



Geborgenheit schaffen – Gebären braucht einen Seelenraum

Nancy I. Stone

Der Ausdruck „In guter Hoffnung sein“ verweist auf die tiefe menschliche Sehnsucht nach einer positiven Zukunft, die mit der Geburt eines gesunden Kindes verbunden ist. Dabei ist der physiologische Zustand der Frau und des werdenden Kindes nur ein Teil des Ganzen, das eine tiefere emotionale, geistige, und kulturelle Dimension hat. Während „In guter Hoffnung sein“ das Gefühl vermittelt, in einer besonderen und nachvollziehbaren Beziehung zur Zukunft zu stehen, erleben Schwangere, wie sie durch Unsicherheit und Sorge aus dieser Gegenwart herausgelöst sind. Die individuell erlebte und verkörperte Schwangerschaft tritt in den Hintergrund, wenn die Gegenwart mit zukünftigen Sorgen besetzt wird.

Der Sozialwissenschaftler Anthony Giddens schreibt, dass Menschen ihre Zukunft mit potenziellen Risiken besiedeln (1991). In der Moderne, so Giddens, wird Vertrauen oft durch Risikoberechnungen ersetzt, das heißt, eine vorausschauende Haltung, in der alle möglichen Ergebnisse mathematisch und entpersonalisiert formuliert werden. So werde das Vertrauen an Experten*innen delegiert, denen zugeschrieben wird, medizinisch gesehen überlegenes Wissen zu haben. Das Vertrauen in sich selbst geht leider oft verloren.

Die Körperhistorikerin Barbara Duden beschreibt in ihrem grundlegenden Werk *„Der Frauenleib als öffentlicher Ort: Vom Missbrauch des Begriffs Leben“* (1991), dass Schwangerschaft eine gelebte und verkörperte Erfahrung ist und nicht nur ein körperlicher Zustand, der sich auf systematisch gesammeltes Wissen über diesen Zustand bezieht. Schwangersein als verkörperte Erfahrung wurde im Deutschen früher mit dem Verb „schwanger gehen“ ausgedrückt, ein heute veralteter Ausdruck, der in der Alltagssprache nur noch im übertragenen Sinne verwendet wird (z. B. „mit einer Idee schwanger gehen“). Barbara Duden hat ihn jedoch im Kontext ihrer Forschung wieder aufgegriffen, um diesen Prozess zu verdeutlichen. Schwangerschaft als Zustand hingegen wird substantivisch ausgedrückt. Eine Schwangerschaft als Zustand kann durch einen Schwangerschaftstest diagnostiziert werden, als Bild eines schlagenden Herzens auf einem Ultraschallbildschirm, oder in den Ergebnissen einer Blutuntersuchung nachgewiesen werden. Demgegenüber bezeichnen „sich schwanger fühlen“ und „schwanger gehen“ die reale, gegenwärtige Situation, die viel mehr Beachtung

verdient. Sich auf das Wesenhafte in diesem Prozess zu beziehen, bedeutet nicht, die Schwangerschaft als biologische Tatsache herabzusetzen oder gar abzulehnen. Es ist vielmehr die Aufforderung zu einem Perspektivwechsel, der den geistigen und emotionalen Erlebensprozess der Frau und die täglich wachsende Beziehung zwischen ihr und dem in ihr werdenden Kind in den Fokus rückt.

Hebammen und Ärzt*innen können Frauen helfen, *schwanger zu gehen* und einen besseren Bezug zu ihrem gegenwärtigen Befinden zu entwickeln, indem sie die verschiedenen Dimensionen der Schwangerschaft ansprechen. Einfache Fragen wie: „Wie fühlst du dich?“ und „Wie geht es Deinem Kind?“ öffnen einen Raum für die Frau, der verschlossen bleibt, wenn nur untersucht und gemessen wird. Die Bereitschaft, sich Zeit zu nehmen, um die Antworten auf diese Fragen anzuhören und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, sollte die Grundlage der Betreuung während der Schwangerschaft und unter der Geburt sein. Darüber hinaus kann die kinästhetische Kontaktaufnahme mit dem Ungeborenen durch Leopold'sche Handgriffe unterstützend wirken (Stone, 2022). Das Öffnen dieses Raumes, in dem die Frau bei sich und ihrem Kind ankommt, gewinnt besonders auch im Zusammenhang mit der Geburt an Bedeutung.

Geborgenheit für die Geburt gestalten

Wenn wir von einem Geburtsort sprechen, denken wir an eine bestimmte Einrichtung: ein Krankenhaus, ein Geburtshaus oder das Zuhause einer Frau. Doch um zu verstehen, was mit dem Geburtsort zusammenhängt, müssen wir genauer hinschauen. Es ist wichtig, nicht nur den Ort zu bezeichnen, sondern auch das Umfeld, in dem die Geburt stattfindet, das heißt, das unmittelbare Umfeld der gebärenden Frau einschließlich der anwesenden Personen im Gebärraum. Ein Gebärraum ist mehr als nur eine physische Struktur; es ist ein Ort, der die Emotionen und Erfahrungen der Menschen, die ihn betreten, beeinflusst. Die Umgebung umfasst nicht nur physische Aspekte wie Licht, Farben und Geräusche, sondern auch soziale und kulturelle Kontexte, die gestaltend auf die Physiologie der Frau, ihre psychische Verfassung, und den Geburtsprozess wirken (Hammond & Foureur, 2019; Hammond et al., 2014).

Ein warm und einladend eingerichteter Raum ist keine hinreichende Maßnahme, um eine sichere und geborgene Atmosphäre während der Geburt zu schaffen. Die menschlichen Komponenten des Geburtsgeschehens sind an erster Stelle entscheidend. Daher sollte sowohl der Raum selbst als auch die umgebende Umwelt – die anwesenden Personen, die Atmosphäre, die durch sie gestaltet wird – als integraler Bestandteil des Geburtsprozesses betrachtet werden. In Deutschland kommt den Hebammen bei jeder Geburt eine entscheidende Rolle zu. In diesem Sinne beeinflussen sie die konkrete Gestaltung und Atmosphäre eines Raumes. Dies wirkt nicht nur auf das Wohlbefinden der gebärenden Person, sondern auch auf das Wohlbefinden und die Praxis der Hebamme (Hammond et al., 2014; Wangler et al., 2023). Jede Person, die den Gebärraum betritt – einschließlich der Ärzt:innen – beeinflusst die Atmosphäre und das Vertrauensklima. Eine unterstützende Geburtsumgebung besteht insbesondere dann, wenn Ärzt:innen das Wissen und die Kompetenz der Hebammen in der Geburtsbegleitung anerkennen und in diesem Raum vertrauensvoll präsent sind (Lundborg et al., 2019).

Athena Hammond, eine australische Forscherin, hat in ihrer *Critical Realist* Studie über den Einfluss des Ortes auf die Hebammenpraxis drei Domänen herangezogen, um diesen Einfluss zu beschreiben: das Reale (die Mechanismen und Strukturen, die dem zugrunde liegen, was passiert), das Aktuelle (das, was passiert, nicht immer sichtbar ist, dennoch hat es Einfluss auf das Empirische) und das Empirische (das, was wir sehen und erleben) (Bhaskar, 1997; Hammond, 2014). Im Rahmen ihrer qualitativen Studie gaben die befragten Hebammen an, dass die Gestaltung des Gebärraums einen Einfluss auf ihre Befindlichkeit sowie nachfolgend auf ihre praktische Tätigkeit habe, Ergebnisse, die sich in anderen Studien auch widerspiegeln (Ayerle et al., 2023). Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Hebamme sich wohlfühlt, um eine vertrauensvolle Verbindung zur gebärenden Frau und ihrer Begleitung aufzubauen. Diese vertrauensvolle Verbindung ist unerlässlich, um die Frau während der Geburt empathisch und professionell zu begleiten, so wie es erforderlich ist.

Verena Schmid, Hebamme und Expertin der physiologischen Geburt, erörtert die Umstände, die bei Hebammen zu einer Frustration führen können. Hebammen, die u. a. „in ihrer Professionalität gehemmt sind, eine Diskrepanz zwischen der Planung ihrer Arbeit und der operativen Realität erleben und sich beruflich nicht weiterentwickeln können,“ seien, so Schmid, nicht in der Lage, ihre Arbeit engagiert und zufriedenstellend auszuführen (2015, p. 250). Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Hebammen Emotionsarbeit (*emotional labour*) leisten, was mit einer hohen psychischen Belastung einhergehen kann (Hunter, 2004). Die

Wertschätzung dieser Tätigkeit sowie der eigenen Person innerhalb der institutionellen Umgebung stellt eine grundlegende Voraussetzung dar, um der gebärenden Frau die notwendige Geborgenheit zu vermitteln (Leinweber & Rowe, 2010). Unter der Voraussetzung einer positiven Selbstwahrnehmung sowie einer adäquaten Nutzung der sowohl eigenen als auch organisationalen Ressourcen kann sich eine individuelle Begleitung der betreuten Frau durch die Hebamme für beide als positiv wirksam entfalten.

Der Geburtsprozess wird von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst. Sofern die Geburt nicht zuhause stattfindet, ist die Frau darauf angewiesen, sich in einer ihr fremden Umgebung zu orientieren. Das geht mit einer Entfernung von der sie schützenden Gemeinschaft einher. Die Frau wird dazu aufgefordert, sich an die institutionellen Normen anzupassen—mitunter so weit, dass sie ein Krankenhausnachthemd anzieht und damit einen Teil ihre Identität aufgibt. Deshalb ist es erforderlich, dass neben dem physischen auch ein emotional stabiler und geistig ruhiger Raum um die Frau entsteht, in dem sie sich geborgen fühlen kann. Dieser Raum kann als Seelenraum bezeichnet werden.

Das Gebären unterstützend begleiten

Die Konfrontation mit den Herausforderungen der Geburt erfordert von der Gebärenden einen hohen Grad an Mut, Kraft und Vertrauen und insbesondere die Fähigkeit, sich einzulassen auf diesen nicht planbaren Prozess, der sowohl Hingabe als auch Aktivität von ihr erfordert. Die Fähigkeit, sich diesen Herausforderungen zu stellen und sie zu bewältigen, wird durch Geborgenheit gefördert. Es ist Aufgabe der Hebammen/Begleitenden, um die Gebärende herum diesen geschützten Raum zu gestalten. An Geburtsorten, wo eine Eins-zu-eins-Betreuung möglich ist, kann die Hebamme sich auf die individuellen Bedürfnisse der Frau fokussieren. In Situationen, in denen keine Eins-zu-eins-Betreuung gewährleistet ist oder eine Frau keine Möglichkeit hat, Vertrauen in sich und ihre Geburtsbegleiter*innen – Hebamme und Ärztin oder Arzt – aufzubauen, besteht die Möglichkeit, dass der gesunde Ausdruck von Emotionen, wie Ängsten und Unsicherheit, die bei der Geburt höchst präsent sind und als bedrohlich empfunden werden, zu stark unterdrückt wird.

Um Emotionen adäquat zum Ausdruck bringen zu können, ist es erforderlich, sich nicht nur geborgen zu fühlen, sondern auch von Menschen umgeben zu sein, die den Prozess mittragen. Betreuende, die über die nötige Zeit und Erfahrung verfügen, können der Gebärenden diese Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit im Kontext des Geburtsverlaufs in ihrer Kohärenz

vermitteln können. Im psychologischen Sinne spricht man oft von „Sense of Coherence“ (Antonovsky, 1993), der das Gefühl beschreibt, dass eine Situation verstehbar, handhabbar und sinnvoll ist – was auch für den Geburtsprozess relevant ist.

Der Philosoph **Mark Johnson** (2007) schreibt, dass Emotionen als Teil von uns nicht von unserem Leib zu trennen sind. Emotionen sind nicht ein Produkt unseres Denkens, sondern ein Teil des physisch Erlebten. Gefühle erzeugen Situationen und Situationen erzeugen Gefühle, beides ist untrennbar miteinander verbunden. Unsere Sinnfindung entsteht mit dem Erlebten, Gestalteten und Gefühlten (Johnson 2007). Dies gilt für alle, die bei einer Geburt präsent sind, auch für die, die vor der Tür eine Geburt belauschen. Die Begleitenden haben den Auftrag, die Frau so zu unterstützen, dass sie die Geburtsgeschehnisse als zu ihr gehörig empfinden kann. Hier soll und darf die Institution mit ihren bürokratischen Routinen nicht die Bedürfnisse der Frau wegdrängen.

Wer Frauen sagt, es sei unwichtig, wie die Geburt verläuft, Hauptsache ihr Kind sei gesund, leugnet, dass die Geburt für Mutter und Kind nicht nur ein physischer, mechanischer Vorgang ist, sondern auch ein wieder zueinander Finden bedeutet. Die Fähigkeit, rational über die Geburt nachzudenken, ersetzt nicht die Notwendigkeit, das Gebären auch als eine in Psyche, Körper und Geist tiefwirkende Erfahrung zu verstehen. Das Kind wird nicht in die Welt hinein und nicht für die Welt geboren, sondern in die Arme seiner Mutter. So wie die Mutter das neugeborene Kind halten wird, soll auch sie gehalten werden, um ihren Schmerz durch Bewegung zu lindern und durch Tönen zum Ausdruck zu bringen, wenn sie es so will.

In meiner Forschung über die Sicherheit des Gebärens in Geburtshäusern konnte ich feststellen, dass Frauen eine individualisierte Betreuung bei der Geburt gerne annehmen. Sie wünschen sich weniger eine perfekte Geburt als eine ideale Betreuungssituation. Dabei muss Sicherheit nicht in den Hintergrund treten, um Frauen und Paaren die Möglichkeit zu geben, sich sicher und angenommen zu fühlen.

Sicherheitskonzepte in der klinischen Geburtskultur

Vorstellungen von einer sicheren Geburt sind kulturell determiniert und spiegeln soziale Ordnungen (Jordan 1993). Die Anthropologin Brigitte Jordan, die sich in ihrem bahnbrechenden Buch *Geburt in vier Kulturen*, mit dem Gebären und der Geburtshilfe in den USA, Yukatan, Schweden und Holland befasst, schreibt, dass es in jeder Kultur schwierig sei,

zu bestimmen, was physiologisch notwendig ist und was sozial konstruiert ist, so Jordan (1993: 45). Wie eine Gesellschaft Geburt und Geburtsschmerz definiert, wird, so Jordan, nicht nur die Erwartungen der Frau bestimmen, sondern auch die Interventionen, die akzeptiert und eingesetzt werden.

Bis Mitte der 1950er Jahre ging man in Deutschland ebenso wie in vielen anderen Ländern Europas davon aus, dass eine gut ausgebildete, verantwortlich arbeitende Hebamme im Falle einer gesunden Schwangerschaft eine sichere Geburtsbegleitung für Mutter und Kind bedeutet. In den darauffolgenden Jahrzehnten verlagerte sich das Gebären zunehmend in die Klinik. Während Mitte der 1950er Jahre in Deutschland noch 50 Prozent aller Frauen ihr Kind zu Hause bekamen, war die Geburt im Jahre 1975 fast vollständig hospitalisiert: 99 Prozent der Kinder wurden jetzt in der Klinik geboren (Bund Deutscher Hebammen 2006). Die institutionelle Versorgung bot jedoch keinen Schutz der Intimsphäre der Frau (Albrecht-Engel 1995). Hinzu kamen die Einführung von Überwachungstechnologien, Medikation und Anästhesie, die seit den 1970er Jahren zunehmend das Gebären in der Klinik bestimmten. Der Einsatz von Medizintechnik, der mehr Sicherheit bieten sollte, führte gleichzeitig zu einer hohen Rate von Interventionen (Schumann 2009). Dabei wurden objektiv messbare Daten des Fötus zum Mittelpunkt des Geburtsgeschehens, während die Frau mehr und mehr aus dem Blick der Begleitenden verschwand (ibid).

Die Geburt als tief einschneidendes Erlebnis im Leben einer Frau und einer Familie wurde der Idee einer Risikominimierung geopfert. Heute hat sich die Geburtshilfe in vielen westlichen Ländern in eine Richtung entwickelt, in der die sozialen Aspekte des Gebärens durch Technologie und Steuerung verdrängt wurden. Der Gynäkologie Marsden Wagner (Wagner 2001) hat zeitlebens für die Humanisierung der Geburtshilfe gekämpft. Die Erlebnisse der Frau bei der Geburt sollten beachtet werden. Das war eine seiner wichtigen Botschaften an die Betreuenden: Man müsse auf die Bedürfnisse der Gebärenden eingehen und nicht auf die einer Institution, sonst verlieren Frauen ihre Selbstbestimmung (Walsh, 2006). Wagner sah im Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation eine Dehumanisierung der Geburt. Er warnte vor der Misshandlung von Frauen durch die Entfremdung, wenn Personal durch Technologie ersetzt werde. Technologie könne keine sichere Geburt gewährleisten; nur Menschen könnten dies. Da Kliniken heute gewinnorientiert arbeiten, kommt es immer mehr zu Personalengpässen und einer fehlenden Eins-zu-eins-Betreuung (Behruzi et al. 2011).

Das Geburtshaus als Ort der Sicherheit

In den 1970er Jahren, während der zweiten Welle der Frauenbewegung, kämpften Frauen auch in Deutschland für eine selbstbestimmte Geburt. Frauen, die demütigende Prozeduren und traumatische Geburtserfahrungen erlebt hatten, gründeten gemeinsam mit engagierten Hebammen Geburtshäuser, in denen Frauen vor dem ritualisierten Einsatz von Interventionen geschützt ihre Kinder nach ihren Vorstellungen gebären können sollten. (Beittel 2010). Viel Widerstand kam ihnen damals von Seiten der Medizin entgegen. So wurden die Gründungsfrauen des ersten deutschen Geburtshauses in Berlin von Gynäkologen und Medien als potenzielle „Babytöterinnen“ beschimpft, obwohl die Hebammen und Qualitätsstandards für ihre Arbeit entwickelten, indem sie beispielsweise die fetale Herzfrequenz elektronisch überwachten und eine zweite Hebamme zur Geburt hinzuzogen. Heute gibt es über 100 Geburtshäuser in Deutschland, die eine interventionsarme Geburtshilfe anbieten. Während die Sicherheit für Mutter und Kind bei außerklinischen Geburten noch immer angezweifelt wird (Arabin, et. al. 2012; Chervenak, et.al. 2011; Wax 2010), gibt es inzwischen zahlreiche Studien, die längst alle diesbezüglichen Zweifel hätten ausräumen können (David et al. 1999; Bauer & Kötter 2012; Birthplace in England 2011; Loytved & Wenzlaff 2007; Walsh & Downe 2004). Dennoch können wir immer wieder feststellen, dass der Diskurs über die Sicherheit der außerklinischen Geburtshilfe häufig mehr emotional als wissenschaftlich geführt wird. Als Forscherin habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, die Mechanismen zu erforschen, die die statistisch belegte Sicherheit der Geburt im Geburtshaus begründen. Während meiner Feldforschung habe ich vielen Geburten beiwohnen dürfen.

Vertrauensvoll Grenzen überschreiten

Sechs Wochen nach der Geburt besuchen Berit und ihr Partner das Geburtshaus. Ich sitze im Raum und lausche wie Mutter, Vater und Hebamme – jede Person aus ihrer Perspektive – ihre Geschichte von der Geburt erzählen, während eine Frau nebenan in der Gebärfwanne ihr Kind gebärt und für eine imponierende Geräuschkulisse sorgt. Ihr regelmäßiges Tönen bietet den perfekten Hintergrund zur Geschichte von Berit, die ihr Kind in einer Sommernacht geboren hat. Die Augen der Mutter verschwimmen, beim Blinzeln fällt eine Träne der Freude, während die Hebamme ihre Version erzählt. Geschichten einer Geburt sind immer emotionsreich und eindrucksvoll. Sie erzählen von Tatsachen wie Erbrechen, Tönen, von Toilettengängen, aber auch von Kraft, Erschöpfung, Frust, Schmerz und Überwindung. Berit erzählt, wie

beeindruckend es für sie war, als die zweite Hebamme genau in dem Moment in den Raum kam, als die erste Hebamme sie rufen wollte. Berit wusste nicht, dass die zweite Hebamme an ihrem Tönen hören konnte, dass sie ihr Baby bald gebären würde.

Auch ich war bei jener Geburt dabei und ich merkte beim gemeinsamen Erzählen, wie auch ich meine Gefühle aus dieser Nacht wieder erlebte. Herztöne werden im Geburtshaus in der letzten Geburtsphase, wenn die Frau ihr Kind herauschiebt, fast immer intermittierend gehört, das heißt, nach jeder Wehe für eine Minute. Die Herztöne begleiten die Frau in die Pause hinein, während sie die Wehe verabschiedet und sich auf die nächste gefasst macht. Geredet wird nicht, außer dass man der Frau sagt, dass es bald so weit ist. Die Frauen wissen nur selten, wie viel sie noch arbeiten, „wehen“ müssen, bevor das Kind endlich da ist. In dieser Nacht, im sonst leeren Geburtshaus, hatten wir erlebt, wie Berit vertrauensvoll in die Geburt hinein gegangen ist und ihre Stimme einsetzte, um ihrem Schmerzen Ausdruck zu verleihen – eine Sprache, die die Hebamme gut verstanden hat. Berit musste nicht einmal vaginal untersucht werden, denn ihre Äußerungen, ihr Tönen und ihre Bewegungen waren eindeutig und normal.

Als die zweite Hebamme in den Raum kam, saß Berit auf dem Gebärhocker, angelehnt an ihrem Mann, der hinter ihr saß. Er hielt sie fest und schaute über ihre Schulter auf die Hebamme, die seinen Blick immer wieder aufnahm und ihm ein Lächeln schenkte. Er sah nervös aus und schloss seine Augen, wenn seine Frau während der Wehen laut stöhnte. Das Licht war gedämpft, die Hebammen knieten beide vor der Frau, und obwohl das Tönen lauter wurde, klang es dann kurz vor der Geburt weniger nach Schmerzen als nach Kraft. Wenn ein Gewichtheber ein schweres Gewicht hochhebt, stöhnt er, schiebt die Luft kraftvoll raus, man weiß, dass er etwas leistet und über seine Grenzen hinausgeht. So klang Berit, kraftvoll und stark.

In Würde gebären

Auf das Medizinische wird im Geburtshaus nicht verzichtet. Es werden Herztöne gehört, es wird vaginal untersucht, wenn es nötig ist, und für den Notfall sind Medikamente und Notfallpläne vorhanden. Durch Qualitätsmanagement ist die Versorgung in jeder Situation eindeutig und transparent. Mit dem Mythos eines therapeutischen Nihilismus bei sogenannten natürlichen Geburten hat das nichts zu tun. Es wird lediglich auf das verzichtet, was den Prozess stört, das heißt, auf alles, was den Ausdruck des Körpers und der Stimme hemmt,

alles, was es den Frauen erschwert, ihre Emotionen an die Oberfläche kommen zu lassen und zu zeigen. Es ist nicht eigennützig, Emotionen erleben zu wollen. Es ist menschlich.

Die Geburt geschieht nicht nur physisch, sondern auch seelisch. Wenn eine Frau im Bett festgehalten wird, wenn sie sich nicht bewegen kann und keine Möglichkeit hat, ihren Schmerzen durch ihre Töne und ihre Stimme Ausdruck zu verleihen, und wenn sie nicht gehalten wird, verstummt der Geburtsprozess.

Wenn wir die Geburt objektivieren, indem wir sie auf messbare Werte reduzieren, entsteht das größte Geburtsrisiko überhaupt: wir missachten die Frau. Durch diese für die Frau dramatisch spürbare Vernachlässigung werden ihre Gebärden und ihre Emotionen für die Beteiligten zu unangenehmen, ja unerträglichen Störfaktoren. Tatsächlich sind diese Prozesse untrennbar mit dem Gebären verbunden, sie sind die Geburt. Wenn das Gebären auf das Messen von Werten reduziert wird, werden Befunde wie Muttermundweite, Blutdruck oder die fetale Herzfrequenz zu Ursachen definiert, statt sie als Wirkungen des Gesamtgeschehens zu betrachten. Tatsächlich dienen die Befunde lediglich als Auskunft über einen Gesamtprozess; sie sollten nicht als therapiebedürftig gedacht und behandelt werden, ohne das Gesamtbild einer Frau und des Prozesses mitzudenken.

Deshalb bedingen der Raum der Geburt und die Betreuung, die eine Frau erhält, wie sie gebären kann und wird. Eine liebevolle, zeitgemäße Betreuung – begleitet, aber nicht bestimmt durch einen vernünftigen Einsatz moderner Medizintechnik – gibt Frauen die notwendige Geborgenheit, ihre Kinder in Würde zu gebären. Die Impulse, die dabei frei werden, begleiten Frauen, Männer und Kinder ihr Leben lang. Die individualisierte Betreuung sollte in jeder kultivierten, progressiven Geburtshilfe unabdingbarer Bestandteil einer menschlichen Geburtshilfe sein.

Dr. Nancy Stone ist Hebamme mit einem Bachelor in Sozialwissenschaften und einem Master of Science in Gesundheitswissenschaften. Sowohl im Rahmen ihrer Masterarbeit als auch ihrer Promotion forschte sie zu Themen der Begleitung der physiologischen Geburt im Geburtshaus. Im Rahmen eines Postdoc-Stipendiums des BMBF forschte sie zur Einarbeitung neu qualifizierter Hebammen im Geburtshaus. Bis heute ist sie neben der Forschung auch in der Geburtshilfe tätig.

Referenzen

- Albrecht-Engel I (1983/1995) Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schiefenhövel W, Sich D, Gottschalk-Batschkus CE (Hrsg.) Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. 3. Auflage. Berlin: VWB.
- Arabin B, Chervenak F, McCullough L (2012) Die geplante Hausgeburt in industrialisierten Ländern: Bürokratische Traumvorstellung vs. professionelle Verantwortlichkeit. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 217: 7-13.
- Arney R (1982) Power and Profession of Obstetrics. The University of Chicago Press: Chicago and London.
- Bauer S, Kötter C (2012) Geburtshäuser: Versorgungsalternative zur Klinikentbindung? *Z Geburtsh Neonatol* 217: 14-23.
- Behruzi R, Atem M, Goulet L, Fraser W (2011) The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health* 11:53.
- Beittel H Persönliche Kommunikation im Dezember 2010.
- Berg D, Teichmann A, Kreienberg R, Ulsenheimer K, Vetter K (2010). Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. http://www.dggg.de/startseite/nachrichten/notfallplanung-fuer-geburtshaeuser/?sword_list, Zugriff am 14.7.15.
- Bhaskar, R.A. (1997). A Realist Theory of Science. Verso. London.
- Birthplace in England collaborative group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343:d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400: 5-13. Erhältlich bei <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400.pdf%2Bhtml>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2015) Müttersterblichkeit <http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/M/muettersterblichkeit.html>, Zugriff am 13.6.2015.
- Bund Deutscher Hebammen (Hg) (2006) Zwischen Bevormundung und beruflicher Autonomie. Die Geschichte des Bundes Deutscher Hebammen. Karlsruhe.

- Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B (2012) Planned home birth: The professional responsibility response. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(1): 31-38.
- David M, Kraker von Schwarzenfeld H, Dimer J A S, Kentenich H (1999) Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 65:149-156.
- Feld S (1996) Waterfalls of song: An Acoustemology of Place Resounding in Bosavi, Papua New Guinea. In: Feld S & Basso K (Eds) *Senses of Place*. New Mexico: SAR Press.
- Gadamer HG (1993) *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Glantz J C (2012) Obstetric variation, intervention, and outcomes: doing more but accomplishing less. *Birth* 39(4):286-90.
- Goffman E (1963) *Behavior in Public Places. Notes on the social organization of gatherings*. New York: The Free Press.
- Hebammen-Lehrbuch (1912). Hrsg. im Auftrag des königl. Preußischen Ministers des Innern. Ausgabe 1912. Berlin: Julius Springer.
- Johnson M (2007) *The Meaning of the Body: Aesthetics of Human Understanding*. Chicago & London: The University of Chicago Press
- Jordan B (1993) *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Fourth Edition. Long Grove, Illinois: Waveland Press, Inc.
- Loytved C, Wenzlaff P (2007) *Außerklinische Geburt in Deutschland – German Out-Of-Hospital Birth Study 2000 – 2004*. Bern: Hans Huber.
- Murphy-Lawless J (1998) *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork, Ireland: Cork University Press.
- Schumann M (2009) *Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan: Hebammen in der Bundesrepublik*. Göttingen: Universitätsverlag Osnabrück.
- Tew M (1986) The practice of birth attendants and the safety of birth. *Midwifery* 2:3-10.
- Wagner M (2001) Fish can't see water: the need to humanize birth. [Electronic version]. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 75:25-S37.
- Walsh D, Downe SM (2004) Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth* 31(3): 222-9.
- Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J (2010) Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 203:243.e1-8.
- Antonovsky, A. (1993, Mar). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36(6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z)
- Ayerle, G. M., Mattern, E., Striebich, S., Oganowski, T., Ocker, R., Haastert, B., Schafers, R., & Seliger, G. (2023, Sep). Effect of alternatively designed hospital birthing rooms on the rate of vaginal births: Multicentre randomised controlled trial Be-Up. *Women Birth*, 36(5), 429-438. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.02.009>

Duden, B. (1991). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort : vom Missbrauch des Begriffs Leben*. Luchterhand.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity : self and society in the late modern age*. Stanford University Press. Publisher description

<http://www.loc.gov/catdir/description/cam024/91065170.html>

Table of contents <http://www.loc.gov/catdir/toc/cam026/91065170.html>

Hammond, A., & Foureur, M. (2019). Interconnectivity in the birth room. In S. Downe & S. Byrom (Eds.), *Squaring the Circle* (pp. 180-192). Printer & Martin.

Hammond, A. D., Homer, C. E., & Foureur, M. (2014, Summer). Messages from Space: An Exploration of the Relationship between Hospital Birth Environments and Midwifery Practice. *HERD*, 7(4), 81-95.

<https://doi.org/10.1177/193758671400700407>

Hunter, B. (2004, Sep). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>

Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2010, Feb). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>

Lundborg, L., Andersson, I. M., & Hoglund, B. (2019, Oct). Midwives' responsibility with normal birth in interprofessional teams: A Swedish interview study. *Midwifery*, 77, 95-100.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.003>

Schmid, V. (2015). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Elwin Staude Verlag.

Walsh, D. (2006, Mar). Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Soc Sci Med*, 62(6), 1330-1340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.013>

Wangler, S., Simon, A., Meyer, G., & Ayerle, G. M. (2023, Sep). Influence of the birthing room design on midwives' job satisfaction - A cross-sectional online survey embedded in the 'Be-Up' study. *Sex Reprod Healthc*, 37, 100867. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100867>

Urheber-/Lizenzangaben:

Geborgenheit schaffen – Gebären braucht einen Seelenraum,

Nancy I. Stone für H00U@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

