Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 120 (2022)

Heft: 6

Artikel: Selbstbestimmungsrecht in hierarchischen geburtshilflichen Institutionen

Autor: Jung, Tina

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1002368

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.01.2026

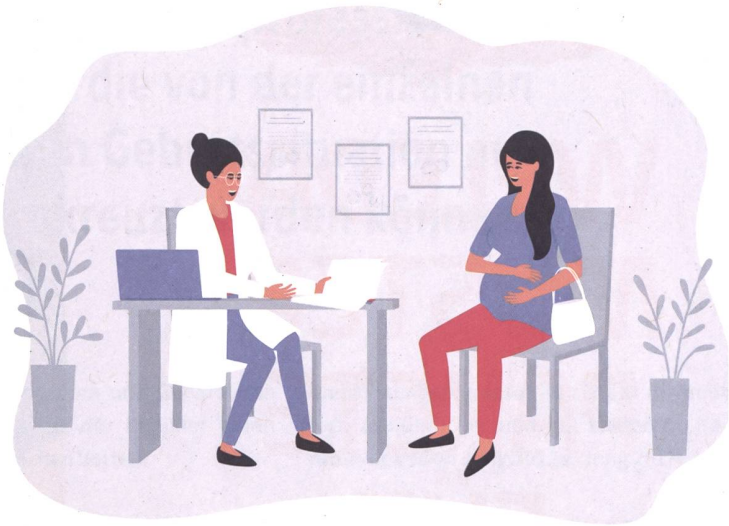
ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Selbstbestimmungsrecht in hierarchischen geburtshilflichen Institutionen

Die Selbstbestimmung, Würde und Autonomie von Frauen und gebärenden Personen ist ein hohes Gut, das sowohl (medizin-)ethisch als auch durch Rechtsnormen wie Patientinnen-/Patientenrechte sowie Frauen- und Menschenrechtsabkommen geschützt wird. Um das Selbstbestimmungsrecht und dessen Brüchigkeit innerhalb von hierarchischen und standardisierten geburtshilflichen Institutionen geht es im folgenden Artikel.

TEXT:
TINA JUNG

Die «Selbstbestimmung» ist in den vergangenen Jahren zu einem Schlüsselbegriff in der Geburtshilfe bzw. rund um Schwangerschaft und Geburt geworden, und zwar nicht zuletzt popularisiert durch eine bemerkenswerte Fülle an Sach- und Ratgeberliteratur, die auf das Empowerment der Gebärenden abstellen[1]. Was genau Geburten im Einzelnen jedoch zu «selbstbestimmten» Geburten macht, scheint weder einhellig noch klar: In der Sach- und Ratgeberliteratur kursieren unter dem Label «Selbstbestimmung» Bezugnahmen und Vorstellungen von ausserklinischen und klinischen Geburten, von idealiter möglichst «natürlichen» Geburten ebenso wie Wunschkaiserschnitt, Hypnobirthing und Alleingeburt und anderes.



AdobeStock

Historische Betrachtung

Historisch gesehen ist die Einforderung von Selbstbestimmung der Schwangeren und Gebärenden in der Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum vor allem auf die zweite Frauenbewegung bzw. die aus ihr hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung zurückzuführen. Die zweite Frauenbewegung der 1970er-Jahre und die aus ihr hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung der 1980er- und 1990er-Jahre nehmen eine entscheidende Rolle ein, wenn es um Bestrebungen für eine «Humanisierung» von Geburtskultur und Geburtshilfe-Institutionen geht. Das Aufbegehren nach Freiheit wurde zu einer zentralen Programmatik für feministisches Denken und Handeln. Bereits seit den 1970er-Jahren gehörten zur feministischen Theorie und Praxis Aktivitäten, die sich auf Gesundheit und Körperlichkeit bezogen. Aus diesem Kontext heraus gründeten sich in Deutschland u. a. Frauengesundheitszentren, es kam zu einer Revitalisierung von Hausgeburten und ab den 1990er-Jahren zu einer Welle der Gründungen von Geburtshäusern, bei denen teilweise – so etwa in Frankfurt am Main – frauenbewegte Aktivistinnen und freiberufliche Hebammen zusammenarbeiteten (vgl. Jung/Geisel/Vogel 2021).

Die von der Frauengesundheitsbewegung formulierte Forderung nach Selbstbestimmung war in ihren Anfängen mit einer weitgehenden Forderung nach Veränderung gesellschaftlicher Strukturbedingungen sowie mit einer scharfen Kritik an sexistischen und autoritären Normen, Strukturen und Verhaltensweisen in Medizin, Geburtshilfe und Gesellschaft verbunden.

Individuelle und individualisierte Wahlfreiheit?

«Selbstbestimmung» im Kontext Schwangerschaft und Geburt wird in Ratgeber- und Sachliteratur sowie in Teilen der praktischen Geburtshilfe (inzwischen) häufig als individuelle und individualisierende «Wahlfreiheit» verstanden, die einer weitergehenden machtsensiblen Analyse und Kritik enthoben ist. Dergestalt entkontextualisierte, (über-)idealisierende Bezugnahmen auf Selbstbestimmung, die nicht in den Blick nehmen, wer was unter welchen Bedingungen überhaupt «wählen» kann und will, machen Selbstbestimmung als individuelle Anrufung insbesondere im Kontext der Ökonomisierung der Geburtshilfe zu einer zweischneidigen Angelegenheit: Momente des Empowerments und Momente der Selbstdisziplinierung und -führung liegen eng beieinander.

Dies lässt sich z. B. an der Vervielfältigung von Kursangeboten für Schwangere und junge Familien nachzeichnen. Waren Geburtsvorbereitungskurse zunächst von der Mütter*bewegung und den feministischen Frauengesundheitszentren im Sinne einer Selbsthilfe und -bildung angeboten worden,[2] werden sie inzwischen in der For-

Historisch gesehen ist die Einforderung von Selbstbestimmung der Schwangeren und Gebärenden in der Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum vor allem auf die zweite Frauenbewegung bzw. die aus ihr hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung zurückzuführen.

[1] Der nachfolgende Text basiert auf einem Vortrag, den die Autorin am 08. Oktober 2021 bei der 5. Fachtagung Geburtshilfe «Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe» an der Berner Fachhochschule gehalten hat und stellt zugleich eine überarbeitete und gekürzte Fassung von Jung 2017 dar.

[2] Für diesen Hinweis zur Entstehung von Geburtsvorbereitungskursen aus dem Kontext der westdeutschen Frauen- und Mütterbewegung danke ich Thea Vogel und Elisabeth Geisel, vgl. Jung/Geisel/Vogel 2001.

WELEDA MUSTER-PAKETE FÜR HEBAMMEN.

Sie möchten Muster für die Klinik? Sprechen Sie uns dazu gerne an.

- Mit Kennenlerngrössen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien
- Bestellung: **hebammen@weleda.ch**
  Telefon: 061 705 22 22

MIT WERTVOLLEN BIO-INHALTSSTOFFEN · BiO

WWW.NATRUE.ORG 100% Zertifizierte NATUR-KOSMETIK

*Im Bereich Baby-Pflegeprodukte ist WELEDA baby die Nr.1 bei Hebammenempfehlungen; unabhängige Marktforschungsstudie 2021, Schweiz.

Die Wünsche und Bedarfe von Gebärenden treffen also auf institutionelle Logiken und professionelle Handlungsroutinen, die von der einzelnen Gebärenden in der konkreten Geburtssituation nur schwer bis gar nicht durchkreuzt werden können.

schung auch kritisch als eine Arena diskutiert, in der Schwangere zur Arbeit an sich selbst angerufen werden; als Begleitveranstaltungen von Schwangerschaft und Geburt verstanden als Event und Ereignis, die neue Normierungen und Leistungsdruck für werdende Mütter und Eltern erzeugen können.

Tücken der Ökonomisierung in der Geburtshilfe

Die Ambivalenz des Konzepts Selbstbestimmung ist aber auch anderen gesellschaftlichen Entwicklungen zu verdanken. Die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung nach mehr Selbstbestimmung trafen die Geburtskliniken in Deutschland in einer Situation, in der sich letztere zunächst aufgrund des Geburtenrückgangs, dann (zusätzlich) durch die Ökonomisierung der Gesundheitsbranche einer zunehmenden Konkurrenz- und Wettbewerbssituation sahen. Ab den 1990er-Jahren gewann hier eine der Ökonomie entstammende Denkfigur, nämlich die Kund*innenorientierung, zunehmend an Attraktivität. In der Wettbewerbslogik ökonomisierter Gesundheitsmärkte umwerben Geburtskliniken Schwangere als zukünftige Kund*innen und Nutzer*innen zahlreicher Dienstleistungsangebote rund um das Geburtsgeschehen – so jedenfalls die marktorientierte Vorstellung. Selbstbestimmung wird hier als vergleichende Wahl (z.B. sich die «beste» Geburtsklinik aussuchen) und dienstleistungsorientiertes Nutzungsverhalten (z.B. der sogenannte Wunschkaiserschnitt) von entscheidungsmächtigen Kund*innen interpretiert.

Diese Denkfigur der «Kund*innenorientierung» transportiert nach aussen das Versprechen grösserer Selbst- und Mitbestimmungsrechte der Schwangeren und Gebärenden und gleichzeitig für die Kliniken einen marktwirtschaftlichen Vorteil.

Monetäre Anreize für Interventionen

Während auf der einen Seite also Selbstbestimmung als individuelle Wahlentscheidung basierend auf Vorbereitung und Informiertheit popularisiert wird, hat sich auf der anderen Seite seit den 1990er-Jahren mit der Ökonomisierung des Gesundheitssystems in Deutschland ein grundlegender Wandel in der Geburtshilfe vollzogen – der faktisch mitunter eher verhindernde Auswirkungen auf die Realisierung von «Selbstbestimmung» von Schwangeren und Gebärenden hat. Mit der Einführung von Fallpauschalen für stationäre Krankenhausbehandlungen (Diagnostic Related Groups, DRG) als Abrechnungssystem im Gesundheitswesen wurden in Deutschland monetäre Anreize für Interventionen in den Geburtsverlauf gesetzt. Gleichzeitig findet in Form u.a. der Privatisierung von Kliniken und der Schliessung von wohnortnahen Gebärabteilungen der Grund- und Regelversorgung ein Umbau der geburtshilflichen Infrastruktur im Sinne einer Zentralisierung auf überregionale, hochtechnisierte Perinatalzentren statt (vgl. ausführlicher Jung 2022a, Jung 2017). Die verbleibenden Gebärabteilungen arbeiten vielerorts unter Bedingungen von Überlastung, Personalmangel und wirtschaftlichem Druck; und sehen sich teilweise zu vorübergehenden Schliessungen gezwungen. Aufgrund hoher Haftpflichtprämien, unrentabler Einkommen und hoher Arbeitsbelastung haben sich zudem viele Hebammen ganz oder teilweise aus (Segmenten) der Hebammenhilfe zurückgezogen, sodass in einigen Regionen die Nachfrage nach bestimmten Hebammenleistungen grösser ist als das Angebot (vgl. ausführlicher und mit weiteren Literaturverweisen Jung 2022a, Jung 2017).

Die realen Machtverhältnisse

Auch das Versprechen ökonomisierter Gesundheitssysteme, dass Patient*innen mehr an Entscheidungsprozessen partizipieren bzw. es zu einer Ausweitung der realen Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten kommen werde, wird in der geschlechtskritischen Gesundheitsforschung skeptisch beurteilt. Es wurde stattdessen kritisiert, dass die realen Machtverhältnisse zwischen Ärzteschaft, Hebammen und Patient*innen sowie anderen Akteuren der Gesundheitsmärkte (Krankenkassen etc.) verschleiert werden hinter dem Label Patient*innenorientierung. Auch die von der Autorin selbst erhobenen empirischen Befunde sprechen dafür, dass hinter formal erreichten Prozessen von «informed consent» zwischen Anbieter*innen und Nutzer*innen in der Geburtshilfe letztlich in vielen Fällen impliziter Zwang, Überrumpelung, Fehlinformation, Vorenthaltung von Alternativen und das Ausspielen sozialer Erwünschtheit in einer Situation existenzieller Abhängigkeit sowie gewaltsame Praktiken stehen (vgl. u.a. Jung 2022b, Jung 2017).

Wenn unterschiedliche Bedarfe aufeinanderprallen

Die Wünsche und Bedarfe von Gebärenden treffen also auf institutionelle Logiken und professionelle Handlungsroutinen, die von der einzelnen Gebärenden in der konkreten Geburtssituation nur schwer bis gar nicht durchkreuzt werden können. Zudem stehen auch die geburtshilflichen Professionen bzw. die Kliniken unter personellem, zeitlichem und finanziellem Druck: Die Profit-

AdobeStock

orientierung innerhalb ökonomisierter Gesundheitsmärkte schafft finanzielle Anreize für die Erwirtschaftung von Einnahmen durch die Ausweitung des Einsatzes von Technik, pharmazeutischen Produkten und Interventionen. Zugleich verfolgen viele Kliniken eine defensive Geburtsmedizin, die nicht unbedingt den Wünschen der Gebärenden entspringt: Aus Angst vor Regress- und Haftpflichtanforderungen weichen Ärzt*innen der Nicht-Planbarkeit einer natürlichen Geburt im Sinne einer möglichst umfassenden Kontrollierbarkeit des Geburtsvorgangs aus.

Es besteht eine Ambivalenz zwischen den vielfach geteilten Erfahrungen relativer Ohnmacht einerseits und der Adressierung von Schwangeren und Gebärenden als Subjekte andererseits, die aufgefordert sind, sich adäquat vorzubereiten, zu informieren und letztlich über das für sie und das Kind Beste zu entscheiden. Wenn bestehende Machtverhältnisse zwischen Schwangeren und Geburtshelfer*innen sowie die Struktur- und professionellen Handlungsbedingungen in geburtshilflichen Einrichtungen bei der (retrospektiven) Beurteilung der «Entscheidungen» von Schwangeren und Gebärenden nicht berücksichtigt werden, kann dies dazu beitragen, dass letzteren die Verantwortung für ein Geschehen zugemutet wird, das sie selbst nicht oder nicht im unterstellten Masse zu verantworten haben. Das skizzierte Selbstbestimmungsverständnis bürdet Schwangeren und Gebärenden nicht nur im positiven, handlungsermächtigenden Sinne die Verantwortung für ihre Geburten auf, sondern kann sich ins Gegenteil verkehren und als «Blaming» fungieren – z. B. wenn ihnen die Verantwortung für schwierige Erfahrungen oder anders als erwünscht verlaufende Geburten zugeschrieben werden.

Es besteht eine Ambivalenz zwischen den vielfach geteilten Erfahrungen relativer Ohnmacht einerseits und der Adressierung von Schwangeren und Gebärenden als Subjekte andererseits, die aufgefordert sind, sich adäquat vorzubereiten, zu informieren und letztlich über das für sie und das Kind Beste zu entscheiden.

Resümee zur Selbstbestimmung

Genau diese Gemengelage in ihrer Ambivalenz und Widersprüchlichkeit ist es, die es am Diskurs um Selbstbestimmung in der Geburtshilfe zu beachten gilt. Denn einerseits gehört die Etablierung dessen, dass Selbstbestimmung im Kontext Geburt als Freiheits-, Wahl- und Schutzrecht einen Wert gewonnen hat, zweifellos zu den Errungenschaften der Kämpfe der Frauen*gesundheitsbewegung; und auch aus (medizin-)ethischer Perspektive spielt die Gewährleistung von Autonomie und Selbstbestimmung Schwangerer und Gebärender eine unhintergehbar wichtige Rolle.

Gleichwohl und andererseits, so lautet meine Argumentation, führt das gegenwärtig dominante Verständnis von Selbstbestimmung in Begriffen der Vorbereitbarkeit, Informiertheit und Entscheidbarkeit von Geschehen rund um die Geburt, vor dem Hintergrund ökonomisierter Gesundheitsmärkte dazu, dass die sogenannt gute Geburt als von den Schwangeren und Gebärenden selbst herzustellender Vorgang, als Ergebnis ihrer individuellen Entscheidungen erscheint. Wenn die Geburt jedoch nicht als eine «gute» nach erwünschten Vorstellungen erlebt wird oder gilt, dann kann dies im Umkehrschluss als Ergebnis «falscher» Vorbereitung, Informiertheit und Entscheidungen der Schwangeren zugeschrieben werden. Das heisst, es findet eine Responsabilisierung statt, die Ohnmacht vergrössert statt abbaut bzw. ggf. Schuld- und Versagensgefühle bei den Müttern/Eltern hervorruft.

Darüber hinaus werden reale Machtverhältnisse verdeckt: Was nämlich in der Fokussierung auf «Selbstbestimmbarkeit» unsichtbar bleibt bzw. unsichtbar gemacht wird, sind die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen, denen die Gebärenden in den geburtshilflichen Einrichtungen und anderswo gegenübertreten. Der Rekurs auf Selbstbestimmung kann sogar auch als Rationalisierungsressource der Geburtskliniken betrachtet werden: Die Aktivierung von Eigenverantwortung verschleiert die strukturelle Entsorgung jener Momente von Autonomie, die auf erfahrungsgebundenem Urteil und körperlich-beziehungsorientierten Interaktionen zwischen Gebärenden und Geburtshelfer*innen basieren.

In der gegenwärtigen Gemengelage tragen der vermachtete Einsatz von «Selbstbestimmung» und die Orientierung an einer entkontextualisierten, von Machtverhältnissen absehenden, Vorstellung von consent in vielen Fällen dazu bei, die vorherrschenden geburtshilflichen Praktiken und Rahmenbedingungen, die Frauen überhaupt erst in mal mehr, mal weniger ohnmächtige Entscheidungszwänge bringen, zu verdecken bzw. zu legitimieren.

Wenn die Geburt jedoch nicht als eine «gute» nach erwünschten Vorstellungen erlebt wird oder gilt, dann kann dies im Umkehrschluss als Ergebnis «falscher» Vorbereitung, Informiertheit und Entscheidungen der Schwangeren zugeschrieben werden.

AUTORIN

Dr. phil. Tina Jung,
Marianne-Schminder-Gastprofessorin an der Fakultät für Humanwissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, hat mit einer Arbeit über Kritische Theorie und Feministische Theorie an der Universität Marburg promoviert und anschliessend verschiedene Projekte im Bereich der «Politik der Geburt» durchgeführt. Aktuell forscht und lehrt sie zu Gewalt im Geschlechterverhältnis, Gesundheit und Geburtshilfe, politischer Theorie und Frauen*bewegungen.
Kontakt: tina.jung@ovgu.de

Literatur

Jung, T. (2022a) Ökonomisierung des Gesundheitssystems und Auswirkungen auf die Geburtshilfe. In: Dück, Julia/Garscha, Julia (Hrsg.): Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt. Berlin, S. 59–76. www.rosalux.de

Jung, T. (2022b) Gewalt unter der Geburt hat System. *Deutsche Hebammen Zeitschrift;* 74 (3), S. 20–24. www.dhz-online.de

Jung, T. / Geisel, E., Vogel, Th. (2021) Politik der Geburt. Ein biographisch angeregtes Gespräch mit Thea Vogel und Elisabeth Geisel über die Entwicklung der Frauen-(Gesundheits-)Bewegung in Deutschland. *GfG-Info 1/2021;* Feminismus im Wandel, S. 20–31. https://gfg-bv.de

Jung, T. (2017) Die «gute Geburt» – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *Gender;* 2/2017, S. 30–45. https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03