

Die Institutionalisierung der Geburten in der Bundesrepublik 1950 bis 1975. Auswirkungen auf den Hebammenberuf

Marion Schumann

Zwischen 1950 und 1975 fand die flächendeckende Verlagerung der Geburtshilfe vom Haus der gebärenden Frauen in die Klinik statt. Dieser Trend hatte zu Beginn des 20. Jahrhunderts eingesetzt, als die Krankenhäuser zu modernen Dienstleistungsunternehmen umgestaltet wurden und sich des Ruches eines Ortes der Armenfürsorge entledigen konnten.¹ Im Zuge dessen wurde die Zahl planmäßiger geburtshilflicher Betten in den Kliniken deutscher Großstädte kontinuierlich erhöht. Parallel dazu nahm der Anteil der Klinikentbindungen bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stetig zu.² Im Jahr 1939 lag der Anteil der Klinikentbindungen bei 39%, und im Jahr 1954 erblickten die Neugeborenen in der Bundesrepublik erstmals überwiegend in einem Krankenhaus das Licht der Welt. Im Jahr 1960 waren dies zwei Drittel aller Kinder. 1975 war die Klinikgeburt zur Regel und die Geburt außerhalb der Institution mit 1,2% zur großen Ausnahme geworden.³ Ein Stadt-Land-Gefälle kennzeichnete jedoch diesen Wandel. So kamen in München bereits 1957 etwa 90% aller Kinder im Krankenhaus zur Welt. In Bayern insgesamt fand dagegen noch knapp die Hälfte aller Geburten im Privathaus statt, und in ländlichen Gegenden lag der Anteil der Hausgeburten bei ca. 60%.⁴ Nur knapp 20 Jahre später hatte sich allerdings auch auf dem Lande die Klinik als Geburtsort durchgesetzt.

Die Verlagerung der Entbindung vom Haus in die Klinik führte zu einer neuen Deutung des Geburtsgeschehens, das von einem sozialen in einen medizinischen Rahmen überführt wurde.⁵ Diese tiefgreifende Veränderung beeinflusste alle am Geburtsgeschehen in der Klinik Beteiligten und leitete

eine Neuorientierung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt ein.

Die Hebamme, die traditionell die Hausgeburten betreute, blieb auch in der Klinik für die Geburtsbetreuung zuständig. Das Berufsbild wurde jedoch zwischen 1950 und 1975 den neuen Rahmenbedingungen in der Institution Krankenhaus angepasst und unterlag damit dem tiefgreifendsten Wandel in seiner Geschichte. Im Folgenden wird die Umgestaltung des Hebammenberufes im Zuge der Hospitalisierung der Geburt nachgezeichnet. Im Mittelpunkt stehen die Fragen nach den Veränderungen des Verhältnisses zwischen Hebammen und Frauen sowie zwischen Hebammen und der Medizin.

Soziales Betreuungskonzept von Hebammen in der Hausgeburtshilfe

Die Hausgeburtshilfe übten freiberuflich tätige Hebammen mit einer Niederlassungserlaubnis aus. Sie bekamen einen Bezirk für ihre Berufstätigkeit zugewiesen und waren dem hier zuständigen Amtsarzt unterstellt. Das Tätigkeitsfeld für die Hebammen regelte das 1954 ergänzte Hebammengesetz von 1938. Aufgabe der Hebamme war danach die eigenverantwortliche Leitung der „normal“ verlaufenden Geburt.⁶ Hebammen hatten (und haben) das Monopol auf die unkomplizierte Geburt. Zu jeder Entbindung musste nach dem Gesetz eine Hebamme hinzugezogen werden, und erst beim Auftreten von Komplikationen war die Hebamme verpflichtet, einen Arzt hinzuzuziehen. Über die Geburtsbetreuung hinaus war sie sowohl für die

¹ Lisner: Hüterinnen (2006), S. 100–106.

² Ebd., S. 111.

³ Schumann: Dienst (2009), S. 54 f.

⁴ Bickenbach: Geburtshilfe (1957), S. 345.

⁵ Duden: Ungeborenen (1998), S. 151–153.

⁶ Hebammengesetz § 3.

Beratung und Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen als auch für die Pflege der Neugeborenen bis zu deren zehntem Lebenstag zuständig. Diese vielseitigen Aufgaben übten Hebammen in den Privatwohnungen und -häusern der Frauen aus, zu denen ihnen für ihre Tätigkeiten Zutritt gewährt wurde. Die Hebammen mussten sich somit an die Gegebenheiten im Haus der Frauen anpassen, mit dem Vorhandenen zurechtkommen und häufig improvisieren. Die Frauen hingegen verblieben während der biographischen Ausnahmesituation der Geburt – die immer als unsicheres Ereignis galt –⁷ in ihrem privaten, vertrauten Bereich.

Die hier als soziale Betreuung bezeichnete Praxis von Hebammen zielte auf eine kontinuierliche und individuelle Betreuung der Schwangeren und Gebärenden in deren sozialem Umfeld. Ein Kennzeichen war die Vermischung von Privatem und Beruflichem, da die Hebammen häufig in ihrem Arbeitsbezirk lebten. So begegneten sie ihrer Klientel bei alltäglichen Besorgungen und hatten damit auch außerhalb ihrer beruflichen Pflichten Berührung mit den Frauen. Darüber hinaus gewannen die Hebammen durch ihre Tätigkeit Einblick in die Lebensumstände und die gelebten geschlechtlichen Verhältnisse der von ihnen betreuten Frauen.⁸ So bestand eine zwangsläufige Nähe zwischen Hebammen und ihren Klientinnen in der Hausgeburtsilfe.⁹ Während der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nahmen die Hebammen für die von ihnen betreuten Frauen eine zentrale Stellung ein, beispielsweise als Beraterin, Zuhörerin, Vertraute, Freundin oder für einige Frauen auch als eine mütterliche Figur.¹⁰ Das Verhältnis zwischen Hebammen und Klientinnen war über den Betreuungszeitraum intensiv, schwächte sich jedoch anschließend wieder ab. Die Hausgeburtshabammen boten eine Dienstleistung an, die sie an die einzelnen Gebärenden und ihre Familie anpassten. Sie fühlten sich auch über ihre geburts-hilflichen Aufgaben hinaus sozial verantwortlich für „ihre“ Frauen, so die Historikerin Wiebke Lisner. Diese Nähe zu den Frauen betrachteten die Hebammen als „Vertrauensverhältnis“, und das „Persönliche“ galt auch in den 1950er und 1960er Jahren als Stärke von Hebammen.¹¹ In biographischen Schil-

derungen kommt der Beziehung zwischen Hebammen und den von ihnen betreuten Frauen eine besondere Bedeutung zu, und gerade diese machte die hohe Berufszufriedenheit der Hausgeburtshabammen aus.¹²

Die Berufspraxis der Hausgeburtshabammen in den 1950er und 1960er Jahren beschreibt die Sozialwissenschaftlerin Ricarda Henze folgendermaßen:¹³ In der Regel meldete sich eine schwangere Frau einige Monate oder Wochen vor dem Geburtstermin bei einer niedergelassenen Hebamme zur Hausgeburt an. Sofern die werdende Mutter keine Beschwerden hatte, besuchte die Hebamme sie ein- bis zweimal vor dem Entbindungstermin. Bei diesen Besuchen sah sich die Hebamme die häuslichen Gegebenheiten an, besprach mit der Frau, was noch zu besorgen wäre, wann diese sie rufen sollte und wie sie sich im Falle einer Blutung oder eines Blasensprungs verhalten musste. Bei den Vorbereitungen untersuchte die Hebamme die Frau. Sie testete den Urin, maß den Blutdruck, überprüfte das Gewicht und kontrollierte die Lage und die Herztöne des Ungeborenen. Hatte die Hebamme einen Fortbildungskurs in Geburtsvorbereitung absolviert, wies sie die Schwangere bei diesen Vorbereitungen in die Atem- und Entspannungstechnik ein. Wurde die Hebamme zur Geburt gerufen, blieb sie bei der Frau, sobald diese regelmäßige Wehen hatte. Bei einer Regelwidrigkeit wurde ein Arzt hinzugezogen.

Während der Eröffnungsphase der Geburt bereitete die Hebamme gemeinsam mit der Frau und weiteren Familienmitgliedern das Gebärraum vor, sorgte für Hygiene, kochte ihre Instrumente aus und traf weitere letzte Vorbereitungen für die Entbindung. Die Kreißende bekam einen Einlauf, ihr Urin wurde auf Eiweiß untersucht. Die Hebamme überwachte sie ferner durch regelmäßige Puls-, Blutdruck- und Temperaturmessungen, Kontrolle der Wehentätigkeit und Überprüfung des Geburtsfortschritts mittels innerer Untersuchung. Ferner wurden die kindlichen Herztöne regelmäßig kontrolliert. Während dieser Zeit bewegte sich die Kreißende in der Regel in ihrer Wohnung oder der

¹¹ Schumann: Dienst (2009), S. 85.

¹² Vgl. dazu Grabruker: Abenteuer (1996); Linner: Tagebuch (1989); Grubenmann: Praxisfälle (1993; 1995).

¹³ Henze: Geburtshilfe (1999), S. 52–56. Die Sozialwissenschaftlerin Ricarda Henze interviewte neun niedergelassene Hebammen, die in den 1950er und 1960er Jahren in Niedersachsen Hausgeburtshilfe leisteten.

⁷ Duden: Ungeborenen (1998), S. 152 f.

⁸ Lisner: Hüterinnen (2006), S. 202–204.

⁹ Diese Nähe funktionalisierte der nationalsozialistische Gesetzgeber für eine gegenseitige Kontrolle von Hebammen und den Frauen. Lisner: Hüterinnen (2006), S. 167 f.

¹⁰ Lisner: Hüterinnen (2006), S. 224.

näheren Umgebung. „Die Hebammen warteten, kümmerten sich um die Gebärende und verbrachten die Zeit zum Beispiel mit Massagen, Gesprächen, Spaziergängen und Handarbeiten.“¹⁴ Die eigentliche Geburt fand in der Regel im Bett statt. In der Austreibungsphase leitete die Hebamme die Frau beim Pressen an und führte den Dammschutz durch. Nach der Geburt nabelte sie das Neugeborene ab und leitete die Nachgeburtsperiode. Das Neugeborene und die Frau wurden versorgt und das Kind zum Stillen angelegt. Frühestens zwei Stunden nach der Entbindung verließ die Hebamme das Haus. Die anschließende Wochenbettbetreuung führte sie in der Regel über zehn Tage durch, kam einmal am Tag vorbei, um die Wöchnerin und den Säugling zu untersuchen und vor allem beim Stillen zu unterstützen. Daneben erledigte die Hebamme laut Henze nicht selten noch notwendige Haushaltsarbeiten oder kümmerte sich um bereits vorhandene Kinder.

Die Kernkompetenz der Hausgeburtshebammen lag in der genauen Beobachtung der Gebärenden und des Geburtsfortschritts. So konnten Abweichungen vom regelrechten Verlauf frühzeitig festgestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung einer einzelnen Frau über die gesamte Zeit der Geburt ermöglichte der Hebamme die sensible Wahrnehmung von Abweichungen vom normalen Verlauf, die sie aufgrund ihrer Erfahrungen nach ihrer Bedeutung einordnen konnte. Dies zeigt auch das Zitat einer von Ricarda Henze interviewten Hebamme, Frau Deiter: „Das habe ich im Gefühl gehabt, wissen Sie, wie unruhig die Mutter wurde, der Ton macht die Musik [...]. Von Anfang an steckte das irgendwie in mir drin, dieses Empfinden, also so ganz richtig läuft nicht. Denn wie gesagt, man war ja Stunden im Haus, Stunden.“¹⁵ Grundlage des sozialen Betreuungskonzeptes von niedergelassenen Hebammen war die hohe Kontinuität in der Begleitung einer ihr bekannten Frau bei der Geburt. Den Hebammen war es möglich, eine den Bedürfnissen der einzelnen Frau angepasste Geburtshilfe zu leisten. Das Konzept weist damit Parallelen zur christlichen Krankenpflege auf, das zeitgleich großen Veränderungen unterlag.¹⁶

Die Tätigkeit von Hebammen und Ärzten war klar voneinander abgegrenzt. Die Hebamme war für die Betreuung der normalen Geburt zuständig, der Arzt musste bei pathologisch verlaufenden Ent-

bindungen hinzugezogen werden. Grundsätzlich vollzog sich die Geburt in einem der Gebärenden vertrauten sozialen Rahmen. Sie wurde nicht primär als medizinisches Ereignis gedeutet, dies geschah nur beim Auftreten von Komplikationen.

Rief die Hebamme den Arzt bei Komplikationen zur Geburt hinzu, übernahm er die Behandlung, und die Hebamme wurde dann nach dem Hebammengesetz zu seiner Gehilfin.¹⁷ Die Zuständigkeit von Hebammen und Ärzten in der Hausgeburtshilfe orientierte sich damit ganz eindeutig an der Normalität oder Pathologie der Geburten.

Anpassung des Hebammenberufs an die Institution Krankenhaus

Mit dem steigenden Bedürfnis der Schwangeren nach der Entbindung im Krankenhaus ging die grundsätzliche Umgestaltung und Anpassung des Hebammenberufs an den klinischen Rahmen einher. Zwar waren im gesamten 20. Jahrhundert immer auch fest angestellte Hebammen im Krankenhaus tätig, jedoch überwog bis zum Ende der 1960er Jahre die Zahl der niedergelassenen Hebammen, die zusätzlich im Krankenhaus als Beleghebamme arbeiteten. Gerade in der Zeit des Geburtenbooms in der ersten Hälfte der 1960er Jahre waren in den Kliniken überwiegend Beleghebammen tätig.¹⁸ Für die einzelne Hebamme bestimmten das Geburtenaufkommen, die räumliche Nähe einer geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus sowie die geburtshilfliche Organisation in dieser Abteilung ihre Berufsausübung als Beleghebamme. Die Arbeitsteilung in der klinischen Geburtshilfe wirkte sich auf das Tätigkeitsspektrum der Hebammen aus. In der Klinik war die Hebamme häufig nicht mehr für die gesamte Dauer der Geburt sowie für die komplette Neugeborenen- und Wochenbettpflege zuständig, sondern hier wurden die Betreuung der Frauen sowie die Berufspraxis von Hebammen fragmentiert. Dieser Vorgang verlief jedoch aufgrund der differierenden Bedingungen von Klinik zu Klinik und von Region zu Region unterschiedlich. Waren eigenständige Abteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Großstadtkliniken bereits gang und gäbe, so wurden solche Fachabteilungen in Kliniken mittelgroßer Städte

¹⁴ Henze: Geburtshilfe (1999), S. 58.

¹⁵ Ebd., S. 59.

¹⁶ Kreuzer: Liebesdienst (2005), S. 255–273.

¹⁷ Dienstordnung für Hebammen § 10/3: Hebammengesetz (1955), S. 107 f.

¹⁸ Schumann: Dienst (2009), S. 69.

und in Kleinstädten erst nach und nach bis Mitte der 1970er Jahre eingerichtet. Dementsprechend unterschieden sich die Berufspraxis von Hebammen und der Anpassungsvorgang an die Gegebenheiten der Klinik zwischen den Regionen.

Auf dem Lande war es beispielsweise bis in die 1960er Jahre üblich, dass die Frauen „ihre“ Hebamme bei Geburtsbestrebungen riefen und diese mit ihnen in die Klinik fuhr. Hier betreuten die Beleghebammen die Gebärenden häufig noch vom Anfang bis zum Ende der Geburt selbständig, wie nach traditioneller Berufsauffassung üblich. Auch die regelmäßige Wöchnerinnen- und Neugeborenenpflege oblag ihnen in den kleinen und mittleren Kliniken oft noch.¹⁹ In diesem Modell blieb die soziale Beziehung zwischen Frau und Hebamme ein zentraler Bestandteil der geburtshilflichen Betreuung, jedoch spielten die Familie der Gebärenden und auch die private Umgebung der Frau nun keine Rolle mehr. Die Hebamme war auch in der Klinik nur für die eine Frau zuständig. Sie fand hier zur Geburtsbetreuung eine standardisierte und hygienische Arbeitsumgebung vor, die professionellen Maßstäben entsprach.

In anderen Kliniken arbeiteten Beleghebammen zur gleichen Zeit bereits viel arbeitsteiliger, weil die Betreuung der Neugeborenen oder auch der Wöchnerinnen dort bereits als spezialisierter Bereich zur Pflege gehörte. Die Fragmentierung der Tätigkeit bestimmte nun den Einsatz von Hebammen, und die Berufsgruppe wurde auf die reine Geburtshilfe im Kreißaal festgelegt und spezialisiert.

Zum Anpassungsprozess des Hebammenberufs an die klinischen Rahmenbedingungen gehörte für Beleghebammen die Regelung, im Schichtdienst zu arbeiten und, damit einhergehend, zeitgleich mehrere Frauen bei der Geburt zu betreuen. So nahmen beispielsweise Beleghebammen in Kliniken in Münster in den 1960er Jahren an einem 24-Stunden-Schichtdienst teil.²⁰ Bei diesem Modell konnten sich Hebamme und Gebärende nur noch selten zuvor.

Damalige Beleghebammen berichten, dass sie ihre Arbeit als sehr erfüllend erlebten und häufig eine enge Bindung zu „ihrem“ Beleghaus hatten. Die Anbindung an die Klinik eröffnete ihnen zusätzliche Möglichkeiten, sich neue Tätigkeitsbereiche zu erschließen, wie die Geburtsvorbereitung oder die Rückbildungsgymnastik.²¹ Beleghebammen

wurden damit Teil einer fortschrittlichen Geburtshilfe und trugen zur Akzeptanz der Klinikentbindung bei. Sie praktizierten dabei zwei unterschiedliche geburtshilfliche Konzepte – Hausgeburten und Klinikgeburten – nebeneinander.

Mit der sinkenden Geburtenrate, dem Ausbau von Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe in den Krankenhäusern sowie steigenden Zahlen von Gynäkologen hatte sich die Kreißaalhebamme als Berufsleitbild im Jahr 1970 durchgesetzt.²² Die Kreißaalhebamme betreute ausschließlich Geburten in der Klinik und war dort fest angestellt. Sie verkörperte den modernen Berufstyp, der die Geburtshilfe als Dienstleistung ausübte und an die Standards der klinischen Arbeitswelt angepasst war. Hebammen hatten hier eine geregelte Arbeitszeit, verfügten über ein sicheres Gehalt und ein von ihrer Berufstätigkeit getrenntes Privatleben. Die Voraussetzungen für ihre Tätigkeit hatten sich gegenüber der Hausgeburtshilfe fundamental verändert.²³ Statt nur eine Gebärende zu betreuen, waren sie, je nach Klinikgröße und Geburtenaufkommen, für mehrere Frauen gleichzeitig zuständig; statt einer ihnen bereits bekannten Frau trafen sie auf eine Fremde; statt eines bereits bestehenden Kontaktes musste dieser erst aufgebaut werden; statt eine Frau von Anfang bis Ende der Geburt zu betreuen, bestimmte der Schichtwechsel Anfang und Ende des Kontaktes; statt einer Betreuung vor der Geburt und darüber hinaus beschränkte nun die Funktionsteilung der Klinik die Tätigkeit der Hebammen auf die rein geburtshilfliche Leistung. Außerdem teilten Hebammen die Verantwortung für Frau und Kind nun mit einem Arzt.

Das Verhältnis von Hebamme und Frau in der institutionalisierten Geburtshilfe

Das Verhältnis zwischen Hebamme und Frau hatte sich in der Klinik grundlegend geändert. Zwar blieb die Hebamme auch hier die erste Ansprechperson für die Gebärende, aber die nun anonyme Beziehung wurde neu strukturiert. Eine Möglichkeit dazu bot die Methode der Geburtsvorbereitung, die zur Angst- und Schmerzlinderung während der Geburt beitragen und zugleich die Gebärende

¹⁹ Ebd. S. 79 f.

²⁰ Schmitz: Hebammen (1994), S. 89.

²¹ Ebd., S. 89.

²² Schumann: Dienst (2009), S. 69–71.

²³ Ebd., S. 294.

im Kreißaal disziplinieren sollte.²⁴ Aufgabe der Hebamme wurde es nun, die Gebärende unter der Geburt bei der Anwendung dieser Technik anzuleiten, wodurch auch die Gesprächsgegenstände und die Gesprächsführung weitgehend vereinheitlicht wurden. Unumstritten war jedoch auch unter Medizinerinnen, dass das Vertrauen der Gebärenden zur Hebamme den Geburtsverlauf positiv beeinflusst. Das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums 1971 in zweiter und neubearbeiteter Auflage herausgegebene Hebammenlehrbuch nennt zehn Grundregeln, wie die Hebamme der Gebärenden begegnen sollte.²⁵ Danach kam der Hebamme die Aufgabe zu, „ein kleines Wunder“ zu vollbringen: Sie sollte sich der jeweiligen Frau adäquat annähern, ihr auch unter Zeitdruck das Gefühl geben, immer zu wissen, „wen sie vor sich hat“, ihr kleine Wünsche erfüllen und sie umsorgen, z. B. indem sie ihr den Schweiß abwischte. Einen „herrischen Klinikton“ sollte sie der Gebärenden gegenüber ebenso wenig anwenden wie einen „routinemäßigen Herzenston“. Sie sollte freundlich und sachlich sein, keine falschen Versprechungen hinsichtlich des Geburtsverlaufs machen und die Frau sicher führen und anleiten, damit diese die Geburt aktiv vorantreibt. Außerdem sollte sie „das Vertrauen der Patientin zum Arzt aufbauen“ und somit als Vermittlerin zwischen Arzt und Gebärender agieren. Von Kreißaalhebammen wurde im Dienstleistungsbetrieb also eine freundliche und rationale Anteilnahme erwartet. Wirkliche Vertrauensperson für die Frauen zu sein, war für sie ein schwieriges Unterfangen – diese Lücke sollten bald die werdenden Väter schließen.²⁶

Die soziale Nähe der Hausgeburtshilfe zwischen Hebamme und Gebärender existierte im Kreißaal nicht mehr. Damit entfiel die soziale Abhängigkeit zwischen beiden Akteurinnen.²⁷ Die Arbeitsteilung in der Klinik bot der Hebamme nicht mehr den Rahmen für ihre Kernkompetenz, die individuelle und kontinuierliche Beobachtung der Geburt und die Betreuung einer einzelnen Frau über den gesamten Verlauf. Damit ging den Hebammen die traditionelle Grundlage für die Beurteilung des Geburtsverlaufs verloren. Die Wandlungen im Hebammenberuf verweisen auf grundlegende Veränderungen im Verständnis darüber, was eine Geburt ist, in welchen Rahmen sie gehört und was eine Frau zum Gebären braucht.

Das Verhältnis von Hebammen zu Medizin und Medizinerinnen

In der Klinik war die Hebamme nun weniger auf die Kooperation mit der Gebärenden, sondern vielmehr auf die Zusammenarbeit mit den Ärzten und Kolleginnen angewiesen. Gerade die Frage nach der Arbeitsabgrenzung zwischen Arzt und Hebamme wurde mit der zunehmenden Verlagerung der Geburten in die Klinik virulent. Zwar leiteten die Hebammen Mitte der 1960er Jahre in den Kliniken noch die Hälfte aller Geburten,²⁸ die Gynäkologen forderten damals jedoch bereits die Leitung jeder Geburt durch den Facharzt.²⁹ Konfliktpotential zwischen beiden Berufsgruppen deutete bereits der Direktor der I. Universitätsfrauenklinik München, Werner Bickenbach, im Vorwort seines 1962 erschienenen Hebammenlehrbuchs an.³⁰ Zur „Rollenverteilung in der Geburtshilfe“ führte er aus, dass die Hebamme immer zwei Aufgaben habe: zum einen die „selbständige Verantwortung“ bei der Betreuung der normalen Geburt und zum anderen das Aufgeben dieser Selbständigkeit, wenn sie einen Arzt wegen Abweichungen hinzugezogen habe. In diesem Fall werde sie zu seiner Helferin und Erfüllungsgehilfin. Diese Form der Zusammenarbeit sei aber „nicht selten die Quelle von Reibungen“, so Bickenbach.

In der ersten Zeit der Geburtenverlagerung in die Krankenhäuser kam es noch nicht zwangsläufig zu einem Zusammentreffen von Hebammen und Ärzten, jedoch nahmen die Begegnungen zwischen beiden Berufsgruppen mit der Einrichtung von immer mehr gynäkologischen Fachabteilungen zu. Der Ausbau dieser Fachabteilungen fand in den kleinen und mittleren Krankenhäusern besonders in den 1960er Jahren statt. Bis dahin war jedoch in der Regel kein Facharzt anwesend, dem die Hebamme untergeordnet war.

Die Anstellung von Fachärzten wurde von Hebammen nicht immer als Kompetenzverlust wahrgenommen. Die Beleghebamme Anna Wilke erlebte beispielsweise die Anstellung eines Facharztes in einem niedersächsischen Kreiskrankenhaus im Jahr 1962 als Entlastung. Bis dahin konnte ihr im Notfall nur der Chirurg der Klinik zur Seite stehen.³¹ Befürchtete sie Komplikationen, fuhr sie die Gebärende deshalb in ihrem Auto zu einem nahe-

²⁴ Dazu ebd., S. 138–149 und Schumann: Care (2011).

²⁵ Martius: Hebammenlehrbuch (1971), S. 363.

²⁶ Vgl. dazu Schumann: Dienst (2009), S. 160–168.

²⁷ Lisner: Hüterinnen (2006), S. 237 f.

²⁸ Dietel: Referat (1967), S. 205.

²⁹ Schumann: Dienst (2009), S. 190 f.

³⁰ Bickenbach: Hebammenlehrbuch (1962), S. 3 f.

³¹ Schumann: Dienst (2009), S. 81.

liegenden Krankenhaus, in dem ein Gynäkologe arbeitete. Dieser Aufwand fiel mit der Anstellung des Gynäkologen in ihrer Belegklinik weg. Zugleich nahm Frau Wilke eine entscheidende Veränderung ihrer Arbeitsroutine vor und rief den Arzt zu jeder Geburt hinzu, was sie als ihre „innere Pflicht“ ansah. Das habe sich so ergeben, gesprochen worden sei darüber nicht, erklärte sie. Aber ihr habe seine Anwesenheit mehr Sicherheit gegeben.

Dies zeigt, wie sich in der Klinik, mit mehr oder weniger Einverständnis von Hebammen, die Betreuungssituation bei der Geburt veränderte. Den Wunsch der Ärzte, zur Geburt hinzugezogen zu werden, akzeptierte auch die Hebammenberufsvertretung. Die Vorsitzende des Hebammenbundesverbandes, Ruth Kölle, kommentierte dies 1971: „Ich glaube kaum, dass eine Hebamme diesen Wunsch nicht respektiert hat.“³² Damit kamen die Hebammen den Forderungen der Mediziner nach der ärztlichen Leitung jeder Geburt entgegen, die diese seit Mitte der 1960er Jahre öffentlich erhoben. Letztlich hing die Selbständigkeit der Hebamme im Kreißaal davon ab, wie der Arzt seinen Kompetenzbereich und den der Hebamme definierte.

Das Verhältnis zwischen Hebammen und Ärzten war in der Klinik von einer grundsätzlich verschiedenen Haltung gegenüber Interventionen bei der Geburt geprägt. Während Hebammen nicht in die Geburt eingreifen durften, gehörten medizinische Interventionen in großen Kliniken seit ihrem Bestehen zur ärztlichen Praxis. Die Indikationen dafür bestimmte die Medizin als Profession selbständig und definierte die normale Geburt und ihre Betreuung immer wieder neu. Insbesondere neue Medikamente fanden eine breite Anwendung im Untersuchungszeitraum. Neben dem Einsatz von Schmerzmitteln nahm in den 1950er Jahren auch die Gabe von Wehenmitteln zur Beschleunigung des Geburtsverlaufes zu. An der I. Universitätsfrauenklinik München (Maistraße) verdoppelte sich beispielsweise zwischen 1950 und 1960 der Gebrauch von Wehenmitteln; parallel dazu stieg die Dammschnitttrate von nahezu Null auf 75%.³³ Die Interventionen wurden zur Routine und von den Medizinerinnen als harmlos eingeschätzt. Hebammen waren darin geschult, den Damm bei der Geburt zu halten. Dies gehörte zu den im Hebammenlehrbuch definierten klassischen Aufgaben der Berufsgruppe. Gerade der Dammschnitt war ein zwischen

Hebammen und Ärzten umstrittener Eingriff in die Geburt, an dem sich Auseinandersetzungen zwischen den beiden Berufsgruppen entzündeten.³⁴ Diese spielten sich häufig zwischen erfahrenen Hebammen und den Assistenzärzten im Kreißaal ab, so wie es Bickenbach im Hebammenlehrbuch beschrieben hat.

Da es Hebammen nicht erlaubt war, einen Dammschnitt selbständig durchzuführen, bot dieser Routineeingriff Ärzten den legitimen Zugriff auf die Geburt. Damit wurde die Hierarchie im Kreißaal gesichert, die Hebamme war beim Durchtritt des Kindes die Assistentin des Arztes.

Veränderungen der geburtshilflichen Konzepte durch Technikeinsatz

Der Hebammenberuf erlebte in den 1960er Jahren durch den Wandel der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin eine weitere Umformung. Zentrales Charakteristikum dieses Wandels waren technische Neuerungen, die den Medizinerinnen einen direkteren Zugriff auf den Fötus im Mutterleib erlaubten. Zu den Methoden der Zustandsdiagnostik vor und unter der Geburt gehörten die Amnioskopie, die fetale Blutanalyse, das Kardiotokogramm (CTG) und der Ultraschall. Für die geburtshilfliche Praxis bedeutete dies, dass sich die Fokussierung von der Gebärenden auf das Ungeborene verschob. Nun gaben Messdaten vor, wann ein Gesundheitsrisiko für den Fötus vorlag und wann in die Geburt einzugreifen war. Die Gebärende und ihr Befinden waren für die Beurteilung des Geburtsverlaufes immer weniger relevant, denn die Äußerungen der Frauen galten im Gegensatz zu den Messdaten als subjektiv. Geburtshelfer, Medien und Gesundheitspolitiker betrachteten diese technischen Neuerungen in den 1960er und 1970er Jahren als Garanten für die Senkung der hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik.

Parallel zum Einsatz der technisch-diagnostischen Verfahren wurden Wehenmittel differenzierter eingesetzt. Sie ermöglichten nicht nur das direkte Eingreifen in eine laufende Geburt, sondern auch die Geburtseinleitung. Diese Medikamente fanden im Kreißaal zunehmend Anwendung. Der

³² Kölle: Organisation (1971).

³³ Loytved: Geduld (2004), S. 18–21.

³⁴ Zum Dammschnitt siehe Steffen: Dammschnitt (2001); Arney: Power (1985), S. 69–75; Schumann: Dienst (2009), S. 175, 195 f.

Münchener Perinatalstudie zufolge erhielten mehr als die Hälfte der Frauen, die in 26 Kliniken in München und näherer Umgebung im Jahr 1975 entbunden wurden, Wehenmittel bei der Geburt, bei 23% der Frauen wurde die Geburt medikamentös eingeleitet.³⁵ Die Rate der Geburtseinleitungen in diesen Kliniken schwankte zwischen 8 und 65%, und die Hälfte der dort eingeleiteten Geburten von Erstgebärenden endete operativ. Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Geburtseinleitung waren die Auffassungen der Geburtshelfer also anscheinend durchaus unterschiedlich – die Tendenz zur Pathologisierung der Geburt zeigen die Eingriffsraten jedoch deutlich. Infolge dieser Entwicklungen stieg auch die Kaiserschnitttrate kontinuierlich.

Ausrichtung der Geburtshilfe nach dem Risikokzept

Die genannten neuen diagnostischen, medikamentösen und operativen Techniken sowie die Daten der in der Klinik entbundenen Frauen waren die Voraussetzung für die Installierung des Risikokzeptes in der Geburtsmedizin. Dieses präventive Konzept, das sich insgesamt in der Medizin durchsetzte, sollte unter anderem Sicherheit bei der Entbindung garantieren. Danach steht nicht die einzelne Frau mit ihrer Geschichte und ihrem subjektiven Befinden im Mittelpunkt der Betreuung. Die Schwangere und die Gebärende sind vielmehr Teil einer statistischen Grundgesamtheit, bei der das Zusammentreffen von bestimmten Merkmalen zur Klassifizierung als Risikofall führt. „Normalität“ ist in diesem Risikokzept an einen sehr engen Bereich statistischer Daten gebunden. Sobald beispielsweise unter der Geburt Abweichungen gemessen werden, wird eingegriffen. Das Angleichen an Normvorgaben soll Gefahren vermeiden und die Geburt zum sicheren Ausgang führen.³⁶ Gebären wurde von der Medizin als ein plan- und steuerbarer Vorgang betrachtet, der jederzeit beeinflusst werden kann, um maximale Sicherheit bei der Geburt zu erzielen.³⁷ Höhepunkt dieser Entwicklung war die „Programmierte Geburt“ zu Beginn der 1970er Jahre, die vom Anfang bis zum Ende durchgeplant war und bei der nichts dem Zufall – das

³⁵ Selbmann u. a.: Perinatal-Studie (1980), S. 12, 19.

³⁶ Weir: Folgen (2006), S. 53–56. Duden: Kopfgeburten (2006), S. 6–9.

³⁷ Vgl. dazu Duden: Ungeborenen (1998); Tew: Geburt (2007), S. 224–246.

hieß, dem physiologischen Verlauf – überlassen wurde.³⁸ Damals konnte die Geburtsmedizin mit dem Versprechen der Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit durch technische Modernisierung und Überwachung in der Geburtshilfe an die aktuellen gesellschaftlichen Vorstellungen der Plan- und Machbarkeit durch Technik anknüpfen und in den Medien sowie bei den Frauen für diese Idee Rückhalt finden.³⁹

Der klassische Geburtshelfer und die Hausgeburtshebamme leisteten aus Sicht der Geburtsmediziner eine überholte und lebensgefährliche Geburtshilfe, denn sie orientierten sich an überwiegend subjektiv wahrnehmbaren Gefahrenhinweisen bei der einzelnen Gebärenden. Geburtshelfer, die das moderne Konzept nicht übernahmen, waren große Ausnahmen. Ein Beispiel ist Alfred Rockenschau, der von 1965 bis 1985 die Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien leitete.⁴⁰ Dies gilt auch für den Würzburger Ordinarius Karl Heinrich Wulf, 1986/87 Vorsitzender und später Ehrenmitglied der BGGF, der in seiner Begrüßungsrede zur 44. Tagung der DGGG 1982 in München vor „programmierter und getimeter Geburt, [vor dem] computerisierten Kreißaal oder [vor] der Geburtsmedizin“ warnte und für eine Geburtshilfe plädierte, die eben auch „weise Beschränkung“ bedeute.⁴¹ Die Folge des Orientierungswandels von der Geburtshilfe zur Geburtsmedizin war eine Pathologisierung der Geburt, die zu zunehmenden Eingriffen in die natürlichen Abläufe führte.⁴²

Das Verhältnis von Hebammen zu Medizin und Medizinern im technisierten Kreißaal

Das Verhältnis von Hebammen zur Medizin hatte durch die Technisierung der Geburtshilfe einen weiteren Wandel erfahren. Sie mussten nun, ebenso wie Ärzte, die Kurven des CTG und die Ergebnisse von Mikroblutuntersuchungen in die Beurteilung des Geburtsverlaufs einbeziehen und sich daran orientieren. Ihre Aufgabe blieb jedoch parallel die Betreuung und Beobachtung der Gebärenden.

³⁸ Vgl. dazu Hillemanns: Geburt (1978).

³⁹ Zum zeitgenössischen Planungsdenken siehe z. B. Schildt: Wohlstand (2000), S. 48.

⁴⁰ Vgl. dazu Rockenschau: Gebären (1998).

⁴¹ Ludwig: Reden (1999), S. 346.

⁴² Vgl. dazu z. B. Schwarz; Schücking: Geburt (2004), S. 22 f.

Die Bedeutung dieser Aufgabe illustriert die ehemalige Lehrhebamme Maria Hipp. Sie berichtet von einem Ehemann und dem Arzt, die am Kreißbett über den Kopf der Gebärenden hinweg sprachen, ohne dass der Arzt das Vena-Cava-Syndrom der Frau wahrnahm:

„Ich komm zufällig rein, sehe das blasse Gesicht der Frau, geh hin und sag: Ist ihnen schlecht? Ja, antwortete sie. Ich lagere sie auf die Seite und gleich wurde es besser. So ist es, wenn man nur auf die Kurve guckt. Und das war ja nachher die große Schwierigkeit zwischen Arzt und Hebamme. Sie haben nur noch die Kurve gesehen, die Frau konnte daneben schwitzen, jammern oder sonst was tun. Sie merkten es nicht. Ich hab' mal zu ihnen gesagt: Sie brauchen bloß noch die Kurve, die Frau können sie unters Bett legen, die merken sie ja doch nicht. Dass die Technik mich als Hebamme überflüssig machte, das Gefühl hatte ich nicht, im Gegenteil.“⁴³

Die Hebamme Maria Hipp stellt damit die Beobachtungskompetenz der Hebamme als weiterhin zentral bei der Geburtsbetreuung im technisierten Kreißsaal heraus. Sie begründet dies damit, dass sich die Mediziner insbesondere an Messdaten orientierten.

Das Verhältnis zwischen der erfahrenen Hebamme und dem jungen Geburtsmediziner war von deren unterschiedlichen Einstellungen zur Geburt geprägt. Der Wechsel zur technikorientierten Geburtsmedizin ging in den 1960er und 1970er Jahren häufig mit einem Generationenwechsel bei den Chefärzten der geburtshilflichen Abteilungen einher. Das Verhältnis zwischen Hebammen und Ärzten wurde neu bestimmt. Die leitenden Hebammen in den Kliniken teilten die geburtshilfliche Haltung ihres neuen vorgesetzten Chefarztes oftmals nicht. So vertrat beispielsweise der Geburtshelfer Heinz Kirchoff (1905–1997) in der Göttinger Universitätsfrauenklinik die Auffassung, dass in erster Linie die Hebammen für die Frauen zuständig seien. Mit dem Chefarztwechsel zu Beginn der 1970er Jahre wurden jedoch in dieser Hinsicht neue Regeln in der Klinik eingeführt, wie die damals dort leitende Hebamme Annemarie Reinke berichtet.⁴⁴ Schwangere wurden nun bei ihrer Aufnahme dem Arzt vorgestellt und nicht mehr wie vorher üblich der Hebamme. Diese war nun in der Göttinger Klinik nicht mehr erste Ansprechpartnerin der Gebärenden. Darüber hinaus hätten Heb-

ammen nur „noch sehr wenig selbständig machen können“. Gegen den Chef konnte sich auch Frau Reinke kaum wehren.

Auch Maria Hipp erlebte als leitende Hebamme der Universitätsfrauenklinik Heidelberg den Chefarztwechsel Mitte der 1960er Jahre vom konservativen Geburtshelfer Hans Runge (1892–1964) „mit einer geburtshilflich guten, zuverlässigen Haltung“ zum Geburtsmediziner mit der Vorstellung einer aktiven, an einem Zeitplan ausgerichteten Geburtshilfe, dem zugleich die geburtshilfliche Erfahrung fehlte. Auf der von ihm präsierten 31. Tagung der DGGG 1956 in Heidelberg hatte Runge in seiner Eröffnungsrede noch konzediert, „daß in vielen Fällen wohl eine Entbindung mit Hilfe der Hebamme ohne Arzt vor sich gehen kann, daß aber niemals ein Arzt bei einer Geburt auf die verständnisvolle Hilfe der Hebamme verzichten sollte.“⁴⁵ Das „geburtshilfliche Denken“ zwischen der Hebamme und dem neuen Chefarzt Josef Zander (1918–2007), der 1980 Vorsitzender und später Ehrenmitglied der BGGF wurde, war Maria Hipp zufolge grundverschieden, so dass sie nach zwei Jahren ständiger Konflikte die Klinik verließ.

Die Aufgabenverteilung zwischen Arzt und Hebamme grenzte das Hebammenlehrbuch 1971 nicht konkret ab, sondern sah allgemein die gemeinsame Überwachung der Geburt durch beide Berufsgruppen vor.⁴⁶ Die Hebamme sollte eine „ständige enge, kollegiale Zusammenarbeit mit einem Arzt“ pflegen sowie einen adäquaten sozialen Umgang mit der Gebärenden, so das Lehrbuch weiter. Darüber hinaus gehörte es zur Aufgabe von Hebammen, die Gebärenden den ärztlichen Anweisungen gegenüber zu „öffnen“ und als Vermittlerin zwischen beiden zu fungieren.⁴⁷ Hebammen kam es unter den rationalisierten Bedingungen der Klinik zu, eine moderne Dienstleistungsbeziehung zur Gebärenden aufzubauen, die Arzt-Patientinnen-Beziehung positiv zu beeinflussen sowie zwischen Technik, Frau und Arzt zu vermitteln.

Fazit

Mit der kulturellen Umorientierung der Schwangeren, zur Entbindung das Krankenhaus aufzusuchen, veränderten sich der Handlungsrahmen und die

⁴³ Interview mit Maria Hipp vom 19. 10. 2001.

⁴⁴ Interview mit Annemarie Reinke vom 24. 1. 2002.

⁴⁵ Ludwig: Reden (1999), S. 229; zu Runge vgl. die Beiträge von Wolfgang Eckart und Wolfgang Frobenius (Wiederbesetzung) in diesem Band.

⁴⁶ Martius: Hebammenlehrbuch (1971), S. 258.

⁴⁷ Ebd., Vorwort.

geburtshilfliche Praxis von Hebammen in zwei Schüben.

Ihre Kernkompetenz – die kontinuierliche Beobachtung des Geburtsverlaufs – konnten Hebammen nur unter den Bedingungen einer sozialen Betreuung anwenden. Voraussetzung dafür war die individuelle und kontinuierliche Betreuung einer Gebärenden. In der Klinik war dies übergangsweise möglich. Die Geburt wurde jedoch im Laufe der weiteren Entwicklung aus dem sozialen Zusammenhang herausgelöst, der Hebammenberuf im weiteren Verlauf fragmentiert und die Leitung der Geburt ging auf den Arzt über. Im technisierten Kreißsaal erfuhr der Hebammenberuf eine weitere Umformung durch die Bewertung des Geburtsverlaufs anhand technischer Messdaten vom Fötus. Dieser stand nun im Blickpunkt einer medizinischen Geburtsüberwachung. Neue Hauptaufgabe der Hebamme wurde die Vermittlung zwischen Gebärender, Arzt und Technik.

So galt der Beruf der Kreißsaalhebamme Anfang der 1970er Jahre als ein anspruchsvoller und spezialisierter Frauenberuf. Jedoch hatte die Berufsgruppe – im Zuge der Hospitalisierung der Geburten, der arbeitsteilig durchgeführten Geburtshilfe und der Technisierung der Kreißsäle – nicht nur ihre traditionelle Orientierung auf das Verhältnis zur Gebärenden verloren, sondern auch ihre Selbstständigkeit weitgehend eingebüßt. Die Geburt wurde als medizinisches Ereignis verstanden, das nur von der Medizin sicher und professionell betreut werden konnte.

Literatur

- Arney, William Ray: *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago 1982.
- Bickenbach, Werner: Häusliche und klinische Geburtshilfe. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 8 (1957), S. 344–349.
- Bickenbach, Werner (Hrsg.): *Hebammenlehrbuch*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheitswesen. Stuttgart 1962.
- Dienstordnung für Hebammen. Erlass des Niedersächsischen Ministers für Arbeit, Aufbau und Gesundheit vom 17. Dezember 1947 (Amtsbl. für Niedersachsen, S. 13) (Auszugsweise, soweit die Dienstordnung für Hebammen vom 16.2.1943 verändert wurde) In: Zimdars, Kurt; Sauer, Karl (Hrsg.): *Hebammengesetz vom 21. Dezember 1938 nebst Gesetz zur Regelung von Fragen des Hebammenwesens vom 4. Januar 1954*. Neu bearbeitete und ergänzte 3. Aufl. von Dr. Friedrich Koch und Dr. Fritz Bernhardt. Hannover 1955, S. 107 f.
- Diemel, Hanns: Einleitendes Referat zum Podiumsgespräch über die Neuordnung der Geburtshilfe. 36. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie vom 20.–24. 9. 1966. In: *Archiv für Gynäkologie* Band 204 (1967), S. 298–301 und S. 305 f.
- Duden, Barbara: Die Ungeborenen. Vom Untergang der Geburt im späten 20. Jahrhundert. In: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jaques; Veit, Patrice (Hrsg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München 1998, S. 149–169.
- Duden, Barbara: Kopfgeburten. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 58 (2006), S. 6–9.
- Grabrucker, Marianne: *Vom Abenteuer der Geburt. Die letzten Landhebammen erzählen*. Frankfurt/Main 1996.
- Grubenmann, Ottilia: 200 Praxisfälle, Bd. 1 und 2. 2. Aufl., Weissbad 1993/95.
- Hebammengesetz vom 21. Dezember 1938 nebst Gesetz zur Regelung von Fragen des Hebammenwesens vom 4. Januar 1954 mit Erläuterungen und Anhang von Kurt Zimdars und Karl Sauer. Neu bearbeitete und ergänzte 3. Aufl. von Dr. Friedrich Koch und Dr. Fritz Bernhardt. Hannover 1955.
- Henze, Ricarda: *Geburtshilfe in den 50er und 60er Jahren in Niedersachsen aus Sicht der damals freien Hebammen*. Diplomarbeit im Fach Sozialwissenschaften. Hannover 1999.
- Hillemanns, Hans-Günter (Hrsg.): *Die programmierte Geburt*. 1. Freiburger geburtshilfliches Kolloquium 1976. Stuttgart 1978.
- Huerkamp, Claudia: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. Göttingen 1985.
- Kölle, Ruth: *Organisation und Tätigkeit*. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 23 (1971), Sonderbeilage.
- Kreutzer, Susanne: *Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. (= Geschichte und Geschlechter 45)* Frankfurt/Main 2005.
- Linner, Rosalie: *Tagebuch einer Landhebamme 1943–1980*, 2. Aufl., Rosenheim 1989.
- Lisner, Wiebke: *„Hüterinnen der Nation“. Hebammen im Nationalsozialismus. (= Geschichte und Geschlechter 50)* Frankfurt/Main 2006.
- Loytved, Christine: *Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive*. In: *Die Hebamme* 17 (2004), S. 18–21.
- Martius, Gerhard (Hrsg.): *Hebammenlehrbuch*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Neubearbeitete und erweiterte Aufl., Stuttgart 1971.
- Neuscheler, Veronika: *Beruf und Berufsorganisation der Hebamme. Professionalisierung oder Deprofessionalisierung eines Gesundheitsberufes? (= Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft 12)* Konstanz 1991.
- Rockenschau, Alfred: *Gebären ohne Aberglauben. Eine Fibel der Hebammenkunst*. Lauter 1998.

- Schildt, Axel: Materieller Wohlstand – pragmatische Politik – kulturelle Umbrüche. Die 60er Jahre in der Bundesrepublik. In: Schildt, Axel; Siegfried, Detlef; Lammers, Christian (Hrsg.): *Dynamische Zeiten: die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften.* (= Hamburger Beiträge zur Sozial- und Zeitgeschichte 37) Hamburg 2000, S. 21–53.
- Schmitz, Britta: *Hebammen in Münster. Historische Entwicklung – Lebens- und Arbeitsumfeld – Berufliches Selbstverständnis.* Münster 1994.
- Schumann, Marion: *Vom Dienst an Mutter und Kind zum Dienst nach Plan. Hebammen in der Bundesrepublik 1950–1975.* (= Frauengesundheit 8) Göttingen 2009.
- Schumann, Marion: *Dienstleistung statt sozialer Betreuung. Der Auftrag von Hebammen in der frühen Bundesrepublik im Umbruch.* In: Schäfer, Daniel (Hrsg.): *Rheinische Hebammengeschichte im Kontext.* (= Kölner Beiträge zu Geschichte und Ethik der Medizin 1) Kassel 2010, S. 251–272.
- Schumann, Marion: *From Social Care to planning Childbirth in the Federal Republic of Germany 1950–1975.* In: Braun, Kathrin (Hrsg.): *Between Self-Determination and Social Technology. Medicine, Biopolitics and the New Techniques of Procedural Management.* Bielefeld 2011, S. 31–63.
- Schwarz, Clarissa M.; Schücking, Beate A.: *Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts.* In: *Dr. med. Mabuse* 29 (2004), S. 22–25.
- Selbmann, K.-H.; u.a. (Hrsg.): *Münchener Perinatalstudie 1975–1977. Daten, Ergebnisse, Perspektiven.* München 1980.
- Steffen, Gisèle: *Ist der routinemäßige, prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt? Überblick über neuere Forschungsarbeiten.* 5. Aufl., Frankfurt/Main 2001.
- Tew, Marjorie: *Safer childbirth? A critical history of maternity care.* London 1990. Aus dem Englischen von Clarissa Schwarz; Katja Stahl (Hrsg.): *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe.* Frankfurt/Main 2007.
- Weir, Lorna: *Folgen des Risikofaktors.* In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 58 (2006), S. 53–56.