

»Machen Sie doch das Natürliche!«

Zur diskursiven Herstellung von Normalität im Natalitätsfeld

Alina Rörig

»[I]ch musste ja auch ein bisschen den Schein wahren, dass wir natürlich auf jeden Fall *eigentlich* vorhaben, ins Krankenhaus zu gehen.« (Interview Theresa¹)

Dieser Artikel beleuchtet Aushandlungen von Normalitäten rund um Geburt aus randständigen Perspektiven: Der Perspektiven dreier Frauen, die sich entgegen der Mehrheit der werdenden Eltern in Deutschland nicht für eine vaginale Geburt in einer Geburtsklinik entschieden haben, sondern in einem Fall für eine begleitete Hausgeburt, im zweiten Fall für eine unbegleitete Hausgeburt (sogenannte Alleingeburt) und im dritten Fall für einen sogenannten Wunschkaiserschnitt im Krankenhaus. Es werden dazu Ergebnisse einer ethnografischen Studie² vorgestellt, die analytisch auf einen sehr speziellen Ausschnitt des Natalitätsfelds³ blickt.

Dass diese Perspektiven als randständig in Bezug zur *Normalität* – verstanden als »das Gewöhnliche, Übliche, Verbreitete« (Schröder/Wrana 2015: 11) – bezeichnet werden können, erklärt sich beim Blick auf die Statistiken: 98,7 Prozent aller Geburten in Deutschland fanden 2017 in Krankenhäusern statt (DGGG/DGHWI 2020). Von diesen Geburten waren etwa 30,5 Prozent Kaiserschnitte (DGGG et al. 2020). Die wenigsten, ca. drei bis vier Prozent, sind dabei sogenannte Wunschkaiserschnitte, also Kaiserschnitte, die nicht medizinisch indiziert sind (vgl. Baumgärtner 2013: 83). Sogenannte Alleingeburten, d.h. Geburten ohne professionelle Begleitung, werden nicht separat erfasst. Die überwältigende Mehrheit der Schwangeren in Deutschland entscheidet sich also seit inzwischen vielen Jahren für eine vaginale Geburt in einer Geburtsklinik. Damit stellt der Wunsch nach einer vaginalen Klinikgeburt eine *Normalität* dar. Wir können davon ausgehen, dass sie als Orientierungsrahmen fungiert und Schwangere sich

1 Alle Namen sind pseudonymisiert.

2 Die Studie wurde 2019 im Rahmen einer an der Philipps-Universität Marburg eingereichten kultur- und sozialanthropologischen Masterarbeit mit dem Titel »Regie führen, statt mitspielen? Weibliches Empowerment in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett« (Rörig 2019) durchgeführt.

3 *Natalitätsfeld* wird hier verstanden als eine Landschaft aus Orten, Akteur*innen, Diskursen und Themen, die rund um die Geburt eines Kindes zu verschiedenen Zeitpunkten eine Rolle spielen. Zum Themenkomplex Natalität siehe auch Rose/Schmied-Knittel (2011).

an diesem *normalen* Gebären bei ihrer Entscheidung für einen Geburtsort oder -modus orientieren, bzw. sich zu diesem verhalten. Nach Jürgen Link ist das *Normale* vor dem Hintergrund der Verdatung unserer Gesellschaft zu begreifen: Die Existenz des Häufig(st)en bestimmt die Geltung des Normalen und die dazugehörigen Grenzen dieser Normalität. Wie Schröder und Wrana beschreiben, kann das Normale, obwohl es sich zunächst deskriptiv zur Realität verhält, zum Orientierungsmuster und Handlungsrahmen werden (vgl. Schröder/Wrana 2015: 12). Normalitäten sind dabei aber stets dynamische soziale Gegenstände: Sie – und auch dies lässt sich am Beispiel Geburt nachvollziehen⁴ – sind kulturspezifisch und historisch variabel und Teil gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse (vgl. Link 2013: 39f.).

Für die Geburtshilfe lässt sich beobachten, dass Schwangeren durch das Selbstbestimmungsparadigma, das seit den feministischen Bewegungen und der Entstehung der Frauengesundheitszentren das Natalitätsfeld prägt (vgl. Jung 2017a: 35), heute viel Entscheidungsspielraum zugeordnet ist: Zu verschiedenen Momenten der Schwangerschaft kann die schwangere Person entscheiden, ob und welche Art von Vorsorge oder Pränataldiagnostik sie möchte. Schwangere haben auch das Recht zur freien Wahl des Geburtsorts (vgl. Jung 2017b: 35). In Bezug auf das Gebären gehören vielfältige Geburtsmodi, -positionen und Hilfsmittel demzufolge zur flexiblen geburtshilflichen Normalität hinzu. Die Normalitätsgrenzen sind in Bewegung.⁵ Dennoch finden weitere diskursive Aushandlungsprozesse an den Rändern der Normalität statt und nicht zuletzt entwerfen die Subjekte selbst – Schwangere, aber auch Professionelle der Geburtshilfe – »normalistische symbolische *Landschaften*« (Link 2013: 352, Herv. i.O.) und stellen die Frage nach dem, was »noch normal ist« (ebd.). Eine Versicherung des eigenen Normal-Seins (und dem der anderen), funktioniert dabei, so Link, über das Situieren der Subjekte in ihrer eigenen »Normalitätslandschaft«.

Ziel dieses Beitrags ist es, die Rolle von Selbstbestimmungs- ebenso wie Natürlichkeits- und Sicherheitsdiskursen als wesentliche Normalitätsachsen des Natalitätsfeldes zu analysieren. Dabei wird angelehnt an Link auf geografische Metaphern zurückgegriffen, um die unterschiedliche Positionierung der Subjekte und deren Bewegungen im Natalitätsfeld greifbarer zu machen.

In der sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschung stehen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt Aushandlungsprozesse rund um das Thema Selbstbestimmung (Achtelik 2015; Jung 2017a; Tömmel 2021) sowie Verhandlungen von Natürlichkeit und Sicherheit bzw. Risiko (Rose/Schmied-Knittel 2011; Rose et al. 2017; Villa et al. 2011) im Fokus und werden dort als Bestandteile von moralisierenden und teilweise ideologisierten Debatten kritisch beleuchtet. In diesem Beitrag soll anhand von empirischem Material dreier Fallbeispiele diskutiert werden, wie Natürlichkeit, Sicherheit und Selbst-

4 Die Kaiserschnitttrate für die Dominikanische Republik lag 2015 bspw. bei 58,1 % (Boerma et al. 2018). Noch 1949 fanden ca. 90 % der Geburten in Deutschland zu Hause statt (vgl. Colloseus 2018: 47).

5 Link unterscheidet *flexibel-normalistische* (dynamische Normalitätsgrenzen) und *protonormalistische* Strategien (stabile Normalitätsgrenzen, Tendenz zur Anlehnung der Normalität an Normativität). Weitere Ausführungen und Beispiele siehe Link (2013: 57).

bestimmung als umkämpfte Dispositive⁶ im Natalitätsfeld mit- und gegeneinander ins Feld geführt werden, um Geburtsvorgänge zu normalisieren. Wie gezeigt wird, verorten sich die Interviewten auf ihrer individuellen Normalitätslandkarte über kommunizierte Nähe und Distanz zu diesen zentralen Dispositiven. Es wird dabei deutlich, dass Normalität im Kontext Geburt nicht, wie vielleicht zu vermuten wäre, über Geburtsmodi ausgehandelt wird, sondern dass die (aktive) Rolle, die Schwangere und Gebärende in der Planung und Gestaltung ihrer Geburten einnehmen, im Zentrum der Aushandlungen steht.

Forschungsstand, Leerstellen und Sampling

Sozialwissenschaftliche Forschung mit Blick auf die Ränder der geburtshilflichen Normalität ist im deutschsprachigen Raum rar: Einige wenige medizinethische Arbeiten beschäftigen sich mit der sogenannten Wunschsectio – mit nicht medizinisch indizierten Kaiserschnitten (Baumgärtner 2013; Bockenheimer-Lucius 2002). Für das Phänomen der Alleingeburt, also für Schwangere, die ohne professionelle Begleitung ihr Kind (meistens zuhause) gebären, liegen zwar kaum deutschsprachige Studien vor, die Deutsche Hebammenzeitschrift machte aber das Gebären ohne Hebamme 2017 mit dem Anliegen, Formen und Motivationen der Alleingeburt zu beleuchten, zum Titelthema (vgl. Deutsche Hebammenzeitschrift 2017). Im englischsprachigen Raum wird aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive zum Phänomen der Alleingeburt, auch als *unassisted birth* oder *free birth* bezeichnet, geforscht. Damit ist meist das Anliegen verbunden, mehr über die Motive der Alleingebärenden zu erfahren (Dahlen et al. 2020; Feeley/Thomson 2016; Jenkinson et al. 2017). In diesem Beitrag werden diese vereinzelt erforschten Phänomene zusammengeführt. Vergleichend können Erkenntnisse über die Verortung der Subjekte in den »normalistische[n] symbolische[n] Landschaften« (Link 2013: 352) rund um das Gebären in Deutschland gewonnen und damit exemplarisch gezeigt werden, wie Geburt und somit Reproduktion diskursiv reguliert wird.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf drei der in der ethnografischen Studie geführten Interviews⁷ und nimmt im Material beschriebene normalisierende, also Normalität produzierende, Prozesse in den Blick. Die erste Interviewpartnerin, Luise, hat sich für eine Geburt per Wunschkaiserschnitt – eine geplante, nicht medizinisch indizierte Sectio – entschieden. Die Akademikerin erklärt, dass sie ihre Entscheidung zum Kaiserschnitt auf Basis eigener Recherchen zu Mortalitätsraten der verschiedenen Geburtsmodi getroffen habe. Die zweite Interviewte, Anja, hat sich nach einer ersten klinischen Geburt und einer konfliktreichen Wochenbettbetreuung in der zweiten

6 Ich verstehe *Dispositive* hier angelehnt an Foucault (1978: 119f.) als Ensemble heterogener Elemente, an denen sich soziales Handeln orientiert: »[...] Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes«.

7 Interviewt wurden Mütter im Alter zwischen 28 und 38 Jahren, die nach einem Erzählstimulus retrospektiv in Form von biografischen Erzählungen von ihren Schwangerschaften und Geburten berichteten.

Schwangerschaft dazu entschieden, ihr Kind zuhause ohne professionelle Begleitung zu gebären. Sie ist ausgebildete Krankenschwester und studiert zum Zeitpunkt des Interviews an einer Fachhochschule. Über soziale Medien ist sie mit anderen Frauen, die Alleingeburten bevorzugen, vernetzt. Theresa, die dritte Interviewpartnerin, berichtet von ihrer zweiten Schwangerschaft, einer Zwillingschwangerschaft, für die sie eine Hausgeburt plant. Sie hat ebenfalls studiert und ihr erstes Kind in einem Geburtshaus geboren.⁸

In den Interviews wird zum einen deutlich, dass die Notwendigkeit des Erwerbs von Informationen und das Einholen von (alternativem) Expert*innenwissen für eine Vorstellung und Planung des eigenen Geburtsszenarios eine zentrale Rolle spielen. Diese Anforderung an die werdenden Eltern ist kritisch zu betrachten, denn sie macht das Treffen von Entscheidungen rund um die Geburt zu einer Leistung, die für einige Schwangere leichter zu erbringen ist als für andere und überträgt die Verantwortung auf die werdenden Eltern (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011: 87).

Zum anderen bestehen Zusammenhänge zwischen getroffenen Entscheidungen und prägenden Vorerfahrungen. Theresa beschreibt, dass das Krankenhaus für sie kein Ort der Sicherheit sei, sondern ein Ort, den sie »mit negativen Erlebnissen«, mit Krankheit und Tod von ihr nahestehenden Familienangehörigen verbinde. Sie habe das Gefühl, sich in einem Krankenhaus schützen zu müssen und lehnt die immer wieder in Erzählungen an sie herangetragene Idee von der *sicheren* – im Sinne einer risikoarmen – Geburt im Krankenhaus als nicht zu ihr passend ab. Mit der Geburt ihres ersten Kindes verbindet sie eine positive außerklinische Erfahrung. Auch Luise beschreibt, dass sie sich bereits im Vorfeld ihrer Schwangerschaft intensiv mit ihrer eigenen Geburt beschäftigt habe, die sie selbst nur knapp überlebt habe. Eine vaginale Geburt, bei der es zu mangelnder Sauerstoffversorgung des Kindes kommen könne, sei für sie aufgrund dieser biografischen Erfahrung keine Option.

Allen Interviews ist gemeinsam, dass die vaginale klinische Geburt immer wieder als Referenz herangezogen wird. Mit Link (2013) gedacht, zeigt sich bei der Analyse von Alltagsdiskursen, dass Subjekte Landschaften des *Normalen* mit Toleranzzonen, Normalitätsgrenzen und -flächen entwerfen, in welchen sie sich einerseits selbst positionieren und andererseits auch Distanzen zu anderen Positionen und Entscheidungen und/oder den jeweiligen Akteur*innen bestimmen. In diesem Beitrag wird es also auch immer wieder um klinische vaginale Geburten gehen, da sich die Interviewpartnerinnen trotz ihrer Entscheidungen für *andere* Geburtsorte und -modi zu dieser *Mitte* verhalten (vgl. Link 2013: 352).

Die Daten wurden in Anlehnung an die Grounded Theory (Glaser/Strauss 2010) ausgewertet und insbesondere auf ihre handlungstheoretischen Implikationen hin analysiert. Beim axialen Kodieren standen Beschreibungen von Erlebnissen sowie soziale Interaktionen und Konflikte im Natalitätsfeld im Fokus. So konnten trotz der heterogenen Geburtserfahrungen der Interviewpartnerinnen aufschlussreiche Vergleiche gezogen werden.

8 Das Sample dieses Beitrags repräsentiert eine in vielerlei Hinsicht (Soziale Zugehörigkeit, Hautfarbe, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Alter u.a.) privilegierte Personengruppe. Es bedarf mehr Forschung zu marginalisierten Positionen im Natalitätsfeld.

Geburt *selbstbestimmt* planen? Normalisierte Rollenverteilung in der Geburtsvorbereitung

Die zweifache Mutter Anja berichtet aus ihrer ersten Schwangerschaft, in der sie plante, im Krankenhaus zu gebären, von einem Gespräch zur Vorbereitung der klinischen Geburt mit ihrer Hebamme:

»Wir hatten [...] nen Geburtsplan geschrieben mit Sachen, die ich möchte, die ich nicht möchte oder wo ich gerne gefragt werden möchte, vorher. [...] Und den hatt' ich dann im Mutterpass liegen gehabt und da war die Hebamme, bei der ich da zur Vorsorge war, die hat gesagt, ich soll das bloß rausnehmen, weil wenn ich damit innen Kreißsaal geh, dann hab ich schon ganz schlechte Karten, ehm weil [...], dann würd ich ja die Hebammen in ihrer Arbeit einschränken und das würde ja gar nicht gehen. Ja und dann hab ich mich total für meinen Geburtsplan geschämt und hab ihn dann halt wieder rausgenommen [...], also hatt' ich dann keinen Geburtsplan, als ich da ins Krankenhaus kam.« (Interview Anja)

Zum Moment der Auseinandersetzung befinden sich Anja und die Hebamme in einer professionellen Beziehung: Die eine ist die Patientin der anderen. Die Hebamme verweist nun aus dieser mächtigeren Position heraus auf die anstehende Situation im Kreißsaal und hält fest: Es sind die Hebammen und Ärzt*innen, die im Kreißsaal arbeiten; die werdende Mutter, so die klare Zurechtweisung, soll diese Arbeit nicht durch vorab festgelegte Wünsche einschränken. Der Gebärenden kommt bei dieser Definition von Geburtsarbeit eine passive Rolle zu, die einen von der Schwangeren geschriebenen Geburtsplan überflüssig macht und durch ein »das geht gar nicht« als unnormale bzw. sogar als nicht machbar gerahmt wird. Der Geburtsplan, ein eigens hergestelltes Artefakt der Selbstbestimmung der Gebärenden, wird tatsächlich entfernt.

Link beschreibt die Frage nach dem, was »noch normal« ist, als das »Thema Nummer eins« aller Alltagsgespräche im Normalismus« (Link 2013: 352). Normalisierung wird dabei verstanden als die »Normal-Machung«, die »Produktion von Normalitäten« und sei »als ständiger Prozeß aufzufassen« (ebd.: 40). Es wird hier deutlich, dass Normalität nicht nur als Resultat tatsächlichen mehrheitlichen Verhaltens zu begreifen ist, sondern auch als situative und interessensgesteuerte machtvolle Referenz angerufen werden kann. Dementsprechend zieht Anja Konsequenzen: Sie orientiert sich an der durch die Hebamme skizzierten »Mitte« und entfernt den Geburtsplan aus ihren Unterlagen.

Die Tatsache, dass Anja zusätzlich Scham⁹ empfindet und aus dieser Scham heraus der Empfehlung der Hebamme folgt, bedeutet ihre Einwilligung in die Abgabe der Verantwortung für die Geburtsplanung. Erst retrospektiv empört sie diese Situation vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsdiskurses in der eigentlich als flexibel-normalisiert ausgewiesenen Geburtshilfe. Es wird deutlich, dass es durchaus möglich ist, dass ein Feld einerseits flexibel-normalistisch geprägt ist, also ein breites Normalitätsspektrum existiert, während *gleichzeitig* protonormalistische Strategien dazu führen,

9 Vgl. zum Beschämen von Frauen in der Geburtshilfe und der strukturellen Dimension von *obstetric violence* auch Bohren et al. 2015 und Guimarães et al. 2018.

dass sich die Subjekte stark an der Mitte dieses breiten Spektrums orientieren: Eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung einzunehmen ist in dieser Klinik und für diese Hebamme eine offenbar ungewöhnliche Forderung, von der sie sich explizit distanziert. Ähnliche Beobachtung zum freien Entscheiden im Natalitätsfeld macht auch Tina Jung (2017a) und plädiert in diesem Kontext dafür, nicht die selbstbestimmte Vorbereitung im Sinne des individuellen leistungsorientierten sich Informierens, sondern die Relevanz der Beziehungsarbeit stärker ins Zentrum der geburtshilflichen Versorgung zu rücken.

Interessant ist im Hinblick auf die in den Interviews beschriebenen Entscheidungssituationen auch, dass alle drei Interviewpartnerinnen unterstreichen, dass ihre Motivation gegen eine vaginale Geburt im Krankenhaus aus dem Bedürfnis resultiere, im vulnerablen Geburtsmoment dem medizinischen Personal nicht ausgeliefert zu sein und so den Kontrollverlust in Bezug auf ihren Körper betreffende Entscheidungen zu vermeiden. Es wird also deutlich, dass eine Erweiterung des Normalitätsraums für die Frauen nicht ausschließlich in Bezug auf die *normalen* Geburtsmodi oder Geburtsbegleitung stattfinden müsste, sondern auch in Bezug auf die passive Rolle, die der Schwangeren unter der Geburt und auch im Rahmen der Geburtsplanung oft zugeordnet ist. In Anjas Fall führt der Vertrauensverlust, der aus verschiedenen als übergriffig beschriebenen Situationen resultiert, schließlich so weit, dass sie sich in der zweiten Schwangerschaft von aller geburtshilflichen Betreuung abwendet und sich für eine Alleingeburt entscheidet.

Sicherheit als Gefühl? Normalisierungen der *sicheren* Geburt in der Auseinandersetzung mit dem privaten Umfeld

Dass Normalisierungen in Bezug auf die Geburt nicht nur in professionellen Beziehungen eine Rolle spielen, wird im folgenden Beispiel von Theresa, die mit Zwillingen schwanger ist und ihre Kinder zu Hause gebären möchte, deutlich. Zunächst bringt ihre Präferenz zur Hausgeburt Herausforderungen mit sich, die mit den Empfehlungen des Risikokatalogs¹⁰ und den Haftpflichtversicherungen der Hausgeburtshebammen zusammenhängen. Im Risikokatalog werden Zwillingsschwangerschaften als Risikoschwangerschaften aufgeführt. Die Begleitung dieser Geburten wird durch die Haftpflichtversicherungen der Hausgeburtshebammen entsprechend nicht mehr getragen. Theresa, die den Wunsch nach einer Hausgeburt als *normal* empfindet und sich nicht vorstellen kann, in einem Krankenhaus zu gebären, weil sie sich dort aufgrund biografischer Vorerfahrungen nicht sicher fühlt, wendet sich nun an ihren Freundeskreis:

»Und ich hab all meinen Freunden auch davon immer erzählt und fand es auch so total normal, dass man ne Hausgeburt haben will. Und ich hab soo krasse Rückmeldungen bekommen [...]: »Boah ey Theresa, du musst an die Kinder denken, und wie//wie krass ist das denn? Das kannst du doch nicht machen,« [...] wie fahrlässig das von mir wäre,

10 Der Risikokatalog ist Teil des Mutterpasses. Dort werden aktuell 52 Risiken (Stand März 2019) u.a. die Mehrlingsschwangerschaft, das Alter (<18 und >35) der Schwangeren sowie besondere soziale oder psychische Belastungen, vorangegangene Fehlgeburten oder Kaiserschnitte aufgelistet.

wenn ich das machen würde. (...) Es war richtig hart. (...) so dass ich irgendwann wusste: Ok. Ich sprech da mit niemandem mehr drüber.« (Interview Theresa)

Es lässt sich beobachten, dass Theresa als Subjekt im Natalitätsfeld normalistische Landschaften entwirft – der Wunsch nach einer Hausgeburt ist für sie »total normal« –, in denen sie sich selbst und andere situiert. Andererseits stößt dieser individuelle Normalitätsentwurf gegenüber der normalisierten Mehrheitsentscheidung für die klinische Geburt auf Widerstand. Auffällig ist, dass dieser Widerstand über ein »sich Distanzieren« im Sinne eines »Ich könnte das nicht« hinausgeht, sondern dass in dieser Situation normativ argumentiert wird. Es ist alltagsdiskursiv *nicht mehr normal*, sich für eine Zwillingshausgeburt zu entscheiden – *man sollte es nicht tun*.

Dieser Deutungskampf um *das Normale* wird dabei mit Bezug auf die im Feld dominierenden Diskurse geführt: So wird unter Rückbezug auf den moralisierenden Pädozentrismusdiskurs (vgl. Kneuper 2004: 262-268) – »Du musst an die Kinder denken« – der Wunsch der Schwangeren nach einer Hausgeburt als egoistisch gerahmt. Dass dieser Vorwurf Theresa hart trifft, ist angesichts der vorherrschenden machtvollen und moralisierenden Mutterschaftsdiskurse (vgl. Colloseus 2018: 88; Rose et al. 2017: 57) wenig verwunderlich. Die von Theresa im Folgenden als »Horrorgeschichten« und »Panikmache« bezeichneten Erzählungen von Geburtskomplikationen sind Teil eines Sicherheitsdiskurses, dessen Maxime die Risikominimierung durch medizinische Versorgung während der Geburt darstellt. Weil innerhalb dieser Normalitätskonstruktion kein Raum bleibt für Theresas abweichendes, subjektives und, wie im Interview deutlich wird, biografisch geprägtes Sicherheitsverständnis, wirken sich die Normalisierungen tabuisierend aus. Sie bricht den Kontakt zu vielen Freund*innen ab und entschließt sich, die weitere Planung der Hausgeburt geheim zu halten. Theresa einigt sich mit ihrer Hebamme darauf, den Hergang so darzustellen, dass sie als Beleghebamme zu spät kam, um die Gebärende ins Krankenhaus zu begleiten. Zwar findet sie für sich eine Rahmung ihrer Geburtsplanung, die sie nicht von ihren Plänen abweichen lässt; die protonormalistischen Strategien des Umfelds erscheinen durch den Rückbezug auf ideologisch aufgeladene Diskurse hier dennoch deutlich wirkmächtiger.

Auch Anja, die nach schlechten Erfahrungen im Wochenbett in der zweiten Schwangerschaft eine Alleingeburt plant, entscheidet sich dagegen, ihre Familie an dieser Entscheidung teilhaben zu lassen: »Ich möchte mich da [...] mit denen einfach nicht auseinandersetzen darüber.« Die klinische Geburt bezeichnet sie im gesamten Interview immer wieder als »das Normale«; gleichzeitig entwirft sie eine Normalitätslandschaft, auf der sie sich selbst am äußersten Rand der Normalität rund um die medikalisierte Geburt situiert. Zur Unterstützung schließt sie sich via Social Media mit anderen Alleingebärenden zusammen, deren Beratung sie sogar unter der Geburt in Anspruch nimmt.

»Machen Sie doch das Natürliche!« Herausforderung der normalisierten natürlichen Geburt

Normalität wird sichtbar, wenn sie herausgefordert wird (vgl. Deremetz/Fuchs 2019). Wie die ersten Beispiele schon andeuten, zeigt sich insbesondere in Momenten des Konflikts, wo die flexiblen Grenzen zwischen dem Innen und Außen, den Rändern und der Mitte in Normalitätslandschaften verlaufen. Im Folgenden zeigt sich, wie aus zwei unterschiedlichen Perspektiven heraus Normalität im Kreißsaal herausgefordert wird und welche prominente Rolle der Natürlichkeitsdiskurs darin spielt.

Luise, die einen sogenannten Wunschkaiserschnitt für die Geburt ihres Kindes geplant hat, findet sich nach einem vorzeitigen Blasensprung in einer anderen Klinik als der geplanten wieder und möchte, dass ihr Kind nun in dieser Klinik per Kaiserschnitt geboren wird. Daraufhin führt sie mit dem Chefarzt der Geburtshilfe ein Gespräch, welches sie als direktiv und manipulativ beschreibt:

»[E]s muss doch irgendwie möglich sein, aufgrund der Vielzahl von Erfahrungen irgendwie verschiedene Wege aufzuzeigen und die auch mit rationalen Begründungen und nicht nur so emotional: »Machen Sie doch ...«. Der Chefarzt hat zu mir gesagt, [...]: »Die Frauen auf dem Spielplatz, die werden Sie nachher sozial ausgrenzen, wenn Sie nen Kaiserschnitt machen.« [...] Ich war erstaunt, dass ich in nem Krankenhaus bin und ich halt [...] mit so komischen emotionalen Argumenten dazu gebracht werden sollte, halt mich gegen den Kaiserschnitt zu entscheiden. Und ich dachte mir so: »Können Frauen nicht im Jahr 2016 eh entscheiden, was sie machen wollen?«, halt so, das wär doch mal ganz nett, so.« (Interview Luise)

Es wird deutlich, dass Luise das freie Handeln und Bestimmen über den eigenen Körper als innerhalb der von ihr wahrgenommen gesellschaftlichen normalen Ordnung sieht. Sie betont an anderer Stelle, dass Frauen in vielen Lebensbereichen selbstbestimmt entscheiden könnten, und distanziert sich aus dieser Normalitätsannahme heraus entsprechend von der emotionalen Argumentationsführung des Arztes. Um ihre Argumentation zu untermauern, verweist sie auf den Zeithorizont und betont »im Jahr 2016«. Diese Abgrenzung lässt die Einflussnahme des Arztes auf die Entscheidungen von schwangeren Frauen vor dem Hintergrund der fortschreitenden weiblichen Emanzipation anachronistisch erscheinen. Gleichzeitig verweist sie neben der zeitlichen Situiertheit des Gesprächs auf den medizinischen Kontext, in dem dies stattfindet: Das Krankenhaus, so die diskursive Rahmung, ist ein Ort des Faktenwissens und der Wissenschaft – emotionale Adressierungen wirken in diesem Kontext deplatziert, *unnormal*.

Durch ihre Entscheidung zum Wunschkaiserschnitt greift Luise das an, was als medizinische Empfehlung gilt, und möchte entgegen der Indikation behandelt werden. Daraufhin fasst Luise die Reaktion des Chefarztes folgendermaßen zusammen:

»(Sie ahmt eine tiefe Stimme nach) »Ja stellen Sie sich vor, Sie sind auf einem David Bowie-Konzert – wollen Sie, eh, Backstage-Karten haben, (...) wolln Sie da V.I.P. sein oder wolln Sie einfach irgendwie in der hinteren Reihe stehn (...)« Und ne vaginale Geburt is halt, man steht vorne, man is dabei, und so. Und ich so: »Ja, aber ich möcht jetzt eigentlich gerne wissen, was sind die medizinischen Risiken, die ich jetzt halt bei ner

Frühgeburt hab, wenn ich nen Kaiserschnitt mache und was sind jetzt die Risiken oder auch Chancen, wenn ich das jetzt halt anders mache, als ich mir das vorgestellt habe?« – (ahmt den Chefarzt wieder nach) »Wenn Sie sich Wanderstiefel kaufen und sowas, ja, würden Sie jetzt einfach nur das beste Modell nehmen oder eins, das individuell, also was, was Sie jetzt dann auch ausprobieren und Schritt für Schritt gucken, ob das gut für Sie is. Vertrauen Sie doch unserm Team, wir leiten Sie Schritt für Schritt durch diesen Prozess und wir gucken einfach, was kommt.« Und es war halt immer dieses: »Machen Sie doch das Natürliche. Gehen Sie mit uns Schritt für Schritt diesen Weg.« Aber es ist für mich halt irgendwie ein komisches Werbegespräch, [...] das warn für mich keine Argumente. [...] Und es wurde aber immer so getan, als ob das jetzt natürlich is, aber ich hatte ja keine Wehen. Die Geburt hätte eingeleitet werden müssen.« (Interview Luise)

Aus Perspektive des Chefarztes, wie Luise sie darstellt, ist der Wunsch nach einer vaginalen Geburt das *Normale*, was durch die Vergleiche mit typischen Handlungsmustern in Alltagssituationen sowie den Verweis auf Natürlichkeit deutlich wird. Die *natürliche* vaginale Geburt konstruiert er als normal, indem er den biographischen Höhepunktcharakter des Moments mit einem Konzert, auf dem man sogar als VIP dabei sein kann, vergleicht.¹¹ Durch diesen emotionalisierenden Vergleich lässt er eine Entscheidung für oder gegen die vaginale Geburt als überflüssig erscheinen und macht seine Bewertung überdeutlich: Die vaginale Geburt ist der bessere, da natürliche Geburtsmodus – selbst wenn die Geburt eingeleitet werden müsste. Auf die Präferenzen der Schwangeren geht er nicht ein. Durch die Vergleiche der Geburt mit einem Konzert oder gar dem Kauf von Wanderstiefeln bagatellisiert er die reale Sorge der werdenden Mutter um ein verändertes Risiko bei Frühgeburt, verweigert eine medizinisch-sachliche Einordnung der Situation und fordert gleichzeitig ihr Vertrauen ein. Er spricht Luise damit ausschließlich als emotional an – eine weitere Rollenerwartung an die schwangere Frau, die sich durchaus in stereotype Genderrollenzuschreibungen einordnen lässt.

Überraschend scheint zunächst, dass der professionelle Widerstand gegenüber der Schwangeren, die sich einen Kaiserschnitt wünscht, so stark ist. Schließlich sind Kaiserschnitte in der ökonomischen Logik des Geburtssystems lukrativer (vgl. Jung 2017a: 34) und unterscheiden sich hinsichtlich der Mortalitäts- oder Morbiditätsrisiken nur in besonderen Fällen von denen vaginaler Geburten.¹² Im Material gibt es keine Hinweise darauf, woraus sich die emotionalisierende Argumentation des Chefarztes motiviert. Es scheint plausibel, dass das Ideal der *natürlichen* Geburt und die darin verankerten Rollenzuschreibungen hier eine Rolle spielen. Dieser Bezug auf den ideologisch geführten Natürlichkeitsdiskurs ist gerade im Natalitätsfeld als besonders machtvoll einzuordnen (vgl. Kneuper 2004; Rose et al. 2017).

Die Bezugnahme auf den Natürlichkeitsdiskurs durch den Chefarzt – »Machen Sie doch das Natürliche« – mit dem Zweck, die Gebärende von der vaginalen Geburt zu überzeugen, kann durchaus herausgefordert werden. Die Wirkmächtigkeit des Diskurses gerät genau dann an seine Grenzen, wenn er auf den anderen zentralen Diskurs

11 Zu Projekthaftigkeit und Eventcharakter von Geburt siehe auch Rose/Schmied-Knittel (2011).

12 Eine Analyse der Mortalitäts- und Morbiditätsrisiken ermöglichen bspw. die Auswertungen, die Bestandteil der S3 Richtlinie (DGGG et al. 2020) sind.

des Natalitätsfelds – den Risikodiskurs – trifft (vgl. Rose/Schmied-Knittel 2011). Das geschieht in dem Moment, in dem die Geburt zur pathologischen erklärt wird: eine Umdeutung, die von Luise recht unkompliziert vollzogen werden kann und ihr entscheidende Handlungsmacht zurückverleiht. So beschreibt sie sich am Ende des konfliktiven Gesprächs mit dem Chefarzt als psychisch zu labil für die vaginale Geburt und gibt an, sicher eine Panikattacke zu erleiden. Diese Strategie wurde ihr von einer befreundeten Mutter empfohlen, die auf gleichem Weg ihren Wunsch nach einem Kaiserschnitt durchsetzen konnte. Auch in Luises Fall wird ihr Kind im Anschluss an das Gespräch letztendlich doch per Kaiserschnitt geboren; in ihren Entlassungspapieren wird die psychische Labilität vermerkt. Hier zeigt sich die komplexe Wirkmächtigkeit des Risikodiskurses: Je nachdem, in welcher Situation entweder das geburtshilfliche Personal oder die Schwangere auf normative medizinische Referenzpunkte verweisen, gewinnen die Akteur*innen an Handlungsmacht.

Selbstbestimmung als Herausforderung der normalisierten Geburtshilfe? Ein Fazit

Das Situieren der einzelnen Subjekte, die im Natalitätsfeld agieren, geschieht im Material in Bezug auf die zentralen Dispositive, die das Natalitätsfeld prägen: Sicherheit, Natürlichkeit, Selbstbestimmung. Je nachdem, in welcher Relation und in welchem Dialog einzelne Akteur*innen zueinanderstehen, dienen diese Situierungen als Orientierungsrahmen, die durchaus Flexibilität und Ambivalenz aufweisen. Die zentralen Dispositive können dabei, wenngleich sie oft friedlich koexistieren, auch aufeinanderprallen, wie Luises Geschichte zeigt: Eine Frau, die den normalisierten Wunsch nach der *natürlichen* Geburt nicht teilt, sondern selbstbewusst und auf Basis eigener Sicherheitsvorstellungen über ihren Geburtsmodus selbst bestimmen möchte, stößt im gezeigten Beispiel an die Grenzen der flexibel-normalistischen geburtshilflichen Normalität.

Die Interviewten fordern – und zwar *unabhängig* davon, welchen Geburtsmodus sie bevorzugen – das, was unter *normaler Geburt* im Alltagsdiskurs verstanden wird, heraus. Sie treten der Geburtshilfe als Menschen mit Geschichte, mit biografisch geprägten Vorstellungen davon, was *sicher* und *selbstbestimmt gebären* bedeutet, und entsprechend auch als Klientinnen mit klaren Ansprüchen, gegenüber. Hierin liegt jedoch eine Ambivalenz: Trotz des kollektiv-befreienden Impetus, der durch diese Haltung kommuniziert wird, wird der Anspruch auf eine Dienstleistung nach individuellen Vorstellungen in den letzten Jahren durchaus auch kritisch als neoliberale Dynamik diskutiert (vgl. Jung 2017a; Tegethoff 2011; Villa et al. 2011).

Dieser Beitrag reiht sich ein und ergänzt: Auch mit Blick auf die Ränder der Normalität von Geburt wird deutlich, dass die Normalitätsachsen sich viel weniger um die eigentlichen Geburtsmodi drehen, sondern um die Machtverhältnisse und die selbstbestimmte oder aktive Rolle, die Frauen in der Planung ihrer Geburten (nicht) einnehmen.

Wenngleich die Interviewten durch aufwändige Recherche und die Unterstützung Verbündeter Wege gefunden haben, im gewünschten Modus oder am gewünschten Ort zu gebären, wird der Normalitätsraum in der Geburtshilfe als starr und »beharrlich« beschrieben und Luise ordnet erneut in den historischen Kontext ein:

»[...] [I]m Rahmen der #metoo-Debatte entsteht so ein Klima, wo man das [Anm. gemeint ist Schwangerschaftsabbruch] auch mal sagen kann. Und ich frag mich halt irgendwie, ob's in der Geburtssituation auch nochmal sowas geben muss. [...] Auch da hab ich eine Entscheidung so und [...] ich möchte auch *darüber* reden können.« (Interview Luise)

Ein #metoo der Geburtshilfe wäre unter Umständen als *diskursives Ereignis*, wie von Jäger und Jäger (2007) beschrieben, in der Lage, die Normalitätsgrenzen gesamtgesellschaftlich zu verschieben, und hätte Potential, das Natalitätsfeld weiter von protonormalistischen Tendenzen zu befreien. In Deutschland wird seit 2015 vermehrt aus sozialen Bewegungen¹³ heraus, journalistisch und wissenschaftlich auf Missstände in der Geburtshilfe aufmerksam gemacht und insbesondere über Gewalt in der Geburtshilfe berichtet (vgl. u. a. Grieschat 2019; Leinweber et al. 2021). Über die Gründe, warum ein #metoo der Geburtshilfe in Deutschland ausblieb, während in anderen Ländern wie z. B. Venezuela seit Jahren soziale Bewegungen die *selbstbestimmte Geburt* erfolgreich propagieren und die Rechte der Gebärenden auch gesetzmäßig festgeschrieben werden, muss dringend weiter nachgedacht werden.

Literatur

- Achtelik, Kirsten (2015): *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung*, Berlin: Verbrecher.
- Baumgärtner, Barbara (2013): »Die Sectiopräferenz von Erstgebärenden: Ausdruck autonomen Nutzungshandeln?«, in: Katja Makowsky/Beate Schücking (Hg.), *Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, Weinheim: Beltz Juventa, S. 81-103.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2002): »Zwischen ›natürlicher Geburt‹ und ›Wunschsectio‹ – Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe«, in: *Ethik in der Medizin* 14 (3), S. 186-200.
- Boerma, Ties/Ronsmans, Carine/Melesse, Dessalegn Y./Barros, Aluisio J. D./Barros, Fernando C./Juan, Liang et al. (2018): »Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections«, in: *The Lancet* 392 (10155), S. 1341-1348.
- Bohren, Meghan A./Vogel, Joshua P./Hunter, Erin C./Lutsiv, Olha/Makh, Suprita K./Souza, João Paulo et al. (2015): »The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally. A Mixed-Methods Systematic Review«, in: *PLoS Medicine* 12 (6), e1001847.
- Colloseus, Cecilia (2018): *Gebären – Erzählen: Die Geburt als leibkörperliche Grenzerfahrung*, Frankfurt a.M.: Campus.

13 An dieser Stelle soll beispielweise auf die Elterninitiative *Motherhood e.V.* verwiesen werden, die im Anschluss an die Hebammenstreiks der 2000er Jahre gegründet wurde und sich für eine politische Reform der Versorgung Schwangerer, Gebärender und Wöchnerinnen einsetzt. Auch die *Roses Revolution Bewegung*, die international dazu aufruft, am 25. November, dem Tag gegen Gewalt in der Geburtshilfe, Rosen vor Orten abzulegen, an denen Gebärende oder Schwangere Gewalterfahrungen gemacht haben, ist in Deutschland vor allem via Social Media sehr aktiv.

- Dahlen, Hannah G./Kumar-Hazard, Bashi/Schmied, Virginia (2020): *Birthing outside the system: The canary in the coal mine*, New York/London: Routledge.
- Deremetz, Anne/Fuchs, Michael (2019): »Die diskursive Konstruktion von Normalitätsgrenzen. Grenzverhandlungen im Bereich Sexualität«, in: Nicole Burzan (Hg.), *Komplexe Dynamiken globaler und lokaler Entwicklungen. Verhandlungen des 39. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Göttingen 2018*, verfügbar unter https://publikationen.sozioogie.de/index.php/kongressband_2018 (letzter Zugriff: 05.09.2021), S. 1-6.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)/Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) (2020): »S3 Leitlinie: Vaginale Geburt am Termin«, verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (letzter Zugriff: 23.05.2021).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)/Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)/Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie/Geburtshilfe (SGGG) (2020): »S3 Leitlinie: Sectio Caesarea«, verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (letzter Zugriff: 23.05.2021).
- Deutsche Hebammenzeitschrift (2017): »Gebären ohne Hebamme – Traum oder Alptraum?«, *Deutsche Hebammenzeitschrift* 69 (9).
- Feeley, Claire/Thomson, Gill (2016): »Tensions and conflicts in ›choice‹. Womens' experiences of freebirthing in the UK«, in: *Midwifery* 41, S. 16-21.
- Foucault, Michel (1978): *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*, Berlin: Merve.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2010): *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*, Bern: Huber.
- Grieschat, Mascha (2019): »Oder wollen Sie, dass ihr Kind stirbt?«, in: *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine soziale Medizin* 2019 (3), S. 17-19.
- Guimarães, Liana Barcelar Evangelista/Jonas, Eline/Amaral, Leila Rute Oliveria Gurgel do (2018): »Obstetric Violence in Public Maternity Wards of the State of Tocantins«, in: *Revista Estudos Feministas* 26 (1), S. 1-11.
- Jäger, Margarete/Jäger, Siegfried (2007): *Deutungskämpfe. Theorie und Praxis Kritischer Diskursanalyse*, Wiesbaden: Springer.
- Jenkinson, Bec/Kruske, Sue/Kildea, Sue (2017): »The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care. A feminist thematic analysis«, in: *Midwifery* 52, S. 1-10.
- Jung, Tina (2017a): »Die ›gute Geburt‹ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems«, in: *Gender* 9 (2), S. 30-45.
- Jung, Tina (2017b): »Maternity Care: Ein ›heißes‹ Thema der Politik – kein Thema der (feministischen) Politikwissenschaft? Konzeptionelle Überlegungen zu einem vernachlässigten Politikfeld«, in: *Femina Politica* 26 (2), S. 33-46.
- Kneuper, Elsbeth (2004): *Mutterwerden in Deutschland*, Münster: LIT.
- Leinweber, Julia/Jung, Tina/Hartmann, Katharina/Limmer, Claudia (2021): »Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit«, in: *Public Health Forum* 29 (2), S. 97-100.

- Link, Jürgen (2013): Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird, 5. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rörig, Alina (2019): Regie führen, statt mitspielen? Weibliches Empowerment in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Unveröffentlichte Masterarbeit, Philipps-Universität Marburg.
- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina (2011): »Magie und Technik. Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis«, in: Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven, Frankfurt a.M.: Campus, S. 75-100.
- Rose, Lotte/Seehaus, Rhea/Tolasch, Eva (2017): »Stillen als mütterliche Aufgabe. Ethnografische Einblicke in die Praxis der Stillberatung auf einer Geburtshilfestation«, in: Gender 9 (2), S. 46-61.
- Schröder, Sabrina/Wrana, Daniel (2015): »Normalisierung – eine Einleitung«, in: Patrick Bühler/Edgar Forster/Sascha Neumann/Sabrina Schröder/Daniel Wrana (Hg), Normalisierungen, Halle-Wittenberg: Martin-Luther-Universität, S. 9-34.
- Tegethoff, Dorothea (2011): »Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe«, in: Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven, Frankfurt a.M.: Campus, S. 101-128.
- Tömmel, Tatjana Noemi (2021): »Selbstbestimmte Geburt. Autonomie sub partu als Rechtsanspruch, Fähigkeit und Ideal«, in: Olivia Mitscherlich-Schönherr/Reiner Anselm (Hg.), Gelingende Geburt, Berlin: DeGruyter, S. 73-94.
- Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (2011): »Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung«, in: Ebd. (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven, Frankfurt a.M.: Campus, S. 7-21.
- Witzel, Andreas/Reiter, Herwig (2012): The Problem-Centred Interview: Principles and Practice, London: SAGE.