

»Aiaiai, wenn ich das jetzt sage...«

Sexualitätsbezogene Beratung durch Hebammen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Clara Eidt

Sexuelle und reproduktive Rechte sind politisch hart umkämpft und unterliegen sozio-kulturellen Normierungen. Institutionen des Gesundheitswesens können hierbei als regulierende Instanzen auftreten und entsprechende Normierungen reproduzieren und verfestigen. Dies gilt unter anderem für die sexualitätsbezogene Beratung – auch im geburtshilflichen Kontext. So raten beispielsweise Gynäkolog*innen nach der Geburt routinemäßig zur sexuellen Abstinenz in den ersten sechs Wochen post partum (vgl. Bühling 2009). Unmittelbar an dieses Zeitfenster anschließend rücken Verhütungsthemen – und damit auch eine angenommene penetrative sexuelle Aktivität – in den Fokus der medizinischen Aufmerksamkeit. Individuelle sexuelle Entscheidungen von Personen nach Geburt unterliegen somit einem routinemäßigen Zugriff des Gesundheitssektors, der sich primär auf ein biomedizinisches, funktionsorientiertes Verständnis von Sexualität beruft (vgl. Hipp et al. 2012).

Hebammen begleiten als geburtshilfliche Fachpersonen identitäts- und reproduktionsbezogene Entwicklungen rund um die Geburt, sowohl in institutionellen als auch häuslichen Betreuungssettings. Ziele ihres Handelns sind die Gesunderhaltung von Mutter und Kind sowie die Förderung von Kompetenz und Selbstbestimmung der Frau (vgl. Landeshebammengesetz Nordrhein-Westfalen 2009). Ein wichtiges Prinzip ist dabei die Vermeidung von Interventionen, die als potentiell unnötige Eingriffe in selbstständige Entscheidungsprozesse verstanden werden (vgl. Sayn-Wittgenstein 2007: 35-40). Als Ansprechpersonen zu allen geburtsbezogenen Themenfeldern sind Hebammen an der Schnittstelle zwischen privater Lebenssphäre und öffentlichem Auftrag wichtige Akteur*innen in der Familienwerdungsphase.

Sie beraten auch zu sexuellen Fragen. So erleben viele Frauen nach Geburt beispielsweise Schmerzen bei Penetration (vgl. Barrett et al. 2000); einige auch Lustgefühle im Zusammenhang mit Stillsituationen (vgl. Avery et al. 2000). Im Rahmen der Leistungsbeschreibung der Hebammen durch die gesetzlichen Krankenkassen wird Sexualität lediglich als Thema der Geburtsvorbereitung in Gruppen explizit benannt (GKV Spitzenverband 2017: 3). Grundsätzlich liegt es demnach in der individuellen Situation der

Frau und dem Ermessen der Hebamme begründet, ob und in welcher Form Beratung zu Fragen der Sexualität tatsächlich stattfindet.

Bislang ist unklar, wie Hebammen in Deutschland Themen sexueller Lust und Gesundheit in ihrem Arbeitsfeld nach der Geburt verstehen und wie sie dazu – zwischen Fachwissen, institutionellen Vorgaben und individuellen Bedürfnissen der begleiteten Personen – beraten. Internationale Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass kommunikative Barrieren und fachliche Unsicherheiten dazu beitragen können, dass sexuelle Fragen tendenziell vernachlässigt werden (vgl. Ören et al. 2018; vgl. Percat/Elmerstig 2017). Dies steht in engem Zusammenhang mit der Tabuisierung von Sexualität in der Familiengründungsphase (vgl. Tazi-Preve 2017: 135). Meist erfolgt zudem ein Framing im Zusammenhang mit Familienplanung oder Verhütung (vgl. Gott et al. 2004). Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass beispielsweise rassistische und geschlechterstereotype Narrative die geburtshilfliche Betreuung beeinflussen können. Die Rolle eigener kultureller und geschlechtlicher Prägungen für die Ausgestaltung der Beratungstätigkeit durch Hebammen wurde empirisch bisher allerdings wenig bedacht (vgl. Olsson 2009: 201).

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Sexualität in der Hebammenausbildung eine geringe Rolle spielt, ist es also von Interesse zu erforschen, mit welchen Haltungen und Perspektiven Hebammen ihre sexualitätsbezogene Beratung gestalten. Welche sozialen Strukturen nehmen sie dazu in ihrem Arbeitsfeld wahr? Und welche Bedarfe können für die sexuelle Bildung aus entsprechenden Erkenntnissen abgeleitet werden? Diesen Leitfragen folgend diskutiert der vorliegende sexual- und hebammenwissenschaftliche Beitrag¹ die Rolle von Hebammen in der Beratung zu Sexualität – und will dazu einladen, Sexualität in der Geburtshilfe über hegemonial und biomedizinisch geprägte Perspektiven hinaus zu denken. Dazu wird zunächst das empirische Vorgehen vorgestellt und anschließend das Ergebnis der Auswertung mithilfe der dokumentarischen Methode dargestellt.

Forschungsdesign

Um die im Vordergrund stehenden Perspektiven der Hebammen wissenschaftlich nachzuvollziehen, wurde ein rekonstruktiver, qualitativer Forschungsansatz gewählt (vgl. Przyborski/Wohlrab-Saar 2010). Haltungen sind in ihrer Entstehung und Ausprägung im alltäglichen Handeln stark an soziale Zusammenhänge gebunden. Menschen, die einen Erfahrungsraum wie beispielsweise die Hebammenarbeit teilen, beziehen sich in ihren individuellen Äußerungen wie selbstverständlich auf soziokulturell geprägte kollektive Orientierungen. Der Gegenstand dieser Erhebung wurde demzufolge konsequent kollektiv konzipiert: als Meinung der Gruppe, die über die Summe der Einzelmeinungen hinausgeht. Kollektive Einstellungen von Hebammen zur sexualitätsbezogenen Beratung können anhand einer sozialen Situation in einem gewohnten Setting

1 Dieser Beitrag basiert auf der Masterarbeit »Sexualität nach Geburt – (k)ein Thema für Frauen und Hebammen?«, eingereicht im Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg 2019.

gut rekonstruiert werden (vgl. Mayring 2002: 76f.). Die Datenerhebung erfolgte bei der Durchführung einer Gruppendiskussion im Frühjahr 2018 im Rahmen einer wöchentlichen Teambesprechung einer Hebammenpraxis im Rhein-Main-Gebiet. Insgesamt nahmen sechs Hebammen (Folgebezeichnung P1 bis P6) mit ein- bis zwölfjähriger Berufserfahrung teil. Sie wurden über den wissenschaftlichen Fokus, Ablauf und Veröffentlichung der Untersuchung aufgeklärt und erklärten schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die 24- bis 33-jährigen Personen waren der Interviewerin bis zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt, wobei die berufliche Aktivität der Forscherin als Hebamme offengelegt wurde. Vor Beginn der Gruppendiskussion wurde der Austausch zu sexuellen Themen vermieden, um die Teilnehmenden möglichst wenig zu beeinflussen (vgl. ebd.).

Die Atmosphäre des Gesprächs ist locker und freundschaftlich-kollegial, erkennbar an der Verwendung der Du-Form, dem häufigen gemeinsamen Lachen sowie dem Essen und Trinken im Verlauf. Die Teilnehmer*innen beziehen sich dabei stark aufeinander. Dies zeigt die Relevanz des Themas für die Befragten und trägt zur Qualität der Daten bei (vgl. Przyborski/Wohlrab-Saar 2010: 111). An wiederholten Äußerungen wechselseitiger Bestätigung wird zudem erkennbar, dass die Mitglieder der Gruppe von ähnlichen Voraussetzungen und gemeinsamen Orientierungsrahmen ausgehen. Es fällt auf, dass insbesondere P4 bemüht ist, die Forscherin sozial einzubinden und auch regelmäßig vermeintlich drastische Äußerungen ihrer Kolleg*innen relativiert. Dies korrespondiert mit ihrem im Anschluss an das Gespräch ausgedrückten Wunsch, »hilfreiches Material« liefern zu wollen und verweist darauf, dass getätigte Aussagen auch unter Gesichtspunkten sozialer Erwünschtheit interpretiert werden müssen, wie auch später deutlich werden wird.

Die Interviewerin nimmt in der Gruppendiskussion die Rolle einer interessierten Beobachterin ein. Um inhaltliche Vorgaben zu vermeiden (vgl. Nohl 2012) wird zum Gesprächseinstieg folgender, bewusst offen formulierter Erzählimpuls gesetzt:

»Mir geht es um Folgendes: Ihr seid alle Hebammen und ihr arbeitet (...) mit Frauen irgendwie in der Schwangerschaft, vielleicht auch Geburt oder Wochenbettzeit. Wenn ihr jetzt so vor allem an die Zeit nach der Geburt denkt, wie arbeitet ihr da so, was ist euch wichtig, wie erlebt ihr die, was sind so eure Erfahrungen, so ganz allgemein?«

Der Impuls spricht die Gruppe als Kollektiv an und unterstützt so die Selbstläufigkeit des Diskurses (vgl. Przyborski/Wohlrab-Saar 2010: 110). Erst in der abschließenden direktiven Phase des Gesprächs wird die Theoriebildung der Teilnehmer*innen selbst angeregt.

Im Zentrum der dokumentarischen Interpretation steht die methodisch kontrollierte Rekonstruktion von Orientierungen: implizit handlungsleitendes, weitgehend atheoretisches Wissen (vgl. Bohnsack et al. 2013). Das Ergebnis der Auswertung der Gruppendiskussion wird hier im Überblick vorgestellt. Dabei werden beispielhafte thematische Aspekte anhand der Diskursstruktur im Datenmaterial dokumentarisch entfaltet, um die sexualitätsbezogenen Perspektiven von Hebammen, ihr berufliches Selbstverständnis, ihr Handeln in der Beratung zu Sexualität und die erlebten hierarchischen Strukturen im Berufsfeld besser zu verstehen.

Beobachtung und Normierung im Berufsalltag

In ihren Äußerungen lehnen die befragten Hebammen zunächst generalisierende Aussagen über ihre Erfahrungen und ihre Klientel explizit ab. So erklärt etwa P4 zu Beginn des Gesprächs: »Also allgemein erlebe ich meine Frauen nach der Geburt eigentlich beim ersten Kind, ja, kann man gar nicht so pauschalisieren, es gibt ja tausend verschiedene Verläufe, ne.« (P4) Gleichzeitig bekräftigt sie, wie auch die anderen Teilnehmer*innen, vermeintlich allgemeingültige Annahmen im Hinblick auf reproduktive Prozesse. Dies betrifft zum einen die Intensität der Lebensphase als auch die relative Nichtexistenz von Sexualität: »[...] Partnerschaft, Sexualität, das fällt in den ersten Wochen komplett flach. Also für die meisten ist das immer erstmal kein Thema.« (P4). Das gemeinsame Erleben sexueller Lust wird zwar als wichtige Grundlage von Paarbeziehungen verstanden, eine zeitlich individuelle Dauer sexueller Abstinenz postpartal gilt jedoch als Norm für die Befragten.

Sexuelle Inhalte werden in der Gruppendiskussion häufig anhand von Anekdoten aus dem Berufsalltag thematisiert. Die folgende Erzählung verdeutlicht, wie die Hebammen in der Gesprächssituation einer Vielfalt von sexuellen Fragen zunächst mit beobachtend-interessiertem Amüsement begegnen:

»P5: Hatten einen Anruf im Kreißsaal, ähm, zehn Tage nach Geburt, ähm, nach vaginaler Geburt (lachend), ob es denn in Ordnung wäre, der Mann hat angerufen, ähm wenn sie, wieder Sex hätten. Da habe ich gesagt: ›Naja, fragen wir mal ihre Frau ob das in Ordnung ist?‹

Lachen in der Gruppe

P5: Öh, ist ja natürlich Wochenfluss, ob sie das halt so MÖCHTE, ne. ›Ja wie ist das mit Analsex?‹

P4: Boah, Krass.

Lachen in der Gruppe«

Neben dem Unterhaltungswert, den die Hebammen der thematisierten Situation beimessen, verdeutlichen die Schilderungen jedoch auch Normierungen postpartaler Sexualität. Diese zeigen deutliche Diskrepanzen zum beruflichen Selbstverständnis. Das Wohlbefinden und Recht der Frau, über ihren Sex nach Geburt selbst zu bestimmen, stehen demnach zunächst im Mittelpunkt, genauso die Vorstellung einer selbstbestimmten und doch partnerschaftlich gemeinsam gestalteten sexuellen Aktivität. Kontrastierend dazu drücken die Hebammen deutliche Annahmen von sexueller Normalität und Abweichung aus. So werden sexuelles Begehren im Frühwochenbett und spezifische sexuelle Praktiken wie z.B. Analsex als erzählenswert hervorgehoben und zugleich in der Kommentierung als different bewertet. Sexuelles Begehren wird zudem stereotypen Normen entsprechend Männern zugeschrieben. Männliche Lust wird dabei als potenziell begrenzender Horizont² für die Selbstbestimmung der Frau gedeutet.

2 Nach dokumentarischem Verständnis liegen in Orientierungen positive Horizonte vor, nach denen gestrebt wird, und negative Horizonte, die zur Abgrenzung dienen (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahra 2010).

Die Gruppe zeigt sich zudem irritiert und kommunikativ gefordert angesichts der geschilderten telefonischen Beratungssituation. Es ist denkbar, dass die Teilnehmer*innen an dieser und anderen Stellen im Gespräch widersprüchliche Positionen vertreten. Im Kontext dieser Gruppendiskussion wird eine konflikthafte Auseinandersetzung jedoch zugunsten einer impliziten Verständigung auf die oben genannten Zuschreibungen vermieden, was mit Blick auf die Erhebungsform und -situation erklärt werden kann.

Daran anknüpfend soll nun das konkrete Erleben sexualitätsbezogener Beratungssituationen zwischen Klientin und Hebamme fokussiert werden.

Hebammenspezifische Beratungsstrategien

Gefragt nach dem Erleben sexualitätsbezogener Beratung in der Wochenbettbetreuung berichtet P4 von ihrem Vorgehen und macht dabei deutlich, dass die Beratungssituation ein offenes Angebot darstellt, das nach den Bedürfnissen der Frauen ausgerichtet werden sollte:

»Also entweder, so ganz pragmatisch, sag ich: ›Okay, ich habe folgende Beratungsthemen‹ und dann liste ich die auf, und dann ist da halt Verhütung da dabei. Und entweder sie springen auf den Zug auf und sagen ›Ach, ja zu Verhütung, das, das ist vielleicht ganz gut‹, also so. Oder ich werde wirklich GEFRAGT. Andere: ›Wir haben voll Lust wieder auf Sex, kannst du uns was dazu erzählen, zu Verhütung und so?‹ Oder manchmal weiß ich, es wird jetzt einfach Zeit, dass ich darüber rede. (...) Grade wenn die Männer dabei sind, weiß ich jetzt auch NIE, föhl ich mich manchmal etwas unsicher, weil ich will nicht die Frau, überfordern im Sinne von, wenn ich sage: ›Ja nach sechs Wochen dürft ihr wieder Sex haben‹, dass dann die Frau denkt ›Ja scheiße P4, warum sagst du das jetzt, ich will jetzt noch gar nicht, bitte lass doch dieses Thema einfach stecken. AHH, warum hast du es erwähnt‹, deswegen merke ich mich schon als sehr zögerlich, weil ich nie weiß, ähm.« (P4)

In verschiedenen Aussagen wie dieser schreiben die Hebammen sexuellen Themen eine hohe Bedeutung zu. Dies könnte in Zusammenhang mit einer sozialen Erwünschtheit im Forschungszusammenhang gedeutet werden. Denn zugleich beschreiben sie auch Hemmungen, über Sexualität zu sprechen und konstruieren im Gesprächsverlauf die Notwendigkeit einer persönlichen Überwindung, Sexualität zu thematisieren. Dieselbe Sinnkonstruktion einer guten Hebammenarbeit kann aber auch rein funktional verstanden werden: im Sinne eines beruflichen Selbstverständnisses, das die Thematisierung von Sexualität notwendigerweise einschließt. So wird sie zugleich zu einer grundlegenden Zielbeschreibung für die Hebammenarbeit und zum Maßstab für den Grad der Zielerreichung.

Weiterhin verdeutlicht sich hier eine Unsicherheit der Hebammen bezüglich empfohlener Zeitpunkte für sexuelle Aktivitäten nach Geburt und entsprechende Beratung. Im Hinblick auf die direkte Kommunikation mit der jeweiligen Klientin zeigen sich vorwiegend biomedizinisch-funktionsorientierte und zurückhaltend-reaktive Herangehensweisen. Sexualität wird dabei als intimes, persönliches Thema konstruiert, das

einer besonderen Vorsicht in der Kommunikation bedarf. Im Diskussionsverlauf wird außerdem deutlich, dass die Teilnehmer*innen bevorzugt über das anknüpfende Thema Verhütung auf Sexualität verweisen oder in dem über »Das« gesprochen wird. So tragen sie hier selbst, möglicherweise ohne es zu wollen, zu einer Tabuisierung oder Umgehung sexueller Inhalte in ihrer Betreuung bei. Zudem wird an dieser Stelle deutlich, dass die männliche Lust als potenzielle Begrenzung der angestrebten sexuellen Selbstbestimmung der Frau gedeutet wird, die durch eine Thematisierung sexueller Inhalte durch die Hebamme gefördert werden könnte. Die Hebammen teilen dabei den Anspruch, einen eventuellen partnerschaftlichen Druck abzumildern und erkennen dabei eigene berufliche Grenzen an. Diese Sinnkonstruktion steht in engem Zusammenhang mit den hierarchischen Strukturen, die Hebammen in ihrem Berufskontext wahrnehmen.

Zur Rolle von Beziehungen und sozialen Verhältnissen

In der Gruppendiskussion lassen sich von Macht geprägte Verhältnisse im Berufsfeld der Hebammen aufdecken. Diese beeinflussen die sexualitätsbezogene Beratungskonstruktion von Hebammen und betreffen zunächst die Betreuungsbeziehung selbst, zeigen sich aber auch in Äußerungen zum Geschlechterverhältnis, in nicht explizit reflektierten klassistisch geprägten Bezügen sowie in der Abgrenzung zur gynäkologischen Praxis. Diesen Dimensionen werde ich in den folgenden drei Abschnitten nachgehen.

Betreuungsbeziehung und Geschlechterverhältnis

Hinsichtlich ihrer Wirkmacht als Beraterin formuliert P1 ihre selbstkritischen Gedanken folgendermaßen:

»P1: ich hab das auch schon, dass ich dachte: »Aiaiai, wenn ich das jetzt sage, dann ist er jetzt gleich so: »OK!«

P5: (lacht)

P1: »Los gehts!« (klatscht) und, und sie: »Oh nein, ich habe aber ein DR² gehabt«. So das glaube ich schon, dass man da irgendwie auch eben eine Macht hat, mit den Worten, dass man sagt: »Ja, wäre schon ok jetzt, ne? Bist du noch nicht so weit? Wie, du willst noch nicht (...) vögeln, warum nicht? Ihr habt noch nicht?« (lacht) Ist ja auch eine Wertung, ne.«

Die Frau wird hierbei als schützenswertes Individuum in einer vulnerablen Lebensphase konstruiert. Sex wird dabei als potenziell schmerzhaftes Ereignis betrachtet, das bestenfalls bei selbst empfundener Lust positiv erlebt werden kann. Allein Sexualität anzusprechen kann demnach bereits eine Überforderung für die Frau sein und ihre Fähigkeit, ein Nein zum Sex auszudrücken, mindern. Als wichtiges Orientierungswissen wird in diesem Abschnitt außerdem deutlich, dass bei der Betreuung durch Hebammen

3 Dammriss zweiten Grades: Dammverletzung der Haut- und Muskelschichten infolge einer vaginalen Geburt

das Wohl der Frau im Vordergrund steht. Die Hebamme schreibt sich selbst in dieser Beziehung eine Machtposition zu, die im Sinne einer Reflexion ihrer Expert*innenmacht gedeutet werden kann. Dies zeigt, dass Hebammen ihre eigene Positionierung in hierarchisch erklärten Verhältnissen durchaus kritisch betrachten. Machtstrukturen im Geschlechterverhältnis werden hingegen nicht expliziert. Vielmehr differenzieren die Hebammen in ihren Äußerungen wiederholt männliche und weibliche Lust nach Geburt. Der oben ausgedrückte Auftrag von P1, Frauen vor möglichen männlichen Zugriffen schützen zu wollen, spitzt die Konstruktion der Frau als potenziell passives Wesen zusätzlich zu. Sie begründen ihre Zurückhaltung in der sexualitätsbezogenen Beratung u.a. damit, keinen »Freifahrtsschein« für den Mann ausstellen zu wollen und verhandeln damit die Frau als Objekt männlicher Herrschaft.

Gleichzeitig wird an anderer Stelle betont, dass Paare Sexualität alleinverantwortlich gestalten sollen. Positiver Horizont ist in diesem Zusammenhang das postulierte Vertrauen in die Selbstbestimmung der Frau und die Kommunikationsfähigkeit der Paare; negativer Gegenhorizont die potenzielle Gefährdung der Frau durch männliche Dominanz. Die diskutierenden Hebammen befinden sich in einem Orientierungsdilemma zwischen der Annahme von Geschlechterstereotypen, realexistierender potentieller Gefährdung und dem Ideal personenzentrierter, ergebnisoffener Beratung in sexuellen Fragen.

Klassenspezifische Vorurteile

Die diskutierenden Hebammen orientieren sich in ihrem beruflichen Handeln an der Zugehörigkeit der betreuten Frauen zu spezifischen sozialen Gruppen. Diesen schreiben sie wiederum verschiedene Haltungen und Kompetenzen bezüglich ihrer Sexualität und ihres Körpers zu. Deutlich wird dies in folgendem Gesprächsausschnitt. Die Hebammen diskutieren das beckenbodenorientierte Körpergefühl und -wissen von Menschen nach Geburt. Dabei beziehen sie sich auf kommunikative Reaktionen der Betreuten auf Fragen zu vaginaler Blutung und Selbstuntersuchung. Diese werden teilweise in Zusammenhang mit einer schamhaften Zurückhaltung und sexuellen Hemmung gebracht. P1 und P4 nehmen darauf Bezug und verknüpfen dies im Beispiel mit verschiedenen Stadtteilen:

»P1: Aber du fährst auch nur noch Stadtteil A, ne?

P4: Stadtteil A und Stadtteil B und ich habe schon den Eindruck

P1: Ja das macht einen Unterschied

P4: dass die Stadtteil A-Frauen vielleicht so dieses

P1: Find ich auch.

P4: Dass, wenn auch irgendwie, keine Ahnung, Akademiker hauptsächlich, oder so, wobei, es gibt auch sehr viele spießige Akademiker. Aber es ist, sie sind schon irgendwie aufgeklärter und ahm, deswegen habe ich jetzt nicht so den Eindruck, dass die einen schlechten Körperbezug haben.«

Bei dem genannten Stadtteil A handelt es sich um einen dicht besiedelten, ehemals benachteiligten zentral gelegenen Stadtteil im Strukturwandel. Aufgrund des ausgeprägten Hebammenmangels in dieser Stadt ist davon auszugehen, dass vorwiegend

akademisch geprägte, zur finanziellen Mittelschicht gehörende Bewohner*innen des Stadtteils Hebammenbetreuung in Anspruch nehmen. P1 und P4 diskutieren hier also (mangelndes) Körpergefühl parallel zum Wohnort und Grad der Bildung der von ihnen betreuten Frauen. Eine akademische Ausbildung verbindet P4 mit körperlicher und sexueller Aufgeklärtheit und folgert daraus einen positiven Körperbezug. Diesen Körperbezug erachten die Hebammen für wichtig mit Blick auf das »gesunde Erleben von Geburt«. Zudem wird es als Grundlage für sexuelles Interesse und Aktivität nach Geburt verstanden. Dieses Sinnverständnis wird in unterschiedlichen inhaltlichen Zusammenhängen immer wieder von den Diskutierenden bekräftigt u.a. auch in der Beschreibung differierender sexueller Präferenz und Aktivität bei Menschen unterschiedlicher sozialer Gruppierungen. Mit sozialer Herkunft assoziierte Diskriminierungsformen werden in der Gruppendiskussion nicht offen diskutiert. Dies könnte als Hinweis auf eine Tabuisierung von klassenspezifischen Problemstellungen oder Vermeidung einer potentiell konflikthafter berufsinternen Auseinandersetzung mit Privilegien und Benachteiligung gedeutet werden, welche vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Debatten verstanden werden kann.

Abgrenzung zu Gynäkolog*innen

Die Auseinandersetzung mit der Berufsgruppe der Gynäkolog*innen erleben die Teilnehmer*innen als zusätzliche, wiederkehrende Herausforderung, wie beispielsweise folgende Passage veranschaulicht:

»P [unv.]: (...) in letzter Zeit, dass viele mich auch früh fragen, wann sie wieder Sex haben dürfen. Also, so nach fünf, sechs Wochen?/

P2: Dass man das fragt, ob man das DARF.

P4: Was heißt hier, nicht DARF, aber halt im Sinne von, wir müssen verhüten oder/

P1: Du hast eine Abschlussuntersuchung, da sagt dir ein Gynäkologe, der Wochenfluss ist infektiös.

P2: HOCHINFEKTIÖS!

P4: Ja und genau, es gibt da halt diverse Unsicherheiten, ne (...)«

Mit dem Ziel einer Infektionsvermeidung hat sich die Empfehlung zur vorübergehenden sexuellen Abstinenz bis zum Ende des Wochenflusses insbesondere bei Gynäkolog*innen etabliert (vgl. Bühling 2009). Die medizinische Begründung der vaginalen Blutung als potentiell infektiös gilt allerdings als überholt (vgl. Abou-Dakn 2019). In der Gruppendiskussion verdeutlichen die Hebammen in diesem Zusammenhang zentrale Aspekte ihres beruflichen Selbstverständnisses im Spiegel einer Fremdzuschreibung durch Gynäkolog*innen. Diese werden von den Hebammen in der Gruppendiskussion in ihrer hierarchischen Stellung oberhalb der betreuten Frauen angesiedelt. Zugleich distanzieren sich die Hebammen davon, indem die grundsätzliche Frage nach der Notwendigkeit einer ärztlichen Erlaubnis zum Sex nach Geburt kritisch hinterfragt wird. Die Art der Thematisierung von Sexualität wird dabei als relevanter Aspekt zur Konzeptionalisierung der Berufsgruppe der Hebammen in Form einer Abgrenzung zur gynäkologischen Praxis genutzt. Die Hebammen charakterisieren an dieser Stelle einen

Wesenskern des Anspruchs an ihre Arbeit: Wenn Hebammen beraten, geht es um die (Selbst-)Ermächtigung der Frauen.

Möglicherweise stehen die Institutionen Ärzt*innenschaft und Klinik, von denen die Diskutierenden sich abgrenzen, jedoch auch für den Horizont Gesellschaft – den die Hebammen als konstituierenden Rahmen von Sexualität und Reproduktion nicht explizit reflektieren. Dies vermeiden die Hebammen unter Umständen auch zugunsten ihrer wahrnehmungsorientierten Perspektive den betreuten Frauen und Kolleg*innen gegenüber, worauf der Verweis von P4 auf diverse Unsicherheiten hindeutet.

Sexualität – (k)ein Thema für Hebammen?

Die Analyse hat gezeigt, dass die Teilnehmer*innen der Gruppendiskussion postpartale Sexualität als bedeutungsvolles, intimes und von Machtverhältnissen geprägtes Phänomen verstehen. Zentraler Bestandteil des beruflichen Anspruchs ist eine Haltung der Wahrnehmung mit dem Wunsch, vorsichtig unterstützend begleiten zu wollen. Die Hebammen versichern sich dabei wechselseitig auf das Ideal der Gestaltung einer ergebnisoffenen, kompetenten Beratung zu sexuellen Fragen, welche die Selbstbestimmung von Frauen fördert. Gleichzeitig beschreiben sie ein von Machtverhältnissen geprägtes Handlungsfeld, in dem sie sich selbst eine machtvolle Position zuschreiben, Sexualität normieren und zugleich sexualitätsbezogene Beratungsunsicherheiten erleben. Somit kennzeichnen Sprachschwierigkeiten und Zurückhaltung das Erleben der Hebammen von entsprechenden Beratungssituationen.

Daraus resultierend entwickeln die Hebammen sachorientierte und reaktive Beratungsstrategien zu sexuellen Themen. Außerdem werden geschlechtsspezifische Narrative mit Verweis auf ihnen zugrundeliegende biologische Faktoren zu einem wichtigen Referenzrahmen. Die Reaktionen der Hebammen sind also von sozialisatorisch gewachsenen Annahmen beeinflusst. Die Idee, Familien interventionsarm, achtsam und bestärkend begleiten zu wollen, erschwert die sexualitätsbezogene Beratung zusätzlich. Sie verstärkt unbeabsichtigt die Unsichtbarkeit und Tabuisierung von Sexualität in der reproduktiven Lebensphase in der Kommunikation zwischen Personen nach Geburt und Hebammen.

Hierbei zeigen sich Bedarfe für weiterführende, empirische Forschungsarbeiten im Hinblick auf sexualitätsorientierte Beratungssituationen nach Geburt, dem Habitus von Hebammen und ihrem Verständnis von Sexualität, Geschlecht und Machtverhältnissen sowie auch die wissenschaftshistorischen Annahmen hinter wirkmächtigen Empfehlungen wie etwa der mehrfach erwähnten Sechs-Wochen-Frist.

Sexuelle Selbstbestimmung ist ein zentrales Anliegen feministischer Bewegungen. Auch das Erleben von Sexualität in der reproduktiven Lebensphase und ihre Begleitung durch Gesundheitsfachpersonen dürften im Interesse von Gebärenden und ihren (Sexual)Partner*innen ebenso wie ein (berufs-)politisches Anliegen von geburtshilflich Tätigen und Beratenden sein. Dieser Beitrag konnte erste Aspekte der Perspektiven von Hebammen in Deutschland auf sexuelles Begehren aufzeigen und verdeutlichen, dass sexuelle Themen ein konfliktbehaftetes Beratungsfeld darstellen.

Eine Ausweitung der sexualitätsbezogenen Ausbildung von Hebammen hat in Zukunft die Aufgabe, dazu beizutragen, dass sexuelles Fachwissen und persönlicher Komfort in der Thematisierung sexueller Fragen wachsen. Bei der Gestaltung und Evaluation entsprechender Bildungsangebote für Hebammen sollten auch intersektionale Perspektiven, welche die Verschränkung und Wirkmacht von Rassismus, Geschlechter- und Klassenverhältnis berücksichtigen, einbezogen werden. Stereotype Vorannahmen stigmatisieren betroffene Personen und erschweren die Entwicklung der wertschätzenden, ressourcenorientierten Perspektive auf Sexualität nach Geburt. Hierfür ist es von Bedeutung, dass Hebammen sich mit eigenen sexualitäts-, geschlechts- und mutterschaftsbezogenen Überzeugungen auseinandersetzen. Dies schließt die Reflexion beruflicher Settings im Hinblick auf die soziale Herstellung von Geschlecht ein. Daraus können Chancen der emanzipatorischen, sexuellen Entwicklung erwachsen (vgl. Voß 2016), von denen auch in der Beratung tätige Hebammen profitieren können.

Literatur

- Abou-Dakn, Michael (2019): »Das frühe Wochenbett – Physiologie und Pathologie«, in: Die Hebamme 32 (2), S. 18-24.
- Avery, Melissa A./Ducket, Laura/Roth Frantzich, Carrie (2000): »The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women«, in: Journal of Midwifery & Women's Health 45 (3), S. 227-237.
- Barrett, Geraldine/Pendry, Elizabeth/Peacock, Janet/Victor, Christina/Thakar, Raneel/Manyonda, Isaac (2000): »Women's sexual health after childbirth«, in: BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 107 (2), S. 186-195.
- Bohnsack, Ralf/Nentwig-Gesemann, Iris/Nohl, Arnd-Michael (2013): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Wiesbaden: Springer VS.
- Bühling, Kai J. (2009): »Wochenbett. Normales Wochenbett«, in: Kai J. Bühling/Wolfgang Friedmann (Hg.), Intensivkurs Gynäkologie und Geburtshilfe, München/Jena: Elsevier, Urban & Fischer (Klinik), S. 315.
- GKV Spitzenverband (2017): »Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach §134 a SGB V«, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf (letzter Zugriff: 20.06.2021).
- Gott, Merryn/Galena, Elisabeth/Hinchliff, Sharron/Elford, Helen (2004): »Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care«, in: Family Practice 21 (5), S. 528-536.
- Hipp, Lauren E./Kane Low, Lisa/van Anders, Sari M. (2012): »Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors«, in: Journal of Sexual Medicine 9 (9), S. 2330-2341.
- Landeshebbammengesetz Nordrhein-Westfalen (2009): »Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger NRW«, verfügbar unter: <https://www.hebammen->

- nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Verband/pdf/BEO_NRW_2_.pdf (letzter Zugriff: 23.03.2021).
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, Weinheim/Basel: Beltz Studium.
- Nohl, Arnd-Michael (2012): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, Wiesbaden: Springer VS.
- Olsson, Ann/Robertson, Eva/Falk, Katharina/Nissen, Eva (2009): »Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check«, in: Midwifery 27 (2), S. 195-202.
- Ören, Besey/Zengin, Neriman/Yazıcı, Saadet/Çil Akıncı, Ayşe (2018): »Attitudes, beliefs and comfort levels of midwifery students regarding sexual counselling in Turkey«, in: Midwifery 56, S. 152-157.
- Percat, Ariella/Elmerstig, Eva (2017): »We should be experts, but we're not«: Sexual Counseling at the antenatal care clinic«, in: Sexual & Reproductive Healthcare Journal 14, S. 85-90.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung, München: Oldenbourg.
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu (2007): Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Bern: Huber.
- Tazi-Preve, Mariam I. (2017): Das Versagen der Kleinfamilie. Kapitalismus, Liebe und der Staat, Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Voß, Heinz-Jürgen (2016): »Aufgaben der Sexuellen Bildung heute«, in: pro familia Bundesverband (Hg.), Sexuelle Bildung, die stark macht. Respekt, Toleranz und Menschenrechte. pro familia Fachtagung, Frankfurt, S. 15-20.

