geht hervor, dass das medizinische Handeln von Richtlinien, rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben der einzelnen Häuser bestimmt wird und Hebammen, die in Privatkliniken mit ÄrztInnen zusammenarbeiten in ihrem Tun davon abhängig sind, wie die ÄrztInnen diese Rahmenbedingungen in ihre Tätigkeit integrieren.

Als schwierig wird die Zusammenarbeit dann betrachtet, wenn Hebamme und Arzt/Ärztin nicht einer Meinung sind. Dabei zeigen sich die Schwierigkeiten im Umgang mit der Widerspruchspflicht.

„Wenn du mit allen Gynäkologen, die es gibt, zusammenarbeiten MUSS, jetzt unter Anführungszeichen, bist du natürlich immer wieder konfrontiert mit Geburtshilfe, die dir aber so was gegen den Strich geht und du aber nicht nein sagen kannst. Da gibt es eben ein paar Gynäkologen, die Geburtshilfe machen, die ich also immer schon abgelehnt hätte, damals schon und heute sowieso ablehne, aber nicht ablehnen konnte (...) Du kannst nicht sagen: ‚Mit dem arbeite ich nicht und mit dem arbeite ich nicht.‘ Das ist unmöglich. Du musst also auch diese Art von Geburtshilfe ertragen und ich muss wirklich sagen im wahrsten Sinne des Wortes ‚ertragen‘. Es hat mir weh getan. Wenn du so weißt, das ist so ein Blödsinn, was der jetzt sagt und so eine Frechheit, was der jetzt der Frau antut. Ja einfach so GANZ eine andere Geburtshilfe, die man sich ja überhaupt nicht vorstellen kann, die es auch bei manchen gegeben hat.“ (K. am 08.08.2011)

Heute habe K. aufgrund ihrer ökonomischen Situation die Möglichkeit, sich auszusuchen, mit wem sie zusammenarbeite.

Durch die Übernahme der Schwangerschaft durch die GynäkologInnen haben diese auch die Macht, Frauen an bestimmte Hebammen zu verweisen, was für „unkooperative“ Hebammen schwerwiegende ökonomische Nachteile mit sich bringen kann. So schildert Martha E., dass sie besonders in ihren Anfangsjahren vielen Anfeindungen ausgesetzt gewesen sei.

Claudia V. arbeite mit ÄrztInnen nicht zusammen, die eine völlig andere Geburtshilfe vertreten als sie. Bei kleineren Meinungsverschiedenheiten trete sie in einen Dialog mit dem/r betreffenden Arzt/Ärztin und versuche, einen Konsens zu erreichen. Die Grenze sei dann erreicht, wenn sie etwas nicht mehr verantworten könne. Sie sieht es auch als moralische Verpflichtung, dass man im Falle von offensichtlichen Fehlentscheidungen von GynäkologInnen in einen Dialog treten müsse und nicht schweigend daneben stehen könne.

V. verweist darauf, dass Hebammen versuchen, werdende Eltern vor geburtshilflichen Interventionen zu bewahren, was jedoch aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen nicht immer möglich sei. V. räumt ein, dass sie die Ängste der ÄrztInnen verstehe, die aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen Interventionen setzen. Diese Aussage ist ein Hinweis darauf, dass das Recht in manchen Fällen nicht der Selbstbestimmung und dem Wohl der werdenden Eltern und des Kindes dient, sondern zur Durchführung präventivmedizinischer Maßnahmen führt.

Zudem seien medizinische Handlungsweisen manchmal an ökonomische Zwecke gebunden.

„Aber da hat es ja Zeiten gegeben in den Sanatorien, da ist ja extra gezahlt worden für die Epi. Da hast du ja deswegen schon eine Epi schneiden müssen. Ich meine auf der Klinik war das nicht so, aber im Sanatorium hast du ja damals für jeden Stich kann man sagen etwas gekriegt. Da haben sie ja schon deswegen eine Epi geschnitten.“

Um die Frau vor einem Dammschnitt zu schützen, habe sie bei manchen GynäkologInnen einfach die Schere versteckt (V. am 11.07.2011).

ÄrztInnen und Hebammen gehen von unterschiedlichen Grundannahmen zu Schwangerschaft und Geburt aus. Daraus ergibt sich auch eine unterschiedliche Wahrnehmung der Grenze zwischen Pathologie und Physiologie, die zusammen mit den strukturellen Gegebenheiten zu Konflikten

zwischen Hebammen und ÄrztInnen führen, die auf persönlicher Ebene ausgetragen werden. Claudia V. betont aber auch, dass mit manchen ÄrztInnen eine gute Teamarbeit möglich sei (V. am 11.07.2011).

Aus den Erzählungen wird deutlich, dass Hebammen durch die Zusammenarbeit mit ÄrztInnen in ihrer Handlungsfreiheit eingeschränkt und ihre Ideale von Geburtshilfe in den Hintergrund gedrängt werden. Die Zusammenarbeit mit der Klinik hat sich verbessert, was die Hebammen dazu veranlasst, bei Schwierigkeiten Frauen dorthin zu überweisen, während früher GynäkologInnen zur Betreuung zugezogen wurden. Eine gute Zusammenarbeit mit der Klinik ist grundsätzlich als positiv zu werten. Da Hebammen jedoch nicht in die weitere Betreuung der Gebärenden involviert sind, bedeutet es zugleich eine weitere Einschränkung ihrer Handlungsautonomie.

Die Hebammen sehen als Ziel ihrer Arbeit, die Anliegen der werdenden Mütter zu vertreten. Martha E. sieht ihre Aufgabe folgendermaßen: „(...) meine Aufgabe ist einfach, dass ich da bin und die Mütter begleite und die Kinder begleite und das mache, was ich für richtig finde und was diese Menschen, die zu mir kommen, sich wünschen.“ (E. am 29.07.2011)

Die befragten Hebammen haben unterschiedliche Strategien entwickelt, um mit den geschilderten Einschränkungen und den damit eventuell verbundenen ökonomischen Konsequenzen umzugehen. Sie sehen es als ihre Aufgabe, für das Wohl der von ihnen betreuten Frauen und Kinder zu sorgen und geraten damit in ein weiteres Spannungsfeld, worauf in Kapitel 5.1.5 noch näher eingegangen wird.

Um ihre Ziele zu verwirklichen, erscheint ein abgegrenzter Tätigkeitsbereich als mögliche Lösung. Martha E. formuliert ihre Wünsche nach einem autonomen Arbeitsbereich und plädiert für die Schwangerenbetreuung durch Hebammen. Sie wünscht sich geburtshilfliche Strukturen, wie in den Niederlanden oder England, wo die Hebammen die normale Geburt begleiten und ÄrztInnen nur im Falle einer Pathologie von den Hebammen zugezogen werden, wobei die Entscheidungsmacht über die Grenze zwischen Pathologie und Physiologie bei der Hebamme liegen sollte (E. am 29.07.2011). In der Zusammenarbeit mit GynäkologInnen wäre für E. optimal, wenn man in einem respektvollen und

achtsamen Miteinander arbeitet und wenn jeder seine Aufgabe hätte „zum Wohle der Menschen, die sich uns anvertrauen.“ (E. am 29.07.2011)

Die geschilderten Probleme zwischen beruflicher Autonomie und interdisziplinärer Zusammenarbeit hängen eng mit dem Wissen der Hebammen und der Abgrenzung des hebammenspezifischen Wissens gegenüber dem ärztlichen Wissen zusammen. Darauf wird im folgenden Kapitel eingegangen.

5.1.3 Wissen der Hebammen

Da, wie bereits in Kapitel 3.7 ausgeführt, das autoritative Wissen in der Geburtshilfe das ärztliche Wissen darstellt, wird an dieser Stelle auf die Bewertung des hebammenspezifischen Wissens bzw. den Einsatz dieses Wissens eingegangen.

5.1.3.1 Hebammenspezifisches Wissen

V. ist der Meinung, dass die Handlungsweisen in der Geburtshilfe immer auch von den persönlichen Erfahrungen abhängen, die man gesammelt habe und betont, dass sie sich auf dieses Erfahrungswissen bei der Durchführung von Geburten verlasse. Sie habe ein nicht-technisches, sondern ein intuitives Wissen. V. dazu: „Manche Dinge spüre ich einfach.“ Sie meint, das sei eine Art innere Stimme, der sie vertraue, aber manchmal ignoriere sie sie. Sie spricht in dem Zusammenhang von „spüren“, „wissen“, „auf sich hören“.

Gleichzeitig betont sie die Akzeptanz des Wissens und der Wünsche der Frauen. So weist V. auch darauf hin, dass Hebammen nicht immer richtlinienkonform arbeiten würden, wenn diese ihren Erfahrungen und den Wünschen der Frauen zuwiderlaufen würden. Ihrer Erfahrung nach sind Richtlinien sehr wandelbar und stellen daher keine rechtliche Verbindlichkeit dar.

Martha E. verlasse sich bei ihren Entscheidungen auf die Fakten, aber auch auf ihre Intuition. E. meint, sie sei sehr wachsam und spüre, wenn sie die Hand auf den Bauch lege, auch die Emotionen des Kindes. Sie betont, dass man solche Botschaften nur spüre, wenn man präsent sei und nicht die Frau an ein technisches Gerät anschließe und den Raum verlasse.

„Und ich habe oft wirklich EINGABEN gehabt, ich kann nur sagen EINGABEN, wo ich es selbst von meiner Erfahrung nicht habe ahnen können, nicht habe wissen können, dass da was kommt. Mir fällt nur eine ein, das war eine Erstgebärende, war Muttermund im Verstreichchen und ich habe Todesängste bekommen. Ich habe nicht gewusst, warum. Ich habe mich SO gefürchtet, dass ich gesagt habe: ‚Ich muss jetzt abbrechen, es wäre notwendig, dass sie ins Krankenhaus geht.‘ Ich habe nicht gewusst, warum ich abgebrochen habe, und ich gebe sie dann ab und eine Viertelstunde später hat die dann losgeblutet. Die hat losgeblutet, die sind nur noch mit ihr gelaufen. Hat sich die Plazenta gelöst. Das kann ich nicht wissen! Verstehst du? Ich KANN es nicht wissen! Aber ich habe TODESANGST gekriegt. Und wenn ich Todesangst kriege aus irgendeinem Grund, dann horche ich auf das.“ (E. am 02.08.2011)

E. weist auch auf die Bedeutung des verkörperten Wissens bei Notfällen hin:

„Da kommt eine Mauer um mich. Da bin ich eingepackt in etwas. Das habe ich auch immer wieder gespürt, wenn dramatische Geschichten waren. Da kommt eine Mauer um mich und dann handle ich. (...) Das ist nur Handeln dann noch. Das ist dann wie ein Reflex.“ (E. am 29.07.2011)

Hannah K. stellt fest, dass sie ihre Entscheidungen „aus dem Gespür“ treffe. Sie wisse schon nach der ersten Untersuchung, ob eine Spontangeburt möglich sei. „Aber das ist etwas, was wirklich reinste Erfahrung ist.“

Bei der Frage nach einem spezifischen Hebammenwissen unterscheiden sich die Meinungen der Hebammen.

Hannah K. versteht unter spezifischem Hebammenwissen den Dammschutz. „(...) sicher spezifisch auf Dammschutz, kein Gynäkologe redet mir da drein, wie der zu machen ist, weil er keine Ahnung hat davon.“ Sie selbst habe ihn von einer Hebamme während der Ausbildung gelernt.

„(...) weil eben diese alte Hebamme, die P., die hat mir einen wirklich perfekten Dammschutz gelernt. Die ist neben mir gestanden, hat mir auf die Pfoten gehauen, wenn ich es falsch mache und hat gesagt: ‚Und da ist nicht einmal nichts, nicht einmal eine Schürfung und da ist nicht einmal das. Und so lange übst du, bis du es kannst.‘ Und das habe ich können.“

Claudia V. hingegen hält den Dammschutz für eher unbedeutend, denn sie habe in einer Fortbildung über Hockergeburten mit einer holländischen Hebamme gelernt, dass man darauf verzichten könne.

Das Wissen der Hebammen und die daraus abgeleiteten Kompetenzen sind ein wesentlicher Grundstock für die berufliche Autonomie.

Martha E. ist der Meinung, in der Hebammenarbeit sei es wichtig, dass man verantwortungsvoll und nach seinem Gewissen handle und sich eingestehre, dass man Schicksal nicht verhindern könne. Die Aneignung bestimmter Fertigkeiten erlaube es, den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern. So habe E. von einer Kinderärztin gelernt, dass man Kinder bis zu zwei Stunden beatmen könne, ohne dass sie Schaden erleiden. Das habe sie sehr bestärkt und von Ängsten befreit und ihr ein Stückchen beruflicher Autonomie zurückgegeben. Auch Claudia V. betont die Wichtigkeit praktischer Fertigkeiten wie das Legen venöser Zugänge oder die Reanimation für die Ausübung der außerklinischen Geburtshilfe.

Die Ausführungen veranschaulichen, dass sich Hebammen, die im außerklinischen Bereich tätig sind, der verschiedenen Wissensformen durchaus bewusst sind und diese auch schätzen. Ausgehend von ihren Grundannahmen zur Geburt (self-knowledge), kennen sie die Bedeutung des Erfahrungswissens (grounded knowledge) und des verkörperten Wissens (embodied knowledge) und der Intuition und sehen diese als wertvolle Ergänzung zu dem in der Ausbildung erworbenen Wissen (informed knowledge). In der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen haben diese Wissensformen einen geringen Stellenwert, was Hebammen dazu veranlasst, sie zu ignorieren oder sich an die „erwünschten Wissensformen“ anzupassen.³⁰ Darauf wird nun näher eingegangen.

5.1.3.2 *Hebammenwissen vs. ärztlichem Wissen*

Nach den Aussagen der Hebammen unterscheiden sich das ärztliche Wissen und das Hebammenwissen voneinander, und teilweise gibt es gravierende Unterschiede zwischen den richtlinienorientierten Vorgaben der Biomedizin und den Handlungsweisen der Hebammen, was die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen manchmal erschwert. Dies ist ein Hinweis darauf, wie unterschiedlich Wissen angewendet, interpretiert und schließlich in Handlungen umgesetzt werden kann. Martha E. erzählt von Frauen, die einen Monat lang

³⁰ Siehe dazu Kapitel 5.2.1.

mit einem fünf Zentimeter eröffneten Muttermund noch zu Hause gewesen seien und dann erst geboren haben (E. am 02.08.2011). Das wäre aus biomedizinischer Sicht unmöglich und würde einen Eingriff erforderlich machen.

Grundsätzlich stimmen die interviewten Hebammen darin überein, dass sich das ärztliche Wissen vom Hebammenwissen unterscheidet.

So ist Martha E. der Meinung:

„Die Ärzte werden von vornherein nur für als Feuerwehr ausgebildet, also wirklich nur für den Notfall, nur für Krankheit, nur für Pathologie. Und wir werden ausgebildet um einmal zu ERKENNEN, um einmal das Normale zu begleiten und das andere zu erkennen. Das ist unsere Ausbildung.“

Hannah K. betont, dass die heutigen ÄrztInnen pathologische Geburtsverläufe nicht erkennen könnten, weil sie nicht wie die Hebammen die Geburt von Anfang an begleiten würden.

„Pathologie würde ich sagen, hat er keine Ahnung. Woher? Er leitet keine Geburt, also wie soll er das Gespür für die Pathologie haben. Das hat er nicht. Nicht diese Ärzte jetzt. Früher, z.B. der Dr. Sch., der wirklich von Anfang bis zu Ende bei der Geburt dabei war und auch die Frauen untersucht hat. Der war ja auch auf der Klinik Oberarzt und der ist bei jeder Frau, wo ein bisschen etwas Komplizierteres war, sitzen geblieben. Und wenn es die ganze Nacht war. Der hat das Gespür! Weil der hat sie untersucht und den Unterschied: geht etwas weiter- geht nichts weiter? Die heutigen Gynäkologen, ja woher?!“

Claudia V. fügt hinzu, dass ÄrztInnen eher ein technik- und leitlinienorientiertes Wissen anwenden, während Hebammen sich auf ihre Erfahrung und Intuition stützen und die durch Fortbildungen erworbenen Erfahrungen anderer Hebammen miteinbeziehen. Die ÄrztInnen würden sich an Apparaten orientieren, während Hebammen die Bedürfnisse der Frauen und die psychosozialen Aspekte in den Mittelpunkt rücken. Dabei spielten auch alternative Praktiken eine große Rolle.

Hannah K. und Claudia V. betonen die reichhaltigen praktischen Erfahrungen der Hebammen bei der Leitung von spontanen Geburten. Dieses Wissen hätten ÄrztInnen nicht, wobei K. einschränkt, dass auch heutige Hebammen aufgrund der rückläufigen Anzahl von Spontangeburten weniger Wissen und „Gespür“ hätten als ältere Kolleginnen. V. betont jedoch, dass Hebammen auch im Falle

von schwierigen Geburten noch versuchen würden, eine Spontangeburt zu ermöglichen, während Ärzte als Lösungsmöglichkeit zum Kaiserschnitt schreiten. „Es wird kein Arzt hergehen und sagen bei einem hohen Geradstand: ‚Jetzt versuchen wir das Kind wieder rauf zu holen (.) mit einem Tragetuch.‘ Und das geht!“

Alle drei Interviewpartnerinnen schildern die Veränderungen des Verhältnisses des ärztlichen und des Hebammenwissens zueinander.

So erzählt E. dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit in einem kleinen Krankenhaus gearbeitet habe und ihren Dienst zusammen mit einem Turnusarzt versehen musste, der lediglich eine Woche in die Geburtshilfe eingeschult worden war. „Ich habe mehr gewusst als er (lacht) und so haben wir gearbeitet.“ (E. am 29.07.2011)

E. führt an, dass sie sich zusammen mit den ÄrztInnen in dieser Zeit sehr häufig überfordert gefühlt habe und dass sie sich gemeinsam gefürchtet hätten. E. schildert auch, dass ihr Wissen von manchen ÄrztInnen nicht ernst genommen worden sei und daraus oft dramatische Situationen entstanden seien.

Martha E. und Claudia V. erzählen, dass Hebammen früher oft Fertigkeiten gehabt hätten, die die ÄrztInnen damals nicht hatten, heute jedoch ausschließlich ÄrztInnen vorbehalten sind. So hat E. schon als junge Hebamme die Reanimation von Säuglingen durchgeführt. „(...) schon als junge Hebamme habe ich das gemacht im Krankenhaus, weil die Turnusärzte sind von der Uni gekommen, Oberarzt haben wir keinen gehabt, und es hat niemand irgend etwas gemacht, niemand hat es können.“ (E. am 02.08.2011)

Auch V. könne im Gegensatz zu vielen GynäkologInnen Kinder reanimieren, und in manchen Krankenhäusern seien früher die Beckendlagengeburten von Hebammen durchgeführt worden.

In der Zusammenarbeit mit ÄrztInnen ist die Kontrolle der modernen geburtshilflichen Technologien jenes Wissen, das zählt. So schildert Hannah K., dass sie während ihrer Ausbildung versucht habe, möglichst rasch den Umgang mit dem damals neuartigen CTG zu lernen.

„Ich habe natürlich fürchterlichen Widerstand von den Kolleginnen gehabt. Ist ja ganz klar, weil die sich mit dieser Technik ja auch nicht auseinandersetzen wollten. Nicht dass sie es nicht können haben, sondern sicher auch nicht

wollten, aber ich war ja ein neugieriger Mensch und habe das ausprobiert und bin draufgekommen: gar nicht schlecht.“

Aus ihren Schilderungen geht hervor, dass die Aneignung des technikorientierten Wissens auch angestrebt wurde, um die ärztliche Anerkennung und Akzeptanz zu genießen.

Als K. die Klinik verlassen und in einer Privatklinik begonnen habe, habe sie zwar über ein enormes Pathologiewissen verfügt, sie habe jedoch verlernt, normale interventionslose Geburten zu begleiten. Sie habe auch dort auf die Verwendung des CTGs beharrt, obwohl die damaligen GynäkologInnen keinen Wert darauf gelegt hätten. „Das waren lauter alte eingesessene Gynäkologen, die keine Ahnung von einem CTG gehabt haben, die nicht einmal gewusst haben, was MBU ist, also Mikroblutuntersuchung ist.“ Sie selbst habe das Vertrauen in die normale Geburt erst wieder erlernen müssen.

„Ich sage es ehrlich, ich habe ein Jahr gebraucht, bis ich mich habe umstellen können und auch einmal das CTG weg getan habe und gewusst habe, eigentlich kann ich ja eh mit meinem Horcherl wieder horchen, wie ich es am Anfang gelernt habe.“

Hannah K. unterstreicht, dass das Hebammenwissen in früheren Zeiten sowohl von den Frauen, als auch von den Krankenschwestern in den Kliniken höher geschätzt worden war, als heute. Die Frauen hätten aber immer schon eine engere Beziehung zu ihren ÄrztInnen gehabt, weil diese sie schon in der Schwangerschaft betreut hätten.

„Die Frauen waren immer schon arztbezogen. Verstehe ich auch, weil die werden ja doch zehn Monate betreut. Das ist ihr Gynäkologe. Was anderes ist, wenn du dann schon die Frau einmal entbunden hast, beim zweiten oder beim dritten Kind bist du schon, du bist schon auch wichtig beim ersten, aber beim zweiten und beim dritten Kind bist du schon vertraute Person. Aber sonst sind die Ärzte sicher immer an erster Stelle, nach wie vor.“

Dem widerspricht Martha E., die ausschließlich außerklinische Geburten betreut und die sehr enge Beziehung zu den von ihr betreuten Frauen hervorhebt.

Aus den Schilderungen geht hervor, dass das Hebammenwissen andere Kernpunkte beinhaltet als das ärztliche Wissen, andererseits jedoch in einem

hierarchischen Krankenhausssystem und in der interdisziplinären Zusammenarbeit nur geringe Anerkennung genießt und somit Hebammen dazu geneigt sind, ihr Wissen jenem der ÄrztInnen unterzuordnen bzw. sich das ärztliche Wissen anzueignen. Andererseits sind Wissens- und damit verbunden Handlungsbereiche der Hebammen auf ÄrztInnen übergegangen. Die Hebammen stimmen darüber ein, dass die Wissensformen der Hebammen nicht durch geburtsmedizinische Maßnahmen ersetzt werden können. Die Verdrängung des Hebammenwissens und ihres Kompetenzbereichs bedeutet somit einen Verlust für die schwangeren und gebärenden Frauen. Außerdem beeinflussen diese Prozesse auch die gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der jeweiligen Berufsgruppen.

5.1.4 Technologische Innovationen und Medikalisierung der Geburt

Die drei interviewten Hebammen gehen von der Grundannahme aus, dass Geburt etwas „Normales“, ein physiologischer Prozess sei und grundsätzlich kein Notfall und keine Krankheit.

In Bezug auf Medikalisierung oder Technisierung der Geburtshilfe werden während der Schwangerschaft vor allem der Ultraschall und während der Geburt die Cardiotokographie (CTG), der Kaiserschnitt und Geburtseinleitungen genannt. Die Hebammen machen auch auf die Folgen der Medikalisierung aufmerksam und gehen auf deren Ursachen ein.

5.1.4.1 Ultraschall

Claudia V. und Hannah K. weisen darauf hin, dass der Ultraschall früher noch so ungenaue Bilder geliefert habe, dass Fehlbildungen gar nicht erkennbar gewesen seien. Das habe den Vorteil gehabt, dass es bei den Frauen nicht zu solchen Verunsicherungen und Angstgefühlen gekommen sei wie heute. Hannah K. stellt die Sinnhaftigkeit der Ultraschalluntersuchungen in Frage, weil diese ohnehin keine Konsequenzen haben und nur zur Pathologisierung der Schwangerschaft beitragen. Beide merken auch an, dass die Schwangerschaft nicht mehr so wie früher ein natürlicher Vorgang sei, sondern durch die vielen Ge- und Verbote, Medikamente und Vitamine pathologisiert würde.

„In der heutigen Zeit, wo die Leute eh viel zu viel zum essen haben, braucht doch keiner extra ein Vitamin schlucken. (...) Warum muss ich alle vier Wochen Ultraschall und den ganzen Aufwand machen, wenn ich eine normale Schwangerschaft habe, wenn ich ein normales Kind im Baucherl habe. Das darf ja wohl wachsen, wie es will. Warum muss ich bestimmen, ich meine ok. Organscreening ist alles ok, weil man eben heute das Designerkind auf die Welt bringen muss, ist mir schon klar.“ (K. am 08.08.2011)

Martha E. schlägt als Lösung eine Betreuung der Frauen durch Hebammen vor. Hebammen würden laut E. „aufklären, begleiten und unterstützen“ während ÄrztInnen eher kontrollieren. Sie betont die Wichtigkeit der Einzelbetreuung durch die Hebamme in der Schwangerschaft, um bei Problemen unterstützend eingreifen zu können, was sich letztendlich positiv auf den Geburtsverlauf auswirke (E. am 29.07.2011).

5.1.4.2 CTG

Hannah K. weist darauf hin, dass vor dem CTG die Herztöne nur mit einem Hörrohr jede halbe Stunde abgehört worden seien. Mit Einführung des CTGs seien die Frauen dann permanent unter elektronischer Überwachung gestanden.

„Dann konnte man das CTG noch immer nicht wirklich interpretieren, so wie man es heute macht. Heute ist man ja toleranter geworden. Damals war jeder kleine DIP schon gefährlich und ist MBU gemacht worden bis zu, ich kann mich erinnern, 25 mal bei einem Kind. Ich meine, dass diese Kinder gestresst sind, dass das missfärbiges Fruchtwasser hervorgerufen hat, war eigentlich schon ganz klar. Also die Manipulation von außen hat sicherlich die Frauen und die Kinder gestresst.“ (K. am 08.08.2011)

K. merkt an, dass das CTG auch eine Erleichterung gewesen sei, weil man dann nicht mehr „ununterbrochen hinlaufen“ hätte müssen. Sie weist aber auch darauf hin, dass durch die Technisierung die Wahrnehmung der Frauen in den Hintergrund getreten sei und die ÄrztInnen sich nur mehr an den Geräten orientiert hätten.

Martha E. betrachtet die technischen Geräte, wie das CTG einerseits als Hilfe, andererseits würden sie aber auch Angst auslösen und dadurch zu vermehrten Eingriffen führen.

„Ich habe das gemerkt, wie wir die CTGs gekriegt haben, auf einmal ist die Kaiserschnitrate angestiegen, angesprungen. Und es hat Angst gemacht. Da kann ich mich selber noch erinnern. Und du hast das Gefühl gehabt, wenn die Frau jetzt nicht am CTG ist, weil fünf waren und du hast nicht fünf CTGs gehabt, hast du das Gefühl gehabt, irgendein Kind stirbt dir jetzt unter der Geburt und du merkst es nicht und so weiter. Also das hat sehr sehr viel Angst gemacht. Einerseits ist es eine Hilfe und andererseits hat es auch viel viel Angst gemacht, die Technik.“ (E. am 29.07.2011)

E. setzt das CTG ein, um sich in schwierigen Situationen ein genaueres Bild machen zu können und um die Grenzen ihres Tuns abstecken zu können. Sie macht aber auch darauf aufmerksam, dass das CTG heute zu Dokumentationszwecken nötig sei, denn im Schadensfall gelte es als fahrlässig, eine Technologie nicht zu verwenden, wenn sie vorhanden sei. Allerdings schränkt E. ein, dass ein CTG nur eine Momentaufnahme sei, und dass man damit Schicksalhaftes nicht verhindern könne. „Wir müssen lernen, dass auch Schicksalhaftes passieren kann, und dass wir nicht immer alles im Griff haben.“ (E. am 02.08.2011)

Sowohl Martha E. als auch Hannah K. betonen, dass ohne die technologischen Überwachungsmethoden auch nicht mehr Kinder bei der Geburt zu Schaden gekommen seien.

5.1.4.3 Geburtseinleitungen

Besonders eindrücklich schildert Hannah K., die viele Jahre in einer großen Klinik verbracht hat, die Prozesse der Medikalisierung der Geburt und deren Auswirkungen. Sie macht den Zeitpunkt des Beginns der Medikalisierung mit den 1970er Jahren fest. Davor sei eine eher abwartende Geburtshilfe praktiziert worden mit wenigen Geburtseinleitungen oder Wehenmittelgaben. Das habe sich dann geändert und Geburten seien je nach Kreissaalchef mehr oder weniger manipuliert worden, mit sehr nachteiligen Folgen für Mutter und Kind.

„Die haben also, nach einer gewissen Zeit sind alle eingeleitet worden und eingeleitet worden aber SO, dass die Blase gesprengt worden ist. Brutalst, wenn man überlegt, bei einem Finger oder erhaltener Portio kommst du eh kaum hinein. Dann ist es amnioskopisch gesprengt worden, weil sonst wären sie eh nicht hineingekommen. (...) Die die auf das hinauf Wehen bekommen hat, hat ja Glück gehabt, weil dann ist es halt im Laufe des Tages und der Nacht gekommen. Aber die, die halt noch nicht am Termin war, die hat natürlich ein Pech gehabt, weil das waren dann auch die Geburten, die du

dreimal übernommen hast. Weil in der Früh, am Abend übergeben, dann bist du am nächsten Tag am Abend gekommen, hast du sie noch immer gehabt.“

K. ist der Meinung, dass durch die geburtsmedizinischen Eingriffe viele Pathologien verursacht worden seien. weil Mutter und Kind dadurch in Stresssituationen gebracht worden seien. „Ganz sicher. Die technisierte Geburtshilfe hat die Pathologie hervorgeholt.“

Das habe sich an dem häufig vorkommenden missfärbigen Fruchtwasser gezeigt. Hannah K. sei das erst aufgefallen, als sie im Sanatorium gearbeitet habe und ohne Interventionen auch kaum mehr missfärbiges Fruchtwasser vorgekommen sei. Sie schildert, dass die Interventionen immer weitere Interventionen nach sich gezogen hätten.

Martha E. und Hanna K. weisen darauf hin, dass die GynäkologInnen sich in ihrer Arbeitsweise verändert hätten. Die „ältere Gynäkologengeneration“ sei sehr zurückhaltend gewesen und habe wenig eingegriffen. Das habe sich aber geändert, da die nachfolgenden Generationen mehr „gemanagt“ hätten, worunter sie vor allem die vielen Geburtseinleitungen versteht. „Der eine hat am Freitag eingeleitet, der andere am Samstag und am Sonntag und ich bin drinnen gesessen den ganzen Tag bei diesen verhauten Geburten.“

Martha E. betont in diesem Zusammenhang ihre ethische Herangehensweise: „Eine Geburt teilt man sich nicht ein, sondern eine Geburt begleitet man. Man managt sie nicht, sondern man ist eigentlich Gast dabei und begleitet sie wachsam.“

Sie unterscheidet hier die Begriffe „Geburtsmanagement“ und „Geburtshilfe“, wobei Geburtsmanagement oft Geburtsmedizin zur Folge habe. E. würde sich eine Rückkehr zur Geburtshilfe wünschen, worunter sie versteht: „(...) einfach mit wachsamem Begleiten der Frau, es zumuten, dass sie gebären kann, sie dahingehend unterstützen und das aber in der Schwangerschaft schon.“

E. betont, dass sie diese „Gewalt“ der Geburtseinleitungen und die Folgen davon nicht mehr ausgehalten habe (E. am 29.07.2011). An anderer Stelle erläutert E. diesen Gewaltbegriff näher: Sie ist der Überzeugung, dass Müttern und Kindern durch unnötige Eingriffe Schäden zugefügt werden, die sie als gewaltsam empfindet. Diese würden jedoch von den ÄrztInnen nicht als

Schäden erkannt. „Na, die erkennen sie nicht und horchen auch nicht auf die Kinderpsychologen und die Osteopathen und die Craniosacraltherapeuten, die dann diese Kinder therapieren.“ (E. am 02.08.2011)

Wie E. feststellt, werde auch heute sehr häufig eingeleitet, weil man dadurch bei Geburtsterminüberschreitungen verhindern wolle, dass Kinder versterben, was sich ihrer Meinung nach aber nicht verhindern lasse. E. betont, dass heute sehr oft schon am Termin eingeleitet werde und nicht erst bei Überschreitungen. Früher habe man bis 14 Tage nach dem Termin gewartet (E. am 29.07.2011).

Martha E. findet, dass die Kinder das „Recht haben auf ihren Tag und ihre Stunde“. Sie selbst akzeptiere in ihrer Arbeit dieses Recht der Frauen und Kinder und sie „löse nichts aus, was nicht bereit sei.“ (E. am 29.07.2011)

5.1.4.4 Kaiserschnitt

Alle drei Hebammen stehen den hohen Kaiserschnittraten skeptisch gegenüber und machen sie an verschiedenen Ursachen fest. Hanna K. und Claudia V. merken an, dass durch den Anstieg der Kaiserschnittrate bis zu einem gewissen Punkt die Anzahl der Kinder mit Sauerstoffmangel zurückgegangen sei, aber sie kritisieren die heutige Kaiserschnittfrequenz als zu hoch. Eine niedrige Kaiserschnittrate sei laut Claudia V. früher ein Qualitätsmerkmal einer Klinik gewesen, was heute nicht mehr der Fall sei.

Hannah K. stellt fest, dass die Anzahl der Kaiserschnitte mit Verbesserung der Operationstechniken gestiegen sei, denn früher sei die Operation sehr aufwendig gewesen. Martha E. ergänzt, dass der Kaiserschnitt früher die seltene Ausnahme gewesen sei, da sei es „selbstverständlich gewesen, dass man gebären kann und dass man ins Krankenhaus geht und Schmerzen hat.“ (E. am 29.07.2011)

Zudem sei die Planbarkeit des Geburtsereignisses heute von großer Bedeutung, weshalb Geburten oft terminisiert und an den Urlaub des Partners oder ein „schönes“ Datum angepasst würden. K. meint dazu: „Für mich ist das krank.“ Das hätte es früher nicht gegeben und auch keine GeburtshelferInnen hätten das akzeptiert und durchgeführt, auch im Hinblick auf die Interessen des Kindes. Heute würden die GynäkologInnen diese geplanten Eingriffe aufgrund

der leichteren Organisierbarkeit durchführen. K. merkt an: „Zeit ist kostbar. Muss man sich alles einteilen.“ Sie meint auch, dass der Kaiserschnitt für die ÄrztInnen bequemer sei, weil durch die Planbarkeit ihre Ordinationszeit nicht gestört werden würde.

Laut Hanna K. hätten sich die GynäkologInnen früher mehr Zeit genommen für die Betreuung einer Geburt und sich der Frau gegenüber mehr „verpflichtet“ gefühlt. Hanna K. schränkt ein, dass es auch früher schon „schnittfreudige“ GynäkologInnen gegeben habe, die die Frau schon in der Schwangerschaft zu einem Kaiserschnitt gedrängt hätten. Allerdings seien sie in der Minderheit gewesen und hätten auch die passende Klientel gehabt.

Neben der Technisierung von Geburt, die eine Interventionskaskade in Gang setze, nennen die Interviewpartnerinnen aber noch andere Gründe für den Anstieg der Kaiserschnittraten.

Hannah K. führt sie auf die Bequemlichkeit der Eltern zurück. Sie erklärt, dass die Frauen oft die Beschwerlichkeit einer Schwangerschaft nicht mehr auf sich nehmen wollten und daher die normale Schwangerschaftsdauer nicht mehr einhalten wollten und sich schon vor dem errechneten Geburtstermin einen Kaiserschnitt machen ließen. Sie kritisiert die zunehmende Schmerzempfindlichkeit_der Frauen, deren mangelnde Bereitschaft Schmerzen zu ertragen und deren Ungeduld.

Die interviewten Hebammen stehen der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt kritisch gegenüber, betonen die negativen Folgen für die werdenden Mütter und Kinder und ziehen den Nutzen in Zweifel. Hebammen sprechen dabei von Schäden nicht nur dann, wenn diese körperlich sicht- und messbar sind, sondern auch wenn sie zu emotionalen oder psychischen Beeinträchtigungen und zur Verletzung der Integrität der Mütter und Kinder führen.

Zudem widersprechen interventionsreiche Geburten, insbesondere dann, wenn diese nicht aus medizinischen, sondern aus ökonomischen oder organisatorischen Gründen erfolgen, den ethischen Grundhaltungen der Hebammen. Um eine interventionsärmere Geburtshilfe zu erreichen, sei die Betreuung durch Hebammen wünschenswert.

Sie unterstreichen die Veränderung der ärztlichen Handlungsweisen, weisen

aber auch auf die Beteiligung der Frauen an dem Prozess der Medikalisierung hin. Dieser Aspekt wird nun noch näher ausgeführt.

5.1.5 Die Rolle der Frau zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung

Die Interviewpartnerinnen führen die Selbstbestimmung und Wahrnehmung der Eigenverantwortung der Schwangeren und Gebärenden als wesentlichen Faktor in der Betreuung durch die GeburtshelferInnen an.

„Und das ist halt, dass du das heute kaum mehr findest, dass Eltern wirklich die Verantwortung übernehmen. (...) Weil sie sich das einfach auch nicht zutrauen, zum Teil. Dass man schon so verunsichert ist, dass man sich ja selber eigentlich nichts mehr entscheiden traut.“

Claudia V. betont, dass sie das Risiko einer Geburt nicht zur Gänze auf sich nehmen wolle. Sie fügt hinzu, dass sie selbst auch mehr auf Sicherheit bedacht sei, wenn sie merke, dass die Frauen ihre Verantwortung abgeben. V. erklärt, dass auch die ÄrztInnen sich mit Eingriffen zurückhalten würden, wenn sie merken, dass die Eltern die Verantwortung übernehmen. Sie räumt aber ein, dass es schwierig werde, wenn die Eltern ein Vorgehen einforderten, das den gängigen Richtlinien widerspreche oder sich gegen die Überzeugungen der GeburtshelferInnen richte. Außerdem würden die Frauen während der Schwangerschaft bereits so verunsichert, dass sie ihre Eigenverantwortung nicht mehr wahrnehmen könnten.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Hebammen sich der Frau und dem Kind gegenüber sehr verantwortlich fühlen, und dass sie dafür eintreten, die Vorstellungen und Wünsche der Frauen zu verwirklichen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn sich die Vorstellungen der Frauen mit jenen der Hebammen decken. V. schränkt aber ein, dass sie dem Wunsch der Frauen nicht folge, wenn es medizinisch nicht gerechtfertigt erscheine oder wenn es dem Kind nicht gut gehe. Claudia V. versucht die Wünsche der Frauen auch dann zur respektieren, wenn sie ihren eigenen Vorstellungen von Geburtshilfe zuwiderlaufen.

„Das ist mir einfach ganz wichtig. Dass ich die Frau immer respektiere und ich respektiere die Frau aber auch, wenn die Frau sagt: ‚Ich will jetzt eine PDA‘,

auch wenn ich keine will. Weißt du so? Da bin ich ja gefühlsmäßig oft schon im Ding, nicht, aber dann denke ich mir schon, es steht mir nicht zu zu sagen: „Du kriegst keine PDA, weil ich glaube du musst dein Kind so kriegen.“ Ich finde, das kann man auch nicht machen. Das steht mir einfach nicht zu! Du wirst natürlich nicht alles machen, weil viele Frauen sagen: „Jetzt möchte ich einen Kaiserschnitt.“ Da musst du dann schon unterscheiden. Aber GRUNDSÄTZLICH zu einer Frau zu sagen: „Du musst jetzt da durch, du kriegst keine PDA.“ Das kannst du auch nicht machen.“

Allerdings erzählt V. auch von Notfallsituationen, in denen den Gebärenden kein Mitspracherecht mehr eingeräumt wird.

Alle drei Interviewpartnerinnen stimmen darin überein, dass die Frauen früher die Geburt als etwas „Normales und Natürliches“ betrachtet hätten und die Sicherheit gehabt hätten, gebären zu können. Wie Martha E. ausführt, werde dieses Können heute oft an Fachleute und Institutionen abgegeben.

„Die Frauen sagen auch: „Die werden schon wissen, was gut und richtig ist.“ Das heißt, sie übergeben eigentlich das, was sie KÖNNEN. Ideal wäre es natürlich, wenn die Frauen in ein Krankenhaus gehen und sagen: „Ich kann gebären und ich bin an einem Ort, wo alles vorhanden ist, wenn ich etwas brauche.“ Das wäre eine optimale Einstellung. Aber den Unterleib bei der Haustür abzugeben ist nicht so glücklich.“ (E. am 29.07.2011)

Auch Hannah K. weist darauf hin, dass die Frauen früher mehr Vertrauen in ihren Körper gehabt hätten, obwohl sie sehr wenig über die Vorgänge während der Schwangerschaft und Geburt gewusst hätten. Das habe ihnen ermöglicht, angstfreier durch Schwangerschaft und Geburt zu gehen.

„Die haben gar nicht gewusst, was wirklich in Ihnen vorgeht und was es für Pathologien gibt. Woher auch? In den Zeitungen, in den Büchern ist nichts drinnen gestanden, Internet hat es keines gegeben und so was die Leute halt ein bisschen erzählt haben, das war relativ harmlos.“

Hannah K. ist überzeugt, dass die große Informationsflut, die heute Frauen offenstehet zu ihrer Verunsicherung beitrage.

Hebammen erachten die Wahrnehmung der Eigenverantwortung für die Schwangerschaft und Geburt als Bedingung für eine Betreuung, in der die Wünsche, Bedürfnisse und das Körperwissen der Frauen geachtet und respektiert werden und gleichzeitig die nötige Fürsorge und fachliche Betreuung

gewährleistet wird. Gleichzeitig beklagen sie den Verlust ebendieses Körperwissens und des Vertrauens in die Gebärfähigkeit, was eine Betreuungsform erschwere, die die Integrität aller Beteiligten und die Selbstbestimmung wahre. Die Aussagen verdeutlichen, dass nach Meinung der Hebammen eine Zunahme an Information nicht mit einem vermehrten Körperwissen einhergehe und auch nicht zwingenderweise zu einer selbstbestimmten Geburt beitrage.

Die Interviewpartnerinnen zeigen auf, dass die Wünsche der Mutter aus medizinischen Gründen oder aus kindlicher Indikation hintangestellt würden, was sie als legitim erachten und als Selbstverständlichkeit betrachten.

Durch die besondere Position der Hebammen zwischen Eigenverantwortung und interdisziplinärer Zusammenarbeit kann festgehalten werden, dass in den letzten Jahren die Hebammentätigkeit in vielen Bereichen durch die ärztliche Tätigkeit ersetzt worden ist. Und auch Hebammen selbst haben Tätigkeitsbereiche aufgegeben oder überweisen Frauen an Institutionen oder ÄrztInnen für Leistungen, die früher in ihrem Kompetenzbereich gelegen sind. Diese Prozesse können als Versuch gesehen werden, einen Teil der Verantwortung, die der Beruf mit sich bringt, an ÄrztInnen und Frauen zu delegieren. Da die Delegation an ÄrztInnen mit dem Verlust an Autonomie und Kompetenz einhergeht, wird zusätzlich von den betreuten Frauen die Übernahme der Eigenverantwortung eingefordert. Zudem spielen ökonomische, rechtliche oder organisatorische Aspekte eine Rolle.

Die Verlagerung der Geburt ins Krankenhaus und die Dominanz der ärztlichen Betreuung verdrängen Hebammen aus ihrer angestammten Position als traditionelle Begleiterin von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Als wesentliche Gründe dafür werden immer wieder der Anspruch an die Sicherheit von Mutter und Kind und die Selbstbestimmung der Frau angeführt, die ja auch zentraler Bestandteil der rechtlichen Regelungen und des Haftungsrechts sind. Im folgenden Teil werde ich nun einige Schadensfälle schildern, auf die daraus resultierenden Konsequenzen und die Ursachen für Haftungsklagen eingehen.

5.2 Hebammen und das Haftungsrecht

Aus den Interviews geht hervor, dass alle Hebammen schon an Geburten beteiligt waren, bei denen Kinder verstorben, krank zur Welt gekommen oder durch den Geburtsverlauf beeinträchtigt worden sind. Diese Fälle werden hier als Schadensfälle bezeichnet, weil sie Grund für einen Haftungsprozess geben können und nicht weil die Kinder, die in dieser Weise zur Welt kommen, als Schaden betrachtet werden.

5.2.1 Schadensfälle

Martha E. schildert einen besonders tragischen Fall: Eine Frau habe sich bereits acht Tage vor dem errechneten Geburtstermin am Geburtsort einquartiert, weil ihr Wohnort weiter weg gewesen sei und sie ein „besseres Gefühl“ gehabt habe. Die Frau sei noch beim Arzt gewesen, der keine Auffälligkeiten festgestellt habe. Auch Martha E. habe noch Untersuchungen gemacht und CTG geschrieben und keinen Hinweis auf einen pathologischen Verlauf gefunden.

„Und am Freitag, kann ich mich erinnern, sie ist am Dienstag gekommen, am Freitag sagt sie zu mir: ‚Ich habe seit gestern mein Baby nicht mehr gespürt.‘ (...) Das Kind hat sich verabschiedet gehabt.“ (E. am 02.08.2011)

Martha E. ist der Meinung, sie habe das nicht verhindern können, weil ein CTG eben nur eine Momentaufnahme sei, keine Prognosen über den Zustand des Kindes zulasse und den Tod eines Kindes nicht verhindern könne. Das würden auch Fälle in Krankenhäusern zeigen, die trotz Vorhandensein aller Infrastruktur geschehen. Juristische Konsequenzen hat der Fall nicht gehabt.

Bei einem anderen Fall nimmt E. jedoch die Schuld auf sich. Bei einer Hausgeburt habe sie den Geburtsverlauf falsch eingeschätzt und mit der Transferierung ins Krankenhaus zu lange gewartet. Das Kind sei asphyktisch gewesen und habe bleibende Schäden davongetragen. Das belaste sie auch heute noch, obwohl es schon 25 Jahre her sei. Als Konsequenz mache sie keine Hausgeburten mehr, weil sie ein CTG zur Absicherung brauche. Auch dieser Fall habe keine juristischen Konsequenzen gehabt. Der Vorstand der

Geburtshilfe der Klinik habe sie verwirrt. Martha E. ist jedoch der Meinung, dass sie heute in derselben Situation verklagt werden würde (E. am 02.08.2011).

An einem weiteren Schadensfall war E. nur zum Teil involviert:

Vor fünfzehn Jahren habe sie zusammen mit einem Gynäkologen eine Beckenendlagengeburt betreut. Es hätten sich Komplikationen abgezeichnet. Deshalb habe die Geburt abgebrochen werden müssen. Die Frau sei auf ihren eigenen Wunsch hin ins Sanatorium transferiert worden. Der Gynäkologe habe dort die Geburt weiterbetreut. Es sei aber eine andere Hebamme hinzugezogen worden. Martha E. habe die Hand auf den Bauch der Frau gelegt und die Todesangst des Kindes gespürt. Das habe sie auch dem Gynäkologen mitgeteilt, aber er habe das nicht ernst genommen. Das Kind sei bei der Geburt verstorben. Die Narkoseärztin aus dem Sanatorium habe zu der Frau gesagt: „Bitte versprechen Sie mir, dass sie nie mehr ein Kind bei einer Hebamme kriegen.“ Die Frau habe geantwortet: „Mein Kind ist bei bereitstehendem OP hier im Sanatorium gestorben und nicht bei der Hebamme.“ (E. am 02.08.2011)

Claudia V. hat diese Familie im Sanatorium mit dem Gynäkologen weiterbetreut. Sie schildert ihre Erfahrungen:

Als der Gynäkologe mit der Frau ins Sanatorium kam, sagte er: „Die Frau E. ist schon so müde, oder ich weiß nicht, was los ist mit ihr, oder überarbeitet.“ Er mache jetzt keine Sectio. Claudia V. habe pathologische Herzrhythmen festgestellt und dies dem Arzt mitgeteilt, aber er habe sich trotzdem geweigert, einen Kaiserschnitt zu machen. Sie habe sich gedacht: „Er wird schon wissen, was er tut.“ Letztendlich sei das Kind bei der spontanen Geburt verstorben. Claudia V. ist der Meinung, dass dieser Schadensfall nur deshalb passieren habe können, weil sie nicht nach ihrem Wissen und ihrer Intuition gehandelt habe, sondern die Verantwortung abgegeben habe an den Gynäkologen.

Dieser Vorfall hat keine rechtlichen Konsequenzen gehabt. Die Eltern haben auf eine Klage verzichtet und die Staatsanwaltschaft habe damals bei einem Todesfall während einer Geburt nicht urgierter. Die einzige finanzielle Entschädigung sei gewesen, dass den Eltern für die Geburt keine Kosten in

Rechnung gestellt worden seien. Der Gynäkologe habe sich bei den Eltern entschuldigt und die Schuld auf sich genommen.

Auch Hannah K. hat schon den tragischen Ausgang einer Beckenendlagengeburt erlebt. Diese sei, wie damals üblich, als Spontangeburt angestrebt worden. K. führt aus:

„(...) die Beckenendlagen sind früher zu 90 Prozent spontan entbunden worden, aber auch deswegen, weil die Gynäkologen das auf der Klinik alle gelernt haben und können haben und wir haben keine Tschapperln gehabt, weil die normal auf die Welt gekommen sind. Zehn Prozent sind nicht gegangen, weil das waren die Fußlagen, oder halt irgendwie komisch gelegen, die halt nicht gegangen sind. Aber 90 Prozent sind immer spontan entbunden worden. Auch bei der Erstgebärenden.“

In diesem Fall seien die Herztöne nach dem Blasensprung hochgradig pathologisch gewesen, aber der Arzt habe trotz Aufforderung von K. den Kaiserschnitt zu spät durchgeführt. Das Kind sei schwer geschädigt gewesen und auf die Kinderklinik gekommen, wo die Eltern dazu animiert worden wären zu klagen. Das hätten die Eltern dann auch getan. Der Prozess habe fünf Jahre gedauert und der Arzt sei verurteilt, K. freigesprochen worden.

K. war nach eigenen Angaben noch in zwei weitere Fälle verwickelt, die sie vor Gericht geführt haben. Sie ist aber jedes Mal freigesprochen worden.

Claudia V. weist zudem darauf hin, dass es in den 1980er Jahren noch überhaupt nicht üblich gewesen sei, Hebammen und Gynäkologen zu verklagen. Diese Fälle seien mit den Eltern persönlich gelöst worden. In ihrem Fall habe sie die Frau im Wochenbett weiter betreut. Sie sagt dazu: „Ich schwöre dir, das war jeden Tag ein Canossagang dorthin... Aber es ist eigentlich eine Freundschaft daraus geworden.“ V. habe die betroffene Frau auch bei der Geburt der nächsten beiden Kinder wieder betreut. Die Frau sei aber von einem anderen Gynäkologen betreut worden, weil jener der ersten Geburt weitere Gespräche mit den Eltern abgelehnt habe, was die Eltern ihm nicht verziehen hätten. V. hingegen sei auch bei der Beerdigung dabei gewesen. Sie gibt an, sie habe sich schuldig gefühlt, weil sie „nicht früher den Mund aufgemacht habe.“

Sie betont die Wichtigkeit der Begleitung der Eltern auf einer menschlichen Ebene durch die bei der Geburt anwesenden Personen. Haftungsklagen

würden ihrer Meinung nach solch eine Bearbeitung stören oder verhindern, wobei sie auch einräumt, dass die Motivation für Klagen auch verständlich sei.

Hannah K., die im Zuge von Haftungsklagen schon vor Gericht gestanden hat, erzählt, dass bei Prozessen die Hebamme „immer der Feind“ sei. „Du bist einmal der Feind vom Gynäkologen ... weil da ist er dann nicht mehr der, der die Verantwortung über hat. Dann bist einmal du schuld. Primär bist immer du schuld.“ K. behauptet aber auch, dass die GutachterInnen den Hebammen nicht wohlgesonnen seien. „Du kannst dir einmal ganz sicher sein, dass der nie zu dir steht.“ K. meint, im besten Fall würde der Gutachter die Hebammen in ihrer Tätigkeit nicht ernst nehmen und ihnen somit auch keine Schuld an einem Schadensfall zusprechen.

Im Hinblick auf die Beziehung zur entbundenen Frau, die Klage einreicht, stellt K. klar:

„Der Frau gegenüber, ich habe das immer, also ich habe das bei beiden Malen so gehandhabt: die ist nicht mein Feind. Auch wenn sie mich anzeigen. Gut, mich hat sie ja nicht angezeigt, wohl damals bei der Schulterdystokie. Aber die ist nicht mein Feind. Sie kann ja nichts dafür, wenn man ehrlich ist. Sie glaubt halt, sich so wehren zu können (...). Sie ist nicht mein Feind. Also man sollte nicht feindlich der Frau gegenüber stehen. Ich habe es auch nie empfunden so, interessanterweise. Aber es ist der Gynäkologe ist dein Feind.“

Alle drei Interviewpartnerinnen merken an, dass die Schadensfälle sie sehr belastet haben. Martha E. betont die Selbstzweifel und Vorwürfe die aus solchen Tragödien resultieren. „Natürlich sagt man dann: „Hätte ich jetzt die Blase aufgemacht. Hätte ich jetzt, dann wäre das nicht passiert. Verstehst du? Hätten wir...“ (E. am 02.08.2011)

Manche der erzählten Schadensfälle lassen auf den ersten Blick den Schluss zu, dass durch einen frühzeitig gesetzten Kaiserschnitt die Schäden vermeidbar gewesen wären, was eine interventionsreiche Geburtshilfe legitim erscheinen lässt. Aus den Erzählungen ist auch zu entnehmen, dass alle Schadensfälle, wie bereits in Kapitel 3.7 erwähnt eine „systemische Komponente“ aufweisen, wozu auch mangelnde Kommunikation und Konflikte gezählt werden. Die interviewten Hebammen führen die Ursachen für diese Fälle auf die Missachtung ihres Wissens und ihrer Intuition zurück.

Wie bereits in den theoretischen Ausführungen gezeigt wurde, bringt der übermäßige Einsatz geburtshilflicher Maßnahmen Nachteile für Mutter und Kind mit sich, die den Nutzen übersteigen. Zudem besteht die geburtshilfliche Kunst genau darin, Interventionen zum richtigen Zeitpunkt und im richtigen Ausmaß zu setzen. Die strukturellen Bedingungen sollten darauf ausgerichtet sein, dieses Ziel zu erreichen.

Die Konsequenzen, die aus Schadensfällen gezogen werden, führen aber meist in eine andere Richtung. Es kommt zu einseitigen Schuldzuweisungen, zu einer Pathologisierung und Medikalisierung der Geburtshilfe und zu einer Abwertung und Verdrängung der Hebammentätigkeit.

Welche persönlichen Konsequenzen die Hebammen aus den erlebten Schadensfällen ziehen und wie ÄrztInnen darauf reagieren wird im folgenden Abschnitt erläutert.

5.2.2 Folgen der Schadensfälle

Im Rahmen der Interviews wird deutlich, dass Hebammen ihr Tätigkeitsfeld mehr und mehr einschränken, obwohl sie selbst sich relativ unabhängig von den rechtlichen Rahmenbedingungen empfinden und obwohl ihre beruflichen Kompetenzen und Erfahrungen zugenommen haben. Diese Einschränkungen ergeben sich nicht nur aus der Zusammenarbeit mit Institutionen und /oder ÄrztInnen und den damit verbundenen Richtlinien,³¹ sondern gehen von den Hebammen selbst aus.

Alle drei Hebammen betonen, sie seien durch die Schadensfälle zwar vorsichtiger geworden, ihre Handlungsweisen würden sich aber nach wie vor nach ihrem Gefühl, ihrer Erfahrung und ihrem Gewissen richten.

An anderer Stelle stellt V. aber fest, dass sie sich heute viel mehr an die Gesetze halte als früher und sie ist der Meinung, dass Hebammen früher ihre Handlungsweisen auf ihre Fähigkeiten abgestimmt haben. Heute würden sie sich nach den rechtlichen Vorgaben richten.

³¹ Siehe Kapitel 5.1.1.2 und 5.1.2

So erzählt Claudia V. in einem informellen Gespräch dass sie heute, wenn möglich, zusätzliche technische Mittel oder Institutionen heranziehe, um sich rechtlich abzusichern. So schicke sie Kinder mit Gelbsucht zur Abklärung in die Klinik, weil sie nicht die Verantwortung alleine tragen wolle. Früher habe sie das selbst beurteilt, aber heute denkt sie sich: „Warum soll ich riskieren, dass ich verklagt werde?“ (...) und wenn der Eingriff nicht massiv ist (...).“ Sie führe auch keine Wendungen mehr durch, obwohl sie das früher mit Erfolg praktiziert habe.

„Damals hat es aber auch die Klinik nicht gemacht. Jetzt mittlerweile macht es die Klinik und da finde ich, dass es halt auf der Klink sicherer ist. Dann denk ich mir, warum soll ICH wenden, wenn man auf der Klinik das mit einem Ultraschall sicherer sieht. Also, wie die Plazenta und so ist. Da denk ich mir: ,Ist ja nicht sinnvoll.“

In Bezug auf die Hausgeburten betont V., dass sie lieber vorzeitig abbreche und die Frau an eine Klinik abgabe, als in eine Situation zu kommen, die sie nicht beherrsche oder die Mutter und Kind gefährde. Das habe sie aber immer schon so gehandhabt. Früher habe sie aber auch manchmal eine Hausgeburt trotz erhöhten Risikos durchgeführt, weil die Eltern sich eine Geburt in der Privatklinik nicht leisten wollten oder konnten. Heute nehme sie diese Verantwortung nicht mehr auf sich. Zudem seien heute die Bedingungen in den Sanatorien, wie bereits erwähnt, so gestaltbar, dass sie sich von einer Hausgeburt nur geringfügig unterscheiden. Es sei aber eben doch die medizinische Versorgung für den Notfall gewährleistet.

Wenn sich die Frau die Privatklinik nicht leisten könne, dann verweise sie sie in eine Klinik, die die beste Möglichkeit für eine Spontangeburt in der gegebenen Problemlage biete. Manchmal sei das mit zusätzlichen Belastungen für die Frau verbunden, aber das müsse die Frau dann auf sich nehmen.

Martha E. und Claudia V. zeigen sich auch beeinflusst von der kürzlich stattgefundenen Verurteilung einer Kollegin. Seither betreuen sie keine Frauen nach Kaiserschnitt mehr bei außerklinischen Geburten, was sie früher nach sorgfältiger Risikoanamnese übernommen haben. Diese Beschränkung der beruflichen Handlungsautonomie erfolgt, obwohl E. keine negativen Erfahrungen mit Spontangeburten nach Kaiserschnitt gemacht habe:

„(...) ich habe wirklich in diesen zwanzig Jahren viele gehabt, nach Status post Sectio und achtzig Prozent sind problemlos gegangen und die anderen haben sich recht schnell herauskristallisiert. Meistens schon in der ersten Stunde, dass ich gesehen habe, aha das stimmt nicht zusammen. Wehen oder Muttermundbefund und Wehentätigkeit stimmt überhaupt nicht zusammen. Schluss.“ (E. am 02.08.2011)

V. ergänzt, dass derzeit von Frauenseite her keine Nachfrage danach bestehe.

In Bezug auf die Dokumentation stellen die Hebammen fest, dass sie im Hinblick auf die Haftungsklagen einen großen Stellenwert habe, um Geburtsverläufe nachvollziehen zu können. Die Interviewpartnerinnen geben jedoch an, dass sich Umfang und Art der Dokumentation nicht verändert hätten. Claudia V. und Martha E. betonen, dass sich die Intensität der elektronischen Überwachung des Geburtsverlaufes in Abhängigkeit vom Geburtsverlauf gestalte und nicht nach der Angst vor rechtlichen Konsequenzen. Martha E. dokumentiert bei schwierigen Geburtsverläufen sehr ausführlich und setzt auch das CTG intensiver ein. Sie betont jedoch, dass das CTG für sie auch zur Abschätzung der Situation und zur Entscheidungsfindung wichtig sei.

ÄrztInnen hingegen legen großen Wert auf ausführliche Dokumentation und Überwachung. Besonders die CTG-Überwachung aus forensischen Gründen sei in geburtshilflichen Institutionen und für ÄrztInnen besonders wichtig. So schildert Claudia V., dass es früher üblich gewesen sei, sogenannte Hebamencocktails zur Geburtseinleitung zu Hause zu verabreichen. Nun müsste der Cocktail in der Privatklinik bei regelmäßiger CTG-Überwachung verabreicht werden. V. meint, den ÄrztInnen würde diese Vorgehensweise Sicherheit geben.

Diese Standpunkte sind insofern interessant, als Tew (2007:33) darauf hinweist, dass der Verzicht auf eine CTG-Überwachung nicht als Verletzung der Sorgfaltspflicht betrachtet werden kann. Die GeburtshelferInnen scheinen hier also zu Überwachungsmethoden zu greifen, die zu ihrer Absicherung dienen sollen. Es stellt sich die Frage, wie eine etwaige fehlende Überwachung im Schadensfall vor Gericht bewertet würde. Da sich das Urteil im wesentlichen auch auf die Aussagen des Gutachtens stützt und medizinische Gutachter technische Überwachungsmethoden als Bedingung für die höchstmögliche Sicherheit sehen werden, ist davon auszugehen, dass mangelnde

Dokumentation und Überwachung zum Nachteil der/des Angeklagten gereichen werden.

K. und V. sind der Überzeugung, dass ÄrztInnen ein größeres Regressdenken und mehr Angst vor rechtlicher Verfolgung hätten als Hebammen. Claudia V. sieht das auch als berechtigt, weil ÄrztInnen ihrer Meinung nach auch die Verantwortung tragen müssten. K. widerspricht dieser Feststellung und ergänzt, dass Hebammen die Geburten in den Sanatorien zum Großteil alleine begleiten und damit auch die Verantwortung tragen.

V. ist der Meinung, dass ÄrztInnen aufgrund des forensischen Druckes viele geburtshilfliche Praktiken nicht mehr durchführen würden, wie z.B. Beckenendlagen spontan entwickeln, Vakuum oder Zangenentbindungen. Stattdessen werde eher ein Kaiserschnitt durchgeführt. Sie beklagt den dadurch entstehenden Verlust von Fertigkeiten und Kompetenzen. Laut K. würde die Tendenz zu vermehrten Haftungsklagen zur Medikalisierung der Geburtshilfe beitragen, indem sie zu einer Reihe präventivmedizinischer Eingriffe führe. Sich dagegen zu wehren, hält sie jedoch für aussichtslos, da die GynäkologInnen vor rechtlicher Verfolgung im Schadensfall geschützt seien, wenn geburtsmedizinische Maßnahmen frühzeitig ergriffen werden.

Sie stimmt der Frage zu, ob sich das ändern würde, wenn Klagen aufgrund der Durchführung unnötiger Eingriffe eingebracht würden. Allerdings räumt K. ein, dass die GynäkologInnen eine sehr starke Lobby haben. Sie geht davon aus, dass sie die Geburtshilfe nicht mehr betreiben würden, wenn ihre Entscheidungsgewalt durch ein größeres Mitbestimmungsrecht der Frau eingeschränkt werde.

Aus den Interviews ist implizit zu entnehmen, dass die Hebammen ein großes Verantwortungsbewusstsein besitzen, das nicht nur aus der Sorge um etwaige rechtliche Konsequenzen resultiert, sondern aus einem persönlichen Bemühen für das Wohl von Mutter und Kind.

Schadensfälle tragen zur Einschränkung des Tätigkeitsbereiches der Hebammen, zur Eingliederung von Tätigkeitsbereichen in das ärztliche Handlungsfeld, zur Institutionalisierung der Geburtshilfe und eine interventionsreichen Form der Geburtshilfe bei. Der vermehrte Einsatz von Technik und die frühzeitige Durchführung von Kaiserschnitten garantiert

vermeintlich Straffreiheit im Falle von Haftungsklagen. All das geschieht, obwohl sich die Sicherheit für Mutter und Kind, wie bereits gezeigt wurde, dadurch nicht erhöht, sondern negative Folgen für Mütter und Kinder zu erwarten sind. Wie bereits erwähnt, hängen diese Prozesse eng mit der Übernahme oder Delegation von Verantwortung zusammen.

Auf diese Aspekte und die Frage der Schuld wird im folgenden Teil näher eingegangen.

5.2.3 Ursachen für Haftungsklagen

Alle drei Interviewpartnerinnen geben an, dass der rechtliche Druck im Laufe ihrer Berufstätigkeit stärker geworden sei und die Anzahl der Haftungsklagen zunehme. Hannah K. verurteilt diese Tendenz und stellt in Frage, ob Klagen ein geeignetes Mittel sind, um dem Recht auf Selbstbestimmung und dem Bedürfnis nach Sicherheit nachzukommen.

Claudia V. findet es hingegen grundsätzlich positiv, dass die Frauen ihre Patientinnenrechte wahrnehmen und notfalls auch einklagen.

„Es hat ja auch, nicht zu meiner Zeit, aber ganz früher Zeiten gegeben, wo das wurscht war, was der gemacht hat. Ein Arzt, das war der Gott in Weiß und wenn er noch so viele Fehler gemacht hat, hat das keine Konsequenzen gehabt. Und so geht das natürlich auch nicht, weil jeder muss für seine Handlungen gerade stehen.“

Die Ursachen für die Zunahme der Haftungsklagen sind komplex und vielfältig und stehen in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Werten und Normen. Wie bereits mehrmals betont wurde, stellt die Sicherheit in der Geburtshilfe einen zentralen Wert dar, den ich nun näher ausführen möchte.

5.2.3.1 Die sichere Geburt?

Wie bereits in den Kapiteln 5.1.4 und 5.1.5 dargestellt, führen die Interviewpartnerinnen an, dass die Medikalisierung der Geburtshilfe die werdenden Eltern verunsichert und unter Druck setzt. Die Medizin verspricht Sicherheit unter der Bedingung, dass alle Untersuchungen wahrgenommen werden und Sicherheit bedeutet, ein gesundes Kind zu bekommen. Die

Verantwortung für die Geburt wird an die GeburtshelferInnen delegiert und die Sicherheit in den geburtshilflichen Strukturen und den betreuenden ÄrztInnen gesucht.

Hannah K. führt diese Tendenz auf die negativen Folgen der Medikalisierung zurück:

„Also es ist sehr viel auch von diesen gemachten Pathologien sind die Frauen ängstlicher geworden und hellhöriger. Weil in den siebziger Jahren ist es aufgekommen, dass man vielleicht auch ein bisschen darüber nachdenken kann, oder nicht mehr so schicksalhaft alles hinnehmen sollte.“

Die interviewten Hebammen haben jedoch ein differenziertes Bild von Sicherheit. Hannah K. begreift eine sichere Geburt wie folgt:

„(...) und ein Großteil der Frauen wollen die sogenannte ‚sichere Geburt‘, wo ja nichts passiert. Nur, der Begriff oder was ist sichere Geburt? Was ist das? Ist der Kaiserschnitt die sichere Geburt? Ich meine, das ist in Frage zu stellen, meiner Meinung nach. Für mich ist das nicht die sichere Geburt. Für mich ist die sichere Geburt die normale Geburt. (...). Da habe ich meine Zweifel. Dieses sogenannte Sicherheitsdenken, ich weiß nicht, ob das (.) wirklich was mit Sicherheit zu tun hat.“

Nach Meinung der Interviewpartnerinnen könne man Sicherheit in der Geburtshilfe nicht garantieren, da die Geburtshilfe unberechenbar sei. Als Hebamme müsse man sich darüber im Klaren sein, dass es immer wieder einmal Notfälle geben werde. Man werde „immer wieder einmal Überraschungen erleben, mit denen man nicht rechnet.“ (E. am 02.08.2011) Das bestätigt auch Hannah K. „Es gibt so viele Sachen, die es eigentlich gar nicht geben dürfte und trotzdem gibt es sie.“

Martha E. ergänzt:

„Und für mich gibt es, aufgrund dessen, was ich gesehen habe (...) gibt es keine Sicherheit. Es gibt sie nicht. Es gibt ein wachsames Begleiten, aber eine sogenannte SICHERHEIT, jemanden eine SICHERHEIT zu geben, das gibt es nicht.“ (E. am 29.07.2011)

Martha E. und Claudia V. führen das erhöhte Sicherheitsbedürfnis darauf zurück, dass Frauen heute weniger Kinder kriegen und diese dadurch „wertvoller“ seien oder „perfekt“ sein müssten. „Früher hat halt eine Frau auch

viele Kinder bekommen. Heute kriegt sie ein Kind oder zwei Kinder und das muss perfekt sein, oder in Ordnung. Diese Erwartung haben die Frauen auch.“ (V. am 11.07.2011)

Auch Schücking (2003:21) bekräftigt diese Aussage, indem sie feststellt, dass in westlichen Industrienationen durch die geringe Geburtenzahl der Schwangerschaft und Geburt „individuell“ und medizinisch“ viel Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Zusammen mit der mangelnden Eigenverantwortung, auf die in Kapitel 5.1.5 näher eingegangen wurde, stellt der Sicherheitsaspekt nach Meinung der Hebammen eine wichtige Motivation für Haftungsklagen dar.

Einen weiteren Grund sehen die Hebammen im finanziellen Ausgleich für den erlittenen Schaden.

5.2.3.2 Finanzielle Entschädigung

K. ist der Meinung, dass die Klagen oft rein finanzielle Gründe haben und durch das Vorhandensein von Versicherungen auch leichter eingereicht werden.

V. verstehe die Forderungen der Eltern nach finanzieller Entschädigung, da ein behindertes Kind einen finanziellen Mehraufwand darstelle. Sie ist überzeugt, das geschehe nicht aus Geldgier oder dem Anspruch an ein perfektes Kind, sondern aus einem Versorgungsgedanken der Eltern gegenüber ihrem Kind.

„Es geht ja nicht nur um das, dass die Eltern so geldgierig oder sonst was sind, wie sie oft dargestellt werden. So sehe ich das nicht! Sondern du musst ja auch das Kind vertreten. Wenn die Eltern nicht mehr leben, auf das muss ja dann auch noch geschaut werden, oder dass es dann versorgt ist oder wie auch immer. Also das sind schon viele Komponenten.“

Eine weitere Ursache, die ebenfalls mit der Frage nach der Verantwortung zusammenhängt, ist der Umgang mit der Schuldfrage. Im folgenden Teil wird auf die Verantwortlichkeit für Schadensfälle aus der Sicht von Hebammen eingegangen.

5.2.3.3 Schuld oder Schicksal?

Auffallend ist hier, dass alle drei Hebammen bei der Frage nach der Verantwortung bei Schadensfällen auf die Unberechenbarkeit der Geburtshilfe

verweisen, den Schicksalsbegriff aufgreifen und Schuld nur in bestimmten Fällen zuweisen.

Laut Claudia V. habe sich die Schuldfrage früher nicht gestellt:

„Früher, wenn etwas passiert ist, dann war das TRAGISCH, aber gewisse Sachen sind halt passiert und die passieren ja heute auch noch. Aber HEUTE muss ja immer einer schuld sein. Heute ist es nicht so, dass man sagt, wenn eine Behinderung oder sonst etwas ist, es ist zwar für die Familie natürlich schrecklich oder schlimm, wenn irgendein ein Kind eine Behinderung hat, aber HEUTE fragt man: ‚Wer ist denn schuld, dass das so ist?‘ ‚Hätten Sie mir das früher gesagt, dann hätte ich dieses Kind vielleicht gar nicht bekommen.‘ Und so ist das. Das hat es früher nicht gegeben.“ (V. am 11.07.2011)

Zudem betont E., dass Schadensfälle überall passieren können und auch tatsächlich passieren, in Krankenhäusern trotz des Vorhandenseins aller Technologie, in Privatkliniken und auch in der außerklinischen Geburtshilfe. „Es passiert auch Schicksalhaftes und es passieren Geschichten, die einfach Fehlentscheidungen sind. Weil einfach wir alle Menschen sind und manchmal werden Fehlentscheidungen getroffen (...).“ (E. am 02.08.2011)

Laut Martha E. müssten wir alle lernen, Schicksalhaftes zu akzeptieren, da es nicht vermeidbar sei. Sie führt aus, dass die Frauen in der außerklinischen Geburtshilfe die Schuld für Schadensfälle oft bei sich selbst suchen. „Wo die dann sagen: ‚Ich habe ja alle Untersuchungen gemacht, ich habe ja alles gemacht. Warum und wieso?‘ oder ‚Wer oder was ist schuld?‘ Ich sage dann immer wieder: ‚Es gibt keine Schuld.‘“ (E. am 29.07.2011)

Trotz dieser Einstellungen bezüglich der Schicksalhaftigkeit bestimmter Geburtsverläufe, benennen alle drei Hebammen auch ihre Vorstellungen von schuldhaftem Verhalten.

Martha E. ist der Meinung, dass Hebammen keine Schuld treffe, solange sie nicht durch einen Eingriff etwas verursachen, eigenmächtig oder fahrlässig handeln. Wenn aber „etwas passiere“, so sei man nicht schuld, denn man sei nur mit dabei, habe es aber nicht verursacht. E. betont hierzu, dass Vorgänge, die vom Körper der Frau ausgingen oder vom Kind hervorgerufen würden, nicht der Hebamme angelastet werden könnten. „Wie kannst du wissen, dass so was kommt? Wie kann jemand das wissen?“ (E. am 02.08.2011)

E. schildert ihren eigenen Umgang mit Situationen, in denen sie sich selbst keinen Fehler vorwerfen könne: „Die Situation, wo ich da mit drinnen war, war so. Ich hätte nicht anders handeln können. Ich habe mein bestes gegeben. Ich habe gewissenhaft gearbeitet und habe gehandelt.“ (E. am 02.08.2011)

Claudia V. spricht von Schuld nur dann, wenn GeburtshelferInnen fahrlässig handeln. Sie ist der Überzeugung, dass es nicht die Schuld eines Gynäkologen sei, wenn er eine Behinderung im Ultraschall nicht erkenne. Auch Hannah K. ist der Meinung, dass man in den meisten Schadensfällen nicht von einer Schuld der GeburtshelferInnen ausgehen könne.

„(...) bist du ja in den meisten Fällen WIRKLICH unschuldig. Das von der Sch. ok, das war menschliches Versagen. Da bin ich auch der Meinung, dass sie verurteilt gehört. Aber sonst ist es ja kein menschliches Versagen. Das ist eben so, weil es eben passieren kann.“

Angesprochen auf den jüngsten Fall einer verurteilten Hausgebärtshebamme, beharrt K. jedoch darauf, dass es „heute solche Sachen nicht mehr geben dürfe“. „Du darfst heute, wo du alle Möglichkeiten hast, schnell zu handeln, kein totes oder geschädigtes Kind mehr haben.“

Hannah K. war auch als Gutachterin vor Gericht tätig und meint, dass sie da sehr viel „Pfusch“ von Seiten der Hebammen gesehen habe. Sie selbst würde „solche Dinge“ niemals machen. Auch K. betont an dieser Stelle, dass es für eine Hebamme sehr wichtig sei, die Grenzen zu kennen und zu akzeptieren und sie verurteilt, wenn Hebammen trotz einer schwierigen Geburt keine ÄrztInnen zuziehen oder die Gebärende nicht ins Krankenhaus transferieren, da das Kindeswohl an erster Stelle stehe. „Weil wenn ich sehe, dem Kind geht es nicht gut, dann bitte weg die Finger und schnell. Da geht es, dass ich das Kind retten kann, und nicht dass ich das jetzt mit Gewalt da unten rausbringe. Das finde ich anmaßend.“ Hebammen die auf diese Weise handeln, würde sie die Berechtigung zur freien Praxis entziehen. Sie räumt auch ein, dass manche Schadensfälle aufgrund der mangelnden Erfahrung der Hebammen geschehen würden.

K. ist der Überzeugung, dass Hebammen sich an das Gesetz zu halten hätten auch wenn sie persönlich das Gesetz „im Grunde genommen“ nicht gut finde.

„Es steht halt drinnen, dass die Pathologie für uns halt nichts ist. Das muss ich akzeptieren.“

Zusammenfassend ergibt sich, dass die interviewten Hebammen sich durch ein hohes Verantwortungsgefühl und ethisches Bewusstsein gegenüber den von ihnen betreuten Frauen und Kindern auszeichnen und diesem auch unabhängig von rechtlichen Rahmenbedingungen und Sanktionen nachkommen. Sie haben genaue Vorstellungen davon, was schuldhaftes Verhalten ausmacht, weisen aber auch auf die Unberechenbarkeit der Geburtshilfe und das Vorkommen schicksalhafter Verläufe hin. Die Delegation der Verantwortung an ein „Schicksal“ scheint eine mögliche Strategie zum Umgang mit den besonderen Belastungen und Herausforderungen des Berufes zu sein.

Im folgenden Abschnitt werden die Schlussfolgerungen, die sich aus der Verbindung der theoretischen Erkenntnisse und der Wahrnehmungen der Hebammen ergeben, abgeleitet.

6 Schlussfolgerungen

Am Anfang meiner Diplomarbeit standen die Fragen nach den Veränderungen der Arbeitsweise von freiberuflichen Hebammen in Österreich während der letzten 25 Jahre und nach den Einflüssen des Haftungsrechts auf das Tätigkeitsfeld der Hebammen. Im Mittelpunkt sollte dabei das Konzept des „Autoritativen Wissens“ stehen, anhand dessen die Machtaspekte im Handlungsfeld der Geburtshilfe dargestellt werden sollten. Ziel dabei war, die kulturelle Konstruktion geburtshilflichen Handelns und die dahinterliegenden Strukturen sichtbar zu machen. Ich werde nun die Forschungsfragen beantworten und die Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend darstellen.

- 1) Wie hat sich die Arbeitsweise der Hebammen im Lauf der letzten 25 Jahre verändert?
 - Wie stellt sich das autonome Handlungsfeld der Hebammen dar und wie hat es sich verändert?
 - Welche Veränderungen gab es in der Interaktion mit Frauen und ÄrztInnen?

Der Tätigkeitsbereich von Hebammen war in den letzten 25 Jahren großen Veränderungen unterworfen. Die Medikalisierung und die damit verbundene Institutionalisierung und Technisierung der Geburt mit all ihren Folgen sind zu den bestimmenden Faktoren in der Hebammentätigkeit geworden. Sie bedingen eine gesellschaftliche Abwertung des Hebammenstandes, gehen mit ökonomischen und strukturellen Benachteiligungen einher und bewirken einen Verlust an Autonomie. Die Etablierung der medikalisierten institutionalisierten Geburtshilfe ist Ausdruck der Dominanz des ärztlichen Wissens über das spezifische Hebammenwissen, aber auch über das Wissen der Frauen um ihren Körper.

Die Ursachen für diese Prozesse sind vielfältig und können in ihrer Gesamtheit als kulturelle Konstruktion des Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt in einer säkularisierten, leistungsorientierten, patriarchalen und industrialisierten Gesellschaft gewertet werden. Sie sind auch Ausdruck der Konkurrenz der Berufsgruppen der Hebammen und ÄrztInnen um die Macht im Handlungsfeld. Zusätzlich werden die Prozesse durch die Interaktion mit den betreuten Frauen

beeinflusst.

In der Interaktion zwischen ÄrztInnen, Hebammen und Frauen treten Spannungsfelder auf, die durch den gesellschaftlichen Umgang mit den Fragen nach Autonomie und Selbstbestimmung, Verantwortung und Sicherheit beeinflusst werden. Ziel ist, allen Beteiligten ein gerechtes Maß an Selbstbestimmung, Autonomie und Verantwortung zuzusprechen und für das höchstmögliche Ausmaß an Sicherheit für Mutter und Kind zu sorgen. Dabei ist zu beachten dass zwischen den GeburtshelferInnen und den betreuten Frauen ein asymmetrisches Verhältnis herrscht, das es juristisch und ethisch auszugleichen gilt.

Wie gezeigt wurde, sind sowohl das Konzept der Selbstbestimmung, wie auch der Begriff der Sicherheit mehrdeutig. Dadurch kommt es innerhalb der Geburtshilfe zur Bildung verschiedener Gruppierungen, die sich mit unterschiedlichen Vorzeichen für die Selbstbestimmung der Frauen und die Sicherheit von Müttern und Kindern einsetzen. Die kontroversen Zugänge und Standpunkte sind in Zusammenhang mit den gesellschaftlich gültigen Formen des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes und der daraus resultierenden Definition des Schadensbegriffes zu sehen.

Dem Selbstbestimmungsrecht der Frau wird einhellig große Bedeutung beigemessen. Die damit verbundene Zuschreibung der Verantwortung für ein gesundes Kind wiegt schwer, was Frauen dazu veranlasst, Sicherheit im medizinischen System zu suchen. Dieses suggeriert Sicherheit unter der Auflage der Einhaltung der vorgeschriebenen Kontrollen und Eingriffe. Dies wiederum bürdet den ÄrztInnen die Verantwortung für die Gesundheit von Mutter und Kind auf, welche diese unter Berufung auf die Selbstbestimmung der Frau und mit dem Einsatz präventivmedizinischer Maßnahmen zu delegieren versuchen. Im ärztlichen Tätigkeitsfeld wird damit der Aufklärung und Zustimmung der Patientin besondere Bedeutung beigemessen.

Hebammen versuchen die ihnen zugewiesene Verantwortung an die ÄrztInnen abzugeben, indem sie vermehrt die Zusammenarbeit mit geburtshilflichen Einrichtungen und GynäkologInnen suchen und ihr Tätigkeitsfeld mehr und mehr einschränken. Da dies mit einem Verlust an Autonomie verbunden ist, plädieren die Hebammen für die Übernahme der Eigenverantwortung durch die

Frauen und beklagen das Schwinden weiblichen Körperwissens. Sie gehen von einem Selbstbestimmungskonzept aus, das sich nicht auf reiner Information begründet, sondern das körperliche Wissen integriert.

Auch in Bezug auf den Sicherheitsbegriff gibt es unterschiedliche Ansätze. Sicherheit wird oft gleichgesetzt mit der Senkung der mütterlichen und kindlichen Mortalität und Morbidität. Diese Definition schränkt die Feststellung eines Schadens auf das Vorhandensein sicht- und messbarer körperlicher Beeinträchtigungen ein. Wird der Sicherheits- und damit der Schadensbegriff in Anlehnung an den WHO-Gesundheitsbegriff erweitert, können damit auch Verletzungen der physischen und psychischen Integrität miteinbezogen werden. Die interviewten Hebammen stellen die Möglichkeit der Garantie von Sicherheit in der Geburtshilfe in Frage und verweisen auf deren Unberechenbarkeit und die Existenz des Schicksals.

Ein Weg, ein Höchstmaß an Sicherheit zu schaffen, wird im präventiven Einsatz von geburtsmedizinischer Technologie gesehen. Nachweislich werden dadurch jedoch die mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität nicht gesenkt und deren Sicherheit nicht erhöht. Hebammen tendieren zum maßvollen Einsatz geburtsmedizinischer Maßnahmen, die sich auf das Auftreten von pathologischen Verläufen beschränken. Sie sprechen sich für den Einsatz verschiedener Wissensformen, vor allem des Erfahrungswissens, des verkörperten Wissens und der Intuition aus, was zusammen mit dem wissenschaftlichen Fachwissen die höchste Sicherheit für Frau und Kind gewährleiste. In der Geburtshilfe werden alle Wissensformen, die nicht dem wissenschaftlich theoretischen Wissen entsprechen, abgewertet. Das ärztliche Wissen kommt zur Durchsetzung und die Dominanz dieses Wissens wird strukturell abgesichert, auch wenn es nicht wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht, negative Auswirkungen hat und höhere Kosten verursacht.

Um ihre Position im Handlungsfeld zu stärken, treten Hebammen für die Aufwertung ihres Wissens und die Etablierung jenes abgegrenzten Tätigkeitsbereiches ein, der ihnen laut Hebamengesetz zugesprochen wird. Sie wünschen eine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit ÄrztInnen bei pathologischen Verläufen, wobei die Definitionsmacht bei der Hebamme liegen sollte. Dieser Wunsch setzt einen Krankheitsbegriff voraus, der eine strikte Trennung zwischen Pathologie und Physiologie zulässt und schränkt die

Problemlösungskompetenz der Hebammen ein. Aus meiner Sicht wäre ein Ausbau der Handlungskompetenz auch über die Grenzen der Physiologie hinaus sinnvoll, um die Hebammen in ihrer Autonomie zu stärken und die Sicherheit von Mutter und Kind zu gewährleisten

Mit Hilfe der zweiten Forschungsfrage und den darauf bezogenen Unterfragen werden nun die dargestellten Veränderungen und Interaktionen in Beziehung zu den rechtlichen Bestimmungen gesetzt.

2) Welchen Einfluss hat das Haftungsrecht auf die Tätigkeit von freipraktizierenden Hebammen in Österreich?

- Wie beeinflusst das Haftungsrecht die dargestellten Veränderungen?
- Wie wirkt sich das Haftungsrecht auf die Autonomie der Hebammen und die Interaktion zwischen den involvierten Personengruppen aus?

Grundsätzlich ist es die Aufgabe des Rechts, für das Wohl der Menschen und ihrer Gemeinschaft zu sorgen (Sladeček / Marzi / Schmidbauer 2001). Im Gesundheitsbereich sollen mit Hilfe des Haftungsrechts bestimmte Berufsgruppen „von der Verwirklichung von Straftatbeständen“ (Schwarz 2006:258) abgehalten und die „überwiegende Mehrheit der Sorgfältigen und Rechtstreuen“ (Wallner 2007:17) geschützt werden. Zusätzlich hat das Recht die Aufgabe, die Würde und Autonomie des Menschen zu schützen und für Gerechtigkeit zu sorgen. Es soll zur Etablierung von Richtlinien führen und damit als Orientierungshilfe für die GeburtshelferInnen dienen (Wallner 2007). An dieser Stelle wird das Erreichen dieser Ziele anhand der geschilderten Gegebenheiten im Handlungsfeld der Geburtshilfe analysiert. Da das Recht ein Produkt der gesellschaftlichen Werte und Beziehungen ist, das die Machtverhältnisse sowohl widerspiegelt als auch strukturiert, stellt es ein geeignetes Analyseinstrument dar, um die Einflüsse struktureller Bedingungen auf die Handlungsweisen von Hebammen darzustellen.

In der Geburtshilfe ist der Zweck des Haftungsrechts, durch ökonomische Sanktionen oder die Androhung von strafrechtlichen Konsequenzen in dem dargestellten Interaktionsverhältnis zwischen Frauen, ÄrztInnen und Hebammen allen Beteiligten zu einem gerechten Maß an Selbstbestimmung

und Autonomie zu verhelfen. Zusätzlich soll das asymmetrische Verhältnis ausgeglichen werden, indem das Selbstbestimmungsrecht der Frauen unterstützt und die Sicherheit von Mutter und Kind gewährleistet werden. Der im rechtlichen Sinn gültige Begriff der Sicherheit hängt dabei eng mit bevölkerungspolitischen Interessen des Staates zusammen.

Durch die Einflussnahme des Haftungsrechts werden die oben dargestellten Versuche, die Verantwortung zu delegieren, intensiviert. Dies führt zur Förderung des Medikalisierungsprozesses mit all seinen nachteiligen Folgen. Der mit Hilfe des Haftungsrechts auferlegte Zwang veranlasst ÄrztInnen dazu, Sicherheit vor ökonomischen und haftungsrechtlichen Konsequenzen durch die Abstimmung ihres Handelns auf die rechtlichen Normen zu suchen.

Von Seiten des Rechts soll die Selbstbestimmung der Frau mit Hilfe der Aufklärung über und Zustimmung zu medizinischen Eingriffen sichergestellt werden. ÄrztInnen wählen daher jene Methode, die die informierte Zustimmung aufgrund der Berechenbarkeit und Organisierbarkeit am besten gewährleistet – den Kaiserschnitt. Dieser Eingriff stellt für ÄrztInnen die sicherste Methode hinsichtlich des Schutzes vor rechtlicher Verfolgung dar. Wird er jedoch bei Auftreten jedweder Komplikation aus forensischer Indikation durchgeführt, so schränkt das die Autonomie und Handlungsfreiheit der einzelnen ÄrztInnen ein und führt zu einem Verlust an geburtshilflichem Know-how. Zusätzlich werden Möglichkeiten eröffnet, die persönliche berufsethische Verantwortung abzustreifen und zum Zwecke der Steigerung der ökonomischen Effizienz und der Reduktion des haftungsrechtlichen Risikos präventivmedizinische Maßnahmen und hier insbesondere den „Wunschkaiserschnitt“ zu setzen.

Da geburtsmedizinische Eingriffe, und insbesondere der Kaiserschnitt, ausschließlich von ÄrztInnen indiziert und durchgeführt werden dürfen, bedeutet ein Anstieg der Interventionsrate gleichzeitig einen politischen und ökonomischen Machtgewinn, der die Machtposition des Ärztestandes im Handlungsfeld der Geburtshilfe verstärkt. Für die Hebammen bedeutet das eine verstärkte Einbuße an Autonomie. Zudem schränken sie mit dem Bestreben nach rechtlicher Absicherung ihr Tätigkeitsfeld auch aus eigenem Antrieb weiter ein. Dadurch tritt auch das Wissen der Hebammen noch weiter in den Hintergrund.

Für die Frauen bedeuten die aus diesen Prozessen resultierenden reduzierten geburtshilflichen Angebote eine Einschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten und damit auch eine Beschniedung ihrer Rechte auf Selbstbestimmung und Autonomie.

Mit Hilfe der Ethik kann das Recht hinsichtlich des Erreichens seiner Zielsetzungen untersucht werden. Dabei ist festzustellen, dass eine primär invasive Form der Geburtshilfe ein Legitimationsdefizit aufweist, indem die Nachteile den Nutzen übersteigen und die Eingriffe weder durch die Zustimmung der Patientin noch durch das Vorhandensein von Pathologien gerechtfertigt sind (Haucke und Dippong 2010). Sie führt damit zur Verletzung der Autonomie, der Gerechtigkeit und des Nichtschadensprinzips und das auch im Hinblick auf den Schutz des Kindwohls. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Eingriffe nicht aufgrund medizinischer, sondern aufgrund organisatorischer, ökonomischer oder persönlicher Gründe vorgenommen werden.

Somit verfehlt das Haftungsrecht seine Zielsetzungen auf mehreren Ebenen. Es trägt in seiner derzeitigen Form zur Durchsetzung eines hegemonialen Wissens bei, das nicht auf evidenzbasierten Erkenntnissen beruht und ein Höchstmaß an geburtsmedizinischen Interventionen gerechtfertigt erscheinen lässt. Es schränkt die Autonomie aller Beteiligten ein, ermöglicht den Missbrauch der normativen Regelungen zur Steigerung der ökonomischen Effizienz und gefährdet das Wohl von Mutter und Kind.

Die durch das Sicherheitsbestreben der ÄrztInnen ausgelösten medizinischen Handlungsweisen verschaffen Frauen nicht die gewünschte Sicherheit hinsichtlich der Wahrung des eigenen wie auch des Kindes Wohlergehen. Um dem Anspruch der Selbstbestimmung als „rechtlichen Höchstwert“ gerecht zu werden muss die Mehrdeutigkeit des Selbstbestimmungskonzeptes berücksichtigt werden. Das ist nur dann der Fall, wenn den Frauen alle Wahlmöglichkeiten offen stehen, zu entscheiden, wie und wo sie ihre Kinder zur Welt bringen möchten. Um für Gerechtigkeit zu sorgen, müssen auch der Sicherheitsbegriff und der Schadensbegriff in ihrer Mehrdeutigkeit erkannt und integriert werden. Das erfordert, die „subjektiven Aspekte des Wohl-Seins“ (Kern 2002:164f.) miteinzubeziehen und eine Trennung des mütterlichen und

kindlichen Wohlergehens kritisch zu betrachten. Außerdem ist die Positioniertheit medizinischen Wissens, die in den medizinischen Gutachten zum Ausdruck kommt, zu berücksichtigen.

Damit wird es möglich, Strukturen zu schaffen, die für alle Beteiligten ermöglichen, selbstbestimmt das Maß an Verantwortung zu übernehmen und die Form der Geburtshilfe zu wählen, die ihnen Sicherheit geben.

Gegenwärtig verhilft das Haftungsrecht jenem Wissen zur Durchsetzung, das die ÄrztInnen vor haftungsrechtlicher Verfolgung schützt. Das verhindert ein Vertrauensverhältnis zwischen GeburtshelferInnen und Frauen und wirkt sich nachteilig auf die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und ÄrztInnen aus. Die Kunst der Geburtshilfe besteht darin, das richtige Ausmaß an Interventionen zum richtigen Zeitpunkt zu setzen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedarf es der Schaffung struktureller Bedingungen, die den Einsatz der verschiedenen Wissensformen von ÄrztInnen und Hebammen ermöglichen, um so gemeinsam für das subjektive Wohl von Mutter und Kind zu sorgen.

7 Ausblick und Zukünftiges

Da die Anzahl der Haftungsklagen derzeit im Steigen begriffen ist, wird die dargestellte Situation sich wohl in Zukunft noch verschärfen. Wie in Deutschland und den USA bereits geschehen, werden auch hierzulande Haftpflichtversicherungen die von den Hebammen eingeforderten Beiträge stark erhöhen bzw. eine Versicherung ablehnen. Zusammen mit der ohnehin schwierigen ökonomischen und politischen Situation bleibt zu befürchten, dass die Existenz freiberuflicher Hebammen und damit die Wahlmöglichkeiten für schwangere und gebärende Frauen gefährdet sind. Damit würde die Geburtshilfe von einer mehr oder weniger „einschlägigen Wissenskunde“ (Rockenschaub 1998:46) geprägt, die dem Anspruch an das subjektive Wohlbefinden von Mutter und Kind nicht gerecht wird.

Ein Veränderungsprozess wird vermutlich erst dann in Gang kommen, wenn die durch die medikalierte Geburt entstehenden Mehrkosten nicht mehr von der Solidargemeinschaft getragen werden (können) und der ökonomische, soziale

und medizinische Nutzen einer hochqualitativen Hebammenbetreuung anerkannt und in das bestehende Gesundheitssystem integriert wird.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, einen Teil der komplexen Zusammenhänge im Handlungsfeld der Geburtshilfe sichtbar zu machen. Es wurde die Situation einer Gruppe von Hebammen unter dem Einfluss des Haftungsrechts beschrieben. Dabei wurde immer wieder auf den Einfluss ökonomischer Aspekte aufmerksam gemacht. Zukünftige Arbeiten könnten diesen Aspekt in den Mittelpunkt rücken und sich darauf konzentrieren, die dargestellten Entwicklungen aus einer materialistischen Perspektive zu erklären. Um den Themenbereich zu vervollständigen, könnten die Sichtweisen der Frauen und ÄrztInnen dargestellt und mit Empowerment-Konzepten mögliche Veränderungen in der Praxis ausgearbeitet werden.

8 Literaturverzeichnis

- Albrecht-Engel, Christine. 1995. Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schievenhöfel, Wulf / Sich, Dorothea / Gottschalk-Batschkus, Christine (Hg.). Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 31-42.
- Azouley, Isabelle. 2003. Geburtshilfe und Selbstbestimmung. In: Schücking, Beate A. (Hg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen. S. 37-45.
- Barta, Heinz / Kern, Gerson (Hg.). 2002. Recht auf Gesundheit. Schriftenreihe. Colloquium Band 5. Colloquium zur Förderung Zukunftsorientierter Wissenschaften. Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei. Wien.
- Bärle, Maria. 1995. Moderne Facetten eines traditionellen Berufes – Einblick in die freiberufliche Tätigkeit einer Haushebamme 1994. In: Schievenhöfel, Wulf / Sich, Dorothea / Gottschalk-Batschkus, Christine (Hg.). Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 329-336.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth. 2002. Vom Kinderwunsch zum Wunschkind. In: Brähler, Elmar / Stöbel-Richter, Yve / Hauffe, Ulrike (Hg.). Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff. Psychosozial-Verlag. Gießen. S. 11-27.
- Benda-Beckmann, Franz von / Benda-Beckmann, Keebet von. 2007. Gesellschaftliche Wirkung von Recht. Reimer Verlag. Wien.
- Benda-Beckmann, Keebet von. 2007. Implementieren – Was heißt das? Die Implementierung von Gerichtsurteilen aus der Sicht der Rechtsethnologie. In: Benda-Beckmann, Franz von / Benda-Beckmann, Keebet von . Gesellschaftliche Wirkung von Recht. Reimer Verlag. Wien. S. 103-126.
- Binder, Martin. 2002. Kernbereich und Randzonen des sozialen Krankheitsbegriffs. 1. Das Rechtsgut der „Gesundheit“ – national und international gesehen. In: Barta, Heinz / Kern, Gerson (Hg.). Recht auf

Gesundheit. Schriftenreihe. Colloquium Band 5. Colloquium zur Förderung Zukunftsorientierter Wissenschaften. Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei. Wien. S. 35-68.

Brähler, Elmar / Stöbel-Richter, Yve / Hauffe, Ulrike (Hg.). 2002. Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff. Psychosozial-Verlag. Gießen.

Brockmann, Antje / Reichard, Daria. 2000. Schwangerschaft und Geburt im „Zangengriff“ der Medizin. In: Kolip, Petra. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 58-80.

Davis, Deborah. 1995. Ways of Knowing in Midwifery. Australian College of Midwives incorporated Journal. Volume 8. Issue 3. S. 30-32.

Davis-Floyd, Robbie E. / Sargent, Carolyn F. 1997. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, California/London, England.

Davis-Floyd, Robbie / Davis, Elizabeth. 1997. Intuition as Authoritative Knowledge in Midwifery and Home Birth. In: Davis-Floyd, Robbie E. / Sargent, Carolyn F. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, California/London, England. S. 315-349.

Deutsch, Erwin / Spickhoff, Andreas. 2008. Medizinrecht: Arztrechte, Arzneimittelrecht, Medizinproduktgerecht und Transfusionsrecht. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg.

Downie, R.S. / Calman, K.C. 1994. Healthy Respect. Ethics in Health Care. Oxford Medical Publications. Oxford University Press.

Downie, R.S. / Calman, K.C. 1998. Healthy Respect. Ethics in Health Care. Oxford Medical Publications. Oxford University Press.

Duden, Barbara. 2007. Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Mabuse Verlag GmbH. Frankfurt am Main.

Dumont du Voitel, Waltraud. 1995. Hebammen im Odenwald. In: Schievenhöfel, Wulf / Sich, Dorothea / Gottschalk-Batschkus, Christine (Hg.). Gebären –

- Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 305-322.
- Ehalt, Hubert Christian. 2002. Formen familialer Identität. Wiener Vorlesungen Band 4. Wiener Universitätsverlag.
- Fernandez-Thanheiser, Eva. 1998. Die Weisheit der Hebammen – Professionalität und Intuition. Vortrag am 14.03.1998 in Innsbruck. In: Österreichische Hebammenzeitung. Ausgabe 03/1998. S. 82-84.
- Freedman, Lawrence Z. / Ferguson, Verna Masius. 1950. The Question of Painless Childbirth in Primitive Cultures. American Journal of Orthopsychiatry 20 (2). S. 363-372.
- Friedrich, Jule. 1995. Hebammenforschung – Wissen ist Macht. In: Geist, Christine / Harder, Ulrike / Kriegerowski-Schröteler, Gisela / Stiefel, Andrea (Hg.). Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Walter de Gruyter Verlag. Berlin, New York. S. 13-15.
- Geist, Christine / Harder, Ulrike / Kriegerowski-Schröteler, Gisela / Stiefel, Andrea (Hg.). 1995. Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Walter de Gruyter Verlag. Berlin, New York.
- Gélis, Jaques. 2002. Zur historischen Anthropologie der Geburt. In: Ehalt, Hubert Christian (Hg.). Formen familialer Identität. Wiener Vorlesungen Band 4. Wiener Universitätsverlag. S. 35-42.
- Girtler, Roland. 2001. Methoden der Feldforschung. Böhlau Verlag Gesellschaft m.b.H. und Co. KG. Wien, Köln, Weimar.
- Grabner, Sarah. 2008. Das Ende der Hebammenkunst? Zur Selbstpositionierung von Hebammen in der heutigen Geburtshilfe in Wien und Osnabrück. Dipl. Arb. Wien.
- Hadolt, Bernhard. 1992. Geburtssysteme im Kulturvergleich. Ethnologische Untersuchungen über den soziokulturellen Kontext von Geburt anhand von Beispielen aus Österreich, Nordindien und Ostmalaysien. Dipl. Arb. Wien.
- Hadolt, Bernhard / Lengauer, Monika. 2003. Kinder-Machen: Eine ethnographische Untersuchung zur Handhabe von ungewollter Kinderlosigkeit

und den Neuen Reproduktionstechnologien durch betroffene Frauen und Männer in Österreich. Diss. Wien.

Hauffe, Ulrike. 2003. Selbstbestimmungsrecht der Frau – Hormone, Operationen und Biotechnologie in der Kritik. In: Schücking, Beate A. (Hg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen. S. 93-102.

Höpfel, Frank. 2002. Schutz der Gesundheit durch Strafrecht? In: Barta, Heinz / Kern, Gerson (Hg.). Recht auf Gesundheit. Schriftenreihe. Colloquium Band 5. Colloquium zur Förderung Zukunftsorientierter Wissenschaften. Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei. Wien. S. 69-84.

Hopf, Christel. 1995. Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe u.a. (Hg.). Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz Psychologie Verlags Union. Weinheim. S.177-182.

Hunter, Lauren P. 2008. A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. In: Midwifery. Volume 24. Issue 4. Dezember 2008. S. 405-415.

Husslein, Peter. 2000. Elektive Sectio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? In: Der Gynäkologe. Ausgabe 33. S. 849-856.

Husslein, Peter. 2001. Geburtshilfe – quo vadis? In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ausgabe 19 (4). S. 5-7.

Husslein, Peter. 2003. Prophezeiungen für das Jahr 2023. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ausgabe 21 (4). S. 9-11.

Husslein, Peter. 2005. Editorial: Behandlungsalternative Sectio – aus juristischer und neonataler Sicht. In: Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ausgabe 23 (3). S. 4-7.

Jaeggi, E. / Faas, A. / Mruck, K. 1998. Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 98-2.

Jones, Shirley. 2000. Ethik und Hebammenpraxis. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Jordan, Brigitte. 1997. Authoritative Knowledge and its Construction. In: Davis-Floyd, Robbie E. / Sargent, Carolyn F. 1997. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, California/London, England. S. 55-79.

Kalchschmid, Gertrud. 2002. Patientenautonomie aus der Sicht der Patientenvertretung. In: Barta, Heinz / Kern, Gerson (Hg.). Recht auf Gesundheit. Schriftenreihe. Colloquium Band 5. Colloquium zur Förderung Zukunftsorientierter Wissenschaften. Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei. Wien. S. 85-106.

Kern, Gerson. 2002. Recht auf Gesundheit – zivilrechtliche Reflexionen. In: Barta, Heinz / Kern, Gerson (Hg.). Recht auf Gesundheit. Schriftenreihe. Colloquium Band 5. Colloquium zur Förderung Zukunftsorientierter Wissenschaften. Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei. Wien. S. 107-202.

Kießling, Helga. 2008. Gebären oder entbunden werden. Information als wichtigster Parameter für eine selbstbestimmte Geburt in einer vertikalen Position. Dipl. Arb. Wien.

Kitzinger, Sheila. 2007. Geleitwort. In: Tew, Marjorie. Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main. S. 24-25.

Kolip, Petra. 2000. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. Juventa Verlag. Weinheim und München.

Kolip, Petra. 2000: Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchsphasen. In: Kolip, Petra (Hg.). Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 9-30.

Labouvie, Eva. 2007. Alltagswissen – Körperwissen – Praxiswissen – Fachwissen. Zur Aneignung, Bewertungs- und Orientierungslogik von

Wissenskulturen. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte. Volume 30 (2). S. 119-134.

Loytved, Christine. 1995. Osiander und die „wilden Völker“. Zur Diskussion von Natur versus Kultur in der Geburtshilfe um 1800. In: Schievenhöfel, Wulf / Sich, Dorothea / Gottschalk-Batschkus, Christine (Hg.). Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. S. 7-18.

Loytved, Christine. 1997. Dem Hebammenwissen auf der Spur. Zur Geschichte der Geburtshilfe. Schriften der Universität Osnabrück 6.

Maier, Barbara. 2000. Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.

Maio, Giovanni. 2011. Präimplantationsdiagnostik: Das ungeborene Kind als Produkt? In: Österreichische Ärztezeitung: Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte. Nr.13/14. 15. Juni 2011. S. 20-22.

Mayring, Philipp. 2002. Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

McClain, Carol Shepherd. 1982. Toward a Comparative Framework for the Study of Childbirth: A Review of the Literature. In: Margarita Kay. (Hg.). Anthropology of Human Birth. Philadelphia: F. A. Davis. S. 25-60.

N.N. 1999. Aktuelle Internationale Arbeiten zum Kaiserschnitt aus der Fachpresse. In: Österreichische Hebammenzeitung. Ausgabe 05/1999. S. 16-17.

Oblasser, Claudia. 2004. Die Autonomie der Hebamme. In: Österreichische Hebammenzeitung. Ausgabe 02/2004. S. 22-25.

Oblasser, Claudia. 2005. Forschungsecke: Zur Sicherheit der Hausgeburt. In: Österreichische Hebammenzeitung. Ausgabe 02/2005. S. 27.

Reibnitz, Christine von. / List, Sabine Maria. 2000. Ökonomische Aspekte der Medikalisierung von Umbruchsphasen. In: Kolip, Petra. 2000. Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchsphasen im Leben von Frauen. Juventa Verlag. Weinheim und München. S. 190-214.

Reime, Birgit. 2003. Wer erfährt was? – Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In: Schücking, Beate A. (Hg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen. S. 9-20.

Rockenschaub, Alfred. 1998. Gebären ohne Aberglaube. Eine Fibel der Hebammenkunst.. Aleanor Verlag. Nürnberg.

Robra, Bernt-Peter. 2007. Vorwort für die deutsche Ausgabe. In: Tew, Marjorie. Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main. S. 11-13.

Sargent, Carolyn F. / Bascope, Grace. 1997. Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. In: Davis-Floyd, Robbie E. / Sargent, Carolyn F. 1997. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, California/London, England. S. 183-208.

Schievenhöfel, Wulf / Sich, Dorothea / Gottschalk-Batschkus, Christine (Hg.). 1995. Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Curare Sonderband 8. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Schindele, Eva. 2002. Moderne Schwangerschaften – Zwischen Machbarkeitswahn und Auslese. In: Brähler, Elmar / Stöbel-Richter, Yve / Hauffe, Ulrike (Hg.). Vom Stammbaum zur Stammzelle. Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und menschlicher Rohstoff. Psychosozial-Verlag. Gießen. S. 45-63.

Schlehe, Judith. 2003. Formen qualitativer ethnographischer Interviews. In: Beer, Bettina (Hg.). Methoden und Techniken der Feldforschung. Dietrich Reimer Verlag. Berlin. S. 71-93.

Schneider, Ingrid. 2003. Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In: Schücking, Beate A. (Hg.). 2003. Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen. S. 69-91.

Schücking, Beate A. (Hg.). 2003. Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen.

Schwarz, Andrea. 2006. Praxiswissen Gesundheitsberufe. Arbeitsrecht – Berufsrecht – Krankenanstaltenrecht – Haftung – Patientenrecht – Checklisten. Verlag des ÖGB GmbH. Wien.

Schwarz, Clarissa / Schücking, Beate. 2004. Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: Dr. Med. Mabuse. 148/2004. S. 22-25.

Sieder, Reinhard. 2008. Erzählungen analysieren – Analysen erzählen. In: Wernhart, Karl R. / Zips, Werner (Hg.). Ethnohistorie. Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung. Promedia Verlagsgesellschaft m.b.H. Wien. S. 145-172.

Sladeček, Einar / Marzi, Leopold-Michael / Schmiedbauer, Thomas. 2001. Recht für Gesundheitsberufe. Verlag Orac. Wien.

Sladeček, Einar / Marzi, Leopold-Michael / Schmiedbauer, Thomas. 2010. Recht für Gesundheitsberufe. LexisNexisVerlag ARD Orac GmbH & Co KG. Wien.

Szasz, Nora. 1995. Zur Geschichte des Hebammenberufes. In: Geist, Christine / Harder, Ulrike / Kriegerowski-Schröteler, Gisela / Stiefel, Andrea (Hg.). Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. Walter de Gruyter Verlag. Berlin, New York. S. 1-9.

Tew, Marjorie. 2007. Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.

Wagner, Elisabeth Irene. 2009. Kann ein Kind ein Schaden sein? Die Debatte um ‚Wrongful Birth‘ und Pränatale Diagnostik in Österreich. Dipl. Arb. Wien.

Wagner, Marsden. 2003. Fische können das Wasser nicht sehen – Die Notwendigkeit einer Humanisierung der Geburt. In: Schücking, Beate A. (Hg.). Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe. V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück. Göttingen. S. 47-67.

Wagner, Marsden. 1994. Pursuing the Birthing Machine. Camperdown.

Wallner, Jürgen. 2007. Health Care zwischen Ethik und Recht. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

Weikert, Aurelia. 1998. Genormtes Leben: Bevölkerungspolitik und Eugenik. Promedia Verlag. Wien.

Wernhart, Karl R. / Zips, Werner (Hg.). 2008. Ethnohistorie. Rekonstruktion und Kulturkritik. Eine Einführung. Promedia Verlagsgesellschaft m.b.H. Wien.

Wiesler, Evelyn. 2001. Die Hebamme und die Historikerin. Eine historisch-anthropologische Aufarbeitung eines Hebammenlebens. Dipl. Arb. Graz.

Zips, Werner. 2007. Das Stachelschwein erinnert sich. Ethnohistorie als praxeologische Strukturgeschichte. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. Wien.

Internetquellen:

URL1: Informationsdienst Medizinrecht. <http://www.geburtsschaden.info/> (13.05.2011, 13:58)

URL2: <http://www.rechtsfreund.at/schadenersatz.html> (13.05.2011, 14:11)

URL3: Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Verlag Österreich GmbH. Wien.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/index.html (30.10.2011, 18:10)

URL4: World Health Organization. Regional Office for Europe. <http://data.euro.who.int/hfadb/> (30.10.2011, 19:42)

URL5: Bundeskanzleramt. Rechtsinformationssystem. <http://www.ris.bka.gv.at/> (01.11.2011, 11:25)

URL6: Mazal, Wolfgang. 2002. Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte. Fachliche Weisungen an Ärzte und DGKP bei medizinischen Heilbehandlungen.

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publikationen/experte_nletter/gesundheitswesen/Lautgedacht_Juli2002.pdf (02.11.2011, 18:40)

URL7: Universität Wien. Institut für Römisches Recht und Antike Rechtsgeschichte.

<http://roemr.univie.ac.at/forschung/schwerpunkte/roemisches-recht-medizin-und-geschichte-des-medizinrechts/>

URL8: Österreichisches Hebammengremium. Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen. <http://www.hebammen.at/leitbild.php> (13.11.2011, 23:11)

URL9: Bund Deutscher Hebammen. 2007. Kaiserschnitt ohne strenge medizinische Indikation. Hebammen-Standpunkte.

<http://www.hebammenverband.de/index.php?id=788> (21.11.2011, 20:12)

URL10: Petra Kolip. Der Kaiserschnitt eine gesundheitswissenschaftliche Sicht. Public Health Forum. Volume 19. Issue 2. Mai 2011. S. 12e1-12e3.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944558711000205>

URL11: Haucke, Kai / Dippong, Natalie. 2010. Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin. In: Ethik in der Medizin. Springer Verlag.

http://www.springerlink.com/content/0935-7335/?Content+Status=Accepted&sort=p_OnlineDate&sortorder=desc&o=10

9 Anhang

9.1 Interviewpartnerinnen

Aus Gründen der Anonymität habe ich die Namen der interviewten Hebammen durch erfundene Namen ersetzt und die Informationen zu den einzelnen Personen sehr allgemein gehalten.

Claudia V.: Hebamme seit 1987. Im außerklinischen Bereich und in

Privatkliniken tätig. Interview am 11.07.2011.

Informelle Gespräche am 22.05.2011, 07.07.2011 und am
17.07.2011

Martha E.: Hebamme seit 1970. Bis 1978 in der klinischen Geburtshilfe,
bis 1987 in Privatkliniken und ab 1987 ausschließlich in der
außerklinischen Geburtshilfe tätig. Interview am 29.07.2011
und am 02.08.2011

Hannah K.: Hebamme seit 1971. Bis 1984 in der klinischen Geburtshilfe, seit
1984 in Privatkliniken tätig. Interview am 08.08.2011

9.2 Interviewleitfaden

Einleitende Fragen:

- Wie lange bist du schon als Hebamme tätig?
- Wie sieht dein Aufgabenbereich aus?
- Wieso bist du Hebamme geworden? Was war deine Motivation, deine Ziele?

Erzählgenerierende Fragen:

- Haben sich deine Erwartungen an den Beruf erfüllt? Kannst du so arbeiten, wie du es dir vorstellst?

Wenn nicht: was hindert dich daran?

- Hat sich die Arbeit im Laufe der Zeit verändert?

Wenn ja, was hat sich verändert?

1. Die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen

2. Die Frauen

3. Der Tätigkeitsbereich generell

- Was sind besondere Belastungen in deinem Beruf?

- Hattest du schon einmal einen Schadensfall? Was ist passiert? Was waren die Konsequenzen?

Hat sich das auf deine weitere Arbeit ausgewirkt?

Wären die Konsequenzen deiner Meinung nach heute anders?

Was würdest du dir im Schadensfall wünschen?

- Beeinflussen dich die rechtlichen Rahmenbedingungen in deiner Arbeit?

Wenn ja, inwiefern?

Ergänzende Rechtliche Fragen:

- Was denkst du über die rechtliche Situation der Hebammen?
- Was denkst du über die Rechte der Schwangeren (Gebärenden) bzw. die PatientInnenrechte?

- Hat der kürzlich aufgetretene Fall der Verurteilung einer Hebamme dich in deiner Arbeit beeinflusst? Bzw. Beeinflusst es dich in deiner Arbeit, wenn Geburtshelferinnen angeklagt werden?

Ergänzende Fragen allgemein:

- Wie siehst du deine Rolle in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett?
- Was hat sich in dieser Hinsicht verändert?
- Was ist dir wichtig in der Betreuung der Frauen und Kinder?
- Was passiert mit deinem Wissen, deiner Intuition? Verlässt du dich auf sie?
- Gibt es ein spezifisches Hebammenwissen? Wie unterscheidet es sich vom ärztlichen Wissen?
- Woran orientierst du deine Entscheidungen?
- Wer bestimmt in der Betreuung Schwangerer und Gebärender, was gemacht wird?

9.3 Ethikkodex

I. Beziehungen der Hebamme

- a. Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.
- b. Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihre Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken die Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.
- c. Hebammen, gemeinsam mit Frauen, arbeiten mit politischen Instanzen und geldgebenden Trägerschaften zusammen, um die Bedürfnisse der Frauen bezüglich Gesundheitsversorgung zu definieren und um sicher zu stellen, dass Beiträge – unter Berücksichtigung von Prioritäten und Verfügbarkeit – gerecht verteilt werden.
- d. Hebammen unterstützen sich gegenseitig in ihrer Berufsrolle und pflegen und fördern aktiv sowohl das eigene als auch das Selbstwertgefühl anderer.
- e. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen, sie ziehen sie bei und überweisen ihnen Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet.
- f. Hebammen anerkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Menschen in ihrem Tätigkeitsbereich und sind aktiv bestrebt, Konflikte, die dabei auftreten können, zu lösen.
- g. Die Hebamme hat Verantwortung für sich selbst als Person mit moralischer Würde und die Pflicht, ihre Integrität zu wahren.

II. Berufsausübung der Hebamme

- a. Hebammen sorgen für die Betreuung und Pflege von Frauen und Familien, die Kinder bekommen. Sie respektieren dabei die kulturelle Vielfalt und setzen sich gleichzeitig für die Abschaffung schädlicher Bräuche und Sitten innerhalb dieser Kulturen ein.
- b. Hebammen fördern realistische Erwartungen der Frauen auf die Geburt innerhalb ihrer Gesellschaft, mit der Mindestewartung, dass keine Frau durch Empfängnis oder Geburt in Gefahr gebracht wird.

- c. Hebammen nutzen ihr berufliches Können und Wissen, um eine sichere Geburtshilfe in allen Umgebungen und Kulturen zu gewährleisten.
- d. Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen.
- e. Hebammen sind, was die Förderung der Gesundheit betrifft, Vorbilder für Frauen während ihres ganzen Lebenszyklus, für Familien und für andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.
- f. Hebammen streben aktiv persönliche, intellektuelle und professionelle Weiterentwicklung während ihrer beruflichen Laufbahn an und integrieren diese fortlaufend in ihre Berufsausübung.

III. Professionelle Verantwortung der Hebamme

- a. Hebammen behandeln Informationen der Frauen und Familien, die sie betreuen, vertraulich, um den Persönlichkeitsschutz zu wahren. Sie verlassen sich bei der Weitergabe dieser Informationen auf ihr Urteilsvermögen.
- b. Hebammen sind für ihre Entscheidungen, ihr Handeln sowie für die Konsequenzen, die daraus bei der Betreuung der Frauen entstehen können, verantwortlich.
- c. Hebammen können sich weigern, an Handlungen teilzunehmen, die ihrer inneren moralischen Einstellung widersprechen; die Gewichtung der persönlichen Einstellung soll Frauen jedoch nicht grundlegende Gesundheitsversorgung vorenthalten.
- d. Hebammen verstehen die nachteiligen Folgen, die Verstöße gegen Ethik und Menschenrechte auf die Gesundheit von Frauen und Kindern haben, und werden daran arbeiten, diese Verstöße zu unterbinden.
- e. Hebammen beteiligen sich an der Entwicklung und Durchführung von gesundheitspolitischen Maßnahmen, welche die Gesundheit von allen Frauen und Familien, die Kinder bekommen, fördern.

IV. Förderung des Wissens und Könnens und der Berufsausübung der Hebammen

- a. Hebammen stellen sicher, dass die Förderung ihres Wissens und Könnens auf Aktivitäten beruht, welche die Rechte der Frau als Person schützen.
- b. Hebammen entwickeln und verbreiten ihr Wissen und Können mittels

verschiedenster Prozesse, wie beispielsweise gegenseitige Überprüfung und Forschung.

- c. Hebammen nehmen aktiv an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Hebammen teil.

Angenommen vom Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM Council) in Vancouver, Mai 1993. Überarbeitet 1999 und 2003. Deutsche Übersetzung: Schweizerischer Hebammen-Verband, Zürich, 1994.
Überarbeitet: Österreichisches Hebammengremium, 2009.

9.4 Erklärung von Fachbegriffen

Amnioskopie	Besichtigung des Fruchtwassers bei intakter Fruchtblase durch ein in die Scheide eingeführtes Metallrohr
Antenatal	Vorgeburtlich
Asepsis	Keimfreiheit
Asphyxie	Durch die Geburt verursachte Sauerstoffmangelsituation des Kindes
Beckenendlage	Lage des Kindes in der Gebärmutter, bei der nicht der Kopf des Kindes vorangeht, sondern der Steiß
Blasensprengung	Eröffnung der Fruchtblase
Craniosacraltherapie	Alternativmedizinische Behandlungsform
CTG (Cardiotokogramm)	Simultane Aufzeichnung der Herzfrequenz des Kindes und der Wehentätigkeit der Mutter
Elektive Sectio	Kaiserschnitt auf Wunsch der Mutter, ohne Vorliegen medizinischer Gründe
Epi (Episiotomie)	Dammschnitt
Fußlage	Lage des Kindes in der Gebärmutter, bei der nicht der Kopf des Kindes vorangeht, sondern die Füße
Hebammencocktail	Getränk zur Anregung der Wehentätigkeit
Hörrohr	Trichterförmiges Gerät mit dem die Herztöne des Kindes über die Bauchdecke der Mutter
Hypoxie	Sauerstoffmangelversorgung
KIWI	Manuelles Gerät zur Durchführung einer Vakuumextraktion

Kristeller (handgriff)	Beschleunigung der Geburt des Kindes in der Austreibungsphase durch Druck auf das Gebärmutterdach
MBU	Analyse des Blutes des Kindes während
(Mikroblutuntersuchung)	der Geburt, indem die Kopfhaut des Kindes angeritzt und Blut entnommen wird
Osteopathie	Alternativmedizinische Behandlungsmethode
PDA	„Kreuzstich“, Regionalanästhesie bei der die
(Peridurale Anästhesie)	Schmerzfreiheit bestimmter Nervensegmente erreicht wird
Perinatale Morbidität	Mit der Geburt in Zusammenhang stehende Krankheitshäufigkeit
Perinatale Mortalität	Sterblichkeitsrate von Neugeborenen bis zum 7. Lebenstag
Plazenta	Mutterkuchen
Portio	Gebärmutterhals
Respiratorische Azidose	Durch die Atmung bedingte Senkung des pH-Wertes des Blutes
Rhesusprophylaxe	Medikamentöse Verhinderung der Rhesussensibilisierung bei rhesus-negativer Mutter und rhesus-positivem Kind
Schulterdystokie	Geburtskomplikation, bei der sich die Schulter am mütterlichen Becken verhakt
Sectio	Kaiserschnitt
Steißlage	Beckenendlage
Status post sectionem	Zustand nach Kaiserschnitt
Tokolyse	Medikamentöse Hemmung der Wehentätigkeit
Vakuum (extraktion)	„Saugglocke“, vaginal operative Entbindung

ABSTRACT

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Einflüssen des Haftungsrechts auf die Veränderungen des autonomen Tätigkeitsbereiches freipraktizierender Hebammen. Nach der Darstellung der rechtlichen Grundlagen folgt ein historischer Abriss über die Entwicklung des Hebammenberufes und dessen Beeinflussung durch die Medikalisierung und Institutionalisierung der Geburt. Die Geburtshilfe wird im Sinne Bourdieus als Feld betrachtet, in dem Hebammen, ÄrztInnen und die von ihnen betreuten Frauen um ihre Position konkurrieren und in ihrer Interaktion von gesellschaftlichen Normen, Werten und Strukturen beeinflusst werden, wobei in dieser Arbeit das Haftungsrecht im Mittelpunkt steht. Der Fokus liegt dabei auf den entstehenden Spannungsfeldern hinsichtlich der Fragen nach Autonomie, Verantwortung und Sicherheit.

Einen wichtigen Hintergrundaspekt bildet die Verteilung von Macht in dem dargestellten Feld, die anhand Brigitte Jordans theoretischen Konzeptes des „Authoritative Knowledge“ analysiert wird. Durch die empirische Erfassung der Veränderung der Handlungsweisen der Hebammen und des persönlichen Umgangs mit Schadensfällen und Haftungsklagen wird gezeigt, welches Wissen in der Geburtshilfe zur Durchsetzung kommt und welche Rolle das Haftungsrecht dabei einnimmt. Es werden die Folgen der geschilderten Entwicklung dargestellt und das Recht mit Hilfe der Ethik hinsichtlich des Erreichens seiner Zielsetzungen hinterfragt.

This diploma thesis deals with the influence of the liability law on the changes of the autonomic field of activity of midwives in private practice. Following a display of the legal basis, there will be a historic outline of midwifery and the influences the medicalization and the institutionalization of childbirth had on it. Following Bordieu midwifery is seen as a field in which midwives, doctors and the women treated by them compete for their position and are, within their interaction, being influenced by community norms, values and structures, but at the center of attention is the liability law. The focus lies on the emerging areas of tension concerning the question of autonomy, accountability and safeness.

A very important aspect is the distribution of power within the displayed field, which was analyzed by using Brigitte Jordans concept of "Authoritative Knowledge". Through empirical recording of the changes in the midwives' area of activity and their personal handling of cases of damage and liability suits it is shown, what kind of knowledge asserts itself and what role the liability law plays within this. The outcomes of the described development are being displayed and the law is, through ethics, being questioned regarding the attainment of its aim.

Lebenslauf

Karin Hochreiter

k.hochreiter@inode.at

0664/5105717

geb. 1968

Ausbildung

2006-2012: Studium der Kultur- und Sozialanthropologie,
Universität Wien

1996-1999: Ausbildung zur Hebamme, Abschluss mit Auszeichnung,
Hebammenakademie Graz

1990-1993: Lehramtsstudium Englisch/Spanisch,
Universität Graz

1988-1990: Studium der Medizin,
Universität Wien

1983-1987: BORG Perg, Matura mit Auszeichnung

Berufserfahrung

01/2000-12/2002: Hebamme,
KAGES Leoben und Wagna

Seit 01/2003: Freipraktizierende Hebamme

Kenntnisse

Sprachen

Englisch: Fließend in Wort und Schrift

Französisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift

Spanisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift