

Inhaltsverzeichnis

Ministerin Heidi Merk	
Grußwort	3
Elisabeth Geisel	
Einleitung	4
Ines Albrecht-Engel	
Viel erreicht und nichts gewonnen?	5
Ulrike Hauffe	
Schwangere Frauen zwischen Entscheidungszwang und Phlegma?	8
Prof. Dr. Cornelia Helfferich	
Kontexte der Kinderfrage: Lebensentwürfe und Lebensläufe von Frauen	11
Berichte aus den Arbeitsgruppen:	
AG I Psychische und soziale Dynamik in der Schwangerschaft	17
<i>Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen in Bremen</i>	
AG II Schwangerschaftsvorsorge – Segen oder Fluch?	19
<i>Elisabeth Geisel, Geburtsvorbereiterin</i>	
AG III Gibt es die totale Sicherheit? Geburtshilfe in der Rechtsprechung	22
<i>Dr. Stefanie Hildenhagen, Oberärztin im Krankenhaus Neu Maria-Hilf in Göttingen</i>	
AG IV Neue Wege in der Hebammenarbeit	23
<i>Iris Gottwald, Marianne Just, Hebammen</i>	
AG V Schwangerschaftsfreundliche Region	26
<i>Ines Albrecht-Engel, Geburtsvorbereiterin</i>	
AG VI Schwanger und dann doch kein Kind. Wie kann es weitergehen nach einer Fehl- oder Totgeburt?	28
<i>Birgit Schamowski-Huda, Initiative REGENBOGEN</i>	
AG VII Schwangerschaftsabbruch – heute ein Kinderspiel?	29
<i>Renate Löb, Helgard Greve, Frauengesundheitszentrum Göttingen Barbara Ernst, PRO FAMILIA Göttingen</i>	
Zusammenfassung der Arbeitsgruppenergebnisse – Forderungen und Thesen ..	31
Informationen zum Netzwerk	32

Grußwort

Dies ist bereits die 8. Veranstaltung des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit. Ich freue mich, dass die Netzwerkarbeit mit so viel Engagement und großer Beharrlichkeit fortgeführt wird.

Ich bedanke mich bei allen Frauen, die an der Vorbereitung und Ausrichtung dieser Tagung mitgewirkt haben und freue mich, dass an dem Ziel, Frauengesundheitspolitik in den Regionen sichtbar zu machen und Themen mit den vor Ort in den Kommunen tätigen Frauen zu diskutieren, festgehalten wurde.

Mit der Frage „Schwangerschaft - viel erreicht und nichts gewonnen“ wird ein weiter Bogen zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Mutter-Sein gespannt, zugleich knüpft es an die Tagung „Pränataldiagnostik“ an, die Sie 1997 durchgeführt haben.

Sie diskutieren heute nicht nur gesundheitspolitische Fragen. Auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Frauen heute schwanger werden und gebären, stehen im Mittelpunkt Ihres Interesses.

Die Auswahl und Zuspitzung der heute angebotenen Themen und Arbeitsgruppen verdeutlichen das Spannungsfeld - oder salopp ausgedrückt - die beiden Seiten einer Medaille. Optimale medizinische Versorgung einerseits - selbstbestimmtes Erleben, ohne von der Ärzteschaft und der Apparatemedizin vereinnahmt zu werden - auf der anderen Seite. Wir wissen, dass eine noch ausgefeiltere Schwangerschaftsvorsorge, eine Zunahme der Ultraschalluntersuchungen und Fruchtwasseranalysen nicht zwangsläufig zu einem positiven Erleben der Schwangerschaft führt. Werden Chancen und Grenzen des medizinischen Fortschritts nicht transparent gemacht, können Frauen in tiefe Konflikte geraten.

Der medizinische Fortschritt verläuft rasant. Wir können es täglich in den Medien verfolgen. Der Dialog über die Folgen für betroffenen Menschen - wenn es z.B. um Gentechnik geht, sind es in erster Linie Frauen - findet noch zu wenig statt. In der Öffentlichkeit wird ebenso wenig darüber diskutiert, dass sich die Lebensentwürfe von Frauen verändert haben. Die Biografien sind vielschichtiger und verlaufen weniger gradlinig. Das herkömmliche 3-Phasen-Modell: Schule - Ausbildung/Studium - Schwangerschaft - Familienphase - Wiedereinstieg in den Beruf/Teilzeitarbeit - könnte den Frauen - so scheint es auf den ersten Blick - entgegenkommen. Aber viele Frauen wollen heute eine qualifizierte Berufstätigkeit mit der Familienarbeit verbinden; es wird auch von der „doppelten Lebensplanung“ gesprochen. Dieser Konfliktbereich ist noch nicht gelöst und die Rahmenbedingungen bieten insoweit keine ausreichende Unterstützung für die veränderte Lebensplanung von Frauen.

In Teilen sind der medizinische Fortschritt und der Umgang mit der Schwangerschaft aber gerade auch mit dem sich verändernden Selbstbild der Frauen und ihrer größeren Teilhabe an der Erwerbsarbeit verknüpft: Mit unserer Berufstätigkeit geht häufig das „Funktionieren wollen“ das sich „reibungslos in den Arbeitsprozess einfügen wollen“ einher. Der Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt und die Tatsache, dass immer weniger Ehen und Partnerschaften von Dauer sind, setzt Frauen einem enormen Druck aus. Da scheint eine perfekte medizinische Vorsorge und der regelmäßige Check eine Befreiung von mancher Last zu sein.

Auf dieser Tagung geht es darum, schwangere Frauen zu ermutigen, ihrer Selbstwahrnehmung und Stärke wieder mehr zu trauen. Damit dies gelingt, müssen wir die Ärzteschaft gewinnen und Bündnisse mit Gynäkologinnen schließen. Zugleich geht es darum, die Änderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen voranzubringen. Dafür brauchen wir einen langen Atem. Die Entwicklung der Gentechnik erfordert unsere Aufmerksamkeit und wird uns noch lange beschäftigen.

Einleitung

Das Thema dieser Veranstaltung knüpft an eine Tagung des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen vom Oktober 1997 „Pränataldiagnostik und ihre Folgen“ an. Die damalige Plenumsdiskussion hat uns deutlich gezeigt, dass nicht alle Aspekte der Schwangerschaft ausreichende Beachtung gefunden haben. Wir sind auseinander gegangen mit dem Wunsch, dieses Spannungsfeld zu vertiefen. Später im Planungsteam ist diese provokante Frage **„Schwangerschaft – viel erreicht und nichts gewonnen?“** der Titel für die heutige Veranstaltung geworden.

Schwangerschaft geht uns alle an, wie wir anhand der Vorträge und in den Arbeitsgruppen feststellen werden. Nicht nur deswegen, weil die Gesundheit der zukünftigen Generation unter dem Aspekt von “public health” - öffentliche Gesundheit - uns angeht, sondern auch deswegen, weil Fortpflanzung kein rein privates Thema ist. Außerdem wird jede Frau irgendwann damit konfrontiert, ob sie ein Kind wünscht, vermeiden möchte, verloren hat, nicht haben will...

Es ist u.a. die Aufgabe von Netzwerken, Beratungsstellen und von Vereinen, auf Missstände aufmerksam zu machen und sich einzumischen. Zu leicht kann es geschehen, dass Ärztinnen und Ärzte aus Wissenschaft und Praxis als einzige kompetente Instanz verstanden werden. In einer pluralistischen Gesellschaft kann es nicht sein, dass ein Berufsverband sein Diktat aufoktroziert.

Wir Geburtsvorbereiterinnen erleben oft, wie die Disziplinierung der schwangeren Frauen über die Maßnahmen der Vorsorge geschieht, sehr subtil wohlgeleitet. Die Situationen die im Laufe des „Fortpflanzungsalters“ auftreten, führen dazu, dass beinahe jede Frau irgendwann zur Gynäkologin geht. Ob sich ein Machtverhältnis entwickelt, hat mit dem Informationsniveau der einzelnen Frau zu tun, aber auch damit, wie die öffentliche Meinung entsteht, bzw. wie der gesellschaftliche Druck sich auswirkt.

In einem viel kleineren Umfang als in Großbritannien, wo ein Staatsprogramm unter dem Namen “Changing child-birth” läuft, möchten wir als Veranstalterinnen:

- Informationen und Erfahrungen weitergeben,
- Aspekte ansprechen, die häufig verschwiegen werden und
- zum Nachdenken anregen, damit Sie Anstöße für ihre konkrete Arbeit vor Ort in den Kommunen, in Ihren Institutionen oder als freiberufliche Hebamme mit nach Hause nehmen.

Ines Albrecht–Engel, Ethnologin M. A. und Autorin,
Bundesvorsitzende der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung,
Familienbildung und Frauengesundheit (GfG)

Viel erreicht und nichts gewonnen?

Schwangerschaft und Geburt in Deutschland

Der Übergang zur Elternschaft ist wie jede Übergangsphase im Leben eine krisenhafte Zeit, die Chancen, aber auch Risiken für die weitere persönliche Entwicklung, die Partnerschaft und die Lebensgestaltung beinhaltet. Übergangsphasen werden daher in allen Gesellschaften durch unterschiedlichste Rituale begleitet und geregelt. Sie enden mit einer Neu- und meist Höherbewertung der sozialen Rolle der betreffenden Personen, dies gilt insbesondere für Frauen, die ihr erstes Kind geboren haben.

Wie sieht die kulturspezifische Unterstützung in dieser instabilen Lebensphase in Deutschland aus?

Welche Unterstützung erfahren Frauen/Paare, die Eltern werden?

Zunächst sollen die soziokulturellen Hintergründe, vor denen Elternwerden heute stattfindet, aufgezeigt werden:

- In unserer Gesellschaft haben sich die Koordinaten, entlang derer sich ein Frauenleben und eine junge Familie konstituiert, innerhalb weniger Jahrzehnte immens gewandelt. Tradierte, vorgegebene Biografieverläufe sind – und das gilt besonders für Frauen – einer Vielfalt möglicher Lebensentwürfe gewichen. Vor allem im städtischen Umfeld hat sich das familiäre Zusammenleben in der Regel auf die Kernfamilie (Mutter, Vater und Kind/ Kinder) reduziert. So können Eltern in ihrer instabilsten Lebensphase kaum auf Unterstützung in der Bewältigung des ungewohnten und aufregenden Alltags mit Kind zurückgreifen. Durch das isolierte Leben in einer Kleinfamilie gibt es so gut wie keinen „Anschauungsunterricht“ in der Jugend und der Zeit der kinderlosen Paarbeziehung.
- Die Weitergabe zwischen den Generationen findet nicht mehr statt. Selbst wenn die Großeltern mit den jungen Eltern in räumlicher Nähe zusammenleben, so werden Ratschläge und Unterstützung der Älteren kaum noch angenommen. An Stelle des Rates von Älteren, Erfahrungen werden heute entweder Fachleute (am häufigsten Ärzte) um Rat gefragt oder Fachliteratur im weitesten Sinne herangezogen. Das können je nach Klientel Zeitschriften, Fachbücher oder häufig nur Werbebroschüren der Industrie sein. Relevant in der Begleitung und Unterstützung wechselnder Lebensphasen sind in den letzten Jahren verstärkt Kurs- oder Beratungsangebote für viele Menschen geworden.

Elternwerden in Deutschland

Elternwerden wird in Deutschland vor allem medizinisch begleitet und betreut: Schwangerschaftsvorsorge, Geburt (im Krankenhaus), Wochenbettbetreuung und Vorsorgeuntersuchungen der Kinder. Schwangersein, Gebären und Elternwerden sind aber bei weitem keine ausschließlich körperlichen (gar krankhaften) Phänomene. Der Übergang zur Elternschaft bedeutet eine Neuorientierung in allen Lebensbereichen. Eine ausschließlich medizinische Sichtweise wird den ganzheitlichen Veränderungen nicht gerecht. MedizinerInnen sind nicht für die psychosozialen Aspekte von Lebensphasen ausgebildet und das Abrechnungssystem ist nicht auf die Einbeziehung dieser Dimension angelegt.

Was also bietet der Staat außer der medizinischen Vorsorge?

Es gibt ein Mutterschutzgesetz – schließlich will die Gesellschaft gesunde Kinder. Doch auch dies wird oftmals nicht beachtet, und werdende oder stillende Mütter trauen sich selten, ihre Rechte auch wirklich durchzusetzen.

Der Staat unterstützt Familien finanziell – unsere Geburtenrate ist so niedrig, dass auch ein finanzieller Anreiz die Entscheidung für ein Kind oder Kinder positiv beeinflussen soll.

Doch diese drei staatlichen Rahmenbedingungen für Familien werden:

- die medizinische Betreuung,
- die rechtliche Absicherung und
- die finanzielle Sicherheit

sind keine kulturellen Systeme, die eine emotionale Unterstützung für die umwälzenden Veränderungen im Leben einer Frau/eines Paares darstellen. Eine institutionalisierte, geregelte Form der Begleitung, die Eltern hilft, z. B. durch Rituale in ihre neue Rolle zu finden, gibt es nicht. Dies entspräche ja auch nicht unserer pluralistischen, individualistischen Gesellschaft.

Fazit: Jede Frau, jedes Paar muss seinen Entwicklungsprozess mehr oder weniger allein „absolvieren“ und seinen eigenen Weg, seine eigenen Bewältigungsstrategien (Coping) für die Mutterschaft und Elternschaft finden.

Historie

Ende der Siebziger Jahre wurden Eltern mit „Schwangerschaftsgymnastik“ auf die Geburt vorbereitet. Sie kamen dann in Kliniken, in denen häufig die Geburt eingeleitet wurde, reichlich Medikamente und Betäubungsmittel eingesetzt wurden – und in denen ihnen *ihr* Kind nach der Geburt weggenommen wurde. Das Stillen wurde kaum unterstützt und die Trennung von Mutter und Kind erschwerte das Zusammenwachsen der Familie und das Umgehen mit den Bedürfnissen eines Neugeborenen. In dieser Situation schlossen sich Eltern und Fachleute zusammen, um Veränderungen im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft zu bewirken. In vielen Städten entstanden Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, die Frauen und Paaren eine Anlaufstelle boten, sich über ihre Vorstellungen mit anderen auszutauschen und aktiv gemeinsam neue Wege zu suchen. Zunächst waren in einigen Städten in den Frauenzentren bzw. Frauengesundheitszentren Schwangerschafts- und Müttergruppen entstanden. Im Laufe der Zeit trennten sich viele Initiativen von den Frauenzentren, insbesondere aufgrund des Verbots, dass Männer die Zentren nicht betreten durften. Die emanzipatorische Arbeit der Schwangerschafts- und Müttergruppen aber wollte die Männer einbeziehen, um eine gleichwertige Teilhabe an der Reproduktionsarbeit (Schwangerschaft, Geburt und Betreuung des Kindes) zu erreichen.

Bundesweit setzte eine Entwicklung ein, dass sich Fachmensen und Betroffene in Seminaren trafen, z. B. überregional zum ersten Mal 1978 in Kirchheimbolanden in der Pfalz, und auch regional und lokal entstanden immer mehr Initiativen.

In dieser Aufbruchzeit, in der auch Greenpeace, die Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen, (AFS), und viele andere neue „Bewegungen“, gegründet wurden und sich etablierten, gründete sich aus den engagierten Frauen (und Männern) der

ersten Arbeitsgruppen und Zusammenschlüsse 1980 die *Gesellschaft für Geburtsvorbereitung e.V., GfG*, die in den folgenden Jahren Motor und Sammelpunkt der weiteren Entwicklung wurde. Daneben gab es natürlich viele engagierte Einzelpersonen (auch aus dem medizinischen Bereich und insbesondere unter den Hebammen) sowie regionale Aktivitäten.

Die GfG hat ihre Ziele von Anfang an in verschiedene Richtungen verfolgt:

- Eltern durch ein *umfassendes Kursangebot* im Übergang zur Familie zu unterstützen: mit ganzheitlichen Kursen zur Begleitung in der Schwangerschaft, Vorbereitung auf die Geburt und auf das Elternsein. Neben einer neuen Form der Körperarbeit war und ist der besondere Ansatz von Geburtsvorbereiterinnen, die Paare und die Gruppe untereinander ins Gespräch zu bringen, um durch den Austausch untereinander die Eigenverantwortung und die Eigenkompetenz zu stärken. Dafür hat die GfG ein Konzept für die Weiterbildung von Geburtsvorbereiterinnen (und später zur FamilienbegleiterIn) entwickelt.
- Die *Bedingungen „rund um die Geburt und Elternschaft“* in unserer Gesellschaft so zu verändern, dass am Beginn des Lebens nicht nur die medizinischen Aspekte gesehen werden, sondern ebenso die emotionalen und psychosozialen Aspekte von Schwangerschaft, Geburt und der ersten Zeit mit dem neugeborenen Kind.
- Die GfG versteht sich nicht als Berufsverband, sondern als eine Interessenvertretung von werdenden und jungen Eltern. Darum ist die *interdisziplinäre Zusammenarbeit* mit allen Berufsgruppen „rund um die Geburt“ zum Wohle der Eltern intendiert.

Der Kampf und die Forderungen aller Menschen und Gruppen haben zu vielen Änderungen geführt, von denen einige hier beispielhaft genannt werden.

Vorsorge	
Vor 25 Jahren	Heute
Mutterpass, wenige Seiten	umfangreicher Screening- und Risikokatalog, ständig erweitert
Kein (kaum) Ultraschall	Ultraschall – Routineuntersuchung
Nur in besonderen Fällen Amniocentese	Amniocentese über 36 Jahre, fast immer Triple-Test
Schwangerschaftsgymnastik	Geburtsvorbereitung (für Paare)

Verhaltensregeln	
Vor 25 Jahren	Heute
Reistage	Reistage obsolet
Flüssigkeitsreduktion	ebenfalls nicht mehr empfohlen
Sport – möglichst nicht	kaum Einschränkungen

Begleitung: Schwangerschaft/Geburt	
Vor 25 Jahren	Heute
Schwangerschaftsvorsorge – nur Ärzte	teilweise auch von Hebammen
Frauenärzte	immer mehr Frauenärztinnen
Hebammen fast ausschl. in Klinik	viele freiberufliche Hebammen in der Vor- und Nachsorge
Vater bei der Geburt vor der Tür	Vater bei der Geburt anwesend
Mutter-Kind-Trennung	Rooming-In Family-In

Geburtsbedingungen	
Vor 25 Jahren	Heute
Durchtrittsrausch, Valium, Dolantin	häufig PDA u.a., aber auch naturheilkundlich oder ohne Medikamente
10 Tage Klinikaufenthalt	bis 6 Tage oder ambulante Geburt
Klinik	z.T. sehr unterschiedliche Kliniken Hausgeburt Geburtshaus (oder -praxis)
Klinische (OP-) Kreißsäle	oft freundliche, gemütliche Kreißsäle
Geburt in Rückenlage	verschiedene Gebärpositionen – Wassergeburt

Können wir uns zurücklehnen?

Die verschiedenen Möglichkeiten erscheinen verlockend und suggerieren eine Auswahl: Alles ist wählbar und alles ist machbar, so wird es häufig auf den Informationsabenden der Krankenhäuser vermittelt. Doch die Wahlmöglichkeiten sind in der Realität oft nicht gegeben, denn viele Ärzte und Kliniken sind in ihrem medizinischen Routine- und Sicherheitsdenken verfangen. Die offerierten Angebote dienen eher als Lockmittel, denn als Einsicht in die Fähigkeiten und Kompetenzen schwangerer und gebärender Frauen. Diese „Lockmittel“ sind für die Kliniken insofern von großer Bedeutung, als ein enormer Konkurrenzdruck auf den Krankenhäusern lastet, denen bei nicht ausreichenden Entbindungszahlen die Schließung droht.

Viele Frauen aber lehnen sich zurück und nehmen die Angebote wahr, ohne sie zu hinterfragen. Die Auswahl wird auf einer oberflächlichen Ebene getroffen – die Realität im Krankenhaus überrascht dann viele und eine große Anzahl von Frauen ist enttäuscht, dass Versprochenes nicht eingehalten wurde - oder auch nicht eingehalten werden konnte.

Viele achten auf die Äußerlichkeiten des Geburtsortes, das Design, auf die Freundlichkeit und Vertrauenswürdigkeit des medizinischen Personals. Doch die innere Haltung und

Einstellung des medizinischen Personals bleibt oft dahinter verborgen und offenbart sich in der alltäglichen Arbeit im Kreißsaal. Oftmals ganz subtil beeinflussen Bemerkungen, Vorschläge schwangere und gebärende Frauen, bis hin zu den offenen Drohungen „Sie wollen doch Ihr Kind nicht gefährden?!“.

Ebenso wie bei der Geburt sind die Hintergründe der umfassenden medizinischen Schwangerschaftsvorsorge für Frauen kaum einsehbar. So hat sich seit kurzem der Bereich der Hebammenvorsorge ausgeweitet. Diese erfreuliche Entwicklung ist aber nur zum Teil auf die bewusste Inanspruchnahme durch schwangere Frauen zurückzuführen, sie hat wie viele andere Entwicklungen einen ökonomischen Aspekt. Die Abrechnungsmodalitäten haben sich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte derart verändert, dass es nicht mehr lukrativ ist, möglichst viele Untersuchungen (selbst) durchzuführen, so beziehen immer mehr Gynäkologinnen Hebammen in die Praxisarbeit mit ein.

Rechtsprechung

Neben dem sich ständig ändernden aktuellen Wissensstand (aufgrund der immensen Anzahl von WissenschaftlerInnen, die ständig neue Untersuchungen vorlegen), spielt die Forensik eine entscheidende Rolle in der Medizin und insbesondere in der Geburtshilfe. Die Rechtsprechung verstärkt die Tendenzen in der Medizin, alles Machbare auch durchzuführen.

Das Damoklesschwert der Rechtsprechung über dem geburtshilflichen Handeln führt zu einer kontinuierlich steigenden Kaiserschnitt-Rate und vielen prophylaktischen Eingriffen. Die Urteile, die gesprochen werden, werden immer mit einer *Unterlassungsschuld* und nie mit einer *Aktionsschuld* begründet. Das heißt, es findet eine Verurteilung statt, weil ein Kaiserschnitt zehn Minuten früher hätte durchgeführt werden sollen, nicht aber, weil ein Kaiserschnitt zu früh, bzw. unnötig durchgeführt wurde. Und dies, obwohl ein Kaiserschnitt ein wesentlich höheres Risiko für die Mutter bedeutet, was die Priorität des kindlichen Befindens unterstreicht.

Müttern wird viel zugemutet

In der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsbetreuung hat sich das Kind in den letzten drei Jahrzehnten zum Mittelpunkt entwickelt. Müttern wird mit der Fokussierung auf die Gesundheit des Kindes in Deutschland sehr viel zugemutet - und die Mütter selbst muten sich ebenfalls sehr viel zu. Diese Entwicklung des „wertvollen Kindes“ ist offenkundig bei der Indikation für einen Kaiserschnitt, der z. B. nach einer In-Vitro-Fertilisation oder bei älteren Frauen häufig durchgeführt wird.

Auch die Krankenkassen tragen dazu bei, die Medikalisierung und Überwachung der Schwangerschaft und Geburt zu forcieren. So hatte die DAK kürzlich eine Presseaktion, in der sie bestimmte Forderungen an eine Geburtsklinik stellt, die darauf hinauslaufen, dass nur große Perinatalzentren und Universitätskliniken noch geburtshilfliche Abteilungen aufrecht erhalten können. Diese gesundheitspolitische Tendenz wird auch von anderen Gruppen verfolgt. Dass diese Entwicklung nicht im Interesse von Frauen sein kann, ergibt

sich allein aus der daraus folgenden Entfernung zur entsprechenden Geburtsklinik, aber ebenso daraus, dass die großen Kliniken selten Vorreiter einer selbstbestimmten, aktiven Geburt sind.

Die mangelnden Unterstützungsangebote, die Frauen nur auf die medizinische Begleitung fixieren, erschweren werdenden Eltern den Übergang und die Vorbereitung auf die Elternschaft.

Für junge Eltern ist ein Kursangebot oft die einzige Möglichkeit, „Gleichgesinnte“ oder „Gleich betroffene“ zu finden. Viele dieser Angebote sind aus der Eltern-Selbsthilfebewegung heraus entstanden – oder definieren sich heute noch als Selbsthilfe: Geburtsvorbereitungskurse für Paare, Stilltreffen, Eltern-Baby-Treffen etc. Viele Angebote haben durch qualifizierte Weiterbildungen von KursleiterInnen eine Professionalität der elternunterstützenden Kurse und Beratung erhalten, die erstmals im Zuge der Möglichkeiten der Krankenkassen durch die Gesundheitsförderung, § 20 Sozialgesetzbuch V (SGB V), voll anerkannt wurde: dazu gehören Geburtsvorbereitungskurse durch Geburtsvorbereiterinnen der GfG, PEKiP-Kurse, Babymassage, Laktationsberatung etc. Mit der Rücknahme der Gesundheitsförderung durch die Verabschiedung des sog. Beitragsentlastungsgesetzes erfolgte ab 1997 ein Rückschritt in der präventiven, gesundheitsfördernden Elternarbeit.

Bleibt zu hoffen, dass mit der Gesundheitsstrukturreform 2000 Gesundheitsförderung und Prävention wieder einen angemessenen Stellenwert erhält.

Schwangere Frauen zwischen Entscheidungszwang und Phlegma?

Umdenken in der Geburtshilfe

Schwangergehen war für das Mutter- und Eltern werden und die Geschichte der Frauenemanzipation vor ca. 25 bis 20 Jahren die Geburtsstunde vieler frauenpolitischer Initiativen und Veränderungen.

Dieser Umschwung zu kritischer Denkweise in der Geburtshilfe begann als *Widerstand* gegen die ungestüm wachsende Technisierung in Richtung Geburtsmedizin.

In den Siebzigerjahren wollten Frauen mehr *eigene* Gewissheit über ihren Körper und hatten Zweifel an den kaum noch zu übersehenden Versprechungen der Medizin. Durch die neuen Ansprüche und Erwartungen der Frauen und ihrer Partner kam *Bewegung* in die Diskussion um Schwangerenversorgung, Geburtsmöglichkeiten und Nachsorge. Schwangere emanzipierten sich mehr und mehr von bestehenden Organisations- und Versorgungsstrukturen, Schwangere wollten nicht mehr nur **versorgt, behandelt und entbunden** werden, sondern forderten aufgrund unbefriedigender Erfahrungen und andererseits „selbstbewusster“ Vorstellungen neue geburtshilfliche Praktiken, eine andere Betreuung und alternative Ausstattungen.

Einige Stichworte dazu: Aufgabe der programmierten Geburt, weniger Medikamente, eher Unterstützung der Gebärenden durch neue Atem- und Entspannungsmethoden, der Partner konnte bei der Geburt dabei sein, das Rooming-In wurde mehr und mehr selbstverständlich, das Stillen der Säuglinge bekam einen neuen Stellenwert, Sinn und Unsinn, Einsatz- und Anwendungsmöglichkeiten des CTG wurden diskutiert.

Viele Frauen, junge und alte, Professionelle und Laiinnen, Mütter und Töchter waren offensichtlich in ihrer Identität an einem wunden Punkt getroffen und hatten das Bedürfnis nach mehr Selbstbestimmtheit. Sie suchten nach *individuell* handhabbaren Instrumentarien zur Verarbeitung seelischer und körperlichen Befindlichkeiten. Der Rückerverwerb verlorener Körperkompetenz war eines der neuen Ziele.

Diese Entwicklung fand nicht zufällig statt, sie war Ausdruck und Ergebnis einer Frauen - Emanzipationsbewegung, die Ende der 60er Jahre begann. Dieselben Frauen, die sich gegen rigide politische Strukturen engagiert hatten, kamen in ein Alter, in dem sie die eigene Familienplanung entscheiden mussten. Dabei entdeckten sie im bestehenden Medizinsystem einen ähnlichen patriarchalen Aufbau wie in den allgemeinen politischen Zusammenhängen. Den dadurch wahrgenommenen Entmündigungen und „Kränkungen“ ihrer weiblichen Potenzen setzten Frauen neue, eigene Konzepte entgegen. „Von unten“ sammelte sich in der Geburtshilfebewegung eine starke Strömung aus der Frauenbewegung.

Ziehen wir Bilanz

Können wir heute noch sagen, dass wir die Ziele von damals erreicht und auch erhalten haben und selbstbestimmt über unseren Körper entscheiden können? Gibt es nicht in den Mantel der Fürsorge und VORSORGE gekleidete - und damit neue verunsichernde, oft nur schwer zu erkennende Kränkungen und Entmündigungen von Frauen, die ein Kind erwarthen und gebären wollen?

Durch familienpolitische Schwerpunktsetzungen ebenso wie durch medizinische Versorgungsangebote und Definitio-

nen von „gesund“ und „krank“ bei Schwangerschaft und Geburt – die sich aus dem Risikokatalog des Mutterpasses ergeben - wird der Rahmen für gesellschaftliche Meinungsbildung gesteckt, der das Leben von Frauen direkt und indirekt bestimmt.

Medizinische Versorgungsstandards für Schwangerschaft und das Gebären sind immer auch Ausdruck der Zeit, in der sie stattfinden. Schwangerenbegleitung und Geburtshilfe, auch die multiplen Angebote an so genannten Vorsorgemaßnahmen, mit denen schwangere Frauen (aber auch ihre professionellen BegleiterInnen) routinemäßig konfrontiert sind, suggerieren Gefahr, Bedrohung und Zweifel an den natürlichen Kompetenzen der Schwangeren.

Beispiel Mutterpass

Uns stellt sich die Frage, welche Identität einer Schwangeren soll eigentlich verbrieft werden? Es wird deutlich, welcher Rahmen Schwangeren durch fast apodiktische, routinemäßige Empfehlungen gesetzt wird, der von ihr nur durch Selbstgewissheit und große Widerstandskraft gesprengt werden kann.

Der Mutterpass suggeriert die Notwendigkeit medizinischer Regelüberprüfungen und dass erst durch die Einhaltung der vorgeschriebenen Untersuchungsschritte Erkrankungen des Kindes zu vermeiden seien.

Daraus lassen sich folgerichtig auch angebliche Verpflichtungen der Schwangeren (und juristisch begründete Verantwortungen der begleitenden Fachpersonen) gegenüber der Gesundheit des erwarteten Kindes ableiten. Pränatale Diagnostikverfahren machen glauben, dass die Geburt kranker Kinder vermeidbar ist - und schaffen so eine anscheinend gesellschaftliche Pflicht zur Normalität und Gesundheit.

Der Schöpfungsvorgang Zeugung - Schwangerschaft - Geburt degeneriert so zu einem versicherungstechnisch unanfechtbaren Vorgang.

Medizinische Wissenschaft und Praxis beeinflussen mit den Erkenntnissen und Angeboten ihrer Fachdisziplinen - wie Gynäkologie, Pränataldiagnostik, Reproduktionstechnik - gesellschaftliche und individuelle Maßstäbe und damit auch das persönliche Handeln schwangerer Frauen. Frauengesundheit, Fruchtbarkeit und die Fehlerlosigkeit von Kindern werden durch eine frühzeitige Feststellbarkeit von abweichenden Entwicklungsstadien und durch Eingriffsmöglichkeiten (selten Heilung!) zu Objekten gesellschaftlicher Normierungen.

Alle Erfahrungen - auch die anderer europäischer Länder - zeigen aber, nicht Technikfülle erleichtert Schwangerschaft und Geburt. Und die anscheinend durch Hochleistungsmedizin garantierte Unversehrtheit für Mutter und Kind ist eine Illusion. Schwangerschaften und Geburtsverläufe sind Prozesse inneren Wachstums, die durch äußere Begleitung und Kontrolle nur geleitet und gefördert - allerdings auch behindert werden können.

Aber es ist durchaus nachzuvollziehen, dass viele Frauen die vom Medizinsystem an sie herangetragenen pränatalen Untersuchungen, Kontrollverfahren und medizinischen Einflussnahmen in großer Anzahl akzeptieren und sogar begrüßen. Denn Ärztinnen und Ärzte stellen ihnen dadurch die Vermeidung von Risiken und mehr gesundheitliches Wohlbefinden für sich und das Kind in Aussicht.

Grundsätzlich ist erkennbar, dass pränatale Untersuchungsrituale und Gebotsvorschriften für regelgerechtes Verhalten schwangeren Frauen individuell ein immer höheres Maß an gesellschaftlicher Erwartung aufbürden. Durch die Suggestion der Machbarkeit gesunder Kinder werden logischerweise *die* Frauen mehr und mehr ausgegrenzt, die *doch* ein krankes Kind gebären. Wir erleben einen Prozess der Individualisierung von Risiko.

Vor diesem Hintergrund reagiert manche Schwangere mit ratlosem Phlegma und überlässt sich hochspezialisierten Techniken, wie regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen und allen übrigen Check-up und TÜV-Verfahren. Andere Frauen stimmen den ihnen angebotenen vorgeburtlichen Untersuchungen bewusst zu und versuchen so - durch Beteiligung der Fachautoritäten am Entscheidungsprozess - sich von den individuell auf ihnen lastenden Entscheidungs- und Verantwortungserwartungen zu entlasten.

Entmutigung durch Behandlungsrituale?

Welche durch Ärztinnen und Ärzte hervorgerufene Auswirkungen der im Mutterpass festgeschriebene Untersuchungsaufwand auf die Befindlichkeit der Schwangeren - und damit auch auf den Verlauf der Schwangerschaft und Gesundheit des erwarteten Kindes - haben, ist noch nicht ausreichend wissenschaftlich belegt.

Ungeklärt ist z.B., wie sich ärztliche Vorstellungen und entsprechende Behandlungsrituale auf die individuelle Kompetenzerfahrung der Schwangeren auswirken. Wird die Frau bestärkt, oder entmutigt und verängstigt - und welche Folgen kann dies für den Verlauf der Schwangerschaft, das Gedeihen des Kindes, die Geburt und die Familienbildung haben?

Welchen individuellen Ängsten, Zweifeln und familiären und gesellschaftlichen Entscheidungserwartungen ist eine Schwangere ausgesetzt, wenn - etwa durch Fruchtwasseruntersuchung oder einem Ultraschall - eine Fehlentwicklung bei ihrem erwarteten Kind festgestellt wird, für die es aber keine Heilung gibt?

Die routinemäßige Anwendung der Pränataldiagnostik als Standardverfahren (Jeder Ultraschall ist im Prinzip eine Selektionsdiagnostik.), die rigorose Abstempelung schwangerer Frauen als Risikopatientinnen, die immer wieder neu entdeckten angeblichen Mangelzustände von Frauen in der Schwangerschaft (z. B. Folsäure u.a.) - also die Definition von Frauen als grundsätzlich defizitäre Wesen - macht es immer schwerer, Schwangerschaft als normal zu erkennen.

Allerdings sind alle beteiligten Berufs-Gruppen und auch Frauen und ihre Partner für die Definition von Schwangerschaft und Geburt als „hochriskantem Umstand“ verantwortlich:

- *ÄrztInnen*, indem sie durch ihr Interesse an Heilung Krankheit definieren müssen.
- *Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen und Kinderkrankenschwestern*, indem sie etwa devote Unterwerfung praktizieren, die „besseren“ Ärztinnen sein wollen - oder aber sich außerhalb des medizinischen Versorgungssystems stellen und damit KritikerInnen die Möglichkeit geben, ihre Vorstellung von der Normalität einer Schwangerschaft etwa als Exklusivität oder sogar Exzentrität abzutun.

- *Berufsverbände, Politik und Krankenkassen*. Fokus fast aller Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen zu Schwangerschaft, Geburtshilfe und Nachsorge ist die Senkung der Säuglingssterblichkeit, eine wichtige, aber nicht ausreichende Kategorie, denn sie vernachlässigt solche Einflüsse auf die Schwangerschaft, die weniger dramatisch erscheinen.
- *Frauen und Männer*, die in einer „Versicherungsgesellschaft“ nicht mehr mit dem „Risiko“ umgehen können, da sie der gesellschaftlich vermittelten Vorstellung glauben, durch medizinische Einflussnahme jedes Risiko ausschalten zu können. Diese Frauen und Männer greifen nach dem Sicherheit und Unversehrtheit versprechenden Arm der Medizin.

Meiner Meinung nach liegt in der Reflexion über heutige Vorschriften, wie sie im Mutterpass stehen, über Absichten und Auswirkungen grundsätzlicher Risikounterstellung für Schwangerschaft und Geburt, die Chance für Verbesserungen im Sinne von Frauen.

Die schwangere, gebärende Frau muss wieder Zentrum des Gesamtgeschehens sein.

Medikalisierende Entmachtungssymbole, die sich bei Schwangerschaft und Geburt auch durch ängstigende Begriffe wie „fötale Umfeld“ und „Risikoschwangere“ ausdrücken, müssen zurückgedrängt werden durch unterstützende, Kraftbelassende Haltungen und Mutgebende Anleitungen bei einer mehr begleitenden Geburtsvorbereitung.

Strukturelle Veränderungen sind notwendig

Ausserdem müssen im Zusammenhang von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft auch strukturelle frauengesundheitspolitische Veränderungen vorgenommen werden.

Einige wesentliche sind:

- Neuordnung des Schwangerenvorsorgesystems
- Abschaffung der Pränataldiagnostik als Regelleistung
- Systematisierung von Erfahrungen, etwa der alternative Umgang mit psychosomatischer Frühgeburtlichkeit und Prophylaxe, der noch nicht weiter gehend untersucht wurde
- Bestimmung der Hebamme als juristisch alleinverantwortliche Geburtshelferin. Wünschenswert wäre, dass im Rahmen eines Modellprojekts überprüft wird, wie sich z.B. die alleinverantwortliche Präsenz der Hebamme im Kreißaal - analog zur Verantwortung der Hebamme bei Hausgeburten und in Geburtshäusern - auf den Geburtsverlauf auswirkt.
- Auflösung der bisherigen Segmentierung der Frauen und ihrer Neugeborenen im klinischen Wochenbett zugunsten einer ganzheitlichen Versorgung von Mutter und Kind, orientiert an der Normalität und am Gelingen.
- Entwicklung frauengerechter Qualitätsstandards auf der Basis vergleichbarer Handlungen

Auf dem 8. Bundeshebammenkongress in Bremen (11.-13.5.1998) wurde in vielen erfahrungsgestützten Beiträgen die Normalität von Schwangerschaft und Geburt betont. Leider sind - als eine Folge der Gesundheitsreform des damaligen Bundesgesundheitsministers Seehofer solche Krankenkassenleistungen entfallen, die individuelle Wün-

sche und Bedürfnisse von Frauen nach ganzheitlicher Geburtsvorbereitung und prophylaktischer, psychosozialer Familienarbeit umfassen.

Bisher konnte Geburtsvorbereitung - die die individuellen, sozialen und partnerschaftlichen Lebensumstände schwangerer Frauen und junger Mütter ganz wesentlich bei ihrer Arbeit berücksichtigt und - etwa durch Körperarbeit - deren körperliches Selbstverständnis gestärkt hat, als Präventionsmaßnahme im Rahmen des § 20 SGB V (Sozialgesetzbuch) mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Mit Einführung des Beitragsentlastungsgesetzes ab 1.7.1997 müssen Krankenkassen ablehnen, diese umfassenden - und von Medizin und Psychologie als gesundheitsförderlich und gesund erhaltend anerkannten Maßnahmen - unter § 20 SGB V zu bezahlen.

Eine menschlich sinnvolle und dauerhaft Kosten sparende Lösung wäre - für schwangere Frauen, für Mütter und ihre Neugeborenen - Beratungsangebote im Sinne eines ganzheitlichen Versorgungskonzeptes bereitzuhalten.

Begleitung bei Schwangerschaft und Geburt, welche die *Potenzen von Frauen* unterstützt, basiert auf emanzipatorischen Konzepten, durch die Frauen nicht entmündigt - und natürliche Vorgänge wie Schwangerschaft und Geburt nicht vor allem als potenziell gefährlich angesehen werden. Weder schwangere Frauen, noch Frauen in allen anderen Phasen ihres Lebens sind immer auch Risikopatientinnen, die mittels medizintechnischem Aufwand lückenlos überwacht und gelenkt werden müssen.

Selbstbewusstes, selbstbestimmtes und verantwortliches Handeln - auch im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt - muss wieder mehr *von Frauen selbst definiert werden*.

Meine Ausführungen sollen vor allem den normativen Charakter vorhandener Strukturen im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf Schwangerenbetreuung, Geburtsverläufe und Nachsorge deutlich machen. Dieser Strukturrahmen muss so geändert werden, dass Frauen ihre Eigenkompetenz einbringen können.

Kontexte der Kinderfrage: Lebensentwürfe und Lebensläufe von Frauen

Einleitung

Wer bestimmt, wer kontrolliert die Schwangerschaften? Wo werden Frauen bezogen auf Schwangerschaften und Kinder entmündigt und zu Objekten gemacht? Wo bestimmen sie selbst?

Mein Thema ist eine Veränderung der Zwänge und der Fremdbestimmung seit der Zeit, in der mehr (Anspruch auf) Selbstbestimmung möglich wurde. Seitdem ist zu fragen: Was heißt „Selbstbestimmung“?

Heißt „Selbstbestimmung“ z.B. Geburtenkontrolle? Oder rationale Planung und Vernunft? Kann es einen Zwang zu „Planung = Selbstbestimmung“ geben? Kann es eine selbstbestimmte Ablehnung von Planung geben? Diese Frage kann aber nicht allgemein beantwortet werden, sondern immer nur für bestimmte gesellschaftliche Bedingungen.

Das Spannungsfeld zwischen „Selbstbestimmung“ und „Fremdbestimmung“ ist Tagungsthema und im Sinne meines Vortragstitels gleichzeitig Kontext der Kinderfrage. Kontext heißt hier insbesondere: gesellschaftliche Bedingungen, Kinder zu haben oder nicht. Die Spannung lässt sich eingängig mit der Gegenüberstellung von zwei Zitaten veranschaulichen. Das erste stammt von Sigmund Freud.

„Theoretisch“, so sagte er, „wäre es einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen des Naturzwanges, dem unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen, beabsichtigten Handlung zu erheben.“ (In: Sexualität in der Ätiologie der Neurose, Hervorhebung: C.H.).

Das zweite Zitat stammt von Hertha Appelt, einer Hamburger Klinischen Psychologin und Forscherin im Bereich Sexualität und Kontrazeption: Sie betrachtet eher die Lebenspraxis der Frauen und dabei die „durch sichere Kontrazeption möglich gewordene Forderung nach geplanten Wunschkindern“. Hertha Appelt sagt: „Eine eindeutige Entscheidung für oder gegen ein Kind wird gefordert, stellt aber häufig eine Überforderung in einer bestimmten Lebenssituation dar. Ambivalenz des Kinderwunsches wird in unserer Gesellschaft nicht akzeptiert, obwohl Ambivalenz ein konstituierender Bestandteil menschlicher Beziehungen ist.“ (Appelt/Strauß/Ulrich 1991, 63f). Beide Zitate sprechen nicht die gesellschaftlichen Bedingungen an, doch sind beide nur unter Bezug auf diese Bedingungen in ihrer Aussage zu verstehen.

Obwohl nicht ganz klar ist, was Freud mit „unser Geschlecht“ meinte - wahrscheinlich nicht das männliche, eher das menschliche - so wird doch die Grundstruktur des Gegensatzes klar: Er sieht die Selbstbestimmung in der Unterwerfung der Natur unter die planende Vernunft.

Hertha Appelt bezweifelt mehr als dreißig Jahre, nachdem die Pille „theoretisch“ Freuds Traum von der „beabsichtigten Handlung“ und von der Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung realisierbar gemacht hat, den Gewinn solch familienplanender Vernunft angesichts der Ambivalenzen in den menschlichen Beziehungen. Selbstbestimmung wäre die Akzeptanz von Nicht-Planbarkeit und Ambivalenz.

Was Freud als Freiheit erschien, ist für Hertha Appelt eine Zumutung, ein Druck und eine Überforderung. Was heißt hier selbstbestimmt? Freud hatte eine Antwort:

Befreiung von Naturzwang. Einen kleinen Seitenhieb kann ich mir nicht verkneifen: Mehr als der Natur/ihrer Natur waren Frauen stets Männern ausgeliefert. Sie hatten keine Autonomie in Fragen des Ob, Wann und Wie heterosexueller Kontakte - *deshalb* war Kinderkriegen für sie „schicksalhaft“, denn ohne Heterosexualität keine Kinder, und Abstinenz kann eine effektive Form der Familienplanung sein.

Dies zeigt, dass Fragen der Selbstbestimmung nie ohne Fragen der Macht und Herrschaft auskommen.

Was heißt nun Selbstbestimmung im Zeitalter der Ambivalenz? Was wurde aus Freuds anvisierter „verantwortlicher, willkürlicher und beabsichtigter Handlung“? Mehr Freiheit? Oder eine Rationalisierung des Kinderkriegens? Mein Part ist es, auf die subjektive Sichtweise von Frauen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen und in Ost und West einzugehen. Ich möchte erklären, warum ich das für wichtig halte: Unabhängig davon, ob wir aus der Außenperspektive Entscheidungen von Frauen als fremd- oder selbstbestimmt beurteilen, sollten wir uns nicht weigern zu verstehen, warum Frauen so handeln, wie sie handeln, und zu fragen, welchen Sinn ihr Verhalten angesichts ihrer Lebenssituation hat. Veränderungen werden nicht mit Verurteilungen bewirkt, sondern nur, indem Frauen im Rahmen ihrer sozialen und biografischen Kontexte für sie selbst mögliche und sinnvolle Alternativen angeboten werden.

Der Kontext meiner Forschungsfragen ist eine Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema „Frauenleben - Lebensläufe und Familienplanung“. 1.300 Frauen in Ost und West wurden mit einem Fragebogen in einem Telefoninterview zu ihrer Lebensgeschichte bezogen auf Sexualität, Partnerschaft, Verhütung, Kinder und, wenn es in ihrem Leben vorkam, Schwangerschaftsabbrüche und verminderter Fruchtbarkeit befragt. Je 50 Frauen in Ost und 50 Frauen in West aus der Stichprobe der Fragebogen-Befragung wurden zusätzlich zu dem gleichen Thema qualitativ-biografisch interviewt. Da die Bereinigung des Datensatzes noch nicht abgeschlossen ist, werde ich Trends berichten und was Ergebnisse angeht, beziehe ich mich auf eine Vorläuferstudie, die in einer ähnlichen Größenordnung und mit einem ähnlichen Design in den Jahren 1992-1995 (DESI - BZgA 1996) durchgeführt worden war, und auf weitere Untersuchungen im familiensoziologischen Bereich. Drei Fragen habe ich mir angesichts der begrenzten Zeit herausgesucht:

- Was bedeutet Fruchtbarkeit für Frauen heute?
- Was bedeutet „Planung“ von Schwangerschaften für Frauen heute?
- Wie steht es heute mit den Unterschieden unter Frauen, können wir überhaupt noch von „den“ Frauen sprechen? Welche neuen und alte soziale Ungleichheiten unter Frauen sehen wir heute?

Was bedeutet Fruchtbarkeit für Frauen?

Wollen Frauen Kinder?

Die empirischen Ergebnisse einiger Studien lassen sich so zusammenfassen: Fruchtbarkeit ist für Frauen kein positiv besetzter Begriff und Kinderwünsche lassen sich heute keineswegs mehr selbstverständlich realisieren.

Bei der aktuellen Studie „Frauenleben“ hatten wir an mehreren Stellen im Fragebogen Fragen zu Fruchtbarkeit eingestreut. Hier kamen vor allem „Weiss-nicht“-Antworten oder „Trifft nicht zu“; mehrere der befragten Frauen äußerten am Telefon, sie könnten mit dem Begriff nichts anfangen. In jungen Jahren bedroht „Fruchtbarkeit“ tendenziell den Lebensentwurf und muss kontrolliert werden - dies wird thematisiert in der Angst vor einer Schwangerschaft. Ansonsten ist für junge Frauen das Kinderkriegen erst einmal kein Thema - je länger ihre Ausbildung dauert, desto länger denken sie gar nicht daran.

Fruchtbarkeit wird objektiv - nicht aber subjektiv - Thema ab der Menarche. Verschiedene Jugendstudien haben erfragt, wie Mädchen ihre Menarche, also die erste Blutung, oder die Menstruation in ihrer Jugendzeit empfanden. Übereinstimmend ist das Ergebnis, dass nicht mehr als ein Drittel „normal und natürlich“ angab, und ein Drittel bis die Hälfte nannte unangenehme Gefühle bis hin zu Ekel. Das ist eine Verbesserung verglichen mit Antworten aus der Generation der Mütter (vgl. Strauß et al. 1990), aber immer noch ranken sich Tabus um die Menstruation, auch wenn sie heute eher in der Verkleidung der Hygiene auftreten.

Wenn Frauen dann in das Alter kommen, wo sie an das Kinderkriegen denken, wird die Situation nicht einfacher. Nach wie vor wünschen sich die meisten Kinder und erstaunlicherweise haben sich die Antworten auf die Frage, wie viele Kinder gewünscht werden, seit den 50er Jahren bis zum Beginn der 90er Jahre kaum verändert. Weniger Frauen nannten zu Beginn der 90er Jahre zwar „3 und mehr Kinder“, aber der Anteil der Nennungen für „kein Kind“ und „ein Kind“ blieb konstant niedrig und der für „zwei Kinder“ stieg. Die Norm der Zwei-Kinder-Familie gilt oder galt also durchgehend. Verändert hat sich etwas anderes, nämlich die Realisierung der Wünsche.

Damit klaffen auch die gleich gebliebene Norm und die veränderte Wirklichkeit zunehmend auseinander. Auch wenn Frauen so viele Kinder wünschen wie 1950, bekommen sie doch weniger Kinder als 1950 und weniger, als sie wünschen: sie bekommen häufiger kein Kind oder nur eins (Löhr 1991: DJI-Familiensurvey). Diese sinkende Realisierung eines Kinderwunsches hängt zusammen damit, dass das Alter bei der ersten Geburt sukzessive gestiegen ist - in Ost wie West. Es liegt im Osten mit 24 aber noch etwa zwei Jahre niedriger als im Westen, wo es 26 Jahre beträgt. Der DJI-Familiensurvey kommentiert für die alten Bundesländer für die 90er Jahre: Die Bereitschaft zur Elternschaft und zur Familiengründung ist prinzipiell noch in starkem Maße vorhanden, aber der Realisierung wirken immer mehr Faktoren entgegen. Hinzu kommt, dass gerade Verhütungsmittel wie Spirale eine bewusste Entscheidung für ein Kind voraussetzen. Das Kinderbekommen ist begründungsbedürftig geworden - mit Hertha Appelts Worten: Eine eindeutige Entscheidung für oder gegen ein Kind wird gefordert, stellt aber häufig eine Überforderung in bestimmten Lebenssituationen dar.

Dass Frauen nicht mehr drei, vier oder fünf Kinder wollen und bekommen - dieser Trend ist in allen europäischen Ländern zu beobachten. Für andere Länder gilt aber nicht, was in der Bundesrepublik aktuell zu beobachten ist: Nicht nur

Frauen bekommen weniger Kinder, sondern weniger Frauen bekommen Kinder. Hochrechnungen besagen, dass ein Drittel der jüngsten Generation im Alter von 45 Jahren keine Kinder haben wird.

Wie wird es weiter gehen? Es gibt Hinweise, dass die Unsicherheit und die Zweifel zunehmen. Jugendstudien zeigen, dass jener konstante Trend zur Zwei-Kind-Wunsch-Familie in den Lebensentwürfen von sehr jungen Frauen gebrochen ist. Junge Mädchen antworten auf die Frage „Wie viele Kinder möchtest Du später einmal haben?“ häufiger als früher mit „kein Kind“ (zwischen 15% und 25%) und in einem sehr hohen Maße mit „weiß nicht“ (Gille u.a. 1995: DJI-Jugendsurvey: 40% der jungen Frauen, 50% der Männer - in Ost wie West). Es kann sein, dass junge Frauen auf ihre Weise die größer gewordene Kluft zwischen gewünschter und in ihren Augen realisierbarer Kinderzahl verringern, indem sie sich weniger oder keine Kinder mehr wünschen. Was den europäischen Vergleich angeht, so ist Deutschland nicht nur Spitze in punkto Kinderlosigkeit, sondern auch Schlusslicht in Sachen Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Mitarbeit von Männern bei der Hausarbeit.

Fruchtbarkeit ist also zunächst ein negatives oder gar kein Thema. Es soll erst einmal verhindert oder aufgeschoben werden, dass Kinder kommen. Werden in einer neuen Lebensphase dann Kinder gewünscht und die Frau wird nicht schwanger, dann wird Fruchtbarkeit ein biografisch ganz wichtiges Thema, aber auch wieder negativ als mehr oder weniger krankheitswertige Störung der Fruchtbarkeit.

Fazit: Mit der historisch möglich gewordenen Kontrolle der Fruchtbarkeit ergibt sich eine kompliziertere und keine einfachere Situation:

- Fruchtbarkeit ist für Frauen kein positiv besetzter Begriff; sie ist höchstens etwas zu Kontrollierendes, vor allem in der Jugend.
- Die Menarche und Menstruation ist keineswegs für alle normal und natürlich, sondern immer noch von Tabus umgeben.
- Im mittleren Lebensalter klaffen dann Wunsch und Wirklichkeit bei der Kinderfrage auseinander; die Realisierung eines Kinderwunsches ist schwieriger geworden. Frauen bekommen weniger Kinder und die erste Geburt wird aufgeschoben.
- In der jüngsten Generation zeigt sich erstmals ein beachtliches Ausmaß von Unsicherheit und von gewollter Kinderlosigkeit.

Fruchtbarkeit und das Leben mit Kindern ist aus der Sicht von Frauen deutlich schwieriger geworden (übrigens auch aus der Sicht von Männern).

Was bedeutet Planung für Frauen heute?

Freud hoffte auf die beabsichtigte und verantwortliche Planung; Hertha Appelt hielt die Forderung nach geplanten Wunschkindern für eine Überforderung. Wie stehen Frauen heute zu der Planungsfrage? Hier möchte ich zeigen, dass aus Sicht von Frauen Planung von Kindern keineswegs selbstverständlich und verbindlich ist. Manche müssen nicht planen, andere können nicht planen und so sind nur etwas mehr als die Hälfte der ersten Schwangerschaften geplant.

Wenn man etwas über die Planung von Schwangerschaften wissen will, sollte man nicht so, wie wir in der Vorstudie es getan haben, nur die Antwortmöglichkeiten mit „Ja, geplant“, „Nein, nicht geplant“ und „keine klare Entscheidung/war offen“ vorgeben. Da ein Teil der Frauen qualitativ nachbefragt wurden und mit eigenen Worten das Zustandekommen der Schwangerschaft erzählen konnten, mussten wir feststellen, dass diese drei Antwortmöglichkeiten keineswegs den Vorstellungen der Frauen gerecht werden. Im qualitativen Befragungsteil fanden wir solche differenzierten Varianten wie

- „richtig zielgerichtet, bewusst oder durchgeplant“,
- „auf einen Zeitpunkt hin geplant“,
- „Naja gut, dann wollten wir“, „Ich wollte schon immer“.
- „ungeplant, aber nicht ungewollt“.
- „Wenn ja, dann ja, wenn nein, dann nein“ und „ich nehme es, wie es kommt“.
- „Ich habe es nicht absichtlich ausgeschlossen“ und „Wir wollten nicht unbedingt, aber wenn's passiert, ist auch nicht schlimm“.
- „Also, es gibt auch Gründe dagegen, es ist nie so eine eindeutige Entscheidung, dass ich denke, es müsste sein - es gibt immer Gründe dafür und dagegen.“

Nicht-Planung, so muss festgestellt werden, ist keineswegs abweichend unnormal. Das belegten auch die Zahlen: Von den 1176 ersten ausgetragenen Schwangerschaften, die wir in der Vorläuferstudie in der Stichprobe hatten, waren 55% geplant, 33% ungeplant und 9% hatten keine klare Entscheidung getroffen. Im Übrigen unterschied sich hier die ländliche Region in Ostdeutschland kaum von den ländlichen Regionen in Westdeutschland und auch die Stadt-Land-Unterschiede waren gering (BZgA 1996).

In einer anderen Studie wurden vier Kategorien der Heiratsplanung unterschieden; diese lassen sich auch auf die Frage der Planung der Schwangerschaft übertragen:

- kulturelle Selbstverständlichkeit, Kinder zu bekommen
- rationales Kalkül
- spontane Entscheidung
- ambivalente Entscheidung (Schneider, zitiert nach Matthias 1995).

Unsere Zitate lassen sich hier leicht zuordnen:

Bei der „kulturellen Selbstverständlichkeit“ steht das „Ob“ des Kinderhabens nicht in Frage.

Das „richtige, bewusste“ Planen beinhaltet, dass Frauen/ Paare beschließen, dass sie in einer bestimmten Situation, die entsprechend günstig ist, in einem festen Zeitrahmen ein Kind haben wollen. Dies ist eine Entscheidung für (jetzt) ein Kind und zwar verbunden mit bestimmten Realisierungsbedingungen. Der Unterschied zu der „kulturellen Selbstverständlichkeit“ ist, dass hier auch das „Ob“ zur Disposition steht. Das Gezielte an dem Vorgehen bezeichneten manche Frauen bei uns auch als „darauf hinarbeiten“.

Wenn Kinder selbstverständlich sind, handelt es sich nicht um eine Entscheidung für oder gegen Kinder, sondern um die Frage des „Timings“: Wann sollen Kinder kommen? Häufig existieren Vorstellungen davon, wann und unter welchen Umständen Kinder aufwachsen sollen. Genau genommen werden eher diese Umstände „geplant“ oder aber genutzt, um Kinder zu bekommen. Zwischen den Umständen und der

Kinderfrage besteht ein wechselseitiges Verhältnis: z.B. können Frauen heiraten oder ein Haus bauen, weil sie der Meinung sind, Kinder sollen in einer vollständigen Familie und einem eigenen Kinderzimmer aufwachsen; umgekehrt können Frauen der Meinung sein, dass nun, da sie verheiratet sind und/oder ein Haus gebaut haben, Kinder auch dazugehören. Dabei gibt es mehr oder weniger Verhandlungsmasse: Bei einer grundsätzlichen Vorstellung, dass es selbstverständlich sei, Kinder zu haben, werden Kinder durchaus auch akzeptiert, wenn die Rahmenbedingungen nicht optimal sind.

Dieser Prozess läuft anders, wenn Frauen/ Paare vor dem Eintritt der Schwangerschaft keine oder wenig Überlegungen anstellen oder eine abschließende Entscheidung treffen.

Frauen werden z.B. unter Verhütung schwanger. Erst der Eintritt der Schwangerschaft aktualisiert die Entscheidungssituation. Es gibt eine tatsächliche Entscheidung zwischen der Alternative Schwangerschaft austragen oder abbrechen. Frauen überlassen dem „Schicksal“ die Entscheidung - bewusst, weil sie gar nicht planen wollen, oder im Zusammenhang mit einer psychodynamischen Konfliktlösung in einem anderen Lebensbereich, also in einer Situation, in der sie nicht planen können, z.B. in ambivalenten oder in „Nicht-Entscheidbarkeitssituationen“.

Ungeplant heißt noch lange nicht ungewollt, sondern unter Umständen eben nur: nicht ganz richtig bewusst geplant, aber sehr wohl gewollt. Zwischen ungewollt und abgelehnt liegt auch noch einmal eine beträchtliche emotionale Spanne. Ungeplant heißt nicht in jedem Fall abgelehnt (umgekehrt werden gewollte und/oder geplante Schwangerschaften nur selten abgelehnt).

Ein Drittel der Schwangerschaften war nicht geplant und wurde dennoch akzeptiert. Keineswegs wird jede ungeplante und auch nicht jede ungewollte Schwangerschaft abgelehnt. In einer anderen Studie waren jung verheiratete Ehepaare gefragt worden, wie sie reagieren würden, wenn die Frau jetzt schwanger werden würde. Die, die bald Kinder wollten, antworteten, sie freuen sich. Aber auch ein Drittel von denen, die eine Schwangerschaft erst später wollten, gaben an, sie würden sich freuen, wenn sie jetzt schwanger würden. Und, fast noch erstaunlicher: Von denen, die angaben, bewusst keine Kinder zu wollen, hätte sich zwar niemand gefreut, aber fast 40% stimmten dem Statement zu: „Es käme jetzt ungelegen, aber ich würde mich damit arrangieren.“ (Schneewind/Vascovics 1994). Eine Ergänzung ist wichtig und gibt Stoff zum Nachzudenken: Bei Männern hängen Planung und Akzeptanz enger zusammen als bei Frauen, d.h. Männer sind weniger als Frauen bereit, ungeplante Kinder zu akzeptieren.

Viele Frauen gehen davon aus, dass, bezogen auf das Kinderkriegen, eine durchgehende Planbarkeit gar nicht gegeben und vielleicht auch nicht gut ist. Sie verbinden das mit einer Alltagsüberzeugung, die besagt: „Dann klappt es meistens nicht, wenn man unbedingt will.“

Fazit: Auch wenn und vielleicht gerade weil Planung technisch möglich ist, werden nur die Hälfte aller ersten Schwangerschaften geplant. Dabei gibt es in den Biografien zwei Konstellationen: Frauen, für die Kinder selbstverständlich

sind, müssen nicht unbedingt planen oder sie planen in einem weiten Sinn die Umstände, unter denen spätere Kinder aufwachsen sollen. Vor allem wenn sie jung sind, können sie warten, was da kommt. Andere Frauen können nicht planen, weil es „auch Gründe dagegen (gibt), es ist nie so eine eindeutige Entscheidung, dass ich denke, es müsste sein - es gibt immer Gründe dafür und dagegen.“

Unterschiede unter Frauen

Ich möchte zeigen: Es gibt eine neue und schärfere Trennlinie unter Frauen, ja, geradezu eine Polarisierung - und zwar gerade entlang von Bildung und entlang der verschiedenen Lösungen der Kinderfrage.

Frauen mit Hauptschulabschluss heiraten früher und haben in jüngerem Alter mehr Kinder. Frauen mit einer langen Ausbildung, z.B. Studentinnen, schieben die Geburt des ersten Kindes länger auf und bekommen zu einem höheren Anteil gar keine Kinder oder nur ein Kind. Generell nimmt mit steigendem Heiratsalter die Zahl kinderloser Ehen zu; spät geschlossene Ehen mit Kindern haben weniger Kinder als jung geschlossene. Der familiäre Strang des Lebenslaufs hängt mit der beruflichen Entwicklung zusammen: Die Geburt des ersten Kindes bedeutet einen deutlichen „Knick“ in der beruflichen Entwicklung der Frau und in der Einkommenssituation der Familie, da aufgrund der fehlenden Vereinbarkeitsoptionen die Frau im Beruf pausiert oder sie den Beruf aufgibt (vgl. Strohmeier 1993).

Zusammengenommen sieht man einen verhängnisvollen Teufelskreis für Frauen mit einem Bildungsnachteil und eine Häufung von günstigen Bedingungen bei Frauen mit einem Bildungsvorsprung. Frauen mit kürzerer Ausbildung bekommen früher Kinder und können nicht mehr oder biografisch erst in höherem Alter in weitere ausbildungsbezogene- und berufliche Entwicklung investieren. Mit mehreren Kindern und niedrigem Bildungshintergrund vertreten sie auch stärker die Ansicht, dass die Frau bei den Kindern bleiben soll, und folgen eher dem Modell der Hausfrauenehe mit einer Abstinenz des Partners in den Bereichen Hausarbeit und Kindererziehung.

Frauen mit einer hohen und qualifizierten Ausbildung bekommen später Kinder, suchen eher partnerschaftliche Lösungen und private Arrangements, bei denen sie berufliche Nachteile auffangen können - so können sie ihren Vorsprung ausbauen. Gerade junge Frauen mit schlechten Startchancen für eine gute Qualifikation bekommen in jüngerem Alter Kinder und verschlechtern so ihre Ausgangssituation.

Das Nebeneinander der beiden Biografiemuster - ein Muster mit kurzer Ausbildung, früh mehreren Kindern und fehlendem beruflichen Aufstieg, das andere Muster mit langer Ausbildung, später und weniger Kindern und einer Vermeidung beruflicher Nachteile - bedeutet sozial eine Polarisierung der Gesellschaft und eine Spaltung unter Frauen in privilegierte (und ihre Privilegien nutzende) Frauen und in Frauen, die zu spüren bekommen, dass Kinderhaben einen Nachteil in dieser Gesellschaft bedeutet.

Die beiden sozialen Gruppen von Frauen unterscheiden sich in vielem, unter anderem auch bezogen auf Einstellungen zur Planung von Kindern. Je nach den zentralen Werten und Geschlechterverhältnissen in den sozialen Schichten

oder Milieus unterscheiden sich auch die Vorstellungen vom Wert und von der Selbstverständlichkeit von Kindern, die Zustimmung zu rationaler Planung von Kindern bzw. das Verständnis, was unter Planung verstanden wird. Für Frauen in den traditionellen Milieus im Westen z.B. auf dem Land, die vergleichsweise jung heiraten, ist „Planung“ ein zeitlich (relativ!) offenes „Wenn Kinder kommen, kommen sie“.

Für Frauen aus dem westlichen akademischen Milieu, die die erste Geburt relativ lange aufschieben, ist „Planung“ eine Notwendigkeit rationaler Lebensgestaltung, denn schließlich wollen sie ihre berufliche und ihre familiäre Biografie mit möglichst wenigen Abstrichen gestalten. Das ergibt für diese Gruppe der Frauen mit einer qualifizierten Ausbildung ein schwieriges Paradox. Einerseits schieben sie die Geburt des ersten Kindes auf und kommen am ehesten in die beschriebenen Nicht-Entscheidbarkeitssituationen, denn eigentlich passen Kinder nie so ganz richtig in das Leben einer berufsorientierten Frau - unter den aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, versteht sich. Sie können also kaum planen, müssen aber planen und sich bewusst entscheiden, denn das Kinderkriegen ist zwar gefordert, aber alles andere als selbstverständlich.

Frauen, die keine Kinder haben, und Frauen mit Kindern, die mit privaten Arrangements berufliche Nachteile vermeiden können, sind aber bei allen Dilemmata die eigentlichen Gewinnerinnen der Moderne.

Im Übrigen ist es auch die meistens besser ausgebildete Gruppe, die schneller als andere bei einer ausbleibenden gewünschten Schwangerschaft medizinische Hilfe und auch aufgrund des höheren Alters eher pränatale Diagnostik in Anspruch nimmt. Junge Frauen, Frauen, die nicht planen (müssen), die noch warten können, und religiös gebundene Frauen nutzen diese Angebote weniger. Sie sind weniger unter Druck, weniger überfordert und haben die psychischen Entlastungen, die diese Angebote bieten, weniger nötig. Neben dem äußeren Druck die eigene Angst, die schwierigen Balanceakte mit einem Kind nicht zu schaffen, gebündelt oder verschoben wird auf die Angst, es mit einem behinderten Kind erst recht nicht zu schaffen - die pränatale Diagnostik bietet sich als fiktive Lösung für diese verschobene Angst an (Griese, 1997). Die Lösung ist fiktiv, weil sie ja Behinderungen nicht ausschließen kann, aber sie verspricht ein „Alles wird gut“. Im klassischen Sinn wird hier ein soziales Problem einer medizinischen „Lösung“ zugeschoben, oder anders herum formuliert: Die Durchsetzung einer medizinischen Lösung bedient sich der sozialen Ängste von Frauen.

Frauen, die nicht planen, für die Kinder natürlich und selbstverständlich sind, lassen sich weniger auf die Fremdbestimmung der Reproduktionsmedizin ein. Aber sie zahlen einen hohen Preis, indem sie sich in dem unterprivilegierten und von Lebensoptionen abgeschnittenen Familiensektor wiederfinden. Frauen, die planen, können vielleicht berufliche Nachteile besser vermeiden. Sie kommen aber in Zerreißproben zwischen Notwendigkeit von Planung und Unmöglichkeit, vielleicht aber auch Unwillen zu planen.

An dieser Stelle kommen wir nicht umhin, die Rolle der Männer einzubeziehen. Im Gegensatz zu einer staatlichen Absicherung, die in der DDR Frauen relativ unabhängig von dem Vater ihrer Kinder machte, hängen die persönlichen

Optionen von Frauen heute in Ost wie West von der privaten Aushandlung mit den Partnern ab. Eine Aufhebung der Nachteile, die heute damit verbunden sind, Kinder zu haben, würde nicht nur die Spaltung unter Frauen mildern, sie würde Frauen viele Abhängigkeiten von der Lebensplanung des Partners ersparen und Ambivalenzen reduzieren.

Fazit: „Theoretisch“, soweit Sigmund Freud, „wäre es einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen des Naturzwanges, dem unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen, beabsichtigten Handlung zu erheben.“ Praktisch aber erweist sich der theoretische Triumph als neuer Druck. Die Eröffnung neuer Möglichkeiten schafft keine Befreiung. Sie schafft in einer gewissen Weise eine Befreiung von der „Natur“, aber keine Befreiung von gesellschaftlichen Zwängen. Im Gegenteil, die „Befreiung von der Natur“ wird zum neuen Zwang, sie schafft die Ambivalenzen und zwingt gleichzeitig zu Planung. Es gibt keine Freiheit, der Natur ihren Lauf zu lassen, bzw. wenn eine Frau dies tut, muss sie Nachteile in Kauf nehmen.

Die Frage nach Selbstbestimmung und Fremdbestimmung kann nicht ohne den Blick auf die gesellschaftlichen Bedingungen beantwortet werden. Auch die Be- oder Verurteilung der Nutzung von Reproduktionstechnologie setzt zu oft an dem Handeln der Frauen an und nicht an den gesellschaftlichen Hintergründen, aus denen heraus die Frauen handeln. Die gesellschaftliche Dimension des Problems lautet: Wir leben unter sozialen Bedingungen, in denen Frauen und Fruchtbarkeit nicht wertgeschätzt werden und Kinder Störfaktoren sind. Die Variante von Freud könnte heißen: „Praktisch wäre es einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen von den Zwängen, denen unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den Umgang mit Schwangerschaften, den Akt der Kinderzeugung oder das Leben ohne Kinder zu einer wahrhaft frei wählbaren, nicht mit gesellschaftlichen Nachteilen behafteten Handlung oder Zustand zu erheben, Ambivalenzen zu akzeptieren, Fruchtbarkeit wertzuschätzen und Kindern ihren Platz in der Gesellschaft einzuräumen.“

Literatur:

- Appelt, H., Strauß, B., Ulrich, D. (1991): Determinanten kontrazeptiven Verhaltens. In: Davies-Osterkamp, S. (Hrsg.): Psychologie und Gynäkologie. Weinheim: VCH, 57-64
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1996): Kontrazeption, Konzeption, Kinder oder keine. Dokumentation einer Expertentagung. Köln: BZgA, Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 6
- Gille, M., Kleinert, C., Ott, S. (1995): Lebensverhältnisse. In: Hoffmann-Lange (Hrsg.): Jugend und Demokratie in Deutschland. DJI-Jugendsurvey I. Opladen: Leske + Budrich, 23-84
- Löhr, H. (1991): Kinderwunsch und Kinderzahl. In: Bertram, H. (Hrsg.): Die Familie in Westdeutschland. Stabilität und Wandel familialer Lebensformen. Opladen: Leske + Budrich.
- Matthias, H. (1995): Eheschließung: Bedeutung, Gründe, Typologien. In: Nauck, B., Onnen-Isemann, C. (Hrsg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied: Kuchterhand, 383-398
- Schneewind, K.A., Vascovics, L.A. u.a. (1994): Optionen der Lebensgestaltung junger Ehen und Kinderwunsch. Zweiter Projektbericht. Stuttgart u.a.: Kohlhammer. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 91
- Strohmeier, K.P. (1993): Pluralisierung und Polarisierung der Lebensformen in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament B17/93, 11-22
- Strauß, B. u.a. (1990): Generationenunterschiede im Menstruationserleben und in der Einstellung zur Menstruation. In: Psychother. med. Psychol. 40. Jg., 48-56

Arbeitsgruppe I

Psychische und soziale Dynamik in der Schwangerschaft

Moderation: Ulrike Hauffe, Landesbeauftragte für Frauen in Bremen

Mit Erkrankungen in der Schwangerschaft, wie Hyperemesis gravidarum (übermäßiges Schwangerschaftserbrechen), vorzeitige Wehentätigkeit und Gestose (Bluthochdruck/Ödembildung), können wir erst dann angemessen umgehen, wenn wir verstehen, welche Bedeutung eine Krankheit im individuellen und gesellschaftlichen Zusammenspiel für eine schwangere Frau hat. Die psychische und soziale Dynamik während einer Schwangerschaft ist durch mehrdimensionale Verunsicherungen gekennzeichnet. Sie ergeben sich

- aus dem psychosozialen Lebensumfeld der Schwangeren, das für die Frauen- und Mutterrolle nicht mehr fest definierte Handlungsmuster bereithält;
- bei den Pendants familiärer Pole - dem Mann und den Eltern - die zumeist nicht mehr in unmittelbaren richtungsweisenden Lebenszusammenhängen verbunden sind;
- in der sich neu zu bildenden Mutter - Kind - Beziehung, die - etwa vor dem Ergebnis einer Fruchtwasseruntersuchung - noch geleugnet werden muss oder aber mit Erwartungen überfrachtet wird;
- in der Beziehung zur behandelnden Ärztin/dem Arzt, die/der mit Kontrollbotschaften - siehe Mutterpass - eine Unterstellung des Ungenügens bei der Schwangeren provoziert;
- durch den Zweifel an der grundsätzlichen Potenz des eigenen Körpers, ein Kind austragen, gebären und nähren zu können;
- aus der Befürchtung und auch Erfahrung, dass die individuellen Kräfte, Fähigkeiten und Bedürfnisse in der Schwangerschaft mit den realen Anforderungen durch Familie und Arbeitsplatz kollidieren. Dies kann sich verstärken durch irrealen Ansprüche an sich selbst, wie z. B., vor der Schwangerschaft funktionieren zu müssen.

Körperliche Krankheiten in der Schwangerschaft sind oft der Versuch, seelische Verletzungen oder psychische Überforderung auszugleichen, zu „heilen“ und Konflikte zu lösen. Körperliche Erkrankung kann so verstanden werden als Selbstheilungsprozess.

Äußere Spannungen und innerer Druck entsteht für Frauen in einer Schwangerschaft auf vielfältige Weise: Nicht nur die Medizin verursacht bei schwangeren Frauen (und ihren Partnern) durch immer mehr pränatale Untersuchungsangebote Unsicherheit und den Leistungsdruck, keine Fehler - etwa durch Unterlassung medizinisch vorgegebener Vorsorgemaßnahmen - zu machen. So gibt es für den Verlauf einer Schwangerschaft heutzutage vor allem *medizinisch* definierte Handlungsanleitungen (siehe Mutterpass), dagegen sind *soziale* Schwangerschaftsverhaltensmuster kaum noch vorhanden.

Aber obwohl Frauen als Vorbildorientierung selten Halt am Beispiel älterer, erfahrener Frauen und ihrer Mutter finden, entwickeln sie während der in jeder Schwangerschaft eintretenden subjektiven psychischen Regression individuelle Fähigkeiten dafür, sich selbst und ihrem erwarteten Kind gegenüber aufmerksam zu sein. Diese erhöhte Wahrnehmungsfähigkeit der Schwangeren trägt zur körperlichen Sicherung der Schwangerschaft bei und schützt das ungeborene Kind. Die größere Empfindsamkeit bei Geruchs-, Ge-

schmacks- und Tastsinn wird aber von der Gesellschaft - etwa am Arbeitsplatz - eher negativ bewertet. Als gesellschaftlich legitimierte Ausstiegsmöglichkeit sind Krankenschreibungen nicht selten die Folge.

Zur Gefühlsentwicklung in der Schwangerschaft gehört auch das Bedürfnis nach erhöhter Passivität. Passivität, ein Geschehenlassen, ein „Sich-Fallen-Lassen“ ist aber nur dann lebbar, wenn Frauen sich sicher fühlen, wenn die innere Balance von Aktivität und Passivität, von Kreativität und Geschehenlassen in einer relativen Homöostase ist.

Im I. Trimenon einer Schwangerschaft beginnt der subjektiv ambivalente Entscheidungsprozess der schwangeren Frauen für oder gegen die beginnende Schwangerschaft, unabhängig davon, wie erwünscht die Schwangerschaft war. Dabei sind unterschiedliche psycho-soziale Entwicklungen in die Dynamik einbezogen:

- die Schwangere verlässt ihren Tochterstatus und steigt in die Ebene der „Mutter“ auf, die Beziehung zur eigenen Mutter kommt in Bewegung;
- es entwickelt sich Distanz zu Freunden - die (noch) keine Kinder haben;
- häufig fühlen sich Schwangere in diesem „Zustand“, in dem sie sich besonders mit sich selbst beschäftigen, von nahe stehenden Personen unverstanden oder abgelehnt;
- die Gesetze des Mutterschutzes grenzen manche Frauen von ihrem gewohnten Arbeitsplatz aus.

Eine typische psychosomatische Erkrankung in dieser Phase der Schwangerschaft ist die Hyperemesis, ein übermäßiges Schwangerschaftserbrechen, das nicht zu verwechseln ist mit der allgemeinen morgendlichen Übelkeit, unter der viele Frauen zu Beginn einer Schwangerschaft leiden.

Das II. Trimenon ist gekennzeichnet durch Müdigkeit, wechselnde Gefühle und auch durch vorzeitige Wehentätigkeit. Die körperliche und seelische Einstellung auf die Schwangerschaft hat nun stattgefunden und zumeist fühlen sich schwangere Frauen mit ihrer Fruchtbarkeit und dem wachsenden Bauch sehr potent und Ich-stark. Sie haben viel Energie und oft die Vorstellung, „alles schaffen“ zu können.

Gleichzeitig sind sie aber auch empfindsamer, schneller müde, leichter verletzbar. Das Bedürfnis nach Sicherheit, Ruhe, Geborgenheit, Passivität, Geschehenlassen-können ist jetzt besonders stark. Die sog. „Regressionskurve“ hat hier ihren Höhepunkt.

Zwischen diesen beiden Extremen muss die Schwangere eine Balance herstellen und - wie beim Laufen von einem Bein auf das andere - Schritte in ihrem persönlichen Wachstum machen. Da Frauen in der heutigen Zeit ihre mühsam erworbene Eigenständigkeit und Selbstbestimmung nur schwer zugunsten des „Geschehen-lassen-könnens“ aufgeben können, müssen sie sich oft „Ruhe verordnen“ lassen. Schwangere wollen mit vorzeitigen Wehen nicht das Kind loswerden, sondern sie wünschen sich Hilfe in einem Konflikt, der ihnen unlösbar erscheint.

Im III. Trimenon erkranken Schwangere - als psychosomatische Reaktion auf unerfüllbar hohe Anforderungen, welche die Frau an sich selbst stellt - häufiger an Gestose, mit Bluthochdruck als Hauptproblem. Die Häufigkeit der Krankheitsbilder der vorzeitigen Wehentätigkeit und der Gestose nehmen seit den 70-er Jahren zu. In der Bundesrepublik

Deutschland kommen ca. vier bis acht Prozent aller Kinder zu früh zur Welt, und Frühgeburtlichkeit verursacht etwa 75 Prozent der perinatalen Sterblichkeit.

Das Ende der Schwangerschaft, die Geburt und der Beginn der Mutter- und Elternschaft stehen bevor. Vor allem Erstgebärende stellen sich in dieser Phase der Schwangerschaft oft durch Zweifel an sich selbst unter einen unerfüllbar hohen Leistungsdruck, der durch medizinische Überwachungsrituale noch geschürt werden kann.

Um Krankheitsbedeutung *konstruktiv* zu verstehen, müssen wir die Hintergründe anschauen, auf denen Krankheiten entstehen: Die seelische Anpassung der Frau (und des Mannes) an die Schwangerschaft vollzieht sich im Ausbilden der Fähigkeit, sich dem Kind zuzuwenden, und damit in der Entwicklung von der Symbiose zum „Du“. Dies ist kein instinkt-gesichertes Verhalten, sondern von bio-psycho-sozialen Bedingungen abhängig. Es ist der Prozess der Mutter- und Vaterwerdung, der Beziehungsbildung, der Triangulierung. Es werden durch das eigene Mutterwerden Erfahrungen mit den eigenen Eltern aktualisiert. Mit dieser Entwicklung setzt ein bewusster oder unbewusster Prozess der Reflexion über die eigene Mutter-Tochter-Erfahrung ein und zwangsläufig eine mehr oder weniger bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Vorstellung über Mutterschaft und dem eigenen Idealbild als Frau.

Schwangerschaftserkrankungen können deshalb - aus dem Blickwinkel ihres Sinnzusammenhangs gesehen - als ein *gesunder* Umweg betrachtet werden. Sie sind oft eine Chance zu innerem Wachstum.

Eine sinnvolle Schwangerschaftsbegleitung - nicht Medikalisierung - kann dabei symbolisch wie ein Geländer sein, woran sich die schwangere Frau festhalten kann - wenn sie es braucht.

Die mit Schwangeren arbeitenden Berufsgruppen (Ärzt/Ärztinnen, Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen) müssen ihre Rolle und Beziehung in dem dynamischen Schwangerschaftsprozess reflektieren und neu bestimmen.

Literaturangaben:

- Brähler, E., Hauffe, U.
Moderne Schwangerschaften zwischen Machbarkeit, Zwang und Auslese, Psychozial 71
München 1998
- Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau, Unter anderen Umständen – Mutter werden in dieser Gesellschaft
Bremen 1997
- Ackermann, E.
Psychosoziale Begleitung schwangerer Frauen im Krankenhaus – ein Arbeitsfeld für Pädagoginnen (Diplomarbeit)
Universität Koblenz, 1995
- Bauer, E., Hauffe, U., Kastendieck, M.
Betreuung von Schwangeren – Erfahrungen eines Teams in: Stauber et al., Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe
Berlin, 1991
- Beck, Dieter
Krankheit als Selbstheilung
Frankfurt 1981

- Davies-Osterkamp, S.
Psychologie und Gynäkologie, Weinheim, 1991
- Duden, B.
Der Frauenleib als öffentlicher Ort
Hamburg, 1991
- Fedor-Freybergh, P.
Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin – Begegnung mit dem Ungeborenen, München, 1987
- Köster-Schlutz, M.
Schwangerschaft und weibliche Identität
Frankfurt, 1991
- Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe
Jährlich seit 1982 herausgegebene Buchreihe der Jahreskongresse der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe
1982 – 1993 Springer Verlag
seit 1994 Verlag Psychozial
- Schindele, E.
Gläserne Gebärmütter
Frankfurt, 1990
- Schindele, E.
Pfusch an der Frau
Hamburg 1993
- Schindele, E.
Schwangerschaft
Hamburg, 1995
- Wimmer-Puchinger, B.
Schwangerschaft als Krise
Wien, 1992

Schwangerschaftsvorsorge – Segen oder Fluch?

Moderation: Elisabeth Geisel, Geburtsvorbereiterin

Schwangere Frauen sind kompetent

Die Art und Weise ein Thema anzugehen, hängt üblicherweise von den Teilnehmenden ab; ich bin bei meiner Vorbereitung davon ausgegangen, dass nicht „FachFrauen“ im Sinne von Hebammen und Ärztinnen die Mehrheit in der Gruppe bilden. Und gerade hier macht sich schon ein *Unterschied* bemerkbar. Frauen sind für mich per se fachkompetent, wenn es um Schwangerschaft geht.

Frauen sind kompetent/geeignet, um Leben in sich wachsen zu lassen, um zu gebären, und um das Kind, das sie geboren haben, zu nähren und zu schützen. Allmählich wird aber diese Kompetenz dermaßen erschüttert, dass Frauen mehr und mehr an ihrer Fähigkeit zweifeln. Wieso und warum? *Zahlreiche Faktoren* spielen dabei eine Rolle, und ich schlage vor, einige davon näher zu betrachten, insbesondere die, die zu der sog. „Vorsorge“ gehören.

Die „Schwangerschaftsvorsorge“ dient einerseits der „Sorge“ um kindliches und mütterliches Wohlbefinden. Sie definiert andererseits Schwangerschaft als einen risikoreichen und kontrollbedürftigen Zustand und leistet damit der Pathologisierung von Schwangerschaft Vorschub. Ein Mutterpass wie ein Autopflegescheckheft oder wie eine TÜV-Plakette unterstreicht diesen Eindruck, so hat es Ulrike Hauße, eine der heutigen Referentinnen, bereits 1996 formuliert.

Wir werden hier nicht die einzelnen Rubriken im Mutterpass besprechen. Wir stellen aber fest, dass dieses Heft immer umfangreicher wird. Um alle Eintragungen verstehen zu können, wird ein „Führer“ notwendig. Die Hürde, die damit aufgestellt wird, erweckt das Gefühl, dass das Checkheft eigentlich nicht für die Mutter bestimmt ist. Die Benutzung einer geheimen Sprache für „Initiierte, Eingeweihte“ trägt dazu bei, die Sache, um die es geht, von sich fern zu halten, wenn frau eben dieser Sprache nicht mächtig ist.

Weil ich bei der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (GfG) den Bereich „Auslandskontakte“ pflege, und weil auch die GfG in einem europäischen Netzwerk ENCA (European Network of Childbirth Associations) Mitglied ist, werde ich diesen Erfahrungshintergrund und Forschungsergebnisse aus anderen Ländern mit einbringen. In diesem Zusammenhang ein Vergleich zu Großbritannien: bezüglich der „Geheimsprache“ in unserem Mutterpass: der englische Mutterpass enthält eine Erklärung der Fachbegriffe für die Frau.

Was macht die Vorsorge in der Gynäkologischen Praxis? Geburt ist immer noch keine Krankheit (WHO-Aussage) und Schwangerschaft auch nicht. Die Tatsache, dass in Deutschland die meisten Frauen zur Vorsorge in der Schwangerschaft zu einer Ärztin oder einem Arzt gehen, trägt dazu bei, die Gewichtung zu verändern und in dem Zustand „schwanger“ keine natürliche Episode in der Biografie einer Frau zu sehen, sondern es wird eine potenzielle Gefahr suggeriert. Bei den meisten Frauen, die zum Frauenarzt gehen, verändert sich im gesamten Bewusstsein etwas Grundsätzliches. Schwangerschaft ist aufgrund der Schwangerschaftsvorsorge, so wie sie durchgeführt wird, im Bewusstsein der Bevölkerung einem kranken Zustand gleich.

In den Niederlanden und Großbritannien sind die Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe nur für die Pathologie zuständig und kümmern sich nicht um die „normale Schwan-

gere“, das ist Aufgabe der Hebamme. Die Statistiken in diesen Ländern zeigen kein schlechteres Bild als hier bei uns.

Die Frau steht zunehmend weniger im Zentrum bei der Schwangerschaftsvorsorge (oder Schwangerenvorsorge?). Sie ist insofern wichtig, als sie alles vermeiden soll, was sich schädlich auf das Kind auswirken könnte. Da wo man früher vom gesunden Kind ausging, muss heute ständig der Beweis der „Nichtbehinderung“ erbracht werden. Die diagnostischen Möglichkeiten haben eine Verschiebung der Schwerpunkte mit sich gebracht. Es gibt sogar einen Verein, der „Die Rechte des Fötus“ ausgerufen hat. Die Gynäkologen des Vereins vertreten die Meinung, dass im Falle einer Kollision der Rechte des Fötus mit denen der Mutter – wenn zum Beispiel eine Operation am Fötus vorgenommen werden muss, die für die Mutter mit Risiken verbunden ist- die Frau, sachlich aufgeklärt, entscheiden sollte, wie viel ihr die Gesundheit ihres Fötus wert ist. Der Fluch der Erkenntnis lastet inzwischen auf den Schwangeren. Unter Prävention versteht man zunehmend das „Ausschalten“ der Fehlbildungen und immer weniger das Aufrechterhalten und Pflegen der guten Gesundheit.

Welche Auswirkungen hat die hiesige Vorgehensweise auf die gesunde schwangere Frau? Zitat aus „Tränen nach der Geburt“ Kösel Verlag 1997 E. Geisel:

„Die Vorsorge hat die Bedeutung des Gemütes allem Anschein nach vergessen. Die Vorsorgeuntersuchungen verwandeln sich zu einer peinlichen Suche nach irgendwelchen kleinen Abweichungen. Die Ärzte konzentrieren sich auf potenzielle Probleme. Eine verantwortungsvolle werdende Mutter hat alle Termine einzuhalten, vier z.B. in Frankreich und immer mehr in Deutschland. Die Mütter verlassen die Praxis oft unglücklich und besorgt. Nicht selten sind diese Gefühle bereits ständige Begleiter der Schwangeren geworden. Man spricht inzwischen von Noceboeffekt solcher Praktiken (Nocebo ist das Gegenteil von Placebo). Ein großer Teil der Arbeit der Geburtsvorbereiterinnen besteht heute darin, für diese Gefühle in den Kursen Platz einzuräumen und in den Gruppen darüber zu sprechen, damit die negativen Auswirkungen nicht überhand nehmen. Auf diese Weise fördern seit etwa 15 Jahren hunderte von Geburtsvorbereiterinnen die öffentliche Gesundheit...“

Vorsorgemaßnahmen wissenschaftlich begründet?

Hartnäckig wird bis heute angenommen, mehr Vorsorge bringe bessere perinatale Ergebnisse. Dies ist m.E. nicht haltbar.

Hygiene, Ernährung, gewollte bzw. geplante Schwangerschaften, Familienplanung und weniger Kinder, „Wohlstand“ sind entscheidende Faktoren für gute perinatale Ergebnisse.

Nach einem umfangreichen Bericht, der vom britischen Unterhaus bestellt wurde, ist in Großbritannien ein Ziel ausgerufen worden: „Changing Childbirth“. Wie macht man das? Im Rahmen eines Programmes „Informed choice“ - Informationen für eine bewusste Entscheidung - hat die nationale Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit der Datenbank der Hebammen MIDIRS eine Serie von Faltblättern zu Themen rund um Schwangerschaft und Geburt ausgearbeitet und herausgegeben. Diese Informationsblätter ent-

halten Aussagen zu vielen Themen, so z.B. Hausgeburt, Steißlage, Ultraschall, PDA, usw.; alles basiert auf neuesten und erhärteten Forschungs- und Untersuchungsergebnissen.

In Deutschland gilt für die Vorsorge, was allgemein in dem Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe auch Geltung hat: die Erkenntnisse der Forschung und der Wissenschaft finden nur sehr langsam Eingang in die Praxis. Vieles, was gemacht und empfohlen wird, beruht auf dem Glauben, dass je mehr kontrolliert und „im Griff“ gehalten wird, umso sicherer laufen wird!!!

Geräte für die Diagnostik wie Ultraschall, Sonographie und Doppler haben z.B. in der Vorsorge einen enormen Platz eingenommen, ohne dass Langzeitstudien den Beweis für die Unschädlichkeit ihrer Anwendung auf den unreifen Organismus erbracht hätten. Und doch orientiert sich alles fast nur noch an dem Output dieses Gerätes. Alle Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Routineultraschall die perinatalen Ergebnisse nicht verbessert und dass diese Methode der Diagnostik nur aufgrund klarer Empfehlungen angewandt werden sollte.

Ein kritisches Werk, welches in der ersten Auflage 1989 von einem Team weltweit angesehener Persönlichkeiten veröffentlicht wurde, ist vor kurzem in Deutschland unter dem Titel „Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt, ein Wegweiser für Hebammen und Geburtshelfer“ erschienen. Darin werden aufgrund von internationalen Ergebnissen in der Forschung sämtliche Empfehlungen, Tests, Indikationen der Schwangerschaftsvorsorge unter die Lupe genommen und auf ihre Brauchbarkeit, Relevanz und auf ihre Schädlichkeit überprüft. Im Anhang 4 befindet sich eine Liste der Vorgehensweisen, die aufgegeben werden müssten, um eine effektive Betreuung zu gewährleisten. Es bleibt nicht viel übrig!

Warum also so viele Routinen? Alle Routinemaßnahmen haben einen Nachgeschmack von Massenabfertigung, den wir in anderen Lebenszusammenhänge ablehnen. Als Disziplinierungsmaßnahme der Schwangeren, die auch bald gehorsame Gebärende sein werden, und angepasste Frauen, scheint Routine zum angeblichen Wohl des Kindes gut zu greifen.

Sprache in der Vorsorge

Die Vorsorge mit Geräten hat uns die Sprache verschlagen. Die Informationsblätter in Großbritannien werden von Hebammen als Gesprächsunterstützung selektiv zu einem bestimmten Zeitpunkt der Frau überreicht. Zu jedem Thema existiert ebenfalls eine wissenschaftlichere Ausgabe für die Fachleute.

Die einseitige Vorsorge (nur Körper), hat dazu geführt, dass Schwangersein reduziert wurde auf das Schwangerschaftsprodukt, auf „Zentimeter“ und „Gramm“, auf Bilder, auf das Sichtbare. Sind die „objektiven“ Befunde die wesentlichen? Ein Kind kommt, es wird mich verändern, das ist auch Thema. Der Zeitrahmen der Vorsorge gibt wenig Platz oder bietet keine Zeit für Gespräche – wer beantwortet dann die Fragen? Hier wird die Notwendigkeit von Geburtsvorbereiterinnen nochmals deutlich. Sie sind Helferinnen innerhalb eines Systems, das sie nicht befürworten. Ihre Arbeit beschränkt sich aber nicht auf diese Tätigkeit. Sie sind dieje-

nigen, die ungemütliche Fragen aufwerfen und gesamtgesellschaftliche Reflexion in Gang bringen.

Der Einsatz von Geräten (Vaginalultraschall als Mittel, um die Schwangerschaft festzustellen) trägt auch zur Verfremdung der Schwangerschaft bei. Bevor Frau sich versah, wurde das Gerät in ihrer Scheide eingeführt und bewegt. -diagnostische Vergewaltigung?

In gewissen Vorgehensweisen kommt eine Haltung zum Ausdruck, die der Schwangeren signalisieren, dass ihre Aussagen unwichtig seien und kaum Beachtung verdienen. In Zukunft, und für das, was die Schwangerschaft betrifft, und später das Kind, ist sie so gut wie irrelevant. Im Vergleich zum High Tech Output sind ihre Wahrnehmungen belanglos. Diese generalisierte Haltung führt mit der Zeit tatsächlich dazu, dass Frauen die Signale ihres Körpers nicht mehr ernst nehmen und dann gar nicht mehr wahrnehmen, denn sie wissen inzwischen, dass es immer einen Mann mit einem Gerät geben wird, der ihnen die eigentliche Wahrheit über sie erzählen wird.

Das vorgestellte Baby verwandelt sich schnell in ein Monstrum, das nie durch den Geburtskanal passen wird, wenn die mittels Ultraschall durchgeführten Messungen von Kopf- und Gliedmaßen nicht mit der Tabelle übereinstimmen. Geburtskomplikationen werden durch solche Aussagen vorprogrammiert.

Längstes Gespräch ist die Anamnese. Viel zu oft endet diese mit der Bezeichnung „Risiko“. Der *Noceboeffekt* solcher Aussagen oder Kreuze im Mutterpass kann langfristige Folgen haben. Immer schwingt unterbewusst mit, dass sie, die Frau, ohne fremde Hilfe es nicht schaffen würde.

Die Verschreibungen von Vitaminen oder Nahrungsergänzungen sind gängiger als eine eingehende Ernährungsberatung, *die eigentliche die Vorsorgemaßnahme der Wahl* ist, weil die (werdende) Mutter sie selbst in der Hand hat.

Die Entmündigung läuft auch subtil, unterstützt von der Pharmaindustrie, die nur in Deutschland durchgesetzt hat, dass die „Ernährungsmedizinischen Empfehlungen“ auf eine ausreichende „Jodzufuhr“ hinweist (seit 1. April 1995). Jod führt gelegentlich zu Schilddrüsenüberfunktion, die gefährlich sein kann. Jodtabletten schlucken! Schlucken bedeutet immer weg von sich, in fremder Obhut, fremde Verantwortung, weil mein Körper es nicht leisten kann.

Hochseefisch und Meeressalz sind komplette Nahrungsmittel die sowohl Jod, Mineralstoffe und ungesättigte langkettige Fettsäuren enthalten.

Vorrangig sollte sein, das *Selbstwertgefühl der Schwangeren zu stärken*, denn sie wird noch gebären und ihr Kind groß ziehen, außerdem sollte sie eine Bürgerin sein, die ihre Interessen und die ihres Kindes vertreten kann. Es ist unerlässlich, der Frau von Anfang an das Gefühl zu verstärken, dass sie dazu selbstverständlich in der Lage, und fremde Hilfe im Notfall vorhanden ist.

Kann einer Schwangeren Glauben geschenkt werden? Kann sie sich wiegen und ihr Gewicht eintragen? Kann sie ein Stäbchen in Urin stecken und die Farbe ablesen; sagen, ob sie spürt wie das Kind strampelt, viel, wenig, oder vielmehr. In Großbritannien wird erwartet, dass Schwangere ab der 36. Woche die Kindsbewegungen selbst in den Mutterpass einträgt.

Ich kann einfach nicht von dem Gedanken weg gehen, dass dort, wo Profit gemacht werden kann, niemand zögert, Hilflosigkeit und unnötige Angst auszulösen. Unter dem Deckmantel der Sicherheit natürlich! Das Neueste, was vordergründig an die Selbstbestimmung der Frau appelliert, ist von Dr. Salling, bei der Firma wohlgenannt „Selfcare für ein gesünderes Leben“, das Frühwarnsystem (es klingt sehr kriegerisch) für vaginale Infektionen in der Schwangerschaft und zur Vorbeugung von *Frühgeburten!!* auf den Markt gekommen. In Geburtsvorbereitungskursen erleben Hebammen, wie verunsichernd und erschütternd für Mutter und Vater sich die Form der Vorsorge ausnimmt, die sich auf die Suche nach Auffälligkeiten beschränkt.

Gerade weil „Sprechen“ in der Medizin nicht honoriert wird, wird keine Zeit dafür verwendet. Umso weniger macht es überhaupt Sinn, die Hiobsbotschaften zu machen, wenn sie nicht erklärt und relativiert werden können. So dürfen Frauenärzte im Quartal nur noch ein psychosomatisches Gespräch für DM 3,50 bei jeder 10. Patientin abrechnen.

Tagungsteilnehmerinnen und Schwangerschaft

Wie reagieren wir als nicht direkte „Ansprechpartnerin“? Gehören wir auch der Risiko-Komplikationen-Kategorie an und festigen damit diese Denkweise? Wir können alle dazu beitragen, dass schwangere Frauen „guter Hoffnung“ bleiben. Die einmal in das tiefere Bewusstsein gesäte Angst kann nicht so einfach zerstreut werden. Wenn die innere Sicherheit einer werdenden Mutter erschüttert und die Freude auf das Kind verletzt wurde, hat das Auswirkungen, die allgemein weit unterschätzt werden und für die öffentliche Gesundheit, wie auch für die Gesellschaft, relevant sind.

Die meisten Schwangerschaften enden mit der Geburt eines gesunden Kindes, warum also den restlichen kleinen Teil so sehr in den Mittelpunkt stellen und den Schwangeren eine schwere Zeit machen? In eine negative Kategorie eingeteilt zu werden und nicht handeln zu können, löst, wie wir wissen, Gefühle der Angst, des Stresses und der Hilflosigkeit aus, die ihr Pendant im Physiologischen haben und dem Wachstum des Kindes nicht förderlich sind.

Wir dürfen uns nicht wundern, wenn nach 9 Monaten Verfrömdung (zwar nicht beabsichtigt, so aber doch durch die Art der Vorsorge herbeigeführt) eine werdende Mutter immer weniger das Gefühl hat, dass sie die Geburt schaffen wird.

Welche Haltung haben Sie hier zur Geburt? Ist es nicht so, dass wir auch dazu beitragen, Schwangerschaft und Geburt als risikoreiche Angelegenheiten zu betrachten, die am besten in High Tech Krankenhäusern geschehen sollte, damit Mutter und Kind die volle Sicherheit genießen?

Mehrere Länder praktizieren die sog. Primäre Vorsorge, bei der es um die Erhaltung guter Gesundheit unter Einbeziehung der Betroffenen geht. Diese Arbeit wird z.B. in den Niederlanden, in Großbritannien und Schweden von Hebammen übernommen. Die Bereitschaft, etwas für die Gesundheit zu lernen, ist während der Schwangerschaft besonders groß.

Es scheint besonders wichtig zu sein, werdende Mütter zu ermutigen, auf ihr seelisches und körperliches Befinden zu achten und leichte Störungen als Hinweise zu deuten, die

eine Veränderung der Lebensweise nach sich ziehen müssen. So kann die eigene Verantwortung gestärkt werden, die nicht mit dem Ende der Schwangerschaft verschwinden wird, denn es kommen andere Herausforderungen und Veränderungen, die verantwortungsvoll gemeistert werden müssen: Umstellung auf das Kind, Stillen, Partnerschaft...

Die Frauenpolitik ist angesprochen, denn

- *dort, wo die Freiheit der (schwangeren) Frauen eingeschränkt wird, nimmt die Freiheit in der Gesellschaft insgesamt ab,*
- *dort, wo Informationen verfälscht oder zurückgehalten werden oder gar nicht vorhanden sind, kann keine informierte Entscheidung getroffen werden,*
- *dort, wo die Schwächung eines großen Teils der Gesellschaft (die schwangeren Frauen) erfolgt, kann von Gleichberechtigung nicht die Rede sein*

Die Verantwortung für sich selbst und für das Kind ist von höchster Bedeutung und Tragweite für die Gesellschaft und ihre Zukunft in der Demokratie; sie sollte in der Zeit der Schwangerschaft gestärkt werden.

Umlernen als Diskussionsthema

Sie können dazu beitragen, Schwangere und Gebärende zu stärken, indem Sie umlernen. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe kann ich nur Anregungen und Denkanstöße geben:

- Beachten Sie Statistiken, (internationale aber auch örtliche), vergleichen Sie z.B. Kaiserschnitttrate der Kliniken, andere Fakten und Zahlen.
- Fragen Sie „Welche Hebamme macht die Vorsorge bei Ihnen?“ und nicht, „welcher Arzt...?“
- Stellen Sie sich selbst die Frage, ob Sie ihr Baby zu Hause oder im Geburtshaus gebären wollen.
- Sind Ihnen Geburtsvorbereitungskurse, Zentren für Elternschaft oder ähnliche Institutionen bekannt? Besorgen Sie sich Adressen von Geburtsvorbereiterinnen, Kursangeboten auch in Fremdsprachen.
- Weisen Sie beim Standesamt auf die Selbstverständlichkeit der Hausgeburt hin, damit auch dies im Behördenalltag zur Normalität wird.
- Wirken Sie daran mit, die Situation von Frauen, Mädchen zu verändern- insbesondere der Schwangeren - auch wenn Sie noch nicht konkret daran denken, ein Baby zu bekommen.
- Tragen Sie dazu bei, das gesellschaftliche Bild von Geburt und Schwangerschaft zu verändern. Weisen Sie auf Folgendes hin:
- Frauen sind Individuen, die in der Lage sind, für sich und ihr Kind das Beste zu wählen. Sie brauchen keine Bevormundung, sondern unabhängige Informationen.

Wenn wir selbst z.B. als Hebammen die Schwangerschaft und die Geburt mit einer positiven Einstellung und Erwartung sehen, wird es für die werdenden Mütter auch sehr viel leichter, dies zu tun.

Literatur

Ulrike Hauffe, Unter anderen Umständen, Dokumentation, Bremen Sept. 1996

Gibt es die totale Sicherheit?

Geburtshilfe in der Rechtsprechung

Moderation: Dr. Stefanie Hildenhagen, Oberärztin im Krankenhaus Neu-Maria-Hilf, Göttingen
Protokollantinnen: Stefanie Wehner, Ella Ebel/Hebammenschule

In der Rechtsprechung beziehen sich 80 % der gynäkologischen Fälle auf Geburtshilfesituationen, in denen das Kind zu Schaden gekommen ist. Die Geburtshilfe hat den größten Schadensaufwand in der Medizin, deshalb sind die Geburtshelferinnen die am höchsten versicherten MedizinerInnen. Ein Versicherungsbeitrag beläuft sich auf 6000,- DM/Jahr. In Häusern von privaten Trägern übernehmen diese die Kosten, in staatlichen Häusern muss die Fachärztin oder der Facharzt diesen Betrag selbst bezahlen.

Da es immer mehr Schadensersatzanspruchsverfahren gibt, handeln viele Ärztinnen und Ärzte nicht mehr nach „gutem Wissen und Gewissen“, sondern gehen in die Defensivmedizin über; d. h., es werden z. B. schneller Kaiserschnitte durchgeführt. Weil immer weniger Kinder spontan geboren werden, geht sehr viel geburtshilfliches handwerkliches Wissen verloren.

Warum klagen so viele Eltern?

1. Um ihre behinderten Kinder für später finanziell abzusichern,
2. weil sie mit der Kränkung, ein behindertes Kind geboren zu haben, nicht klarkommen; sie brauchen dafür einen Schuldigen; sie können dies nicht mehr als Schicksal annehmen.

Früher fand die Schuldzuweisung noch schneller statt, dies ist heute herabgesetzt. Dafür werden neue Qualitätsrichtlinien diskutiert, wie z. B. „bei jeder Geburt muss ein Facharzt anwesend sein“. In diesem Zusammenhang wurde die Auswahl der Gutachter (Schadensersatzforderungsverfahren/Schiedsstellen) kritisiert. Ärztinnen und Ärzte sichern sich durch immer „brutalere“ und wenig angemessene Aufklärung ab.

Die Forderungen der AG:

1. Gutachter aus verschiedenen Berufsgruppen
2. Mehr Öffentlichkeitsarbeit, Akzeptieren der „natürlichen Gefahr“
3. Mehr Unterstützung und Kommunikation innerhalb der eigenen und zwischen den Berufsgruppen
4. Der Qualitätsstandard muss erhöht werden.

Arbeitsgruppe IV

Neue Wege in der Hebammenarbeit

Moderation: Iris Gottwald, Marianne Just

Als die Frage an uns herangetragen wurde, ob wir diese Arbeitsgruppe leiten wollen, sind wir davon ausgegangen, dass die Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe im Wesentlichen berufl Fremde Frauen aus dem Netzwerk sind.

Kurzfristig haben wir erfahren, dass acht der sechzehn angemeldeten Teilnehmerinnen den Beruf der Hebamme ausüben.

Da uns eine hohe Teilnehmerinnenorientierung wichtig ist, haben wir unser Programm umgestellt. Folgende Gliederung ist dabei entstanden:

1. Begrüßung
2. Vorstellungsrunde
3. Körperübung, um die Mittagsträgheit zu vertreiben. (war nicht notwendig)
4. Referat „Hebammenarbeit im Wandel“ ein Rückblick auf dieses Jahrhundert
5. Diskussion in der Arbeitsgruppe zum Thema: „Welche Auswirkungen hat es, wenn Hebammen wieder in die Betreuung und Beratung von Schwangeren einsteigen?“
6. Präsentation der Ergebnisse und Diskussion

4. Referat: Hebammenarbeit im Wandel

Es gab Zeiten, da waren die Hebammen die einzigen Ansprechpartnerinnen für schwangere Frauen. Um die Veränderungen in der Hebammenarbeit verstehen zu können, muss die sich wandelnde Gesellschaft betrachtet werden.

Im Folgenden stelle ich die Hebammenarbeit und die Struktur des Hebammenwesens in diesem Jahrhundert dar. Eine Zeiteinteilung in vier große Abschnitte ist sinnvoll:

- 4.1. Die Zeit bis Ende des 2. Weltkrieges
- 4.2. Nach dem 2. Weltkrieg bis Mitte der 70er Jahre
- 4.3. Mitte der 70er bis Mitte der 80er Jahre
- 4.4. Mitte der 80er bis Mitte der 90er Jahre

4.1. Die Zeit bis Ende des 2. Weltkrieges

§ 24 der Dienstanweisung für die Hebammen im Königreich Preußen aus dem Jahre 1904 regelt die Zuständigkeitsbereiche der Hebammen:

Alle regelmäßigen Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern leitet die Hebamme selbst...

...Alle regelwidrigen Vorgänge bei Schwangeren, Geburten, im Wochenbett und bei neugeborenen Kindern behandelt der Arzt.

In dem § 1 des Reichshebammengesetzes von 1938 heißt es:

...Hebammenhilfe erstreckt sich auf die Beratung und Hilfe in der Schwangerschaft, auf die Überwachung und Hilfe bei Geburten und Fehlgeburten sowie auf die Versorgung der Wöchnerinnen und Neugeborenen.

In dieser ganzen Zeit waren Hausgeburten die Regel.

Der Abbildung auf Seite 26 ist zu entnehmen, in welchen Bereichen die Hebammen tatsächlich arbeiteten.

4.2. Nach dem 2. Weltkrieg bis Mitte der 70er Jahre

Das Reichshebammengesetz von 1938 ist weiterhin in Kraft. Die Regelungen, die auf nationalsozialistisches Gedankengut zurückgingen, wurden aus dem Gesetz gestrichen. In dieser Zeit herrscht Aufbaustimmung. Überall wird geschafft und die Industrie entwickelt sich rasant. Die Gläubig-

keit der Menschen zukünftig alles regeln, beherrschen und optimieren zu können, ist enorm.

Auch im medizinischem Bereich gab es Veränderungen:

- Der Fachbereich „Gynäkologie und Geburtshilfe“, welcher nicht mehr zum Bereich „Praktische Medizin“ gehörte, wurde nun in einzelne differenzierte Arbeitsbereiche unterteilt.
- Die Einführung des Mutterpasses durch die Gynäkologen wurde von den Krankenkassen gefördert.
- Die Beratung von Schwangeren durch die Hebammen war nicht mehr so gefragt.
- Aus der bisher üblichen Hausgeburtshilfe wurde die Klinikgeburtshilfe und die Wöchnerin blieb mit ihrem Kind 10 Tage im Krankenhaus. Nach der Entlassung aus der Klinik war Hebammenhilfe meist nicht mehr notwendig, denn über 95% der Frauen waren abgestellt.

Diese Veränderungen hatten erhebliche Auswirkungen auf die Tätigkeitsbereiche der Hebammen, da ihre Fachkompetenz nur noch im Kreissaal gefragt war.

Die meisten Hebammen arbeiteten in dieser Zeit im Angestelltenverhältnis, welches von ihnen durchgehend als entlastend empfunden wurde.

Die wichtigsten Veränderungen für die Hebammen waren:

- Geregelt Arbeitszeiten, verbindliche Freizeit und teilweise freie Wochenenden
- Konstantes Einkommen incl. Kranken- und Rentenversicherung

Innerhalb weniger Jahre gab es kaum noch freiberufliche Hebammen (siehe Abbildung auf Seite 25)..

4.3. Mitte der 70er Jahre bis Mitte der 80er Jahre

In dieser Zeit war die Geburtshilfe geprägt von programmierten Geburten. Mit der Cardiotokografie kurz CTG wurde es erstmals möglich, die Herztöne des Kindes zu dokumentieren, ein Meilenstein in der Überwachung.

Die mit den Studentenrevolten einhergehenden Emanzipationsbestrebungen der Frauen in den 70er Jahren wirkten auch in die Kliniken hinein. Besonders hinterfragt wurde die Ernährung der Neugeborenen. Während die Wöchnerinnen das Stillen bevorzugten, hatten sowohl die Kinderkrankenschwestern in den Kliniken als auch die älteren Hebammen dafür wenig Verständnis. Mit der Flasche füttern ist ja auch so bequem.

Den jüngeren Hebammen fehlte die praktische Erfahrung im Umgang mit Stillenden. Somit dauerte es bis ca. Mitte der 80er Jahre, bis Hebammen die Betreuung von Wöchnerinnen, vor allem Zuhause, sich als neuen/alten Arbeitsbereich zurückerobert hatten. Damals war die Wochenbettbetreuung im häuslichen Bereich noch nicht flächendeckend gesichert.

Seitdem tendiert das Selbstverständnis von Hebammen zunehmend in die Richtung, wieder die ganze Breite des Berufsfeldes in Anspruch zu nehmen (s. Abbildung).

4.4. Mitte der 80er Jahre bis Mitte der 90er Jahre

1985 wurde das derzeit gültige Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger (Hebammengesetz (HebG)) verabschiedet. Im § 5 HebG wird das Ausbildungsziel wie folgt beschrieben:

Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen, Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett Rat zu erteilen und die notwendige Fürsorge zu gewährleisten, normale Geburten zu leiten, Komplikationen des Geburtsverlaufs frühzeitig zu erkennen, Neugeborene zu versorgen, den Wochenbettverlauf zu überwachen und eine Dokumentation über den Geburtsverlauf anzufertigen (Ausbildungsziel).

In der Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger in Niedersachsen (HebBO) ist dies in § 1 Absatz 1 wie folgt umgesetzt worden:

Hebammen und Entbindungspfleger haben Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen Hilfe zu leisten und Rat zu geben. Dabei ist die Gesundheit der Schwangeren, Mütter und Neugeborenen zu fördern, zu schützen und zu erhalten. Bei der Beratung sind neben medizinischen auch psycho-soziale Faktoren zu berücksichtigen.

§ 1 Absatz 2 Nr. 2 und 3 HebBO: *Im Rahmen dieser Aufgaben führen Hebammen und Entbindungspfleger insbesondere folgende Tätigkeiten in eigener Verantwortung aus:*

Feststellung der Schwangerschaft und Beobachtung der normal verlaufenden Schwangerschaft, Durchführung der zur Beobachtung des Verlaufs einer normalen Schwangerschaft notwendigen Untersuchungen;

Veranlassung der Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung einer Risikoschwangerschaft notwendig sind und Aufklärung über diese Untersuchungen;

In der Ausübung ihres Berufsalltags unterliegen die Hebammen aber den Forderungen und Wünschen der Gesellschaft, insbesondere den Bedürfnissen der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, denn auch hier wirkt das alte Marktgesetz von Angebot und Nachfrage.

Die Abbildung auf Seite 25 zeigt den derzeitigen Stand und die Zukunftsvision.

5. Gruppenarbeit

Hebammen werden zunehmend neben Information und Geburtsvorbereitung auch Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, Vorsorgeuntersuchungen und Beratung in der Schwangerschaft anbieten.

In Gruppenarbeit wurden aufgrund dieser Aussage folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Welche Auswirkungen haben die „neuen“ Aktivitäten der Hebammen für schwangere Frauen?
2. Welche Auswirkungen haben sie für freiberuflich arbeitende Hebammen?
3. Welche Auswirkungen haben sie für die Hebammenausbildung?
4. Welche Auswirkungen haben sie für Frauenärztinnen/-ärzte?

6. Präsentation der Ergebnisse und Diskussion

Ergebnis der Gruppenarbeit zu Frage 1:

- Freiberufliche Hebammen müssen mehr Öffentlichkeitsarbeit leisten (Voraussetzung), damit sie wieder in die Betreuung kommen.
- Die durchgehende Betreuung durch eine Hebamme von der Vorsorge bis zum Ende des Wochenbettes/der Stillberatung schafft ein besonderes Vertrauensverhältnis, sie

bietet sowohl psychosoziale als auch medizinische Betreuung von Mutter und Kind. Infolgedessen kommt es weniger zu psychosomatischen Erkrankungen.

- Stärkung der Mutterrolle in der Gesellschaft (Akzeptanz).
- Wiederhinführen zu den Eigenkräften der Frau.
- Bessere Information von Hebammen ermöglichen den Frauen einen differenzierten Einblick.
- Bessere Aufklärung/Informationen über Hausgeburt.

Ergebnis der Gruppenarbeit zu Frage 2:

- Mehr Unterricht von freiberuflichen Hebammen zum Thema: Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, Beratung u.a. Ernährung und Pränataldiagnostik, Geburtsvorbereitung incl. Methodik und Didaktik ist notwendig.
- Festgelegte Stundenzahl für praktische Einsätze in der Schwangerenambulanz: Klinikamb., ärztl. Amb., Hebammenpraxis jew. mit Tätigkeitsnachweis.
- Externatverlängerung,
- Differenzierung zwischen ärztlicher und Hebammenberatung,
- Hebammen sollten an allgemein bildenden Schulen Unterricht zum Thema Familienplanung geben.

Ergebnis der Gruppenarbeit zu Frage 3:

Auf folgende Faktoren der Ausbildung wirken sich die „neuen“ Aktivitäten der Hebammen aus (in Stichworten):

1. Äußere Faktoren/Rahmenbedingungen

- Räumlichkeiten
- Ausrüstung
- Versicherung
- Organisationsform (Team, Hebammenpraxis)
- Abrechnung

2. Qualifikation

- Schwerpunkte, Spezialisierung??
- Ausbildung

3. Gestaltung des privaten Umfeldes

- Erreichbarkeit
- Arbeitszeiten.

Ergebnis der Gruppenarbeit zu Frage 4:

Folgende Auswirkungen können sie für Frauenärztinnen/-ärzte haben (in Stichworten):

Positiv

- Weniger Arbeit
- weniger Komplikationen
- Kooperation (im Sinne von Austausch)
- mündigere Patientinnen

Negativ

- weniger Einkommen
- Arbeit beschränkt sich auf Pathologie
- Kooperation (sie haben nicht mehr allein den Einfluss auf die Frau)
- „Machtverlust“ / Macht muss geteilt werden

Hebamme Zeitabschnitt	Arbeitsbereiche				Rahmenbedingungen		Wahrnehmung der Hebammentätigkeit in der Bevölkerung
	Schwangerschaft	Geburt	Wochenbett	Stillzeit	Freiberuflichkeit/Angestelltenverhältnis		
bis Ende des 2. Weltkrieges	ja	ja	ja	?	ja	nein	sehr gut
nach dem 2. Weltkrieg bis Mitte der 70er Jahre	vereinzelt	ja	vereinzelt	?	vereinzelt	zunehmend	gut
Mitte der 70er Jahre bis Mitte 80er Jahre	vereinzelt Geburts- vorbereitung	ja	zunehmend	?	vereinzelt	ja	schlecht
Mitte der 80er Jahre bis heute	Geburtsvor- bereitung	ja	ja	ja*	ja	ja	wird besser
Zukunft	ja	ja	ja	ja*	ja	ja	gut bis sehr gut, auf- grund der Nachfrage

*: Heb. Gebührenverordnung von 1997

Abbildung: © I. Gottwald

Aus dem Themenbereich unserer Arbeitsgruppe lassen sich vier Forderungen ableiten:

- Die Öffentlichkeitsarbeit der Hebammen muss immer noch intensiviert werden. (Hebammen>Kundinnen, Hebammen>Frauenärztinnen/-ärzte)
- Die Ausbildungsstruktur der Hebammenausbildung muss dringend verändert werden.
- Die Hebammenschulen müssen aufgefordert werden, die Ausbildung am tatsächlichen Bedarf (Tätigkeitsbereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) zu orientieren, der ja auch dem Ausbildungsziel lt. § 5 HebG entspricht.
- Eine echte Kooperation zwischen Hebammen und Frauenärztinnen und -ärzten ist wünschenswert.

Arbeitsgruppe V

Schwangerschaftsfreundliche Region

Moderation: Ines Albrecht-Engel, Geburtsvorbereiterin

Eine schwangerschaftsfreundliche Region – was soll das sein? Eigentlich sollte eine Gesellschaft, sollten die Mitmenschen und alle Bedingungen „rund um das Kinderkriegen“ schwangerschaftsfreundlich (und später kinderfreundlich) sein. Die Erfahrungen schwangerer Frauen und werdender Eltern sind aber nicht immer so, dass sie sich angenommen und unterstützt fühlen in ihrer Übergangsphase zur Elternschaft.

Vor allem am Arbeitsplatz erfahren Schwangere nicht immer Rücksichtnahme und Verständnis von ihren Kolleginnen und Kollegen. Diese fehlende positive Einstellung der Mitmenschen ist sicherlich schwer zu beeinflussen, doch wenn die Bedingungen für Schwangere insgesamt – über die medizinische Betreuung hinaus – ein Netzwerk darstellen, das die Schwangerschaft auch in ihren sozialen und psychischen Dimensionen begleitet, so ist anzunehmen, dass sich die Unterstützung und das Verständnis für Schwangere insgesamt verändern wird.

Eine schwangerschaftsfreundliche Region hat somit viele Aspekte, die erfüllt sein müssen, um dieses Angenommensein von Schwangeren und auch das Auffangen in schwierigen Situationen zu gewährleisten.

- Für die medizinische Betreuung der Schwangerschaft sollten *wohntornah* nicht nur Gynäkologen, sondern ebenso *Gynäkologinnen* niedergelassen sein.
- Für Frauen, die eine *Hebammenbetreuung* – auch in der Vorsorge – wünschen, sollte diese Möglichkeit gegeben sein. Außerdem sollten Frauen darüber informiert werden, dass sie auch Anspruch auf die Vorsorge und Nachsorge durch eine Hebamme haben. Zur Auswahl einer Hebamme des Vertrauens sollte jede Region über eine *Hebammenliste* verfügen.
- Ebenso sollten geburtshilfliche Abteilungen *wohntornah* zur Verfügung stehen. Es kann nicht angehen, dass eine Gebärende mit Wehen 20, 30 km oder noch weitere Entfernungen zu ihrer Geburtsklinik zurücklegen *muss*. Das ist nicht nur der Geburtssituation wenig zuträglich und beinhaltet unnötige Risiken, sondern ist insbesondere auch familienfeindlich, da Besuche durch Vater, Geschwister und andere Angehörige erschwert werden.
- Frauen sollten sich umfangreich und neutral über die Möglichkeiten der *pränatalen Diagnostik*, mit denen sie in der Vorsorge konfrontiert sind, informieren können. Hierfür sind *unabhängige Beratungen*, die über die medizinischen Informationen hinausgehen, notwendig. Ganz besonders wichtig sind diese Beratungsstellen für Frauen und Paare, die durch die pränatale Diagnostik bereits in Entscheidungszwänge und damit erhebliche psychische Belastungen gekommen sind. Die zum großen Teil routinemäßig angewandten Möglichkeiten der Pränataldiagnostik, z. B. der Ultraschall, stellen durch ihre vielen Befunde (glücklicherweise oftmals falsch-positiv) eine erhebliche Verunsicherung und Belastung für werdende Eltern dar. Hinzu kommt, dass den Paaren zum einen suggeriert wird, dass alle Fehlentwicklungen entdeckt werden können und zum Zweiten, dass diese therapierbar sind. Die „Therapie“ einer Behinderung sieht aber lediglich den Fetozid, also die vorzeitige Geburt des kranken Kindes vor, wenn die Eltern dies wün-

schen. Gerade mit diesen Entscheidungen sind Eltern überfordert – und sie haben zu wenig Zeit, sich für ihre Entscheidungsfindung von unabhängigen Stellen beraten zu lassen.

- Die Möglichkeiten der Medizin schaffen vielfach Situationen für Eltern, die so weit reichend sind, dass Frauen und Männer, die mit den Konsequenzen ihrer Entscheidung lebenslang umgehen müssen, hier Hilfe und Unterstützung von der Gesellschaft erwarten können: Z. B. durch die Ansprache und Beratung einer Selbsthilfegruppe für die diagnostizierte Behinderung oder Erkrankung, um so einschätzen zu können, wie sich das Leben mit einem Kind in solch einer Situation gestalten könnte. Diese *Entscheidungsfindung* sollte *ohne Beratungsvorgabe* durchgeführt werden, sondern die Eltern befähigen, mit ausreichenden Informationen und ausreichend Zeit ihre eigene Entscheidung zu finden.
- Dieses *unabhängige Beratungsangebot* sollte ebenso für ungewollt kinderlose Paare über die Möglichkeit und den Nutzen der *Reproduktionsmedizin* angeboten werden. Es kann nicht richtig sein, dass diejenigen, die diese Techniken anbieten (und daran verdienen) auch die Beratung durchführen.
- Zur Vorbereitung auf die Elternschaft, den Austausch mit anderen und damit zur Entlastung werdender Eltern sollte ein großes Angebot an Kursen und Beratung in der Region vorhanden sein, und zwar möglichst in unterschiedlichen Einrichtungen. Die Kosten für diese präventive Familienarbeit müssen von den Krankenkassen wieder getragen werden. Andernfalls müssen sie durch die Kommunen nach dem Kinder und Jugendhilfegesetz finanziert werden.
- Einen Ausgleich für verloren gegangene familiäre Unterstützung und Weitergabe von Wissen sind in unserer Gesellschaft verschiedenste Literatur und Kursangebote. Ratgeber und Informationshefte verwirren aber Schwangere und junge Eltern oft mehr als sie ihnen nützlich sind. Daher ist es wichtig, sie darin zu unterstützen, ihren Weg und das für sie Richtige herauszufinden. Hier sind *Kursangebote*, die nicht einer speziellen Richtung/Theorie folgen, sondern die den Eltern helfen, *eigene Handlungsstrategien* zu entwickeln, dringend erforderlich. Aus der Geburts- und der Frauengesundheits-Bewegung sind in den letzten Jahrzehnten viele Initiativen entstanden, die diese gesellschaftlichen Defizite ausgleichen: Zu einer schwangerschaftsfreundlichen Region gehören deshalb die verstärkte Förderung der Unterstützungsangebote für Schwangere und junge Eltern:
 - Kurse in der Frühschwangerschaft,
 - Treffen/Kurse für allein erziehende Mütter,
 - Verschiedene Kursangebote zur Begleitung der Schwangerschaft (Entspannung, Yoga, Bauchtanz u.ä.),
 - Kursangebote nach der Geburt, die nicht nur auf die „Rückbildung“ (also das Fitmachen und Anpassen) zielen, sondern die Veränderungen im körperlichen, seelischen und partnerschaftlichen Bereich thematisieren und Austauschmöglichkeiten mit Gleichbetroffenen bieten – auch für die Väter,
 - Lokale Stillgruppen und Still-Treffs.

- Möglichkeiten zur *Wahl des Geburtsortes* sollten vorhanden sein: frauen-, baby-, familien- und stillfreundliche Krankenhäuser, Geburtshäuser und Hausgeburtshebammen. Die Niederlassung von Hausgeburtshebammen und die Gründung von Geburtshäusern sollte daher auf kommunaler Ebene gefördert und unterstützt werden. Da die Mehrzahl der Frauen zur Geburt in die Klinik geht, müssen die Kliniken sich den geänderten Ansprüchen nach einer sowohl Sicherheit als auch Geborgenheit vermittelnden Atmosphäre anpassen. Kliniken, die in großer Anzahl z. B. Geburten einleiten, Kaiserschnitte durchführen, müssen ihre Arbeit neuen Qualitätsmaßstäben unterziehen lassen.

Die Liste der Ansprüche an eine schwangerschaftsfreundliche Region ließe sich fortsetzen. Ein großer Teil der Forderungen wäre selbstverständlich, wenn sich die gesellschaftliche Einstellung positiv dahingehend veränderte, dass sich *alle für das Wohl einer schwangeren Frau und der neu heranwachsenden Generation verantwortlich fühlten*.

Arbeitsgruppe VI

Schwanger und dann doch kein Kind. Wie kann es weitergehen nach einer Fehl- oder Totgeburt?

Moderation: Birgit Scharnowski-Huda, Initiative REGENBOGEN

An der Arbeitsgruppe nahmen acht Frauen teil. Eine Hebamme, zwei Hebammenschülerinnen, eine Beraterin von Pro Familia, eine Arzthelferin, eine Gesundheitsberaterin, eine Kinderkrankenschwester, eine Sozialwissenschaftlerin. Zwei der Frauen waren auch betroffene Mütter.

Da das Thema sehr komplex ist und sowohl Betroffene als auch Helferinnen individuell damit umgehen, konnten wir in der Kürze der Zeit nur Schwerpunkte herausarbeiten, die ich hier darstellen möchte.

Der Tod eines Babys, egal in welchem Schwangerschaftsalter, bringt die Eltern in der Regel in eine der schwierigsten Lebenssituationen. Trost gibt es in der Akutsituation nicht, aber es gibt durchaus Hilfen für die Eltern, um ihnen das alltägliche Weiterleben zu erleichtern. Diese Hilfen müssen sich die betroffenen Frauen /Eltern jedoch häufig selbst suchen. Mein Anliegen in dieser Arbeitsgruppe war es aufzuzeigen, wie Außenstehende die betroffenen Eltern unterstützen können.

Meistens bekommen die Eltern zunächst Kontakt zu medizinischem Personal. Für dieses ist es oft eine Überforderung, sich dieser traurigen Situation zu stellen. Dabei ist es für den bevorstehenden Trauerprozess sehr wichtig, auf welche Art von Beginn an mit den Eltern umgegangen wird. Die Betroffenheit der professionellen Helferinnen kann nicht größer sein als die Betroffenheit der Eltern. Auch wenn es ihnen selbst schwer fällt, sollten Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Schwestern u.a. so „normal“ wie möglich mit den Eltern umgehen. In der Arbeitsgruppe sammelten wir u.a. folgende Punkte, die wir für wichtig erachteten:

- Sachliches, aber auch einfühlsames Erklären des weiteren Vorgehens in der Klinik,
- Eingestehen der eigenen Sprachlosigkeit,
- Offenes Umgehen mit der Thematik
- Schrittweises ausführliches Informieren über den Trauerprozess, über Hilfsangebote, Literaturhinweise
- Angebot zum Gespräch bzw. zum Zuhören; „Erlaubnis“ geben zum Trauern,
- Begleitung bei der Geburt und
- bei anstehenden Entscheidungen: z.B. Für und Wieder einer Obduktion, Beerdigung; Rechte und Pflichten, evtl. Kontaktaufnahme zu Bestattungsunternehmen,
- Würdevolles Umgehen mit dem toten Baby, sei es auch noch so klein,
- Vielfältige Erinnerungen an das Baby ermöglichen, (Stichworte) z. B.:
 - viele Fotos, auch zusammen mit den Eltern,
 - Fußabdrücke, Handabdrücke,
 - Haarlocken,
 - die Windel, in die das Kind eingewickelt war
 - wenn die Eltern einen Namen für das Kind haben, diesen auch bewusst benutzen
- Vermeiden scheinbar hilfreicher Bemerkungen wie:
 - „Sie können bald wieder ein Kind bekommen“,
 - „Sie haben doch schon ein Kind“
 - „Besser jetzt als später“

Es stellte sich die Frage zum Umgang mit Eltern, die einen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation vornehmen lassen. Hier gilt in der Regel oben genanntes. Natürlich kommt hier für die Eltern noch die (unausgesproche-

ne) Schuldfrage hinzu, ein Kind zu töten, auch wenn sie sich selbst dazu entschlossen haben. Zum anderen ist es für die professionellen Helferinnen wichtig, eigene Gefühle und das eigene Verhalten zu reflektieren, um Schuldzuweisungen und bestimmte Affekte wie Wut oder Ärger nicht auf die Frau bzw. die Eltern zu projizieren.

Fazit: Wir stellten fest, dass der Umgang mit pränataler Diagnostik eine gesellschaftliche Frage geworden ist und dass ein adäquates psychosoziales Beratungsangebot unbedingt erforderlich ist. Auch ist es wichtig, die Konsequenzen bei einer Inanspruchnahme pränataler Diagnostik *vorher* aufzuzeigen und deutlich anzusprechen.

Bei einer erneuten Schwangerschaft treten häufig schon sehr früh Ängste davor auf, dass ein erneuter Verlust eintreten könnte. Neben der ärztlichen Versorgung bietet es sich an, die Frau von einer Hebamme betreuen zu lassen. Es hat sich als wirkungsvoll und hilfreich erwiesen, wenn eine außenstehende Person über einen längeren Zeitraum sowohl für die Schwangere als auch für den Vater da ist.

Literaturempfehlungen:

- Friedrich, Hannes u.a. (Hrsg.)
Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen
Reihe Pflegewiss., Verlag Hans Huber
- Lutz, G./Künzer-Riebel, B.
Nur ein Hauch von Leben
Ernst Kaufmann Verlag

Arbeitsgruppe VII

Schwangerschaftsabbruch - heutzutage ein Kinderspiel?

Moderation: Renate Löb, Helgard Greve, Frauengesundheitszentrum Göttingen
Barbara Ernst, PRO FAMILIA Göttingen

Die Arbeitsgruppe von 12 Frauen aus unterschiedlichsten Arbeitszusammenhängen und Städten Niedersachsens beschäftigte sich in der Eingangsrunde mit der Frage, was die Einzelnen zu dem Thema geführt hat.

Eigene Erfahrungen mit einem Abbruch, Konfrontation mit dem Thema im jeweiligen Arbeitszusammenhang, sowie Fragen nach einem spirituellem Umgang mit Abtreibung verdeutlichten die Vielfältigkeit des Themas. Die Äußerungen der Diskussionsteilnehmerinnen wurden zunächst den vorgegebenen Themen *MORAL, METHODEN, GEFÜHLE, POLITIK, GRÜNDE* zugeordnet.

Dies gelang nur zum Teil, da die Themen zum einen stark miteinander verwoben sind und zum anderen längst nicht alles erfassen konnten.

Beispielsweise beim Thema *MORAL* tauchten Fragen auf, wie: „Ist die Geburt eines behinderten Kindes kein Grund zu gratulieren?“

Oder: Können wir (als Hebamme oder Beraterin) akzeptieren, wenn der Wunsch nach Komplettierung der Wohnzimmereinrichtung oder „erst noch eine große Reise machen wollen“ als Grund für eine Abtreibung genannt wird?

Zum Thema *POLITIK*: Wie gehen wir in unserer Arbeit (z.B. als Beraterin) mit dem Spannungsfeld zwischen dem Zwang zur Beratung und dem Bedürfnis der Frauen nach Unterstützung bei ihrer Entscheidungsfindung um?

Bei dem Thema *METHODEN* des Abbruchs zeichnete sich ein Informationsdefizit ab und Interesse an der längst in Vergessenheit geratenen menstruellen Extraktion, der in den Niederlanden praktizierten Überfälligkeitsbehandlung, der Durchführung von späten Abbrüchen in Form von Geburtseinleitung und der umstrittenen RU 486.

In der weiteren Diskussion wurden weitere Fragen aufgeworfen:

Kann es einen öffentlicheren und auch offensiveren Umgang mit Abbrüchen geben?

Wie verändert sich die Problematik und Dimension bei späten Abbrüchen, (die teilweise zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden, zu dem das Kind schon lebensfähig wäre)?

In der Schlussrunde ergaben sich folgende Forderungen:

- Aufklärung im Sinne von Information statt Bevormundung von Mädchen/Frauen und auch Jungen/Männern ist weiterhin zu intensivieren. Mädchen-/Jungenarbeit in Schulen ist im Sinne einer gesundheitsbewussten, selbstbestimmten Sexualität zu fördern.
- Frauen und Männer sollten über alle Wahlmöglichkeiten bei Schwangerschaftsverhütungs- und -abbruchmethoden informiert werden, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können.
- Bestehende frauenfreundliche Methoden sind allen Frauen zugänglich zu machen, z.B. menstruelle Extraktion und Überfälligkeitsbehandlung.
- Die Diskussion zu diesen Themen, über die gesetzliche Regelung hinaus, muss wieder verstärkt - auch öffentlich - geführt werden, um von Tabuisierung und Moralisierung wegzukommen.
- Die Zwangsberatung ist abzuschaffen und der § 218 StGB zu streichen. Stattdessen ist Frauen und Männern unabhängige, freigewählte Beratung und Begleitung zu ermöglichen. Dies gilt besonders vor, während und nach Pränataldiagnostik.
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen müssen verbessert werden, damit Frauen und Männern, die sich für ein Leben mit Kindern - behindert oder nicht behindert - entscheiden wollen, es auch möglichst tun können.

Zusammenfassung der Arbeitsgruppenergebnisse – Forderungen und Thesen

Plenum des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Psychische und soziale Dynamik in der Schwangerschaft (Arbeitsgruppe I)

Aus dem Impulsreferat ergeben sich folgende Forderungen:

- Neuordnung des Schwangerenvorsorgesystems.
- Abschaffung der Pränataldiagnostik als Regelleistung.
- Systematisierung von Erfahrungen, etwa der alternative Umgang mit psychosomatischer Frühgeburtlichkeit und Prophylaxe, der noch nicht weiter gehend untersucht wurde.
- Bestimmung der Hebamme als juristisch alleinverantwortliche Geburtshelferin. Wünschenswert wäre, dass im Rahmen eines Modellprojekts überprüft wird, wie sich z.B. die *alleinverantwortliche Präsenz der Hebamme im Kreißaal* - analog zur Verantwortung der Hebamme bei Hausgeburten und in Geburtshäusern - auf den Geburtsverlauf auswirkt.
- Auflösung der bisherigen Segmentierung der Frauen und ihrer Neugeborenen im klinischen Wochenbett zugunsten einer ganzheitlichen Versorgung von Mutter und Kind, orientiert an der Normalität und am Gelingen.
- Entwicklung frauengerechter Qualitätsstandards auf der Basis vergleichbarer Handlungen.

Im Rahmen der Diskussion wurde noch eine stärkere Selbstreflexion der Helfenden unter folgender Fragestellung angeregt: „Machen wir die Frauen abhängig?“

Schwangerschaftsvorsorge – Segen oder Fluch? (Arbeitsgruppe II)

- Durchbrechen der Routine in der Vorsorge zugunsten einer individuellen Vorsorge, wobei die Frau wieder verstärkt ins Zentrum gerückt wird.
- Die Erwartungen an eine Pränataldiagnostik dahingehend, dass alle Defekte erkannt werden, sind unrealistisch. Das absolute Gesundheitsideal und der Zwang zur Perfektionierung müssen kritisch hinterfragt werden.

Gibt es die totale Sicherheit? Geburtshilfe in der Rechtsprechung (Arbeitsgruppe III)

- Mehr interdisziplinärer Austausch über sog. Misserfolge, Selbstreflexion über Ängste.
- Supervisions-Angebote sind wünschenswert, um mit den Belastungen eines Prozesses besser zurecht zu kommen.
- Abkopplung von Schuldfrage und Kostenübernahme (für ein behindertes Kind).
- Öffentlichkeitsarbeit zum Thema: Risiko gehört zum Leben.
- Gutachterqualität (auch Hebammen).
- Psychosoziale Weiterbildung für Geburtshelfer und Hebammen.
- Die Ausbildung muss praxisnäher gestaltet werden (z.B. Übungen am Phantom).

Neue Wege in der Hebammenarbeit (Arbeitsgruppe IV)

- Hebammen sollen aktiv Öffentlichkeitsarbeit angehen.
- Die Strukturen der Freiberuflichkeit der Hebammen sollen verbessert werden.
- Die Ausbildung der Hebammen soll sich an der heutigen Realität orientieren.
- Der Wunsch nach Kooperation mit Frauenärztinnen wurde geäußert; nur gleichberechtigte Partnerinnen können kooperieren.

Schwanger - und dann doch kein Kind.

Wie geht es weiter nach einer Fehl- oder Totgeburt? (Arbeitsgruppe VI)

- Offenes Umgehen mit der Thematik.
- Eingestehen der eigenen Sprach- und Hilflosigkeit.
- Ausführliches Informieren betroffener Eltern über den Trauerprozess, über Hilfsangebote, Literaturhinweise.
- Ausdrückliche Erlaubnis zum Trauern geben.
- Begleitung bei den Wahlmöglichkeiten anstehender Entscheidungen (Obduktion, Beerdigung etc.).
- Angebot zum Gespräch bzw. zum Zuhören.
- Vermeiden scheinbar hilfreicher Bemerkungen wie: „Sie können bald wieder ein Kind bekommen“ „Sie haben doch schon ein Kind.“ „Besser jetzt als später.“
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem „Trauerteam“ unter Beteiligung verschiedenster Berufe (z. B. Hebammen, Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal, SeelsorgerInnen, SozialarbeiterInnen, Unterrichtsschwestern, MitarbeiterInnen von Selbsthilfegruppen).
- Zusammenarbeit mit Bestattungsunternehmern.

Abbruch – heutzutage ein Kinderspiel? (Arbeitsgruppe VII)

- Sexualaufklärung muss weiter intensiviert werden.
- Information statt Bevormundung von Mädchen/Frauen und auch Jungen/Männern.
- Mädchen-/Jungenarbeit muss intensiviert werden.
- Information über alle Wahlmöglichkeiten bezügl. Schwangerschaftsverhütung.
- Bestehende frauenfreundliche/schonende Abbruch-Methoden sind allen Frauen zugänglich zu machen, z.B. menstruelle Extraktion und Überfälligkeitsbehandlung.
- Die Diskussion zum Thema Verhütung und Abbruch muss enttabuisiert werden.
- Die Zwangsberatung ist abzuschaffen. Stattdessen ist Frauen und Männern unabhängige Beratung einschließlich des Themas Pränataldiagnostik anzubieten.
- Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen müssen verbessert werden, damit Frauen und Männer sich selbstbestimmt entscheiden können.

Informationen zum Netzwerk

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wurde Ende 1995 in Hannover gegründet. Es hat sich zum Ziel gesetzt, der Diskriminierung von Frauen und Mädchen im und durch das Gesundheitswesen konstruktiv zu begegnen.

Die Förderung von Frauen- und Mädchengesundheit soll in den Kommunen verankert und etabliert werden. Dies geschieht durch Einbindung interessierter Frauen, Organisationen und Institutionen sowie der bereits vorhandenen Aktivitäten vor Ort.

Das Netzwerk will Umsetzungsstrategien – auch für den politischen Raum – entwerfen, den Frauen Handlungsperspektiven in ihren regionalen und kommunalen Bezügen eröffnen, Informations- und Erfahrungsaustausch unterstützen und gewährleisten, die Kompetenzen der Mitgliedsfrauen fördern und insbesondere zu Eigenaktivitäten anregen.

Multiplikatorinnen aus Verwaltung, Verbänden, Institutionen und Initiativen, vorwiegend aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, aber auch aus Forschung und Lehre, beteiligen sich an der Arbeit des Netzwerkes.

Eine große Gruppe bilden die kommunalen Frauenbeauftragten, die Interesse am Thema Frauengesundheit haben.

Das Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen wird ab dem 1. Januar 2000 von dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. getragen.

Das Netzwerk veranstaltet regelmäßig Tagungen, die jeweils dokumentiert werden.

Kontaktadressen:

Niedersächsisches Ministerium für
Frauen, Arbeit und Soziales
Ursula Jeß
Gustav-Bratke-Allee 2
30169 Hannover
Telefon (05 11) 120-29 70

Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V.
Ute Sonntag
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Telefon (05 11) 3 50 00 52