

Leibliche Resonanz im Geburtsgeschehen

SABINE DÖRPINGHAUS

HINFÜHRUNG: LEIBLICHKEIT UND MEDIZIN

In der Geburtsmedizin scheint das subjektive Erleben der Frau im Gegensatz zu einer Auffassung ihres ‚vermessbaren‘ Körpers häufig nicht auf. Dieser offensichtlichen Verdinglichung begegnet das Gesundheitssystem mit weichen Maßnahmen, wie der informierten Entscheidung, die den Frauen Selbstbestimmung suggeriert.¹ Abstriche vom Ideal der Selbstbestimmung werden in der Geburtsmedizin selten thematisiert. Dabei ist die „unbedingte Selbstbestimmung“ in existenziell bedeutsamen Situationen wie einer Geburt brüchig und widersprüchlich. Das Bild der „selbstbestimmten Frau“ unter der Geburt ist differenzierter zu betrachten. Was bedeutet es für Frauen, wenn Seinsbedingungen im Geburtsgeschehen wie Angewiesenheit, Verletzlichkeit oder Widerfahrnisse in einem System, welches mittlerweile von vielen Begehrlichkeiten beeinflusst wird, nicht mehr aufscheinen, ihnen nur noch mit Technik begegnet wird und die Frauen einen rein mechanistischen Zugriff auf ihren Körperleib erleben? Wie kann die Frau in ihrer leiblich-spürenden Weise in ein analytisch-zergliederndes Gesundheitssystem integriert werden? Widersprüchliches wurde vom Feminismus schon immer in den Blick genommen. Mit der Leibtheorie kann ein interdisziplinärer und institutioneller Dialog in dieser für Frauen verletzlichen Situation angestrebt werden. Folgt man Judith Butler, ist diese Verletzlichkeit nichts Defizitäres, sondern aus ihr lässt sich die Kraft für Widerstand in einer gesundheitspolitischen Wirklichkeit neu entfalten.²

1 Vgl. Samerski, Silja: *Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt*, Darmstadt 2010.

2 Butler, Judith: Verletzlichkeit und Widerstand neu denken. Zweite Vorlesung im Rahmen der Albertus-Magnus-Professur an der Universität zu Köln am 22.06.2016.

Im geburtshilflichen Kontext der vorliegenden Untersuchung bedeutet die Auseinandersetzung mit dem Leib, das *Andere der Vernunft*³ in den Blick zu nehmen, aber nicht, die Ratio zu ignorieren. Auch wenn Leiblichkeit in einer leibvergessenen Gesellschaft unzeitgemäß wirken mag: Das Nichtpropositionale, das leibliche Einlassen und Verstehen sowie die Akzeptanz von Ungewissheit und Unbestimmtheiten sind aus hebammenkundlicher und professionstheoretischer Sicht den naturwissenschaftlich-technischen Kategorien ebenbürtig. Auch wenn in der Medizin häufig ausschließlich dem Körper Aufmerksamkeit zukommt, kann das Gegenständliche und Sichtbare nicht als die einzige Logik gesetzt werden. Diese Kontroverse eröffnet das Spannungsfeld, in dem ich mich für die hier vorliegende Untersuchung bewege: Welche Rolle kommt dem Leib im geburtshilflichen Kontext zu? Welche Rolle spielt die leibliche Unruhe der Hebamme? Diese geburtshilfliche Fragestellung wird im Folgenden mit philosophischer Orientierung betrachtet und mithilfe von leibphänomenologischen Interviews empirisch untersucht. Dabei liegen der Empirie andere Annahmen als die im traditionellen Wissenschaftssystem üblichen, wie etwa die des Kritischen Rationalismus, zugrunde. Ich verorte mich in einer Hebammenkunde als Wissenschaft der lebendigen Subjektivität und der Unbestimmtheiten, deren Name erst noch gefunden werden müsste.⁴ Sie greift die Kritik an einer naturwissenschaftlich-technischen Geburtsmedizin auf, verhält sich jedoch kritisch zu einer psychologistisch-sozialwissenschaftlichen Orientierung, deren rationalistische und leibvergessene Herangehensweise und Distanzierung von praktischen und philosophischen Fragen mit verantwortlich ist für die Abspaltung und Abdunkelung des hebammenkundlichen Könnens: In leibtheoretischer Sicht wird deutlich, dass die Eindeutigkeit in der Beziehung zum Anderen weder herstellbar noch gewollt ist.

Im Zusammenhang mit der beklagenswert hohen Kaiserschnitttrate⁵ taucht eine Maßnahme zu deren Reduzierung immer wieder auf: die Stabilisierung der Rolle der Hebamme.⁶ Was aber macht eine Hebamme? Macht sie überhaupt etwas?

3 Böhme, Gernot/Böhme, Hartmut: *Das Andere der Vernunft*, Frankfurt a.M. 1985.

4 Siehe hierzu weiter Dörpinghaus, Sabine/Schröter, Beate: Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen?, in: *Die Hebamme* 4 (2005), S. 206-210.

5 Die Kaiserschnittquote lag in Deutschland im Jahr 2014 bei 31,8 %. Vgl. Statistisches Bundesamt auf: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_338_231.html vom 27.06.2016. Die regionalen Unterschiede schwanken je nach Bundesland enorm (zwischen 40,2% [Saarland] und 24,2% [Sachsen]).

6 Vgl. Kolip, Petra/Nolting, Hans-Dieter/Zich, Karsten: *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*, hrsg. v. der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2012, S. 8.

Zur Beantwortung der Frage ist es bedeutsam, den Gegenstand „geburtshilfliche Tätigkeit“ in den Blick zu nehmen. Er ist nicht von unbelebter Materie, sondern von der individuellen Person bestimmt, und der Tätigkeitsmodus besteht nicht in der Herstellung eines Werkstücks, sondern in der begleitenden und betreuenden Beziehungsgestaltung einer existenziell bedeutsamen Situation.⁷ Mit diesem Hintergrund geht es für die Hebamme nicht nur um aktives Tun, sondern es steht etwas anderes, schwer Vermittelbares im Fokus.

In der Literatur finden sich unterschiedliche Bezeichnungen für das Können einer Hebamme: Barbara Duden spricht in diesem Zusammenhang von der *gekonnten Nicht-Intervention*.⁸ Ebenfalls aus historischer Perspektive bezeichnet Loytved das Charakteristische als die *Tugend des Wartenkönnens*.⁹ Dörpinghaus/Schröter identifizieren das Begleiten (in Abgrenzung zur Betreuung) als die spezifische Domäne einer Hebamme.¹⁰ Die Begleitung unterscheidet sich von der Betreuung derart, dass in ihr der komplexe physiologische Vorgang von der Hebamme zugelassen, ausgehalten und einführend verstanden wird. Die Prozessbegleitung ist dabei auf Seiten der Hebamme deutlich weniger von Handlungsentscheidungen geprägt als beispielsweise in der akuten Notfallmedizin. Die Durchführung von Maßnahmen wird durch den Begriff der Betreuung gefasst. Die bezeichnete Doppeltätigkeit der Hebamme kennzeichnet so einerseits die passiv-aushaltende und andererseits die aktive Seite der Hebammenkunde. Die Seite des Handelns wird üblicherweise der Medizin zugewiesen. Wie aber kann die Seite des Passiven und des Aushaltens im theoretischen Bezugsrahmen berücksichtigt werden? Und inwiefern könnte diese andere Art des Tätigwerdens die Sectioquote senken? Um diesen Sachverhalt zu verstehen, wird nachfolgend zum einen die Entwicklung im Gesundheitssystem hin zu einem naturwissenschaftlichen Denkstil, der andere Perspektiven zunehmend ausschließt, in den Blick genommen, um sich in einem weiteren Schritt davon kritisch zu distanzie-

7 Vgl. Dörpinghaus, Sabine: *Was Hebammen erspüren*, Frankfurt a.M. 2010; dies.: *Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe*, Freiburg/München 2013.

8 Duden, Barbara: *Gekonnte Nicht-Intervention oder präventives Risikomanagement?* Vortrag auf der Tagung des Kölner Kreises für humane Geburtskultur mit dem Titel »Geburtskultur im Aufbruch«. Interdisziplinäre Fachtagung vom 26.3.2011 an der Universität zu Köln.

9 Loytved, Christine: *Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive*, in: *Die Hebamme* 17 (2004), S. 18-21.

10 Vgl. Dörpinghaus/Schröter: *Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen?*, S. 209f.

ren und die leibliche Seinsweise als Ermöglichung, Bedingung und Begrenzung eines Verstehensprozesses im geburtshilflichen Kontext zu erkennen.

Der gewachsene Einfluss der Naturwissenschaften – im vorliegenden Kontext insbesondere der Medizin – auf die Selbstdeutung des Menschen stößt im Bereich der Geburtshilfe und Hebammenkunde an Grenzen. Gebärende befinden sich unter der Geburt in einer existenziell bedeutsamen Situation. Diese Perspektive gerät zugunsten einer analytisch-zergliedernden Betrachtungsweise im Gesundheitssystem häufig aus dem Blick. Die medizinische Reduzierung der Frau auf Muttermundweite oder Herztöne macht auf einen hohen Grad an Zergliederung aufmerksam; die Funktionalität solcher Zugangsweisen liegt in ihrer Fähigkeit zur Vereinfachung. Wird dann die Geburt noch mit dem häufig auf Fachtagungen werbewirksam genutzten Slogan von Sicherheit und Geborgenheit in Verbindung gebracht, kommt es dazu, dass routinemäßige Interventionen – die wegen ihrer bekannten Nebenwirkungen nur unter seltenen Umständen vertretbar erscheinen – heute üblicherweise bei jeder Schwangeren angewendet werden. Dabei ist weder das Wesen der Sicherheit noch der Geborgenheit erfasst, und darüber hinaus sind sie prinzipiell auch nicht herstellbar. In der Sorge um die sicherheitsspendende Norm kommt es nicht zuletzt durch die Sedimentierung des cartesianischen Dualismus im alltagsweltlichen und medizinischen Denken und Handeln erstaunlicherweise zur Missachtung des lebendigen Menschseins selbst. Dies meint: Das Verhältnis von Körper und Leib ist nicht mehr selbstverständlich, vielmehr wird die Schwangere oder Gebärende als (hoffentlich reibungslos) funktionierendes Organsystem betrachtet und die Hebamme im schlechtesten Fall als Geburtsmechanikerin.

In der jungen *wissenschaftlichen* Disziplin Hebammenkunde scheint zurzeit die einhellige Position und Parole zu gelten, eilig klinische Ergebnisse produzieren zu müssen (vielleicht um eine schnelle und reibungslose Anerkennung im Fächerkanon der Disziplinen zu erreichen). Dabei greift der naturwissenschaftlich-technische Zugang gerade für das oben beschriebene Originäre im Bereich der Hebammenkunde nicht: die unabdingbare und unhintergehbare Begegnung mit der Frau.

Eine leibphänomenologische Betrachtung dieser Beziehungstätigkeit grenzt sich von der vorherrschenden geburtsmedizinischen Betrachtung ab und überwindet zugleich die traditionelle Einschränkung auf das Abbildbare, Gegenständliche und Vermessbare. Sie weist eindringlich darauf hin, dass ein wesentlicher Teil des Geburtsgeschehens missverstanden wird, wenn man bloß die gewonnenen medizinischen Parameter deutet. Die Neue Phänomenologie wird der häufig ausgeblendeten Dimension der subjektiven Tatsachen des affektiven Betroffenseins gerecht, indem sie nach Weisen zu fragen erlaubt, wie Hebammen

oder Frauen den Prozess der Geburt erleben oder ihre leibliche Disposition beeinflusst wird.¹¹ Gerade das, was in einer naturwissenschaftlich-technischen Perspektive als bloß subjektiv abgewertet wird, erlangt Bedeutung: das Erleben, das nicht gemessen werden kann. Mit der Rehabilitation des vormals bloß Subjektiven rückt in den Fokus, was uns Menschen – nicht zuletzt in existenziell bedeutsamen Situationen wie einer Geburt – wirklich betrifft.

Auf diesem Hintergrund erscheinen viele quantitative Forschungsüberlegungen in der Analyse oberflächlich und in den Ergebnissen zum Teil banal, da Leiblichkeit nicht als eigenständiges Gegenstandsgebiet aufscheint. Zentrale Tatsächlichkeiten, wie die Bedeutung von Widerfahrnissen oder Ausdrucksphänomenen, die in der Geburtsbegleitung elementar sind, finden keinen Eingang in die Forschungsperspektive. Diese Kritik soll folgend näher ausgeführt werden.

DIE BEDEUTUNG DER LEBENSWIRKLICHKEIT

Das Bedeutsame an der leibphänomenologischen Sicht ist, dass sie die erfahrene Lebenswirklichkeit in den Blick nimmt, was in einem medizinisch-technisch-naturwissenschaftlich orientierten Gesundheitssystem eine Bereicherung darstellt. Anders als im positivistischen Zugang erhebt sie darüber hinaus gegen die in Forschung, Lehre und Praxis verfolgte subjektlose Erkenntnis erfolgreich Einspruch und nimmt auch das sprachlich schwer zu fassende in den Blick. Damit findet die in Beziehungsberufen wesentliche Tatsache Beachtung, dass ein Sachverhalt mich betreffen, ich mich diesem nicht entziehen kann und sich darüber hinaus dieses Phänomen selbst oft schwer sprachlich artikulieren lässt.

Mit dem vorliegenden Beitrag wird ins Zentrum gerückt, dass es sich im geburtshilflichen Bereich lohnt, diese Empfindungen zu beschreiben, denn sie halten eine epistemische Dimension bereit, auch wenn Begriffe dafür (noch) nicht ohne Weiteres zur Verfügung stehen.

Die unverhältnismäßig hohe Kaiserschnittquote kann als Stachel verstanden werden, der auf eine Fehlentwicklung unserer rationalistischen Gesellschaft verweist. Die derzeitige hohe Quote wird als multifaktorielles Geschehen (von medizinischen, organisatorischen, finanziellen, haftungsrechtlichen Gründen usf.) erkannt.¹² Aus einer leibphänomenologischen Perspektive betrachtet, schei-

11 Sie ermöglicht damit, das in der Medizin favorisierte Objektivitätspostulat um das, was die Gebärende oder die begleitende Hebamme betrifft, zu erweitern; siehe hierzu Schmitz, Hermann: *Der Leib*, Berlin/Boston 2011, S. 2-4; 89ff.

12 Siehe unter anderem Kolip/Nolting/Zich: *Faktencheck Gesundheit*.

nen die Frauen bzw. Paare darüber hinaus auch von sich aus oft ein Betroffenwerden (von beispielsweise einem unvorhersehbaren Geburtszeitpunkt) vermeiden zu wollen.¹³ Offenkundig zeigt sich hier ein Trend, möglichst viel zu kontrollieren und sich damit der Seinsbedingungen auch in diesem Lebensabschnitt zu bemächtigen. Die Diskussionen darum, ob das gewählte geburtsmedizinische Vorgehen vernünftig, unvernünftig oder ethisch vertretbar erscheint, treffen aus meiner Perspektive nicht den Kern. Es geht mir nicht darum, Technik per se als Problem zu etikettieren – hingegen muss die Frage erlaubt sein, ob sich die Betroffenen von allem, was möglich ist, dominieren lassen müssen.

Nehmen wir zur Verdeutlichung die Entwicklung hin zur *Kaisergeburt*, der neueste Trend bei der Kaiserschnittentbindung: Eltern können bei der OP zuschauen, wie der Arzt/ die Ärztin das Neugeborene aus dem Bauch hebt. In einer Zeitepoche des mechanistischen Denkens, der Maximierungslogik und der Selbstoptimierung fällt der Trend zur Kaisergeburt nicht aus dem Rahmen, er wird vielmehr als *individualisierte Geburt* verklärt.¹⁴ Dabei kann die hohe Sectioquote als ein gesellschaftliches Alarmsignal verstanden werden. Es dürfte schwer sein, diese geburtsmedizinische Entwicklung pauschal abzulehnen und dies liegt auch nicht in meinem Interesse. Allerdings gebe ich zu bedenken: Hebammen und Mediziner sind mittlerweile zu einem rein technischen Verständnis des Geburtsgeschehens und einer dem entsprechenden Praxis sozialisiert, sodass sie die Einseitigkeit ihres aktionistischen Zugangs nicht mehr erkennen können. Hier fehlt häufig, was Maio als „heilsame Begegnung“¹⁵ fasst: das Seinlassen, Aushalten, das *high-touch* anstatt *high-tech*. Dies ist auch, was den werdenden Hebammen vermittelt werden muss. Eine Fokussierung auf die reine Technik, wie sie bei der Kaisergeburt geschieht, ist eine Simplifizierung des Problems. Technik kann eine Lösung sein – aber noch öfter ist sie im geburtshilflichen Bereich keine Hilfe. Da es nicht egal ist, wie wir auf diese Welt kommen, wäre eine Einbettung solcher Eingriffe in den Begleitungsvorgang und nicht die der Begleitung in die technischen Eingriffe sinnvoll.

13 Diese Entwicklung ist auch in anderen Ländern beobachtbar: In China ist die „Ausrichtung“ für eine Geburt anhand eines entsprechend favorisierten Horoskops nichts Ungewöhnliches; in Brasilien entscheiden sich viele Frauen aus Sorge vor einer Unterversorgung bei der Geburt und nicht zuletzt, weil bei einer Schnittentbindung zugleich eine Sterilisation möglich ist, zu einer Sectio.

14 Siehe hierzu die Ausführungen von Henrich von der Berliner Charité auf: http://www.t-online.de/eltern/schwangerschaft/id_62676820/kaisergeburt-statt-kaiserschnitt-an-der-charite-in-berlin-.html vom 07.05.2016.

15 Maio, Giovanni: Die heilsame Kraft der Begegnung, in: *Salzburger Nachrichten* vom 05.02.2013, S. 11.

Der Geburtsvorgang zeigt, dass sich unsere „betroffene Selbstgegebenheit“¹⁶ nicht abstreifen lässt. Folgt man den Ausführungen von Maio, legen wir heute ein Verständnis von Freiheit zugrunde, welches einseitig auf Multioptionalität und Machbarkeit abzielt. Auch die Medizin hat sich in einen Machbarkeitssoz hineinmanövriert.¹⁷ Zwar existiert eine mit naturwissenschaftlichen Mitteln darstellbare und durchaus nützliche Rationalität, jedoch erfordert eine Geburt kein mathematisches Operieren, sondern vielmehr einen lebendigen und damit leiborientierten Zugang.

Dieser leiborientierte Zugang zeigt sich für die Hebamme beispielsweise im Zusammenhang mit dem *Schwangersein* der Frau: Greift man hier erneut die Kaiserschnittentwicklung auf, geben Studien¹⁸ darüber Aufschluss, dass die meisten Schwangerschaften von Angst und Sorge begleitet sind und viele Frauen sich aus Sorge vor einem Autonomieverlust einen Kaiserschnitt wünschen. Eine leiborientierte Perspektive würde jetzt den Fokus auf diese Frau, die betroffen ist, richten. Ein individualisierter Zugang würde bedeuten, sich für ihre Sorge zu interessieren. Viele Frauen versuchen im Schwangersein verzweifelt, die fragile Situation der Geburt und mögliche Widerfahrnisse zu antizipieren. Diese Momente der geistigen Vorwegnahme und des Angewiesenseins sind in einem Beratungsgespräch nichts Ungewöhnliches – mit Technik sind sie nicht zu bekämpfen. Die Angst vor Autonomieverlust oder Entwertung könnte durch Fürsorge, Zuwendung und die Begleitung einer Hebamme mit Zeit gelindert werden.

MERKMALE EINER GEBURT

Damit sich die Bedeutung der Neuen Phänomenologie und deren theoretische Fundierung für den Bereich der Geburtshilfe erschließt, ist es hilfreich, die spezifischen Merkmale einer Geburt näher zu betrachten: das *Erfordernis der leiblichen Seinsweise*, die *Unmöglichkeit einer Standardisierung im Geburtsgeschehen* sowie das *Auftreten von Unbestimmtheiten*. Die naturwissenschaftlich-

16 Böhme, Gernot: *Ethik leiblicher Existenz*, Frankfurt a.M. 2008, S. 144.

17 Vgl. Maio, Giovanni: Medizin in einer Gesellschaft, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 57 (2011), S. 79-84.

18 Vgl. Baumgärtner, Barbara: Der Kaiserschnitt als ideale Geburt – Eine qualitative Studie mit Erstgebärenden, die sich als Geburtsmodus für einen Kaiserschnitt entschieden haben, in: W. Jonat/N. Maas/A. Strauss (Hg.), 57. *Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (= Berichtsband 2008), München 2008.

medizinische Sozialisation stellt für diese Sachverhalte keinen Erklärungsansatz zur Verfügung. In der Praxis operiert die Geburtsmedizin im Rahmen von modellhaften Konstruktionen symptomorientiert und die Phänomenalität, so wie sie durch den Leib gegeben ist, kann somit nicht abgebildet werden.

Da ist zum einem die besondere Situation der Gebärenden unter der Geburt, die existenziell bedeutsam ist. Wer schon einmal eine Geburt miterleben durfte, wird von der personalen Unverfügbarkeit und Brüchigkeit, die für die Gebärende nicht zuletzt in der Selbsttätigkeit ihres Leibes aufscheint, berührt worden sein. Gerade diese Selbsttätigkeit kann als Konstante für das geburtshilfliche Geschehen erkannt werden, denn eine Geburt ist nicht *vernünftig* zu gestalten. So kann beispielsweise eine Gebärende die Eröffnung ihres Muttermundes nicht steuern, vielmehr hängt dieser Prozess von komplexen Faktoren ab. Der gestalterische Spielraum der Gebärenden ist damit beschränkt, denn sie kann sich der Seinsbedingungen unter der Geburt nicht bemächtigen, sondern nur versuchen, diese anzunehmen. Das leiblich spürende Dasein ist für das Geschehen unabdingbar. In diesem Kontext richtet sich die Fokussierung der Hebammentätigkeit daher in erster Linie auf die leibliche Seinsweise der Frau und nimmt ihre pathische Existenzweise vor jeglichem Aktionismus in den Blick, woraus sich dann folgend Handlungs- und Deutungsmuster erst ergeben. Dies ist für den oben skizzierten Begleitungsvorgang einer Hebamme wesentlich, da das Spüren sich dem direkten Zugriff entzieht. Die Beachtung der leiblichen Seinsweise heißt nicht, alles danach auszurichten, sondern sie anzunehmen, ihr mit Aufmerksamkeit zu begegnen und sie zur Geltung kommen zu lassen.

Die Beziehungsarbeit unter der Geburt ist davon geprägt, dass es keine eindeutig artikulierbaren Handlungsstandards gibt. Meine These geht davon aus, dass die Flexibilität einer Expertise im geburtshilflichen Kontext nicht angemessen in Regeln zu fassen ist und daher auch nicht vollständig expliziert werden kann.¹⁹ Das hebammenkundliche Können erweist sich in der Begleitung als zu kontextintensiv, einzelfallbezogen und leibbasiert, als dass seine Flexibilität sich in Algorithmen fassen ließe.²⁰ Für die Geburtshilfe gilt, dass die Leiblichkeit sich mit der subjektiven Tatsächlichkeit und dem Bemühen, zu den subjektiven Tatsachen des affektiven Betroffenseins²¹ der Frau vorzudringen, nicht normieren lässt.

19 Vgl. Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 150f.

20 Vgl. Neuweg, Georg Hans: *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehrerlerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*, 3. Auflage, Münster u.a. 2004, S. 17f.

21 Schmitz: *Der Leib*, S. 2-4; 89ff.

Auch wenn im Gesundheitssystem seit einigen Jahren Qualitätsmanagement vorgeschrieben ist, würde ein Blick in andere Disziplinen ergeben, dass es aus einer soziologischen Perspektive nichts Ungewöhnliches ist, wenn gerade für Tätigkeiten im professionellen Kontext diese handlungslogische Notwendigkeit (Oevermann) oder die Nichtformalisierbarkeitshypothese (Neuweg) diskutiert wird.²² Da die Ausbildung bzw. das Studium zur Hebamme stark naturwissenschaftlich geprägt ist und eine Emanzipation von den alten medizinischen Lehrmeistern nicht wirklich stattgefunden hat, verwundert es auch nicht, dass die relevante Unterscheidung zwischen Wissen und Können in der geburtshilflichen Praxis nicht angekommen ist. Im Gesundheitssystem normiert das Qualitätsmanagement nicht zuletzt die Dokumentationsformen. In der Geburtshilfe stellt dies eine Herausforderung dar, weil das Spüren dem Leib vorbehalten ist und leibliches Erleben erst ab einer bestimmten Intensität bewusst wird.²³ Dieser Zeitverzögerung ist auch geschuldet, dass das leibliche Spüren der bewussten Sprache vorausgeht. Die Hebamme soll nun diese Vorsprachlichkeit des Leibes aufbrechen, da sie den geburtshilflichen Verlauf zu dokumentieren hat und zudem auch bei Dienstübergaben ihre leiblichen Eindrücke von der Gebärenden sprachlich darstellen muss. Dies stellt die Hebammen vor eine große Herausforderung, da häufig kein adäquates Vokabular zur Verfügung steht. Hier verhilft das von Hermann Schmitz entwickelte „Alphabet der Leiblichkeit“ dem Spüren zur Sprache.²⁴

Neben die Herausforderung der Nichtstandardisierbarkeit des fachlichen Handelns der Hebammen tritt noch eine weitere: die Unbestimmtheiten²⁵ im geburtshilflichen Kontext, die spontan auftreten können. Im lebendigen Geschehen einer Geburt ist das Personal weder durch routiniertes Handeln, noch durch formalisierte Verfahren, Standards oder Fachwissen vor ihrem Auftreten gefeit.²⁶ Unbestimmtheit ist in besonderer Weise ein Strukturmerkmal des professionellen hebammenkundlichen Handelns: Es sind jene Situationen, in denen das lebendige Leben und damit auch die Geburtssituation durch Unbegreiflichkeit und

22 Vgl. Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 153, 168, 173, 382f.

23 Vgl. Fuchs, Thomas: *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*, Zug/Schweiz 2008, S. 287.

24 Vgl. Schmitz, Hermann: *Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie*, 3. Auflage, Bonn 2007, S. 121ff.

25 Maio spricht in diesem Zusammenhang von Schicksal. Maio, Giovanni: Medizin in einer Gesellschaft, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 57 (2011), S. 79-87, hier S. 80-82.

26 Vgl. Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 34f.

Unverfügbarkeit bestimmt sind und diese Unwägbarkeiten sich nicht in Zahlen oder Fakten übersetzen und prognostisch vorhersehen lassen. Das Unbestimmte ist ein Phänomen des Geburtshilflichen und an ihm konkretisiert sich paradox das Ungewisse, Unsichere, das Brüchige und Rissige.

Dafür bietet die Cardio-Toko-Graphie (CTG) ein eindrucksvolles Beispiel. Dieses Gerät wird seit 1968 eingesetzt, um die Regelwidrigkeit der fetalen Herztöne aufzudecken und damit auf eine eventuelle fetale Unterversorgung aufmerksam zu machen. In randomisiert-kontrollierten Studien konnte nachgewiesen werden, dass die elektronische Überwachung mittels CTG zwar zu einer Erhöhung der Sectioquote und von vaginal-operativen Entbindungen führte, es hingegen jedoch keine Evidenzen gibt, dass die hohe Sectioquote zu einer substantiellen Verbesserung des „kindlichen Outcome“ geführt hat.²⁷ Weder durch den Einsatz von CTG noch durch den Ultraschall konnten die geburtshilflichen Unbestimmtheiten beseitigt werden. Für beide fehlt häufig eine Evidenzbasierung, und für das Geburtsergebnis besitzt das medizinische Risiko-Konzept nur eine mäßige Sensitivität und geringe Spezifität. Dies bedeutet, dass Daten und Fakten den Geburtsvorgang nur unzureichend abbilden und geburtshilfliche Unbestimmtheiten in der Praxis weiter Bestand haben. Deshalb ist die geburtshilfliche Situation durch einen hohen Grad an Nicht-Standardisierbarkeit und eine letztlich irreduzible Unsicherheit gekennzeichnet.²⁸

Eine praktische Komponente von geburtshilflichen Unbestimmtheiten und Leiblichkeit kommt da ins Spiel, wo im Zusammenhang mit der Begleittätigkeit einer Hebamme in einer Geburtssituation deren leibliches Gespür im Kontrast zu den messbaren Parametern steht und ihr Probleme bereitet. Nimmt man die praktischen Erlebnisphänomene ernst, gilt es zu erkennen, dass das Handeln in geburtshilflichen Situationen nicht alleine vom Logos geleitet wird, sondern auch vom phänomenal Betreffenden. In die naturwissenschaftlichen Theorien findet diese Sicht jedoch keinen Eingang, denn die in der Praxis ankommenden Leitlinien oder Handlungsempfehlungen werden diesbezüglich keiner Revision unterzogen.

Auffällig ist, dass der auch in diesem Kontext häufig proklamierte wissenschaftstheoretische und methodologische Pluralismus keine Anwendung findet. In diesem Spannungsfeld von Vorherrschaft des medizinischen Paradigmas und fehlendem phänomenologischen Fundament bewegt sich die Berufsgruppe der Hebammen, wenn sie eine Gebärende begleitet bzw. betreut. Diskussionen um

27 Enkin, Murray et al.: *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und Geburtshelferinnen*, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2000, S. 244.

28 Ebd.

mechanistisches Körperverständnis, Wissen in Abgrenzung zum Können oder Unbestimmtheiten werden bisher kaum geführt.

PROFESSIONELLE DEUTUNGSKOMPETENZ IN LEIBLICHER RESONANZ

Schmitz' Ontologie baut auf dem Situations- und Phänomenverständnis auf. Dies hat für den geburtshilflichen Kontext den Vorteil, dass das Phänomenale in der Situation nicht der Zergliederung in Symptome bedarf, sondern seine Bedeutung vor aller Vermessung Bestand hat. Im geburtshilflichen Kontext wäre somit die Frage relevant: Welches Subjektverständnis wollen wir zugrunde legen? Findet auch die Leiblichkeit und das phänomenal Betreffende Beachtung? Praxisrelevant werden diese Aspekte, wenn man der Fragestellung auf den Grund zu gehen versucht: Was machen wir eigentlich, wenn wir behaupten, dass wir „Verstehen“ praktizieren?²⁹

Die professionstheoretische Betrachtung von Oevermann³⁰ verbindet die beiden Elemente des wissenschaftlichen Regelwissens und der hermeneutischen Fallarbeit. Das Hebammenhandeln wäre demnach eine (gegebenenfalls) widersprüchliche Einheit aus naturwissenschaftlichem Grundlagenwissen (EbM-Regelwissen³¹) und hebammenkundlichem Fallverstehen.

Klinisch-hermeneutisches Handeln wird als ein Erkenntnisverfahren verstanden, welches auf der gedanklichen Operation der Deutung basiert. Die oder der Deutende bedient sich dabei immer eines Vorverständnisses, welches sie in anderen Deutungszusammenhängen entwickelt hat. Dabei stellt jede klinische Vorerfahrung die Grundlage der Deutung einer neuen Erfahrung dar. So soll es zu

29 Die Frage wurde von Theodore Abel formuliert, vgl. Bromand, Joachim/Kreis, Guido: *Was sich nicht sagen lässt. Das Nicht-Begriffliche in Wissenschaft, Kunst und Religion*, Berlin 2010, S. 163.

30 Oevermann, Ulrich: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Arno Combe/Werner Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt a.M. 1996, S. 70-182, hier 70, 82, 86, 126, 138.

31 Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung. Siehe EbM-Netzwerk (vom 02.07.2016) auf: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>

einer ausgeprägten Zunahme der Deutungskompetenz kommen.³² Aber ist das wirklich so?

Siebolds lehnt sich an Oevermann an und konstatiert für den Arzt eine widersprüchliche Einheit aus EbM-Regelwissen und ärztlichem Fallverstehen.³³ Zum klinisch-hermeneutischen Handeln des Arztes schreibt er:

„Klinisch-hermeneutisches Handeln beschreibt ein Erkenntnisverfahren, das auf der gedanklichen Operation der Deutung basiert. Deutung meint hier [...] ein Verstehen, das auf einem Sich-Hineinversetzen in die jeweilige Krankengeschichte und die akute Krankheits-situation des Patienten beruht [...]“.³⁴

Problematisch ist, dass die Bezeichnung Sich-Hineinversetzen durch die Überschneidung zur Umgangssprache schnell Verständnis suggeriert. Bemüht man sich, die Deutungskompetenz einer Hebamme aus einer leibphänomenologischen Perspektive zu fassen, muss man der Auffassung widersprechen, dass es im geburtshilflichen Bereich um analytische Distanz gehen könnte. Mit dem ontologischen Phänomen- und Situationsverständnis muss einer Deutungskompetenz vielmehr auch eine leibliche Einlassung zugrunde gelegt werden.

Wenn man die leibliche Seinsweise – sowohl die eigene als auch die der Frau – ernst nimmt, greifen die Kategorien von verbal und non-verbal zu kurz, da das Vor-Rationale und Vor-Sprachliche nicht in Erscheinung tritt. Auch müsste diese Sichtweise um die Ontologie des Situationsverständnisses und somit in der Praxis um „das Eindrückliche“ einer Situation erweitert werden. Aber wie funktioniert der verstehende Zugang zum Vor-Rationalen?

Wenn Menschsein immer auch bedeutet, berührt werden zu können, dann heißt dies für den geburtshilflichen Bereich, dass auch eine Hebamme als leiblich situiertes Wesen den Kreißaal betritt und unweigerlich berührt wird.

Worum es mir jedoch an dieser Stelle geht, ist, dass die Hebamme auch einen leiblichen Eindruck von der Gebärenden erhält. Sie erfährt in leiblicher Resonanz einen Eindruck von beispielsweise dem Geburtsschmerz. „Eindruck“ in diesem Sinne ist nicht reduzierbar auf Mimik oder Gestik, sondern es geht um das, was die Hebamme über den Ausdruck der Gebärenden insgesamt in der Situation als vielfältigen Eindruck lebendig erlebt.³⁵ Die Hebamme ist nicht nur in der Lage, einen leiblichen Eindruck von der Gebärenden zu erhalten, sondern

32 Vgl. Siebolds, Marcus: *KV denken. Thesen zur Vigilanz ärztlicher Selbstverwaltung*, Hamburg 2014, S. 7f.

33 Ebd., S. 9, in Anlehnung an Ulrich Oevermann.

34 Siebolds: *KV denken*, S. 7.

35 Vgl. Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 164.

auch mit ihr leiblich zu kommunizieren und Nuancen, Befindlichkeiten, Stimmungen, vage Verhältnisse und andere qualitative Aspekte im Begleiten zu registrieren. Aufgrund dieser hervorstechenden Eigenschaft des Leibes erlebt die Hebamme ein Gemenge aus prägnanten und diffusen Eindrücken, die nicht gegenständlich sind und sich einer Fixierung und vollständigen Explikation entziehen.

In leibtheoretischer Perspektive betrachtet, präsentiert sich die Hebamme durch ihre leibliche Anwesenheit außer als kognitiv-analytisches und sinnliches Wesen unweigerlich auch als leiblich situiertes Subjekt. Leiblichkeit ist nicht nur ein Modus ihrer menschlichen Existenz,³⁶ sondern die Hebamme ist zudem in einem Bereich tätig, in dem das Erfahrungsspektrum³⁷ genuiner Eigenleiblichkeit unmittelbar mit der Anwesenheit mindestens einer anderen Person sowie deren gebärendem Leib als Mutterleib zusammenhängt.³⁸ Wenn das Begleiten als Kernelement im Hebammenwesen identifiziert und die Hebamme selbst für das Begleiten als konstitutives Element erkannt wird, so tritt hierbei zugleich auch hervor, dass sie unter der Geburt empfänglich ist und einen Eindruck erhält, der sich aufgrund der Selbsttätigkeit ihres Leibes ergibt. Das Einlassen auf eine Gebärende und ihren Körperleib stellt für Hebammen im Geburtsgeschehen eine alltägliche Übung dar. Die Hebamme gestaltet nicht nur durch ihre Fragen, Untersuchungen und Handgriffe, sondern auch durch ihre ruhige bis dynamische Anwesenheit die Atmosphären im Kreißaal und nicht zuletzt durch ihr leibliches Spüren die Situation.³⁹ Dieses Einlassen kann als ein Verstehen des menschlichen Ausdrucks verstanden werden, das ein „Sichaufschließen für den unreflektierten Eindruck“⁴⁰ voraussetzt.

36 Siehe zur Leiblichkeit, die als Grundmodus in allen Existenzweisen gegenwärtig ist, Fuchs, Thomas: *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*, Stuttgart 2000.

37 In Anlehnung an Mitgutschs Unterscheidung (2008). Demnach impliziert Erfahrung als Begriff mit der Endung -ung eine abgeschlossene fixierte Einheit, die der Vergangenheit angehört, ein Resultat, während Erfahren das Tätige, das Bewegende und das Unabgeschlossene ausdrückt. Vgl. Mitgutsch, Konstantin: Lernen durch Erfahren, zitiert in: Matt-Windel, Susanna: *Ungewisses, Unsicheres und Unbestimmtes. Eine phänomenologische Studie zum Pädagogischen in Hinsicht auf LehrerInnenbildung*, Stuttgart 2014, S. 125.

38 Siehe zum Leib im Leib bei Gahlings, Ute: *Phänomenologie der weiblichen Leiberfahrungen* (= Neue Phänomenologie, Band 7), Freiburg/München 2006, S. 229-231.

39 Vgl. Dörpinghaus, Sabine: Atmosphären spüren, ausstrahlen, gestalten, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 5 (2011), S. 72, 75.

40 Hofstätter, Peter: Psychologie, zitiert in: Großheim, Michael/Volke, Stefan (Hg.): *Gefühl, Geste, Gesicht. Zur Phänomenologie des Ausdrucks*, Freiburg 2010, S. 10.

Über die unverstellten Gebärden der Gebärenden tritt für die Hebamme in der Geburtssituation ein Eindruck davon auf, wie die Betroffene es fühlt, und mit dem Verstehen der Hebamme kann dem Angewiesensein der Frau begegnet werden. Dabei ist mit Verstehen kein sprachliches Verstehen gemeint, sondern ein leibliches. Um in diesem Sinne zu verstehen, bedarf es eines lebendig erlebten Eindrucks, den die Hebamme über den Ausdruck der Gebärenden in leiblicher Verfasstheit erhält.⁴¹ Eine Hebamme öffnet sich im Geburtsgeschehen gerade für diese Form der Begleitung, die in der Leibphänomenologie als „leibliche Kommunikation“⁴² bezeichnet wird.

Stellen wir uns zur Verdeutlichung eine Gebärende vor, die unter der Geburt den Satz äußert: *Ich kann nicht mehr*. Als Hebamme stelle ich fest, die Gebärende hat Schmerzen. Sie ist erschöpft und kann die Schmerzen nicht mehr ertragen. Vielleicht äußert sie diesen Satz, um mir zu signalisieren, dass sie Hilfestellung in Form einer Schmerzmedikation benötigt. Diese Schlussfolgerung scheint evident zu sein. Nun, sie ist deshalb evident, weil ich die Aussage meines Gegenübers aufgrund von Sprache klar verstanden habe. Kann ich aber wirklich sicher sein, dass ich es verstanden habe?

Um mich zu vergewissern, könnte ich die Gebärende fragen. Sie muss mir aber keine wahre Antwort geben; es kann sogar sein, dass ihr selbst der Grund ihres Verhaltens nicht bewusst ist. Hinsichtlich meiner Interpretation kann ich also lediglich annehmen, dass sie richtig ist und mir auf dem Weg zum Verstehen hilft.

Ein Verstehen nur aufgrund von Propositionen – ohne leibliche Eindrücke – wird mich in die Irre leiten. In der Hebammenarbeit gilt es vielmehr in leiblicher Kommunikation jenseits der Sprache, das Unsagbare mit einzubeziehen. Nicht etwa weil die Hebamme alle Abgründe kennte, sie durchlebt hätte, sie zu händeln wüsste – weit gefehlt, sondern weil sie bereit ist, sich in dem geburtshilflichen Setting von dem Ausdruck der Gebärenden aus der Fassung bringen zu lassen und in leiblicher Einlassung einen Eindruck zu erhalten.

Der Eindruck bezieht sich darauf, dass die Gebärende sich nicht ohne Leib zeigen kann. Die Hebamme erfährt neben ihrer Eigenleiblichkeit das Erlebnis, mit einer Gebärenden spürbar in einer Situation verwoben zu sein. Indem die Hebamme am eigenen Leib einen Eindruck erhält, spürt sie beispielsweise, dass die Gebärende eine eher beruhigte Atmosphäre benötigt oder dass sie trotz heftiger Schmerzäußerungen in ihrem Betroffensein gut mit dem Wehenschmerz zurechtkommt. Ihr Können im leiblichen Begleitungsmodus anzuwenden, wird für die Hebamme durch zahlreiche Unterbrechungen, wie die Begleitung mehrerer

41 Siehe hierzu Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 24, 46, 57, 110.

42 Siehe hierzu Schmitz: *Der Leib*, S. 29ff.

Gebärender oder das Verlassen des Gebärraumes zur Dokumentation am Schreibtisch oder durch *Monitoring*, ungleich schwieriger, da sie sich natürlicherweise mit in der Geburtssituation befinden sollte, um dieser gewahr werden zu können. Dieser leibliche Eindruck ist etwas, was sich der sich einlassenden Hebamme zeigt, dem sie sich nicht entziehen kann und was sich in seiner Tatsächlichkeit für sie auch nicht bestreiten lässt.

Wenn die Hebamme in ihrem professionellen Verständnis das Geburtsgeschehen zulässt und kontrolliert beobachtet, bedarf es zum Begleiten der Aufmerksamkeit – insbesondere auf die leibliche Seinsweise, um Zwischenzustände, Übergänge oder Widersprüchliches identifizieren zu können. Grundvoraussetzung ist hierfür wiederum, dass Offenheit, Neugier und wache Präsenz Pate stehen und ihr ermöglichen, mit ihrem leiblichen Spüren in der Situation in einen unverfälschten Kontakt mit der Frau zu kommen. Dieser Kontakt ist nur über die Leiblichkeit möglich; er lässt sich nicht auf eine gedankliche Synthese von einzelnen Faktoren oder Elementen reduzieren, sondern ist auf umfassende Eindrücke angewiesen. Es liegt in der Natur der Leiblichkeit, dass diese Eindrücke zudem nicht objektiv betrachtet werden können.

Solche Phänomene im Hebammenwesen zu betrachten, stellt ein Novum dar. Ein Dilemma kommt da zum Tragen, wo einerseits das Pathische von der originären Kernaufgabe des Begleitens weder isoliert noch objektiviert werden kann und gleichzeitig dieses praktische Phänomen, das die von ihm in Anspruch Genommenen stark herausfordert, bisher aus jeglicher Betrachtung der Hebammen-tätigkeit ausgeklammert wurde.

Zur domänenspezifischen leiblichen Einlassung verhilft die philosophische Phänomenologie der Hebammenkunde. Sie ermöglicht, die derzeit hochgradig „verkünstelte Abstraktionsbasis“⁴³ der Geburtsmedizin zu durchstoßen und mit ihrem Situations- und Phänomenverständnis das Geburtsgeschehen neu zu deuten. Absteigend von einem nach der phänomenologischen Methode identifizierten und definierten Phänomen können folgend die Phänomenanalysen mit anderen Perspektiven (wie medizinischer, psychologischer, molekularbiologischer, genetischer und weiterer Teilaspekte) zu einem sinnvollen Gesamtbild ergänzt werden.⁴⁴

43 Schmitz, Hermann: Lebenserfahrung und Denkformen, in: Gabriele Marx/Andrea Moldzio/Hermann Schmitz: *Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie*, Rostock 2002, S. 23-32, hier S. 31.

44 Vgl. Burger, Walter: *Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit. Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus* (= Rostocker Phänomenologische Manuskripte 15), Rostock 2012, S. 17.

DAS LEIBLICHE ERKENNTNISVERMÖGEN AM BEISPIEL DER UNRUHE

Im Zuge einer phänomenologischen Revision des beruflichen Erlebens ging meine Dissertation aus dem Jahr 2012 der Frage nach, welchen Beitrag eine Reflexion von leiblichen Eindrücken für eine erweiterte Hebammenkunde zu leisten vermag. In der leibphänomenologischen Studie wurden in einem Zeitraum von Januar bis Juli 2010 zwanzig leibphänomenologische Interviews durchgeführt. Vor dem Hintergrund, dass in einem leibphänomenologischen Verständnis eine Hebamme selbst Teil des Prozesses ist, untersuchte ich das Phänomen ihres Unruheerlebens im Geburtsgeschehen. Ausgangspunkt der empirischen Untersuchung war das Schlüsselphänomen, dass leiblich gespürte Unruhe von den Hebammen selbst als verstörend erlebt wurde, weil die medizinischen Gerätschaften keinen Anlass dafür lieferten. Am Phänomen der Unruhe wird deutlich, wie unzureichend die Erklärungsmodelle und methodischen Ansätze des Positivismus sind und welchen Dilemmata sich der Stand der Hebammen hierdurch ausgesetzt sieht. Im Rahmen der Untersuchung wurde diese verdeckte Wirklichkeit erstmals leibphänomenologisch eingeholt und empirisch ausgewertet.⁴⁵ 20 Hebammen im Alter zwischen 27 und 57 Jahren wurden befragt; die Hebammen verfügten über Berufserfahrung zwischen 2 und 32 Jahren, sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Setting.

Welchen Beitrag leisten die leiblichen Eindrücke im geburtshilflichen Kontext? Im Unruheerleben ist die Hebamme sich ihrer selbst bewusst. Die scheinbar unbegründete Unruhe verursacht leiblich empfundene Enge und die Hebamme wird genötigt, sich ihrem leiblichen Erleben bewusst zuzuwenden. Die Unruhe führt so zu epistemischen Bemühungen, denn im Unruhezustand ist die Hebamme verstärkt ihrem Gespür auf der Spur und sie wird sich in der geburtshilflichen Situation aufgrund der leiblich empfundenen Irritation neu gewahr. In der Unruhe spürt die betroffene Hebamme, dass etwas ist – losgelöst davon, was ist – oder anders formuliert: Sie spürt eine tiefe innere Gewissheit ohne Diagnose.⁴⁶

In der Unruhe zeigt sich aufgrund einer atmosphärischen Störung im leiblichen Befinden der Hebamme eine Unstimmigkeit. Hierzu muss man wissen,

45 Zur differenzierten Betrachtung des Forschungsvorgehens, einschließlich Analyse-Instrument, siehe Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 200ff.

46 Studienergebnisse zeigen, dass es zu einem immensen Leidensdruck führt, dass das leiblich Wissbare im Geburtsprozess rational nicht fassbar ist. Vgl. Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 312f., 343-345.

dass normalerweise die geburtshilfliche Situation und das leibliche Gespür der Hebamme einen erwartbaren Einklang ergeben: Bei einem existenziell bedrohlichen Geburtsgeschehen wie einem Nabelschnurvorfall ist es ‚normal‘, wenn die betroffene Hebamme Nervosität und Aufregung spürt. Umgekehrt gilt dies auch für Ruhe und Gelassenheit, die sich einstellen, wenn die äußeren Parameter während der Geburt im Normbereich liegen.

Leiblich empfundene Unruhe führt in der klinischen Praxis dagegen zu einer Spaltung zwischen Analyse und Phänomenalem. In den Schilderungen tritt deutlich hervor, dass die Hebammen die verspürte Unruhe nicht anhand von irgendwelchen Parametern ableiten oder einordnen können. Die Hebammen können ihr auftretendes Unruhegefühl weder erklären noch begründen, und dieser Sachverhalt stellt sich ihnen als Zwiespalt zwischen kausalanalytischen Erkenntnissen und leiblichem Erleben dar. In den Interviews fällt auf, dass die Hebammen sich ihrem Erleben vor einem kognitivistischen Hintergrund zuwenden.

Die befragten Hebammen versuchen nicht nur immer wieder (vergeblich), das Erlebte in einem Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zu erklären und die nicht einzuordnende Unruhe weiter zu ergründen, sondern hinterfragen sich selbst, da ihr leibliches Erleben genau im Kontrast zu den erhobenen Parametern steht. Hierdurch manifestiert sich zwischen gewohnt kausalanalytischem Denken und dem hier sperrigen Leib eine Form von Zerrissenheit.

Aus einer leibphänomenologischen Perspektive kann vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse die beschriebene Unruhe als eine Erregung bezeichnet werden, die die Hebamme ergreift und in ihrem leiblichen Gleichgewicht situativ verstört. Unruhe ist für die befragten Hebammen ein unangenehmes, bedrängendes Gefühl. Es fühlt sich eng, kalt, schneidend, beklemmend, störend und abschnürend an. Unruhe ist eine innerliche Bewegung, die sich durch leiblich gespürte Enge und Kälte manifestiert. Der gestörte Einklang führt zu einer erhöhten Aufmerksamkeit, einer situativ leiblichen Hinwendung und ist im Geburtsgeschehen von praktischer Relevanz.⁴⁷

KONSEQUENZEN FÜR DIE PRAXIS

Hebammen stehen immer mit einem Bein im abstrakten Kosmos der technischen Systeme und der komplexen sozialen Institution der Medizin. Mit dem zweiten Bein stehen sie unaufhebbar in ihrem gegebenen Dasein, da sie ohne ihre leibliche Seinsweise nicht in Erscheinung treten können. Im Vollzug des leiblichen

47 Für weitere Ausführungen siehe Dörpinghaus: *Dem Gespür auf der Spur*, S. 320ff.

Spürens ist ihr Seinsmodus von der Selbsttätigkeit des Leibes geprägt, allerdings bringen es die alltäglichen Anforderungen mit sich, dass es nicht zu ihren ersten Aufgaben gehört, sich ihres eigenen leiblichen Vermögens bewusst zu sein. Zwar arbeiten sie in einem Bereich, in dem gerade die sinnlich-leiblichen Momente der menschlichen Existenz hervortreten und in dem sie manchmal etwas spüren, was allerdings vom System nicht gefordert und auch nicht gefragt ist.

Auch wenn das leibliche Vermögen in der Praxis unaufhebbar und die Sprache des Leibes lebendig ist, wird durch den fehlenden theoretischen Bezugsrahmen verstärkt, dass dieses Vermögen dem „wissenden Bewusstsein“⁴⁸ weiter entgleitet. Daher stellt aus neophänomenologischer Sicht die Aufklärung dieses impliziten Wissens als eines leiblichen Vermögens von Hebammen im Geburtsprozess ein Forschungsdesiderat dar. Um sich in Wissenschaft und Praxis dieser Lücke zuwenden zu können, muss anerkannt werden, dass eine Hebamme in der Begleitung als leiblich-situiertes Wesen anwesend ist. Stehen in einer geburts-hilflichen Realität mit EbM zurzeit die diagnostischen und therapeutischen Handlungen im Fokus, gilt es diesen Ansatz um die Wirklichkeit der phänomenalen Gegebenheitsweise und die Leibtheorie zu erweitern.

Zudem müssen auch professionstheoretische Diskussionen geführt werden, denn auch das Hebammenwesen sitzt zum Teil der szientifischen Faszination auf, man könne unter der Geburt alles vermessen. Losgelöst von dieser vergegenständlichenden Herangehensweise zur Gebärenden führt diese Betrachtungsweise zu einem Verlust an Erkenntnis, weil vieles von dem, was die Gebärende und die Beziehung zur ihr ausmacht, nicht mehr als Thema des Faches erscheint. Zudem gilt es hier zu bedenken, dass eine „technokratische“ „Expertisierung“ einer Deprofessionalisierung gleichkommt.⁴⁹

Zwar kann die Hebamme ihr Erleben nicht an messtechnischen Geräten verifizieren und auch keine Prognose abgeben, denn eine solche unbestreitbare Bewährung steht ihr nicht zur Verfügung. Stattdessen verfügt sie über die Evidenz des Augenblicks, die in leiblichem Wissen besteht und der Hebamme eine Richtung weist. Mit diesem Erkenntnisvermögen des Leibes vermag sie Phänomen und Symptom zu einer Einheit zusammenzufügen.

Die gespürte Unruhe führt die Hebamme zu einer privilegierten epistemischen Stellung zu dem, was sich ereignet. Das leibliche Spüren kündigt von einer Gewissheit, die anders nicht zugänglich wäre.

48 Hasse, Jürgen: *Fundsachen der Sinne. Eine phänomenologische Revision alltäglichen Erlebens*, Freiburg/München 2005, S. 232.

49 Vgl. Oevermann: Theoretische Skizze professionalisierten Handelns, S. 70.

LITERATUR

- Baumgärtner, Barbara: Der Kaiserschnitt als ideale Geburt – Eine qualitative Studie mit Erstgebärenden, die sich als Geburtsmodus für einen Kaiserschnitt entschieden haben, in: W. Jonat/N. Maas/A. Strauss (Hg.), *57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (= Berichtsband 2008), München 2008.
- Böhme, Gernot: *Ethik leiblicher Existenz*, Frankfurt a.M. 2008.
- Ders./Böhme, Hartmut: *Das Andere der Vernunft*, Frankfurt a.M. 1985.
- Bromand, Joachim/Kreis, Guido: *Was sich nicht sagen lässt. Das Nicht-Begriffliche in Wissenschaft, Kunst und Religion*, Berlin 2010.
- Burger, Walter: *Der Beitrag der Neuen Phänomenologie zum Verständnis chronischer Krankheit. Überlegungen und Erfahrungen am Beispiel des Diabetes mellitus* (= Rostocker Phänomenologische Manuskripte 15), Rostock 2012.
- Butler, Judith: Verletzlichkeit und Widerstand neu denken. Zweite Vorlesung im Rahmen der Albertus-Magnus-Professur an der Universität zu Köln am 22.06.2016.
- Dörpinghaus, Sabine: *Was Hebammen erspüren*, Frankfurt a.M. 2010.
- Dies.: Atmosphären spüren, ausstrahlen, gestalten, in: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 5 (2011), S. 72-75.
- Dies.: *Dem Gespür auf der Spur. Leibphänomenologische Studie zur Hebammenkunde am Beispiel der Unruhe*, Freiburg/München 2013.
- Dies./Schröter, Beate: Welchen Namen soll die Hebammenwissenschaft tragen?, in: *Die Hebamme* 4 (2005), S. 206-210.
- Duden, Barbara: Gekonnte Nicht-Intervention oder präventives Risikomanagement? Vortrag auf der Tagung des Kölner Kreises für humane Geburtskultur mit dem Titel »Geburtskultur im Aufbruch«. Interdisziplinäre Fachtagung vom 26. 3. 2011 an der Universität zu Köln.
- Enkin, Murray et al.: *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und Geburtshelferinnen*, 2. vollständig überarbeitete Auflage, Bern 2000.
- Fuchs, Thomas: *Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*, Stuttgart 2000.
- Fuchs, Thomas: *Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays*, Zug/Schweiz 2008.
- Gahlings, Ute: *Phänomenologie der weiblichen Leiberfahrungen* (= Neue Phänomenologie, Band 7), Freiburg/München 2006.
- Großheim, Michael/Volke, Stefan (Hg.): *Gefühl, Geste, Gesicht. Zur Phänomenologie des Ausdrucks*, Freiburg 2010.

- Hasse, Jürgen: *Fundsachen der Sinne. Eine phänomenologische Revision alltäglichen Erlebens*, Freiburg/München 2005.
- Kolip, Petra/Nolting, Hans-Dieter/Zich, Karsten: *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*, hrsg. v. der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2012.
- Loytved, Christine: Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive, in: *Die Hebamme* 17 (2004), S. 18-21.
- Maio, Giovanni: Medizin in einer Gesellschaft, die kein Schicksal duldet. Eine Kritik des Machbarkeitsdenkens der modernen Medizin, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 57 (2011), S. 79-87.
- Ders.: Die heilsame Kraft der Begegnung, in: *Salzburger Nachrichten* vom 05.02.2013, S. 11.
- Matt-Windel, Susanna: *Ungewisses, Unsicheres und Unbestimmtes. Eine phänomenologische Studie zum Pädagogischen in Hinsicht auf LehrerInnenbildung*, Stuttgart 2014.
- Neuweg, Georg Hans: *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehrerlernetheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*, 3. Auflage, Münster u.a. 2004.
- Oevermann, Ulrich: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: Arno Combe/Werner Helsper (Hg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt a.M. 1996, S. 70-182.
- Samerski, Silja: *Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt*, Darmstadt 2010.
- Schmitz, Hermann: *Der unerschöpfliche Gegenstand. Grundzüge der Philosophie*, 3. Auflage, Bonn 2007.
- Ders.: *Der Leib*, Berlin/Boston 2011.
- Ders.: Lebenserfahrung und Denkformen, in: Gabriele Marx/Andrea Moldzio/Hermann Schmitz: *Begriffene Erfahrung. Beiträge zur antireduktionistischen Phänomenologie*, Rostock 2002, S. 23-32.
- Siebolds, Marcus: *KV denken. Thesen zur Vigilanz ärztlicher Selbstverwaltung*, Hamburg 2014.

ONLINE-QUELLEN

EbM-Netzwerk auf:

<http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/>
[Stand: 02.07.2016].

Statistisches Bundesamt auf:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/09/PD15_338_231.html [Stand: 27.06.2016].

http://www.t-online.de/eltern/schwangerschaft/id_62676820/kaisergeburt-statt-kaiserschnitt-an-der-charite-in-berlin-.html [Stand: 07.05.2016].

.

