

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Geburt, Gewalt und Wissen
Interviewgestützte Analyse zum Spannungsfeld zwischen
Expert:innen und Laienwissen in der österreichischen
Geburtshilfe aus einer feministischen und
hebammenzentrierten Perspektive

verfasst von | submitted by
Jana Dorfner B.Sc.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 808

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Gender Studies

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Dr. Sabine Grenz

Abstrakt deutsch

Diese Arbeit untersucht die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen im geburtshilflichen Kontext mit Fokus auf das Spannungsverhältnis zwischen Expert:innen, dem medizinischen Fachpersonal und Laien, den gebärenden Personen. Dabei wird vor allem auch der Laienbegriff kritisch hinterfragt. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf dem potenziell konkurrierenden Verhältnis zwischen Expert:innen und Laien, ausgehend von einem hierarchischen Wissensgefälle. Dabei wird auch untersucht, wie das körpereigene Wissen der gebärenden Personen im Verhältnis zum medizinischen Fachwissen anerkannt oder abgewertet wird.

Es werden verschiedene theoretische und forschungsbasierte Konzepte zu geburtshilflicher und institutioneller Gewalt, Körperpolitik und Biomacht sowie zum Expert:innen und Laienwissen eingeführt. In Zusammenhang mit dem Laienwissen nimmt der Selbstbestimmungsdiskurs eine zentrale Rolle ein. Die geburtshilflichen Strukturen werden immer unter der Berücksichtigung neoliberaler und ökonomisierender Prozesse beleuchtet, die maßgeblich von diesen beeinflusst werden.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf qualitative Interviews mit Hebammen und gebärenden Personen, wobei die Daten aus einer feministischen und hebammenzentrierten Perspektive analysiert werden sollen. Dabei soll herausgefunden werden, wie gesellschaftliche Normen, Machtstrukturen und institutionelle Gewalt im geburtshilflichen Kontext das Verhältnis zwischen Expert:innen und Laien formen. Ausgehend davon diskutiert diese Arbeit, inwieweit die Beziehung zwischen Expert:innen und Laien das Entstehen gewaltvoller Praktiken im geburtshilflichen Kontext beeinflusst.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Dynamik zwischen medizinischem Fachpersonal und gebärenden Personen, bedingt durch eine Wissenshierarchie einen erheblichen Einfluss auf gewaltvolle Praktiken und somit die Selbstbestimmung der Gebärenden haben kann.

Abstrakt englisch

This thesis examines the interconnection between childbirth, obstetric violence, and knowledge in the context of obstetrics, focusing on the tension between experts, represented by medical professionals, and laypersons, the birthing individuals. Special attention is given to critically questioning the concept of the "layperson."

The main focus is on the potentially competing relationship between experts and laypersons, based on a hierarchical knowledge gap. It also examines how the embodied knowledge of birthing individuals is either recognized or devalued compared to medical knowledge. Various theoretical and research-based concepts are introduced, such as obstetric and institutional violence, body politics, and biopower, as well as the concepts of expert and lay knowledge. In connection with lay knowledge, the discourse around self-determination plays a central role. All topics are considered in relation to neoliberal and economic processes that strongly influence them.

This thesis is based on qualitative interviews with midwives and birthing individuals, analyzed from a feminist and midwifery-centered perspective. It aims to explore how societal norms, power structures, and institutional violence shape the relationship between experts and laypersons in obstetrics. Based on this, the thesis discusses how the quality of the relationship between experts and laypersons may influence the emergence of violent practices in obstetric care and how these are shaped by structural and societal processes.

The findings show that a strong knowledge gap and the dynamic between medical staff and birthing individuals can significantly influence violent practices and limit the self-determination of birthing individuals.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Hinführung zum Thema	1
1.2. Forschungsstand und Forschungslücke	2
1.3. Motivation	3
1.4. Ziel und Erkenntnisinteresse	4
1.5. Aufbau	6
2. Theoretischer Hintergrund.....	7
2.1. Gewalt.....	7
2.1.1 Gewaltbegriffe und Definitionen	7
2.1.2. Gewaltarten- und Formen in der Geburtshilfe	8
2.1.3. Gewalt in der Geburtshilfe und das Konzept Obstetric Violence	10
2.1.4. Framing geburtshilflicher Gewalt	12
2.1.5. Gewalt und Intersektionalität.....	14
2.2. Geburt.....	15
2.2.1. Historischer Abriss	15
2.2.2. Geburtshilfe und gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen.....	16
2.2.3 Körperpolitik und Biomacht.....	20
2.2.4. Gebären in der Institution Krankenhaus	24
2.3. Wissen	26
2.3.1. Weibliches Wissen	26
2.3.2 Selbstbestimmung	27
2.3.3. Laien- und Expert:innenwissen.....	31
2.4. Zusammenführung der Theoriekapitel.....	36
3. Methode.....	37
3.1. Einleitung	37
3.2. Verortung	37
3.3. Forschungsfragen	39
3.4. Forschungsdesign	41
3.3. Datenerhebung.....	42
3.3.1. Interviewmethode	42
3.3.2. Teilnehmerinnen und Durchführung der Interviews.....	43
3.4. Datenanalyse	46
3.5. Ethik und Datenschutz	48
3.6. Reflexion	49
4. Analyse und Diskussion	51
4.1. Einführung	51

4.2. Gewalt.....	51
4.2.1. Geburtshilfliche Gewalt	51
4.3. Geburt.....	56
4.3.1. Gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen	56
4.3.2. Geburt als Projekt und Aneignung von Wissen	63
4.4. Wissen	68
4.4.1 Selbstbestimmung	68
4.4.2. Spannungsverhältnis Expert:in und Laie.....	72
4.4.3. Wissen & Wissenskonflikte.....	79
4.4.4. Bewusste Zurückhaltung vs. Konfrontation und Auflehnung.....	83
4.4.5. Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung	88
5. Fazit	91
5.1. Zentrale Erkenntnisse	91
5.2. Beitrag der Arbeit & Limitationen der Arbeit	93
6. Ausblick.....	94
6.1. Weiterführende Forschung	94
6.2. Politische Maßnahmen	96
6.3. Implikationen für die Praxis.....	97
6.4. Schlusswort.....	99
Literaturverzeichnis.....	100
Anhang.....	107
Anhang 1: Facebook Post	107
Anhang 2: Interviewleitfäden	108
Anhang 3: Zustimmungserklärung.....	111
Anhang 4: Kodierleitfaden.....	113

1. Einleitung

1.1. Hinführung zum Thema

„Es ist nicht egal, wie wir geboren werden“, lautet ein bekanntes Zitat von Michel Odent, einem renommierten Geburtsmediziner. Diese Aussage verweist auf die tiefgreifenden Auswirkungen, die mit der Geburt für Frauen¹, Kinder und Familien einhergehen (Odent 2021). Dabei gilt die Geburt eines Kindes als ein unvorhersehbares Naturphänomen (Stadelmann 2021), das als gewaltig, kraftvoll und natürlich deklariert wird. Gleichzeitig ist sie ein biologisch-naturwissenschaftliches und evolutionsbiologisches Ereignis, das im menschlichen Körper angelegt ist. Doch Geburt ist mehr als nur ein physischer Vorgang: Sie ist auch ein soziales, kulturelles und gesellschaftlich geprägtes Ereignis, das biopolitisch und institutionell gerahmt ist (Fischer 2011).

In Österreich bekommen etwa 70-75% der Frauen* ein oder mehrere Kinder. Im Durchschnitt bringt eine Frau* 1,3 Kinder zur Welt (Statistik Austria 2023). Reproduktion ist somit nicht nur eine individuelle, sondern eine gesamtgesellschaftliche Angelegenheit– sie betrifft nicht nur diejenigen, die gebären oder geboren haben, sondern die gesamte Gesellschaft (Arruzza et al. 2019).

Rund 40–50 % aller Frauen* erleben während der Geburt psychische oder physische Gewalt – so schätzt es Christina Mundlos (2015) in ihrem Buch *Gewalt unter der Geburt*. Auch internationale Studien bestätigen die hohe Prävalenz: Eine WHO-Untersuchung zeigt, dass 42 % der Frauen* mindestens eine Form von Misshandlung erfahren haben (WHO 2019). In einer groß angelegten Studie in den Niederlanden berichteten 54,4 % der Befragten über respektloses oder verletzendes Verhalten durch medizinisches Fachpersonal (van der Pijl et al. 2022). Diese Zahlen verdeutlichen, dass Gewalt unter der Geburt kein individuelles Phänomen, sondern ein strukturelles Problem ist.

¹ In dieser Arbeit wird variierend von Frau/en, Gebärende/r und gebärende/n Person/en gesprochen. Ich verwende diese Begriffe, weil diese im geburtshilflichen Setting und auch in der Selbstbeschreibung der interviewten Personen die am häufigsten verwendete Begriffe sind. Gleichzeitig ist es mir wichtig, ein Bewusstsein zu schaffen, dass nicht alle Personen die gebären auch Frauen sind und sich als solche identifizieren. Um mehrere geschlechtliche Identitäten zu berücksichtigen wird daher zwischen drei verschiedenen Begriffen variiert, die alle die gleiche Person meinen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Verständnis von Geburt verändert. Sie wird zunehmend als individuelles Projekt verstanden – planbar und optimierbar. Diese Entwicklung ist eingebettet in eine neoliberale Logik der Selbstverantwortung und Effizienz. Werdende Eltern konsumieren Ratgeberliteratur, besuchen Kurse und recherchieren in sozialen Medien (Fabian, 2023). Die Digitalisierung erleichtert den Zugang zu Informationen erheblich und ermöglicht es, dass Gebärende nicht nur zu Expert:innen für den eigenen Körper werden, sondern sich auch fundiertes medizinisches Fachwissen aneignen (Jung 2023). Die Aneignung von Wissen erzeugt nicht nur Sicherheit und führt zu einem hohen Maß an Selbstbestimmung, sondern bringt auch Ambivalenzen mit sich: Zu viele Optionen und Informationen können die Gebärende überfordern und erzeugen wiederum neue Anforderungen und können zu Druck und Unsicherheit führen (Eckardt 2020; Lange & Ullrich 2017). Zudem ist Geburt ein Ort institutioneller und struktureller Machtverhältnisse, an dem Gebärende paternalistischen Strukturen, Herabwürdigung und gewaltvollen Praktiken ausgesetzt sind (Shabot 2021). In diesem Setting kann die tatsächliche Autonomie der gebärenden Person eingeschränkt werden. Wie Jung (2023) betont, bleibt Selbstbestimmung unter diesen Bedingungen oftmals eine theoretische Möglichkeit, die sich in der geburtshilflichen Praxis nicht vollständig realisieren lässt (Jung 2017; Jung 2023). Diese Dynamiken werfen Fragen nach der Verteilung und Anerkennung von Wissen, nach Autonomie, Körperpolitik und nach den Bedingungen für eine respektvolle Geburt auf.

1.2. Forschungsstand und Forschungslücke

In der internationalen Forschung, vor allem in den USA, haben sich verschiedene Arbeiten mit dem Thema Laien- und Expert:innenwissen beschäftigt (Cohen Shabot 2021; Chadwick, 2021). Die Studien zeigen, dass gebärende Personen, die mit fundiertem Wissen und konkreten Vorstellungen in die Geburt gehen, häufiger auf Widerstand seitens des medizinischen Fachpersonals stoßen und in weiterer Folge eher gewaltvolle Praktiken erfahren (Shabot 2021; Chadwick 2017). Allerdings ist anzumerken, dass sich das Geburtshilfesystem in den USA stark von dem in Österreich unterscheidet. In den USA gibt es eine deutlich höhere Kaiserschnitttrate, eine dominierende ärztliche Versorgung während der Geburt und eine geringere Hebammenversorgung (Tikkanen et al. 2020). Aufgrund dieser Unterschiede können internationale Ergebnisse zu Expert:innen und Laienwissen nicht eins-zu-eins auf das österreichische Geburtshilfesystem übertragen werden. Das verdeutlicht, dass empirische Untersuchungen speziell in der österreichischen Geburtshilfe notwendig sind. Vor diesem Hintergrund konzentriere ich mich im Rahmen meiner Masterarbeit auf dieses Thema, begrenzt

auf die Geburtshilfe in Österreich. Ziel ist es, neue Erkenntnisse im Hinblick auf das Spannungsfeld von Laien- und Expert:innen im Konstrukt von Gewalt, Geburt und Wissen in Österreich zu gewinnen. Die Stärke dieser Arbeit liegt darin, dass das Thema aus einer Hebammen- und genderwissenschaftlichen Perspektive untersucht wird.

1.3. Motivation

Die Motivation für die vorliegende Masterarbeit lässt sich für mich auf drei zentrale Aspekte zurückführen:

Erstens basiert sie auf meiner Berufserfahrung als Hebamme. Seit acht Jahren begleite ich Frauen* und Paare in verschiedenen Bereichen der Hebammenarbeit – von der außerklinischen und klinischen Geburtshilfe über Geburtsvorbereitungskurse bis hin zur Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung. Ein zentrales Anliegen meiner beruflichen Praxis ist seit jeher die Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung und Autonomie der Frauen*. Insbesondere die Wahlfreiheit hinsichtlich des Geburtsortes und der Geburtserfahrungen ist für mich von zentraler Bedeutung. In den letzten Jahren habe ich jedoch zunehmend beobachtet, dass werdende Mütter immer mehr mit einem breiten medizinischen Wissen, detaillierten Vorstellungen und zum Teil auch einer hohen Erwartungshaltung sowie mit Ängsten in den Geburtsprozess gehen. Diese Entwicklung erscheint mir aus zweierlei Gründen problematisch: Zum einen könnte die starke Rationalisierung des Geburtsprozesses die natürlichen, körperlichen und emotionalen Aspekte der Geburt beeinträchtigen, zum anderen kann die Vielzahl an Entscheidungen und Erwartungen den Verlauf der Geburt eher verkomplizieren als fördern. Zudem ist Gewalt in der Geburtshilfe (Fabian 2023) sowie die zunehmende Bedeutung von Selbstbestimmung sind mittlerweile zu einem omnipräsenten Thema in den Medien, Fachzeitschriften und Ratgebern geworden (Eckardt 2021). Mir liegt dieses Thema besonders am Herzen, da ich die Rechte von Frauen* stärken und einen respektvollen Umgang in diesem sensiblen Kontext fördern möchte.

Zweitens bietet das Thema der Arbeit eine gute Verschränkung von Hebammenwissenschaft und Gender Studies, weil es zentrale Themen beider Disziplinen miteinander verbindet. Geburt ist nicht nur ein körperliches Ereignis, sondern auch ein politisches. Fragen nach Autonomie, Selbstbestimmung und Körperpolitik stehen im Zentrum feministischer Theorie – ebenso wie die gesellschaftliche Konstruktion von Weiblichkeit, Sorgearbeit und Reproduktion. Das Studium der

Gender Studies hat meinen Blick auf Geburt entscheidend verändert.

Drittens nimmt das Thema der Reproduktion eine fundamentale Rolle in unserer Gesellschaft ein. Reproduktion betrifft jede:n – direkt oder indirekt. Und doch ist sie eng mit Weiblichkeit verknüpft und bleibt in ihrer gesellschaftlichen Bedeutung oft unsichtbar. Die Arbeit von Frauen* im reproduktiven Bereich wird entwertet, unsichtbar gemacht und ökonomisch nicht anerkannt – in einem System, das stark durch kapitalistische und patriarchale Logiken geprägt ist (Arruzza et al. 2019).

Zusammengefasst ergibt sich die Motivation für diese Masterarbeit an der Schnittstelle von praktischer Erfahrung und theoretischer Reflexion. Im Zentrum steht die Frage, wie Wissen über Geburt im Kontext von Expert:innen und Laienwissen konstruiert und weitergegeben wird und welche Rolle dabei Macht, Hierarchien und gesellschaftliche Normen einnehmen.

1.4. Ziel und Erkenntnisinteresse

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Verbindung von Geburt, Gewalt und Wissen näher zu beleuchten und dabei vor allem das Verhältnis zwischen Expert:innen- und Laienwissen im geburtshilflichen Kontext zu analysieren und dabei sowohl die Sichtweisen von Hebammen als auch von gebärenden Personen in die Untersuchung einzubeziehen. Unter dem Konzept von „Obstetric Violence“ soll analysiert werden, wie die Konkurrenz von Wissen eine Auswirkung auf gewaltvolle Praktiken haben kann.

Die Arbeit basiert auf acht qualitativen Interviews – vier mit Hebammen und vier mit Personen, die geboren haben. Die Analyse erfolgt mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Bearbeitet wird die Thematik aus einer feministischen und hebammenzentrierten Perspektive. Dabei wird die Arbeit konsequent entlang der zentralen Bezugspunkte von Geburt, Gewalt und Wissen bearbeitet. Theoretisch stützt sie sich sowohl auf feministische Wissenskonzepte als auch auf biomedizinische und hebammenwissenschaftliche Arbeiten. Zentrale theoretische Bezugspunkte bilden Michel Foucaults Konzept der Biomacht und Biopolitik, Judith Butlers Überlegungen zur Performativität von Körpern sowie Ansätze epistemischer Gerechtigkeit nach Miranda Fricker. Das Fundament zur Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Laien- und Expert:innenwissen liefern zudem Studien von Sara Cohen Shabot, Rachelle Chadwick, Tina Jung und Sarah Eckardt.

Dabei stehen folgende Fragen im Fokus:

- Inwieweit sind Geburt, Gewalt und Wissen miteinander verschränkt?
- Wie beeinflusst die Dynamik zwischen Expert:innen und Laienwissen das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person und inwieweit wirkt sich ein spannungsbehaftetes Verhältnis auf potenziell gewaltvolle Praktiken aus?
- Wie wird der Körper von gebärenden Personen in gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten verhandelt? In welchem Maße können gebärende Personen selbstbestimmt handeln und welche Hindernisse ergeben sich dabei?

Ziel dieser Masterarbeit ist es, das Spannungsfeld von Expert:innenwissen und Laienwissen im geburtshilflichen Kontext zu untersuchen und die vielschichtigen Auswirkungen dieses Verhältnisses zwischen medizinischem Fachpersonal und gebärenden Personen auf das Geburtserlebnis und potenziell gewaltvolle Praktiken zu analysieren. Im Fokus steht insbesondere die Frage, wie gewaltvolle Praktiken, bedingt durch die Qualität der Beziehung zwischen Expert:in und Laie, entstehen und hervorgebracht werden. Dabei soll vor allem auch untersucht werden, wie diese durch zugrunde liegende Machtstrukturen, institutionelle Gewalt, gesellschaftliche Normen und individuelle Handlungsspielräume beeinflusst werden. Die Arbeit verfolgt das Ziel, die Wahrnehmung beider Gruppen sichtbar zu machen und Verständnis für ihre jeweilige Position zu entwickeln.

Die meisten Arbeiten zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe stammen aus dem sozialwissenschaftlichen und genderwissenschaftlichen Bereich. Hierbei ist es mir wichtig anzumerken, dass ich mich bewusst dazu entschieden habe, die Perspektiven beider – Hebammen und Gebärende – in die Arbeit einzubeziehen. Die Arbeit soll somit fortwährend aus einer hebammenzentrierten sowie genderwissenschaftlichen Perspektive beleuchtet werden. Durch die Lücke zum Thema Expert:innen und Laienwissen in der österreichischen Geburtshilfe, sollen die gewonnenen Erkenntnisse nicht nur zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung beitragen und zugleich auch Impulse für eine gewaltfreie, selbstbestimmte und respektvolle Geburtshilfe liefern.

1.5. Aufbau

Abschließend möchte ich einen kurzen Überblick über die Arbeit geben. Zunächst werden im theoretischen Hintergrund wichtige Theorien, Konzepte und Forschung zum Thema präsentiert. Dabei ist der theoretische Hintergrund nach Geburt, Gewalt und Wissen strukturiert; deren enge Verwobenheit bildet einen roten Faden, der die Arbeit durchzieht. Im Anschluss folgt die methodische Verortung, in der die Wahl des qualitativen Forschungsansatzes begründet, das Forschungsdesign erläutert sowie das Vorgehen der Datenerhebung und Datenauswertung nach Mayring dargestellt wird. Die anschließende Analyse und Diskussion strukturiert und untersucht die Daten nach den zuvor festgelegten Codes wie etwa Wissen & Wissenskonflikte, bewusste Zurückhaltung und Gewalt. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gebärenden und Hebammen herausgearbeitet, wobei die Rollen von Hebammen und Gebärenden bewusst zueinander in Bezug gestellt werden. Die Ergebnisse sollen kritisch reflektiert und in Bezug zu den theoretischen Ausarbeitungen gesetzt werden. Die Arbeit schließt mit einem Fazit und Ausblick ab, in dem die zentralen Ergebnisse zusammengefasst werden und Implikationen für die Praxis und weitere Forschung genannt werden.

¹ Ich verwende in dieser Arbeit den Begriff „Laie“, weil dieser Begriff durchweg in der Literatur verwendet wird. Ich möchte betonen, dass der Begriff Laie problematisch und mit Abwertung besetzt ist, da er ein paternalistisches Verhältnis impliziert und dazu beiträgt, Hierarchien im medizinischen Kontext zu untermauern und eine klare Einteilung im Rollenverständnis vorzunehmen. Damit trägt der Begriff zu einer Aufrechterhaltung von Machtasymmetrien und bestimmten Rollenzuschreibungen im medizinischen Diskurs bei. Diese Problematik wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit kritisch reflektiert.

2. Theoretischer Hintergrund

Im nun folgenden Teil bilden verschiedene Begriffe, Theorien und Konzepte aus Literatur und Forschung zu den Themenbereichen Geburt, Gewalt und Wissen den theoretischen Hintergrund. Diese sollen dazu dienen, eine fundierte Grundlage für die vorliegende Masterarbeit zu schaffen.

2.1. Gewalt

2.1.1 Gewaltbegriffe und Definitionen

Gewalt ist ein komplexes Phänomen, das sowohl körperliche als auch psychische Dimensionen umfasst und tief in sozialen, kulturellen und institutionellen Strukturen verankert ist. Gewalt kann als Mittel verstanden werden, um Macht zu positionieren. Das gilt für den eigentlichen Akt der Geburt, aber auch für den Diskurs darüber (Fischer 2011). Die Bedeutung des Wortes „Gewalt“ im deutschsprachigen Raum leitet sich vom Wort „*Kraft haben*“ und „*beherrschen*“ ab. Auch die Wortbedeutung im englischsprachigen Raum ist ähnlich. „*Violence*“ bedeutet „*Durchsetzen*“, „*Zwang*“ und „*Macht*“ (Imbusch 2002). Gewalt ist ein vielschichtiger Begriff, dessen Definition vom jeweiligen gesellschaftlichen, historischen und politischen Rahmen geprägt ist (Bal 2002). Im genderwissenschaftlichen Bereich gibt es keine eindeutige Definition zum Thema Gewalt, sondern vornehmlich Annäherungen an das Phänomen der Gewalt. Im Folgenden sollen diese Annäherungen vorgestellt und das Thema Gewalt als ein breites Konzept eingeführt werden. Foucault (1976) beschreibt Gewalt als ein soziales Ereignis, das Machtverhältnisse sichtbar macht und so Hierarchien schafft. Die WHO definiert Gewalt als: „*Die absichtliche Anwendung von physischer Kraft oder Macht, die gegen den Körper eines anderen Menschen gerichtet ist oder gegen eine Gruppe von Menschen ausgeübt wird, mit der Wahrscheinlichkeit oder der tatsächlichen Folge von Verletzungen, Todesfällen, psychischen Schäden oder Störungen*“. (WHO 2018). Gewalt umfasst somit immer ein Machtgefälle zwischen Täter:in und Opfer, bei dem die Bedürfnisse der betroffenen Person übergangen und missachtet werden (Imbusch, 2002).

2.1.2. Gewaltarten- und Formen in der Geburtshilfe

Die zuvor genannten Definitionen lassen sich auch auf den Kontext der Geburtshilfe übertragen, in dem Gewalt vielfältige Formen annehmen kann. Die WHO (2014) spricht im Zusammenhang mit solchen Praktiken von „*disrespect and abuse during childbirth*“, ein Begriff, der die Vielfalt gewaltvoller Praktiken in der Geburtshilfe umfasst. Darüber hinaus bezeichnet Cohen Shabot (2016) geburtshilfliche Gewalt als eine Form der epistemischen Gewalt, bei der das Erfahrungswissen der Gebärenden systematisch abgewertet oder ignoriert wird (Cohen Shabot 2021). Ein weiteres zentrales Konzept bildet „Obstetric Violence“, welches im weiteren Verlauf dieses Abschnitts noch besprochen wird.

Gewalt äußert sich in der Geburtshilfe auf unterschiedlichen Ebenen. Diese umfassen physische Übergriffe sowie psychische, verbale, strukturelle und kulturelle Gewaltformen (Fabian 2023). Direkte Gewalt beschreibt körperliche oder psychische Misshandlungen, die durch explizite Handlungen verursacht werden. Sie umfasst sowohl physische Gewalt als auch psychische Gewalt (Bohren et al. 2015; Mundlos 2015). Physische Gewalt meint die Anwendung von körperlicher Kraft mit dem Ziel, einer Person Schaden zuzufügen. Das umfasst Handlungen wie Schläge, Tritte, körperliche Angriffe oder die Anwendung von Zwang, durch die eine Person körperlich verletzt wird (Mundlos 2015; Pagels 2024). In der Geburtshilfe umfasst physische Gewalt medizinische Eingriffe ohne Zustimmung, wie z.B. unnötige Kaiserschnitte, Dammschnitte, unzureichende Betäubung, Schlagen, unsachgemäße Handgriffe oder die Fixierung der gebärenden Person, grobes Anfassen, Festhalten und die Durchführung des Kristellerhandgriffs² (Annborn & Finnbogadóttir 2022; Fabian 2023). Diese Praktiken können die körperliche Unversehrtheit der Gebärenden gefährden und zu langfristigen physischen und emotionalen Schäden führen (Bohren et al. 2015; Kruse 2024; Ringler 2001). Eine schwedische Studie berichtet sogar davon, dass das Erfahren von geburtshilflicher Gewalt gleichzusetzen ist mit der Erfahrung einer Vergewaltigung ist (Annborn & Fonnbogadóttir 2022). Eine weitere Studie beschreibt, dass die Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt als weitaus größer einzustufen sind als die Schmerzen, die durch die Geburt selber entstehen (Ebrahim 2025). Das macht deutlich, in welchem Ausmaß geburtshilfliche Gewalt die betroffenen Personen schädigen kann. Psychische Gewalt bezeichnet Handlungen, die darauf abzielen, das psychische

² Der Kristellerhandgriff beschreibt eine nicht evidenzbasierte geburtshilfliche Maßnahme, bei der das medizinische Fachpersonal mit Händen oder Unterarmen Druck auf den oberen Rand der Gebärmutter ausübt. Dieser Handgriff ist umstritten und in einigen Ländern verboten (Berrut de Berrut 2024)

Wohlbefinden einer Person zu schädigen (Bohren et al. 2015). Dies kann durch Drohungen, emotionalen Missbrauch, Abwertung oder Manipulation erfolgen (Mundlos 2015). In der Geburtshilfe äußert sich diese durch ängstigende oder herabwürdigende Aussagen, wie z. B. das Ignorieren von Wünschen, das Verharmlosen von Ängsten oder das Erzeugen von Schuldgefühlen und Abwertung der Gebärenden. Dazu zählt außerdem das Ausüben von Druck auf Patient:innen, eine medizinische Entscheidung zu treffen (Fabian 2023; Leinweber et al. 2021; Pagels 2024). Verbale Gewalt umfasst den Einsatz von abwertender, beleidigender oder herabwürdigender Sprache, um eine Person zu verletzen oder zu demütigen. Sie kann sowohl in Form von Beleidigungen, Herabsetzungen, beleidigenden Kommentaren oder Anschreien auftreten und wirkt sich direkt auf das Selbstwertgefühl und das emotionale Wohlbefinden der betroffenen Person aus (Jung 2024; Pagels 2024; Suri 2024). Eine herablassende und beleidigende verbale Betreuung untergräbt die Patient:innenautonomie und schädigt das Vertrauensverhältnis zwischen Gebärender und Hebamme (Fabian 2023). Die Form der strukturellen Gewalt hingegen ist nicht auf einzelne Handlungen zurückzuführen, sondern auf die Gegebenheiten innerhalb von Systemen, die Menschen benachteiligen und zudem Ungleichheit fördern (Jung 2017). Sie manifestiert sich in gesellschaftlichen Strukturen und somit auch in Institutionen, die diese Ungerechtigkeiten reproduzieren. Diese umfasst z.B. Personalmangel oder Ressourcenmangel. Zur strukturellen Gewalt zählt auch die institutionelle Gewalt. Diese bezieht sich auf strukturelle Ungleichheiten und Praktiken innerhalb von Institutionen, die systematisch bestimmte Gruppen benachteiligen oder unterdrücken. Sie tritt auf, wenn institutionelle Regeln, Normen oder Prozesse Menschen in ihrer Freiheit oder ihren Rechten einschränken, ohne dass eine einzelne Person direkt dafür verantwortlich gemacht werden kann (Bohren et al. 2015; Eckardt 2020; WHO 2014). Die Form der strukturellen und institutionellen Gewalt ist oft unsichtbar, da sie aus den Strukturen des Gesundheitssystems selbst hervorgeht (Imbusch 2002, Pagels 2024). Kulturelle Gewalt bezeichnet die Verbreitung von Normen und Ideologien, die Gewalt legitimieren oder unsichtbar machen. Sie äußert sich in gesellschaftlichen Überzeugungen und kulturellen Praktiken, die Gewalt in bestimmten Kontexten akzeptieren oder als notwendig darstellen. Diese Form der Gewalt wird oft durch Medien, Religion, Bildung und andere kulturelle Institutionen verstärkt und trägt dazu bei, dass Gewalt in der Gesellschaft als normal oder gerechtfertigt angesehen wird (Butler 2017; Imbusch 2002).

Die Auswirkungen von Gewalt während der Geburt können sowohl kurz- als auch langfristig sein und betreffen die physische und psychische Gesundheit von Mutter und Kind (Mundlos 2015).

Für die Mutter ergeben sich Komplikationen wie z.B. posttraumatische Belastungsstörungen bei etwa 4% aller Gebärenden, die Gewalt erlebt haben, Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen, Inkontinenz, weitere postpartale Komplikationen sowie ein erschwerter Bindungsaufbau zum Kind. Für das Kind ergeben sich mögliche Auswirkungen wie z.B. Belastungsreaktionen in Form von Anpassungsstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Schlafstörungen oder Verhaltensprobleme sowie eine erschwerte Bindung zwischen Mutter und Kind (Göbel et al. 2024; Leinweber et al. 2021; Pagels 2024; Tegethoff & Leinweber 2022).

2.1.3. Gewalt in der Geburtshilfe und das Konzept Obstetric Violence

Die WHO definiert Gewalt in der Geburtshilfe als jede „*unwürdige Behandlung während der Geburt*“, die die Würde und Autonomie der gebärenden Person verletzt und körperliche oder psychische Schäden verursachen kann (Bohren et al. 2015; WHO 2019). Das Auftreten von körperlicher, psychischer, verbaler oder struktureller Gewalt unter der Geburt stellt eine Menschenrechtsverletzung dar (Jung, 2023). Schätzungsweise sind ca. 25-40% aller Gebärenden von Gewalt während der Geburt betroffen. Es ist jedoch zu beachten, dass die tatsächlichen Zahlen aufgrund einer vermuteten hohen Dunkelziffer schwer zu erfassen sind (Ameli & Valdor 2020; Leinweber et al. 2021; Mundlos 2015). Wissenschaftliche Ergebnisse zur Prävalenz von geburtshilflicher Gewalt liegen erst seit 2021 vor. Das verdeutlicht die Relevanz für Forschungsarbeiten in diesem Bereich (Tegethoff & Leinweber 2022). Die hohe Dunkelziffer erklärt sich unter anderem durch das Schamgefühl, das mit dem Erleben von Gewalt während der Geburt verbunden ist, sowie durch die Tatsache, dass Gewalt subjektiv nicht immer als solche wahrgenommen wird (Fricker 2007). Dieses Framing geburtshilflicher Gewalt wird im nächsten Abschnitt ausführlich erläutert. Allerdings ist es auch möglich, dass Personen die geboren haben den Akt der Geburt als traumatisch und gewaltvoll einordnen, obwohl sie per Definition keine geburtshilfliche Gewalt erfahren haben. Das kann an den starken körperlichen Kräften, die auf den Körper einwirken und dem subjektiven Empfinden von Schmerz festgemacht werden. Demnach ist davon auszugehen, dass die Geburt an sich gewaltvoll und schmerzhaft ist, ohne das Einwirken von Gewalt von Akteur:innen im medizinischen Fachbereich (Fabian 2023). Daneben, ist auch ausschlaggebend, ob die Intensität und mögliche Schmerzen prospektiv erwartet wurden durch die Gebärenden (Eckardt 2020; Mundlos 2015). Eine traumatische Geburtserfahrung kann zum Beispiel durch folgende Punkte verursacht werden: eine unzureichende Unterstützung durch das medizinische Fachpersonal, das Gefühl von verlassen

sein sowie nicht zu erwartende Komplikationen (Taheri et al. 2018). Daneben, gibt es auch bestimmte Risikofaktoren für das Erleben einer traumatischen Geburt, darunter: das Erleben der ersten Geburt und psychische Vorerkrankungen (Simpson & Catling 2016). Eine weitere Beobachtung, die ich wiederholt in der Praxis mache, ist, wie unterschiedlich das Geburtserleben ist. Eine völlig identische Geburt kann von einer Person als traumatisch und gewaltvoll empfunden werden, während eine andere Person sie als unkomplizierte und schöne Geburt bezeichnet. Diese Erfahrung lässt sich auch mit Forschungsergebnisse erweitern: Taheri et al. (2018) konnten in ihrem Review Aspekte herausarbeiten, die das Erlebnis der Geburt beeinflussen. Darunter z.B. die Anwesenheit einer vertrauten Person, Massage und Musik sowie das Erstellen eines Geburtsplans (Taheri et al. 2018). So können manchmal auch die Ansicht von der Person die geboren hat und der Hebamme stark divergierend sein. Die Schwierigkeit für das medizinische Fachpersonal kann dann darin liegen, jede subjektive Geburtserfahrung zu akzeptieren. Hier ist aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive noch einzufügen, dass nicht jede medizinische Intervention automatisch als Gewalt verstanden werden kann wie z.B. ein Dammschnitt. Entscheidend hierbei ist wie dieser durchgeführt wird und ob diesem eine ausreichende Aufklärung und das Einholen von Einverständnis vorausgegangen ist. Gerade in Notfallsituationen ist das medizinische Fachpersonal dazu verpflichtet notwendige Interventionen zu setzen, aufgrund der Verantwortung für die gebärende Person und das ungeborene Kind. Geburtshilfliche Interventionen die potenziell gewaltvoll sein können stehen also immer in einem Spannungsfeld von Notwendigkeit und der Wahrung von Autonomie.

Ein entscheidender Begriff in der Auseinandersetzung mit Gewalt während der Geburt ist „*Obstetric Violence*“. Dieses Konzept hat seinen Ursprung in feministischen und aktivistischen Bewegungen in Lateinamerika. Er wird genutzt, um Gewalt gegen Frauen* im geburtshilflichen Kontext sichtbar zu machen (Ameli & Valdor 2020). Dieses Konzept wird meistens in feministischen und sozialwissenschaftlichen Diskursen genutzt, wenn über Gewalt in der Geburtshilfe gesprochen wird. Dabei handelt es sich nicht ausschließlich um die Bezeichnung eines Umstands, sondern viel mehr um ein feministisch aktivistisches Schlüsselwort, das ein strukturelles Problem in der reproduktiven Gesundheitsversorgung aus Sicht der Betroffenen anspricht. Obwohl der Begriff und dessen Ursprung vor allem mit lateinamerikanischen Aktivist:innen assoziiert wird, ist Gewalt in der Geburtshilfe ein weltweit bestehendes Problem (Ameli & Valdor 2020). Sie kann von Mitarbeitenden des Gesundheitssystems in der Geburtshilfe bei jeder Begegnung vor, während und nach der Geburt ausgeübt werden. Obstetric Violence bezieht sich auf medizinische Interventionen bei Geburten, die gegen den Willen der

Gebärenden durchgeführt werden und bzw. oder deren körperliche und psychische Integrität verletzen (Ameli & Valdor 2020; Cohen Shabot 2021; Ebrahim 2025).

Obwohl der Begriff Obstetric Violence vor allem auf strukturelle Probleme in der Geburtshilfe hinweist, wird er von Regierungen, NGOs und medizinischem Fachpersonal oftmals umgangen (van der Waal et al. 2022) und verdeutlicht, dass das Auftreten von Gewalt in der Geburtshilfe oftmals gerechtfertigt, legitimiert oder abgestritten wird. Dazu berichten auch Tegethoff und Leinweber (2022) in ihrem Artikel: *„Viele Verhaltensweisen, die Frauen als respektlos oder gewaltvoll empfinden, werden zudem von den verantwortlichen Fachkräften nicht unbedingt so wahrgenommen. Zum Beispiel können auch Handlungen und Interaktionen, die für das betreuende Personal Routine sind, von der Frau als gewaltvoll wahrgenommen werden.“* (Tegethoff & Leinweber 2022). Dem muss hinzugefügt werden, dass unklar ist, in wie weit das medizinische Fachpersonal, dass ebenfalls in einem politischen und kulturellen Rahmen innerhalb der Institution eingebettet ist, welches sexuelle oder medizinische Gewalt möglicherweise nicht als echte Gewalt anerkennt und gleichzeitig legitimiert, diese Gewalt vollständig und verantwortungsbewusst anerkennt und folglich Verantwortung für das eigene Handeln übernehmen kann (Cohen Shabot 2021; Pagels 2024). Über die Bereitschaft des geburtshilflichen Personals, Praktiken als gewalttätig anzuerkennen, gibt es bislang wenig Erkenntnisse. Ein erster notwendiger Schritt wäre jedenfalls die Anerkennung und Thematisierung von Gewalterfahrungen durch die Frauen* selbst (Cohen Shabot 2021). Rachelle Chadwick (2021) bezieht sich in ihrer Analyse ebenfalls auf das Konzept Obstetric Violence und thematisiert normierte und verharmloste gewaltvolle Praktiken in der Geburtshilfe. Sie berichtet von Stille, ausradieren und verharmlosen von Erfahrungen, wenn es um die Enttabuisierung von geburtshilflicher Gewalt geht. Mit diesem Phänomen werden gebärenden Personen ihr angeeignetes und körpereigenes Wissen sowie ihre agency genommen. Dabei geht sie davon aus, dass diese Gewalt speziell gegen weibliche Körper gerichtet ist und somit gezielt geschlechterbasiert gegen Frauen* ausgeübt wird (Chadwick 2021; Ebrahim 2025).

2.1.4. Framing geburtshilflicher Gewalt

Gewalt wird als vielschichtiges Geschehen subjektiv erlebt und abhängig davon als solche gedeutet oder eben nicht. Die Konstitution der Zuschreibung von Gewalt erfolgt im Anschluss an das Erlebte, wenn eine Reflexion der Handlung und des Erlebens möglich ist. So beschreibt

Mundlos (2015) in ihrem Buch, dass tendenziell eher weniger Frauen*, dass Erlebte als Gewalt deuten, obwohl es objektiv den Kriterien nach eindeutig unter geburtshilfliche Gewalt einzuordnen wäre (Mundlos 2015). Ein wesentliches Merkmal geburtshilflicher Gewalt ist ihre Normalisierung im klinischen und außerklinischen Alltag aber auch in den Erfahrungsberichten von Betroffenen wie auch Cohen Shabot (2020) in ihrem Artikel schreibt: „*The specific case of the unrecognised violence of vaginal examinations in childbirth constitutes part of the general problem that obstetric violence is frequently not fully recognised as such by women ourselves.*“ (Cohen Shabot 2020). Viele Handlungen, die als übergriffig erlebt werden, gelten innerhalb der medizinischen Praxis als Standardmaßnahmen. So können z. B. vaginale Untersuchungen, das Kommentieren des Körpers der Gebärenden oder eine unzureichende oder fehlende Aufklärung und damit einhergehende Zustimmung von Gebärenden als übergriffig erlebt werden, aber oft erst im Nachgang kontextuell eingeordnet werden (Cohen Shabot 2021). Damit verweist das *Framing* nicht nur auf die Unsichtbarkeit von Gewalt, sondern auch auf Prozesse der Selbstdisziplinierung denen Gebärende ausgesetzt sind. Geburtshilfliche Praktiken wie routinemäßige vaginale Untersuchungen oder das Liegen auf dem Rücken werden als medizinisch notwendige Routine akzeptiert. Das zeigt deutlich, wie sehr die Deutung von Gewalt an diskursive Rahmenbedingungen gebunden sind (Foucault 1977). Cohen Shabot bezieht sich in ihrer Analyse zu Gewalt während der Geburt auf Judith Butlers (2009) Konzept des *Framing* und die Unterscheidung zwischen *Recognition* und *Acknowledgement*. Geburtshilfliche Gewalt wird gar nicht erst als Gewalt anerkannt, weil sie nach dem patriarchalen *Framing* als ‚normal‘ zu verstehen ist. Diese normalisierte, genderbasierte Gewalt bleibt größtenteils unsichtbar (Chadwick 2021). Damit lässt sich auch die Schwierigkeit erklären, medizinische Gewalt und insbesondere *Obstetric Violence* als Gewalt zu framen. Denn der Anerkennung dieser institutionellen Gewaltform steht eine allgemeine Konzeptualisierung von Gewalt als etwas, dem Absicht vorausgeht, im Weg. Sie gilt in medizinischen Räumen, die als wohlwollend wahrgenommen werden oder deren Praktiken dem Interesse von Einzelpersonen dienen sollen, als widersprüchlich. Das Konzept des *Framings* erläutert, wie die Sozialisation von Frauen* Gewalt als Nicht-Gewalt labelt und damit unter anderen dazu führt, dass Gebärende und geburtshilfliches Personal bestimmte Praktiken während der Geburt nicht als Gewalt anerkennen (Cohen Shabot 2021; Fricker 2007). Hier wird sichtbar, wie sehr epistemische Strukturen definieren, ob Betroffene ihre Erfahrung überhaupt als Gewalt benennen können. Eine weitere Besonderheit beim Auftreten geburtshilflicher Gewalt ist, dass Betroffene das Erlebte erst retrospektiv als Gewalt einordnen können, sobald eine Reflexion des Erlebten möglich ist (Chadwick 2021 ; Fricker 2007; Mundlos 2015). Die Dringlichkeit und vermeintliche

Notwendigkeit überlagern zunächst die subjektive Wahrnehmung, wodurch das Erlebnis oft diffus auf die Betroffenen wirken kann. Oft kann das Erleben geburtshilflicher Gewalt erst mit zeitlichem Abstand und Auseinandersetzung mit dem Thema als solche erkannt und benannt werden (Imbusch 2002; Kruse 2024).

2.1.5. Gewalt und Intersektionalität

Die Intersektionalitätstheorie spielt im Rahmen von Gewalt in der Geburtshilfe eine große Rolle. Geburtshilfe ist nicht nur durch Geschlecht, sondern auch durch rassistische, klassistische und koloniale Strukturen geprägt. Intersektionalität beschreibt die Verwobenheit von unterschiedlichen Formen der Diskriminierung wie z.B. Geschlecht, Klasse, Rasse, Sexualität und wie diese dadurch noch wirkmächtiger werden (Crenshaw 2013; van der Waal et al. 2022). Dieses Phänomen lässt sich mit dem Konzept „*Obstetric Racism*“ zusammenfassen. Die Autor:innen einer Studie (van der Waal et al. 2022) identifizieren sieben Formen des geburtshilflichen Rassismus: Diagnosefehler, Vernachlässigung, Ablehnung oder Respektlosigkeit, absichtliche Zufügung von Schmerzen, Nötigung, Erniedrigung, medizinischer Missbrauch und rassistische Aufklärungsarbeit (van der Waal et al. 2022). Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass geburtshilflicher Rassismus ein signifikant schlechteres Outcome bei BIPOC Müttern und Neugeborenen mit sich bringt als bei weißen Frauen*. So weisen die USA und Großbritannien eine hohe Sterberate von gebärenden BIPOC Frauen* während der Geburt auf (Afrozensus 2020). Erfahrungen mit *Obstetric Racism* können noch einmal verstärkt werden, wenn Personen zusätzlich übergewichtig sind oder unter Medikation stehen (Liese et al. 2021). Obstetric Racism spielt auch im Kontext des Gebrauchs von Schmerzmitteln während der Geburt eine große Rolle. Studien belegen, dass BIPOC Frauen* seltener ein Schmerzmittel gegeben wird als weißen Frauen. Die Schmerzen von BIPOC Frauen* werden oft nicht ernst genommen bzw. niedriger eingestuft (Afrozensus 2020). Das zieht eine Nichtanerkennung von Schmerzen nach sich, die sich wiederum negativ auf die Geburt und die Geburtserfahrung traumatisch auswirken kann (Ebrahim 2025). BIPOC Frauen* erfahren zudem wesentlich häufiger geburtshilfliche Gewalt als weiße Frauen* und sind einem größeren Misstrauen seitens des geburtshilflichen Personals ausgesetzt (Afrozensus, Cohen Shabot 2021; Leinweber et al. 2021). In diesem Zusammenhang ist auch das Phänomen von TLTL (too little too late) und TMTS (too much too soon) zu nennen. Dabei muss zwischen den Erfahrungen von BIPOC und weißen Gebärenden unterschieden werden. TLTL beschreibt ein zu geringes Maß an Informationen und Behandlung, während TMTS nicht konsensuelle, nicht notwendige und erzwungene Behandlungen bzw.

Interventionen beschreibt (Cohen Shabot 2021). Das verdeutlicht, dass Obstetric Violence ein globales Problem ist und BIPOC Frauen* im Vergleich anfälliger für Erfahrungen von Gewalt während der Geburt sind. Gleichzeitig können auch privilegierte Frauen* betroffen sein, nur in einem anderen Kontext. Beide Konzepte machen deutlich, dass gewaltvolle Praktiken in der Geburtshilfe nicht nur aus individuellen Handlungen entstehen, sondern vielmehr aus strukturellen Phänomenen (Cohen Shabot 2021).

2.2. Geburt

2.2.1. Historischer Abriss

Aus medizinischer und biologischer Perspektive wird die Geburt eines Kindes als biologisch-naturwissenschaftliches und natürlich deklariertes Ereignis beschrieben, bei dem das Ungeborene über den Akt der Geburt die Gebärmutter verlässt (Stadelmann 2021). Der Fokus liegt dabei auf der Gesundheit von Mutter und Kind, die durch medizinisches Fachpersonal wie Hebammen und Ärzt:innen beobachtet wird. Die Hebammenwissenschaft erkennt die Geburt eines Kindes als bedeutendes Ereignis im Leben an. Dabei wird diese Phase der Geburt und danach in der Literatur auch als „Krise“ bezeichnet, aufgrund der vielschichtigen Auswirkungen auf das Leben von Mutter, Partner:in und Kind (Fabian 2023). In den Sozialwissenschaften hingegen wird Geburt nicht nur als biologischer Prozess, sondern als komplexes soziales, kulturelles und politisches Phänomen angesehen, das von gesellschaftlichen Vorstellungen, Praktiken und Technologien geprägt ist. Durch diese Konstruktion ist und bleibt Geburt wandelbar (Eckardt 2020).

Historisch gesehen wurde das Feld der Geburtshilfe überwiegend von Hebammen und anderen Frauen*, die überliefertes Wissen von anderen Frauen* und Hebammen für ihre Tätigkeit nutzten. Zu dieser Zeit fand Geburtshilfe im häuslichen Kontext statt (Rose et al. 2011). Im Zuge der Medikalisierung und der Zunahme von Wissenschaft im 17. Jahrhundert kam es erstmals zu einem Macht- und Wissensgefälle zwischen dem tradierten originären Hebammenbereich und einer androzentisch-medikalisierten Geburtshilfe, die Geburten sukzessiv in einen institutionellen Rahmen ansiedelte. Im 20. Jahrhundert war der Bereich der Geburtshilfe aufgrund einer Technisierung und Medikalisierung der bisher größten Veränderung unterzogen. Es fand ein Transfer von einer außerklinischen zu einer nahezu vollständig klinischen

Geburtshilfe statt, wodurch das Paradigma einer „sicheren Geburt“ geschaffen wurde (Eckardt 2020; Jung 2017). Es fand eine Einführung und stetige Zunahme von Schmerzmitteln, Anästhesien, Operationen und elektronischer Überwachung durch Ultraschall und Herztonüberwachung statt, die die Geburtshilfe stark veränderten. Diese Risikoorientierung führt zu Interventionskaskaden und einer zunehmenden Pathologisierung von Geburt (Eckardt 2020; Fabian 2023). Zudem strukturierten diese institutionellen und standardisierten Praktiken die Geburtshilfe neu, wodurch sich direkt Auswirkungen auf Selbstbestimmung und Autonomie für die Gebärenden ergaben (Church 2024).

Ein zentraler historischer Wendepunkt bilden die 1970er Jahre, in denen feministisch-aktivistische Bewegungen, zentrale Forderungen nach Selbstbestimmung, natürlicher Geburtshilfe und die Stärkung des Hebammenberufs forderten (Eckardt 2020). Seit etwa 15 Jahren gibt es im Hebammenbereich erhebliche Veränderungen. Es fand ein vollständiger Transfer einer ausschließlich schulischen Ausbildung zu einer hochschulischen Akademisierung statt, was zu einer Aufwertung des Berufs der Hebamme führte. Damit verbunden hat sich die Hebammenwissenschaft als eigenständiges Forschungsfeld etabliert, das sowohl medizinische als auch sozialwissenschaftliche Perspektiven integriert und sich mit Fragen der Professionalisierung, den Veränderungen in der Geburtshilfe sowie den Versorgungsstrukturen auseinandersetzt (DGHWi 2023). Die historischen Entwicklungen bilden die Grundlage für die heutigen Strukturen der Geburtshilfe, die weiterhin von Medikalisierung und Technisierung und gleichzeitig neuen Diskursen über Selbstbestimmung und eine gewaltfreie Geburtshilfe geprägt sind (Eckardt 2020).

2.2.2. Geburtshilfe und gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen

Heute steht die klinische und außerklinische Geburtshilfe in einem Spannungsfeld einer einerseits hoch technisierten, sicherheitsorientierten und medikalisierten Geburtshilfe und andererseits der Wunsch und das Recht nach Natürlichkeit und einer selbstbestimmten und gewaltfreien Geburt (Eckardt 2020; WHO 2018).

In diesem Zusammenhang sind auch die fortschreitenden neoliberalen Strukturen und ökonomisierende Prozesse zu nennen, die auf die Geburtshilfe einwirken (Hitschold, 2017; Mohan, 2018). Die Strukturen in der Geburtshilfe sind ökonomischen Prinzipien untergeordnet,

woraus sich eine große Diskrepanz zwischen dem monetären Wert und dem Patient:innenwohl ergibt (Jung, 2023). Es zeigen sich Maßnahmen wie Kostenreduzierung, Privatisierung von Gesundheitsleistungen, Effizienzsteigerung und Erlössteigerung, Interventionskaskaden, sowie eine Struktur nach marktwirtschaftlichen Prinzipien, auch in der Institution Krankenhaus und somit auch im Bereich der Geburtshilfe (Jung 2023). Diese Maßnahmen beeinflussen die Versorgung und Qualität erheblich (Benoit et al., 2010), wodurch deutlich wird, dass diese ökonomischen Prozesse auch die Geburt selber strukturieren. Beispielsweise zeigen Studien, dass durch neoliberale Ökonomisierungsprozesse in der Geburtshilfe schlechtere Arbeitsbedingungen für Hebammen entstehen (Hitschold, 2017), betreffend die Arbeitsabläufe, das Personal und die Professionalität (Jung, 2023). In den meisten Kliniken führt ein zu geringer Personalschlüssel zu erhöhter Arbeitsbelastung unter Hebammen (Bauer, 2020). Befragungen von Hebammen zeigen, dass in den vergangenen Jahren vermehrt Gefahrenanzeigen wegen fahrlässigen Verhaltens aufgrund von Arbeitsüberlastung eingereicht wurden. Das verdeutlicht die erheblichen Risiken und den Druck, dem Hebammen im Berufsalltag ausgesetzt sind (Hansson 2021). Ergänzend dazu, sind auch die hohen Haftpflichtprämien aufgrund immer weiter steigender Schadens- und Regressansprüche zu erwähnen (Jung, 2023). Daneben wird der emotional und körperlich anstrengende Beruf von Hebammen als unterbezahlt empfunden - in Relation zu der großen Verantwortung, der Hebammen ausgesetzt sind (Benoit et al., 2010; Bauer, 2020; Hitschold, 2017). Diese Dinge führen zu Unzufriedenheit im Berufsalltag und haben direkten Einfluss auf die Qualität der Geburtshilfe in der Betreuung von gebärenden Personen (Hansson 2021).

Durch die zuvor genannten sich verändernden Strukturen gibt es zahlreiche Auswirkungen für Hebammen und Gebärende. Um Kosten einzusparen, gibt es eine Rufbereitschaft statt ständiger Präsenz von medizinischem Fachpersonal. Dadurch kann der vorhergesehene Personalschlüssel nicht eingehalten werden und das Personal muss häufiger einspringen (Hitschold 2017). Auch die erforderlichen rechtlichen Sicherheitsstandards können unter diesen Bedingungen nicht gewährleistet werden. Das führt zu Unzufriedenheit und im weiteren Verlauf zu Kündigungen, was eine hohe Fluktuation im Personal bedingt. Daneben führt die voranschreitende Zentralisierung von Kliniken dazu, dass kleinere Kliniken geschlossen werden, wodurch die Infrastruktur und die Sicherheit für gebärende Personen, aber auch für Hebammen negativ beeinflusst wird aufgrund von bspw. weiteren Anfahrtswegen und eine Überbelegung (Bauer et al., 2020; Jung, 2017). Die kürzere Verweildauer in den Kliniken nach der Geburt bei gleichzeitiger Steigerung von Fallzahlen bringt für das Krankenhaus eine Leistungssteigerung mit

sich (Jung 2023). Für gebärende Personen bedeutet das jedoch, dass sie in der Zeit nach der Geburt für eine kürzere Zeit Unterstützung erhalten und sich dann wieder in Eigenleistung um eine Hebamme kümmern müssen die zu ihnen nach Hause kommt (Hertle et al., 2021). Die Arbeitsbedingungen des medizinischen Fachpersonals hat ebenfalls Auswirkungen auf gebärende Personen. Wenn eine Hebamme mehrere gebärende Personen gleichzeitig betreuen muss, ist folglich keine 1:1 Betreuung möglich, was sich ebenfalls negativ auf den Geburtsverlauf und das Geburtserleben auswirkt (Bauer, 2020) und sogar das Risiko für gewaltvolle Praktiken während der Geburt erhöhen kann (Mundlos 2015).

Das Geburtshilfesystem orientiert sich zunehmend an Planbarkeit, Kalkulierbarkeit, Haftungsansprüchen, Effizienz, und Kostenminimierung. Daraus resultieren Kreißsaalschließungen, Zentralisierung von Kliniken und eine deutliche Zunahme an Interventionen, da diese ökonomisch vorteilhaft sind (Jung, 2023). Der Bereich der Geburtshilfe fungiert im Gegensatz zu anderen Fachbereichen nicht als lohnender Investitionsbereich. Das liegt daran, dass Krankenhäuser lediglich Fallpauschalen erhalten, nicht aber den tatsächlichen Wert einer Leistung. Im Fachbereich der Geburtshilfe sind dadurch deutliche Qualitätsdefizite sichtbar obwohl bestimmte Qualitätsstandards als gesetzliche Vorgabe gelten (Hitschold, 2017; Mohan, 2018). Die wirtschaftlich lohnenswerte medikalisierte, technisierte, pathologisierte und institutionalisierte Geburt wird von Richtlinien und Leitlinien damit argumentiert, dass beste Outcome für Mutter und Kind zu erzielen. Zudem erfolgt eine Orientierung am Risikofaktorenmodell, wodurch eine eigentlich physiologische Geburt einer Pathologisierung, Überversorgung und Interventionskaskaden ausgesetzt ist (Hertle et al. 2021; Lange & Ullrich 2017). Dieses Phänomen wird auch als *Obstetric iatrogenesis* bezeichnet. Dieses äußert sich in unnötigen und nicht evidenzbasierten und ungewollten Verfahren und veranschaulichen das *geburtshilfliche Paradoxon* - die Verursachung von Schäden durch Eingriffe in die Geburt, die angeblich der Sicherheit dienen sollen aber gegenteiliges hervorrufen. Dazu zählt beispielsweise eine immer weiter steigende Kaiserschnitttrate. Oftmals werden iatrogene Eingriffe und *Obstetric Violence* sowohl von Patient:innen als auch von Durchführenden nicht als solche wahrgenommen (Liese et al. 2021; Cohen Shabot 2021). Dieses Phänomen thematisiert auch van der Waal (2022) in ihrer Studie: „*One of the reasons for the invisibility of obstetric violence as a problematic that ought to be morally challenged is that the obstetric institution works with a negative conception of life as non-death, or as avoiding death, and sets as its tasks to save lives.*“ (van der Waal et al. 2022). Dieses Zitat verdeutlicht, wie das Geburtshilfesystem über den Anspruch medizinischer Sicherheit und rechtlicher Absicherung gewaltvolle Praktiken legitimiert:

Das Wichtigste ist, dass das die Gebärende und das Kind die Geburt überleben. Gewalt und Trauma gerät dabei in den Hintergrund. In Diskrepanz dazu, zeigen Studien, dass Geburten sicherer sind, wenn die Geburtshilfe frauenzentriert ist (WHO, 2018). Auch die neue S3 Leitlinie bestätigt, dass Natürlichkeit, Kontinuität und Vertrautheit die wichtigsten Marker für einen empowernden und selbstbestimmten Verlauf während der Geburt sind (AWMF, 2020; Mattern et al., 2017). Die Praxis jedoch spiegelt ein anderes Bild wider: Aufgrund von Personalmangel kommt es zu einem erhöhten Einsatz von Technik, und fehlende Betreuungszeit wird durch Medikamentengabe ersetzt (Rothman, 2014). Das wirkt sich nachweislich negativ auf die Beziehung zwischen gebärender Person und Hebamme aus (Jung, 2023; Rothman, 2014; Benoit et al., 2010). Dabei sind sich nahezu alle geburtshilflichen Forscher:innen und Wissenschaftler:innen einig, dass Hebammengeburten mit einer kontinuierlichen Betreuung mit wenig Interventionen sicherer sind als Geburten bei denen Ärzt:innen präsent sind (AWMF, 2020; WHO, 2018; Jung, 2023). Die Anwesenheit von Hebammen bei der Geburt führt zu einem hohen Kohärenzgefühl der gebärenden Personen, sichereren Geburten und einer reduzierten Inanspruchnahme von Schmerzmitteln. Das fördert eine gute Geburtserfahrung, die langfristig eine positive Auswirkung auf die mütterliche und kindliche Gesundheit hat (Fabian, 2023).

Das Geburtshilfesystem ist an westlicher, androzentrischer Forschung orientiert, welches durch kapitalistische Systeme finanziert wird. Studien zeigen ungleich verteilte Ressourcen für Kliniken (Fabian, 2023). Dabei kommen etwaige Zuschläge oder Investitionen für Krankenhäuser nur selten der Geburtshilfe zugute (Hitschold, 2017). Das verdeutlicht den geringen Wert, der sowohl der Reproduktionsarbeit als auch den an den Prozess beteiligten Fachpersonen beigemessen wird. (Peters, 2023).

Jede Art von Interventionen während der Geburt wird vergütet, weshalb die Durchführung von solchen als wirtschaftlich lohnenswert zu betrachten ist (Benoit et al., 2010; Jung 2023). Interventionen sind Maßnahmen oder Handlungen, die während der Geburt durch das medizinische Fachpersonal getätigt werden können, darunter z.B., Schmerzmittelgaben, Dammschnitt oder die Durchführung eines Kaiserschnitts (Fabian 2023). Gebärende Personen werden oft unnötigen Interventionen ausgesetzt, für die es keine medizinische Indikation gibt, die dann wiederum weitere Interventionen nach sich ziehen. Dieses Phänomen wird auch als Interventionskaskade bezeichnet (Hertle et al., 2021). In diesem Zusammenhang ist auch das Phänomen der Über- und Unterversorgung zu nennen. Gebärende Personen, die viel Unterstützung benötigen würden, erhalten meist am wenigsten und solche die wenig

Unterstützung benötigen sind überversorgt (Schäfers & Kolip, 2015). Dieses Beispiel untermauert die sozialen Unterschiede die durch neoliberale Ökonomisierungsprozesse forciert werden (Butterwegge, 2018). Die WHO empfiehlt eine Kaiserschnitttrate von 15% (AWMF, 2020; WHO, 2018). Die Kaiserschnitttraten im D-A-CH Raum liegen bei 30% (Jung, 2023) Diese hohen Kaiserschnitttraten können mit Wirtschaftlichkeit, Planbarkeit, Kalkulierbarkeit und einem veränderten Haftungsrecht begründet werden. Das zeigt, dass das Einhalten ökonomischer Prinzipien über dem Wohl der Patient:innen steht (Lange & Ullrich, 2017). Die Kaiserschnitttraten und der gewünschte Geburtsmodus von gebärenden Personen stehen in einem großen Widerspruch zueinander, da die normale Geburt das ist, was sich die meisten Schwangeren wünschen (Mattern et al., 2017).

Im Rahmen der Ökonomisierung spielen Kommerzialisierung und Vermarktung im Geburtshilfesystem eine wichtige Rolle (Jung, 2023). Im Hinblick auf den Wettbewerb unter den Kliniken konkurrieren diese miteinander um gebärende Personen anzuziehen (Hitschold, 2017). Es wird etwas angepriesen, was im Gegensatz zur Technisierung und Medikalisierung steht, um gebärende Personen anzuziehen mit dem Wissen, dass Natürlichkeit für viele Paare ein zentraler Faktor bei einer Geburt ist, auch wenn das Versprechen unter Umständen nicht eingehalten werden kann. Dabei wird die gebärende Person als selbstbestimmtes Subjekt adressiert und der Wunsch nach Informiertheit und Selbstbestimmung ausgenutzt und Tatsachen bewusst und systematisch verschleiert. Hierdurch wird gleichzeitig eine neue Form der vermeintlichen Abhängigkeit und finanzieller Belastung erschaffen (Lange & Ullrich, 2017).

2.2.3 Körperpolitik und Biomacht

Körperpolitik ist ein Konzept, das sich mit der Regulierung, Überwachung und Kontrolle des Körpers durch gesellschaftliche, politische und institutionelle Strukturen befasst. Es geht um die Art und Weise, wie Körper durch Normen, Gesetze, medizinische Praktiken und kulturelle Erwartungen geformt werden. Dabei fungiert der Körper als politisches Instrument. Der Körper ist somit auch ein sozialer Ort, auf den Macht ausgeübt wird (Butler, 2017; Foucault 1976).

Vor allem seit den 1960er Jahren, als eine wachsende Verantwortungsübernahme für die Gesundheit Einzug in der Gesellschaft hielt, ist zeitgleich auch eine zunehmende Zustimmung zum Zugriff auf den schwangeren Frauenkörper zu verzeichnen. Dabei gilt die Schwangere als

Bedingung für Reproduktion und somit für den Erhalt unserer Gesellschaft. Zu dieser Zeit betrifft der Uterus den Staat, den Ehemann und das Volk. Zugriffe und Interventionen, die am Körper vorgenommen werden, können darüber gerechtfertigt werden (Duden 2022). So entstand eine fortschreitende Disziplinierung und Steuerung des Geburtsvorgangs. Diese werden zunehmend von medizinischen Normen bestimmt, mit dem Ziel den Körper und den Vorgang der Geburt zu optimieren und effizient zu gestalten, um das beste Outcome zu erzielen und Kontrolle und maximale Sicherheit zu erlangen (Eckardt 2020; Scamell 2014). Durch eine damit verbundene zunehmende Technisierung und den Einsatz verschiedener Verfahren sowie eine zunehmende Wissenschaftsgläubigkeit werden körperliche Erfahrungen und die Wahrnehmung der Gebärenden auf biologische Tatsachen und wissenschaftliche Empfehlungen reduziert (Duden 2022). Dieses Phänomen führt natürlicherweise dazu, dass die Gebärende in eine passive Rolle gedrängt wird, da sie engen Strukturen und Handlungsleitlinien ausgesetzt ist (Church 2024; Jung 2017). Daneben ist zu beobachten, dass eine Selbstdisziplinierung entsteht, weil die gebärende Person sich in diesen Strukturen befindet und als Subjekt selber dazu aufgerufen wird, sich entsprechend den Erwartungen zu verhalten. Diese wirkt deutlich effektiver als äußere Zwangsmaßnahmen, wie auch Eckardt (2022) in ihrem Artikel schreibt: *„Gleichzeitig ist die Frau durch ihre reproduktive Fähigkeit ein besonderes Ziel der Bio-Macht, Fremd- und Selbstführung greifen komplex ineinander.“* (Eckardt 2022). Das verdeutlicht, wie bestimmte Erwartungen in der Gesellschaft, in der Institution Geburtshilfe und dem medizinischen Fachpersonal auf die gebärende Person einwirken, wie diese sich zu verhalten hat. Gebärende Personen werden also durch das medizinische Personal und institutionelle Praktiken diszipliniert (Eckardt 2020; Foucault 1976). Dieses Konzept wird von Foucault noch um den Begriff der Biomacht erweitert, der die Verbindung zwischen bevölkerungspolitischen Maßnahmen und der Disziplinierung des Subjekts herstellt. Biomacht verschleiert offensichtliche Macht und Repression in Form von Verboten oder direkter Gewalt und setzt eher auf Optimierung und Produktivität. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet das, dass Gebärende unter den Begriffen Sicherheit und Produktivität adressiert werden und somit zur Selbstdisziplinierung angehalten werden. Foucault beschreibt damit ein besonders wirksames Instrument der Macht. Im Kontext dieser Arbeit bedeutet das für eine Gebärende bspw., dass sie bereits im Rahmen der Vorbereitung auf die Geburt durch Kurse, Schwangerensport und Ratgeberliteratur dazu angehalten werden, ihren Körper möglichst optimal auf die Geburt vorzubereiten, und appelliert somit an die Eigenverantwortung für eine gute Geburt und ein gesundes Kind (Bröckling 2019; Folkers 2015).

Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt zeigt sich diese Dynamik besonders deutlich.

Medizinische Interventionen werden oft als notwendig und sicher deklariert, stellen aber dennoch eine Form der körperlichen Kontrolle dar. Oft fehlt es dabei an einer ausreichenden Einwilligung durch die Patient:innen, weil das notwendige Fachwissen fehlt. Das führt zu einer Entmündigung der gebärenden Person und ist ebenfalls eine Form von Gewalt, wenn so Kontrolle über den weiblichen Körper erlangt wird (Chadwick 2021; Ebrahim 2024). Nicht selten findet im geburtshilflichen Kontext eine Entkoppelung vom Geist und der dazugehörigen Autonomie und dem Körper statt. Gebärende Personen werden dabei oft als passiv verstanden. Ihre Körper sind Träger von Produkten, also dem Leben des Ungeborenen. Es geht nun nicht mehr um eine frauenzentrierte Geburtshilfe, sondern vornehmlich um das Ungeborene in einem größeren Kontext, welches geschützt werden muss (Duden, 2022). Dabei werden die Wünsche und Bedürfnisse oft nur unzureichend berücksichtigt und der Körper der Gebärenden wird zum Schauplatz von Machtverhältnissen (Foucault 2006).

Ein zentraler theoretischer Zugang zur Analyse dieser Prozesse findet sich bei Michel Foucault, insbesondere in seiner Theorie der Biomacht. Foucault (1976) beschreibt, wie sich seit dem 18. Jahrhundert neue Machtformen herausbildeten, die nicht länger auf Repression und Gewalt allein beruhen, sondern auf subtilen Mechanismen der Kontrolle, Disziplinierung und Selbstregulierung. Der Körper wird dabei nicht nur diszipliniert, sondern auch zur Produktivität angehalten – in dem Sinne, dass er normiert, standardisiert und in institutionelle Abläufe eingebettet wird. Geburtshilfliche Institutionen sind in diesem Sinne Dispositive der Biomacht: Sie überwachen, messen und klassifizieren die Körper von Gebärenden, etwa durch CTG, Ultraschall oder standardisierte Vaginaluntersuchungen (Foucault 1977). Damit hat die Medizin die Frauen* einer verstärkten Überwachung und Kontrolle unterworfen (Church 2024; Eckardt 2020). Geburt wird in diesem Kontext nicht mehr als natürliches, evolutionsbedingtes Geschehen verstanden, sondern als risikobehafteter Prozess, der durch medizinisches Wissen und damit verbundene Maßnahmen kontrollierbar gemacht werden soll (Foucault 1977). Dadurch wird deutlich, dass Geburtshilfe von machtgesättigten Strukturen durchkreuzt ist, die gesellschaftliche Vorstellungen von Normalität, Weiblichkeit und Reproduktion in den Körper einschreiben.

Während Foucault den Fokus auf Disziplinierung und Kontrolle durch institutionelle Macht legt, erweitert Butler diesen wichtigen Ansatz um die Theorie der Performativität. Für den geburtshilflichen Kontext bedeutet dies: Es wird nicht nur mit dem Körper gearbeitet, sondern der Körper wird gemacht – im Sinne gesellschaftlicher Vorstellungen von Weiblichkeit,

Mutterschaft und Reproduktion, während medizinisches Fachpersonal unter den gegebenen Strukturen bestimmte Verkörperungen legitimiert oder marginalisiert (Butler 1990). Darüber schreibt auch Eckardt (2020): *„Die Konstituierung des medizinischen Subjekts erfolgt über die Objektivierung des Körpers. Gebärende wurden vorerst in die Sichtbarkeit und das Feld der Überwachung gezwungen. Später begaben sie sich aus eine Sicherheitsversprechen heraus freiwillig hinein oder verlangten danach. Das sich ausbreitende Paradigma der Norm war ein „effektiverer Machtzugriff“ als das Paradigma der Selbstwahrnehmung.“* (Eckardt 2020).

Durch die zuvor genannten Praktiken und einer zunehmenden Medikalisierung und Pathologisierung von Geburt wurde der Körper von Frauen* entmündigt und fremdbestimmt (Chadwick 2021; Jung 2017). Subjektive Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse treten in den Hintergrund, während medizinische Standards und Leitlinien die Geburt strukturieren. Dabei stellt nicht nur die einzelne Hebamme oder Ärzt:in Anforderungen an den weiblichen Körper, sondern auch das System Krankenhaus aber auch die Gesellschaft und der Staat, weil der weibliche Körper als öffentliche Angelegenheit verstanden wird, aufgrund dessen, dass Reproduktivität als zentrales Interesse innerhalb der Gesellschaft und dem Staat gilt (Duden 2022; Fischer 2011). Die Erwartungen an die Gebärenden verdeutlichen die soziale Kontrolle die über den weiblichen Körper erlangt werden möchte (Duden 2022; Foucault 2006). Die hier erwähnten gesellschaftlichen Normen und Rollenverständnisse werden durch wiederholte Handlungen und Diskurse etabliert. Diese erzeugen und reproduzieren machtvoll Verhältnisse und gehen Hand in Hand mit den gesellschaftlichen Erwartungen (Butler, 1990). In Bezug auf Gewalt bei Geburten bedeutet dies, dass der Diskurs über Schwangerschaft und Geburt die Wahrnehmung und Behandlung von Frauen* beeinflusst. Diskursive Praktiken können stereotype Vorstellungen von „richtigen“ Geburten fördern. Diese Diskurse beeinflussen die Entscheidungen und Handlungen des medizinischen Personals, was zu gewaltvollen Praktiken führen kann (Foucault 2006). Hierbei ist wichtig anzumerken, dass diese Prozesse vergeschlechtlicht sind. Dabei ist die Vorstellung des funktionierenden Körpers meist männlich-normativ geprägt, während der weibliche Körper als instabil und behandlungsbedürftig gilt (Honegger 1991, Laqueur 1990), wie auch Cohen Shabot (2020) in ihrer Analyse thematisiert: *„This suggests a correlation between patriarchal conceptions, often shared by women themselves, of inherently sick, weak, polluted women’s bodies, and the assumption that medical interventions in childbirth – even violent, even non-consensual ones – are necessary and unavoidable.“* (Cohen Shabot 2020). Durch diese herbeigeführten, scheinbar notwendigen medizinischen Eingriffe entsteht eine subtile Form von Macht, wodurch eine epistemische

Asymmetrie entstehen kann: Das Erfahrungswissen der Gebärenden wird abgewertet, während das medizinisch-technische Wissen als objektiv und überlegen gilt. Der gebärende Körper wird in dieser Logik zu einem Objekt, über das bestimmt werden kann – er wird kontrolliert, dokumentiert, bewertet und bei Abweichungen interveniert (Duden 2022; Ebrahim 2024; Honegger 1991). Darauf wird im nächsten Kapitel Wissen noch näher eingegangen.

2.2.4. Gebären in der Institution Krankenhaus

Die grundsätzliche Macht, die der Gewalt innewohnt, kann jederzeit ausgeübt werden. Diese ist vor allem in einem institutionellen Rahmen präsent. Dort wird das potenzielle Machtverhältnis, welches der Gewalt vorausgeht bestätigt und reproduziert. Dieses machtaufgeladene Verhältnis kann sich zwischen dem medizinischen Fachpersonal, welches über die Informations-, Aufklärungs- und Entscheidungsmacht verfügt und gleichzeitige eine hohe Verantwortung für den Geburtsverlauf trägt und den Gebärenden äußern (Fischer 2011). Die Institution Krankenhaus fungiert einerseits als Schutzort und Ort, an dem medizinische Hilfe, Sicherheit und Fürsorge geboten wird. Andererseits muss das Krankenhaus auch als Ort angesehen werden, an dem Macht ausgeübt wird, und ist somit kein neutraler Ort. Das fußt auch darauf, dass Krankenhäuser an westlicher, also androzentrischer medizinischer Forschung orientiert sind, welche durch kapitalistische Systeme finanziert werden. Diese Systeme führen zu einer monetären In-Wert-Setzung von Reproduktionsarbeit (Aruzza et al. 2019). Die Institution Krankenhaus fungiert als Raum der Disziplinierung (Foucault 1977), in dem die Geburtshilfe als medizinischer Bereich tief in gesellschaftliche Vorstellungen von Körper, Gesundheit, Risikoorientierung und Normativität eingebettet ist (Honegger 1991). Dabei steht der gebärende Körper im Zentrum institutioneller Regulierungen und medizinischer Deutungsmuster, wobei der Körper durch die vorherrschenden Strukturen untersucht, überwacht, kategorisiert und kontrolliert wird (Fischer 2011; Foucault 1976, Honegger 1991). In diesem Rahmen unterwirft sich die Gebärende nicht nur körperlich, sondern auch sozial, da in diesem Kontext an die Selbstdisziplinierung der Gebärenden appelliert wird, um das gewünschte Verhalten herbeizuführen. Die Standardisierung der Geburtspraktiken erzeugt dabei nicht nur Sicherheit, sondern auch Hierarchien: Wer spricht, wer entscheidet, wer verfügt über Wissen, wird durch professionelle Rollenverteilungen geregelt. Daneben bestimmt das medizinische Fachpersonal im Rahmen einer Aufklärung immer auch das Maß und die Inhalte der Aufklärung, wodurch ein Gefälle in Wissens- und Entscheidungsmacht entsteht (Bredler 2024). Diese Hierarchien führen

zu einer asymmetrischen Verteilung von Macht zwischen gebärenden Personen und medizinischem Fachpersonal und wirken sich direkt auf das Verhalten von Gebärenden aus (Fabian 2023). In diesem Kontext ist auch das Phänomen der leichthandhabbaren und weniger leicht handhabbaren Patient:innen zu nennen. Im Zuge dessen verhalten sich gebärende Personen oft so, wie es von ihnen erwartet wird und beugen sich häufig den Anweisungen und Interventionen. Sie wollen dem medizinischen Fachpersonal möglichst wenig Umstände bereiten und nicht auffallen (Eckardt 2020). Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden zurückgestellt, aus Angst gegen die Normen zu verstoßen oder vor Konsequenzen, oder weil sie innerhalb der autoritären Strukturen nicht in der Lage sind ihre Wünsche zu äußern und dafür einzustehen (Cohen Shabot 2021; Eckardt 2020). Das zeigt auch, dass eine scheinbare informed consent, informed choice oder das shared decision making verschleiert ist, wenn die Gebärende zwar danach eine Entscheidung trifft, aber sich unter einem Deckmantel von Anpassung und Kooperation dennoch an die Strukturen anpasst. Das verdeutlicht die subtile, aber tiefgreifende Disziplinierung von gebärenden Personen. Gewalt in der Geburtshilfe ist nicht nur ein körperlicher Übergriff, sondern eben auch die Ausübung von Macht über den Körper. Dadurch werden Gebärende im medizinischen Diskurs häufig zu Objekten und verlieren durch diesen Prozess Kontrolle über den Vorgang der Geburt. Die gebärende Person wird durch die starken Hierarchien und die Kontrolle und Überwachung dem Geburtshilfesystem unterworfen, welches ihre Autonomie untergräbt und sie in eine passive Position zwingt (Cohen Shabot 2021; Fischer 2011, Foucault 1988; Rose & Schmied-Knittel 2011).

Diese Perspektive zeigt sich besonders deutlich in der Medikalisierung der Geburtshilfe: Durch die technische Überwachung des weiblichen Körpers – etwa über CTG, Ultraschall, vaginale Untersuchungen oder standardisierte Leitlinien und Handlungsempfehlungen, die auch strenge Zeitvorgaben beinhalten– wird der Körper vereinheitlicht und gleichzeitig kontrollierbar und messbar gemacht. Abweichungen von der Norm werden meistens als Risiko angesehen, was dann entsprechende Maßnahmen und Eingriffe mit sich bringt (Cohen Shabot 2021; Duden 2022). Diese Perspektive Dudens deckt sich auch mit einem weiteren Artikel zu Obstetric Violence aus den USA, in dem darüber diskutiert wird, dass bedingt durch die Medikalisierung und Pathologisierung der Geburt gleichzeitig auch ein Entzug der Autonomie und freien Entscheidungsfähigkeit der Gebärenden einhergeht (Ebrahim 2024).

2.3. Wissen

2.3.1. Weibliches Wissen

Weiblichkeit wird im medizinischen Kontext mit Schwäche und Unglaubwürdigkeit in Verbindung gebracht (Fricker 2007). Durch den Kontrast zwischen dem Wissen, welches aus rationalen und androzentrismen Prozessen hervorgeht und als vertrauenswürdig angesehen wird, und dem Wissen, welches aus irrationalen Prozessen hervorgeht und somit als nicht zuverlässig für die richtigen Entscheidungen betrachtet wird, geht eine Abwertung des verkörperten Wissens von gebärenden Personen einher (Cohen Shabot 2021, Laqueur 1990). Dadurch wird natürlicherweise die Autonomie von Patient:innen untergraben (Laqueur 1990). Die historische Medikalisierung und Hysterisierung von Frauen* verstärken diese Missachtung der Glaubwürdigkeit und führen dazu, dass sich Frauen* nicht ernst genommen und im Stich gelassen fühlen (Cohen Shabot 2019; Fricker 2007). Sie haben Schwierigkeiten, ihre Erfahrungen zu benennen und zu situieren, und erkennen möglicherweise selbst nicht, dass ihnen Gewalt zugefügt wurde. Diese Abwertung von Erfahrungswissen kann als Form epistemischer Gewalt verstanden werden, da das verkörperte Wissen der Gebärenden systematisch ungültig gemacht wird (Butler 1990; Fricker 2007). Das lässt sich damit begründen, wie geburtshilfliche Gewalt geframed wird und von der Gebärenden wahrgenommen wird. Während das *Framing* die Außensicht betrifft, gibt es auch die individuelle Wahrnehmung der Gebärenden. Hier wird zwischen *Recognition* und *Apprehension* unterschieden. *Apprehension* meint eine erfahrungsbasierte, verkörperte Wahrnehmung, während *Recognition* eine stärker konzeptuelle Form des Wissens, die zu Kritik führen kann, bezeichnet (Butler 1990). Im geburtshilflichen Kontext wird dies etwa dann sichtbar, wenn die Wahrnehmung einer Gebärenden über die Intensität ihrer Wehen vom medizinischen Personal abgewertet oder nicht ernst genommen wird. Anstatt das verkörperte Erfahrungswissen anzunehmen und in die Betreuung einzubeziehen, wird es häufig als übertrieben oder unzulässig bewertet. Obwohl Studien zeigen, dass dieses verkörperte Wissen zuverlässig und nützlich ist, wird Ärzt:innen oft mehr Vertrauen und Autorität zugesprochen (Cohen Shabot 2021). In der Geburtshilfe zeigt sich das Prinzip der Abwertung des weiblichen Körpers besonders deutlich. Aus diesem Phänomen heraus eignen sich gebärende Personen häufig ein selbstverteidigendes Verhalten im Geburtshilfesystem an. Außerdem lassen sich viele Ängste der Frauen* im Ursprung von gesamtgesellschaftlichen Vorgängen die auf der Unterdrückung von Frauen* basieren, begründen (Chadwick 2021;

Ebrahim 2024; Fischer 2011). Sie eignen sich Wissen an, weil sie erfahren oder gehört haben, dass man dem System nicht vertrauen kann. Durch diese Verteidigung kann auch das Spannungsverhältnis im Laien- und Expert:innenverhältnis verstärkt werden (Cohen Shabot 2021; Fischer 2011), denn wie Cohen Shabot (Cohen Shabot 2019; Cohen Shabot 2021) in ihren Forschungsergebnissen thematisiert, wirkt sich das in Frage stellen von geburtshilflichen Praktiken negativ auf den Geburtsverlauf aus (Eckardt 2020; Fischer 2011).

2.3.2 Selbstbestimmung

Selbstbestimmung beschreibt das Recht und die Fähigkeit, autonom und eigenverantwortlich über das eigene Leben entscheiden zu dürfen. Besonders beim Thema Gesundheit bzw. bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und bei Entscheidungen innerhalb der medizinischen Versorgung spielt das Thema eine große Rolle (Rosenwirth et al. 2005). Selbstbestimmung ist über das Menschenrechtsgesetz und Patient:innenrecht geregelt (Wiesing, 2005). Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt bedeutet das, dass Recht und die Fähigkeit zu haben, zu jeder Zeit im Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aktiv in den Entscheidungsprozess eingebunden zu sein. Durch die Bereitstellung von Informationen, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung mittels verschiedener Entscheidungsmodelle sowie die Akzeptanz und den Respekt vor der Entscheidung unterstützt das medizinische Fachpersonal die gebärenden Personen dabei, eine individuelle Entscheidung zu treffen (Jung, 2017; Rothmann, 2014). Zu den Optionen zählen beispielsweise der Geburtsort, die Auswahl von Geburtspositionen, der Geburtsmodus und die Entscheidung über weitere medizinische Interventionen (Fabian, 2023).

Der Begriff der Selbstbestimmung ist noch relativ jung und erhielt erst seit der Zweiten Frauenbewegung zwischen den 1960er - und 1980er- Jahren mehr Aufmerksamkeit, als Stimmen aus feministisch-aktivistischen Gruppen die Konstruktion von Dichotomie und der Abwertung der Frau* im System und wie diese ausgebaut sind, infrage stellten. Darüber hinaus kritisierten sie die autoritäre Medizin der Gynäkologie und Geburtshilfe und setzen sich für eine frauenzentrierte Geburtshilfe ein (Eckardt 2020), die Forderungen nach körperlicher Autonomie, Rechte über den eigenen Körper und Veränderungen im Gesundheitswesen, die die Befreiung von patriarchalen Mustern und medizinischer Kontrolle beinhalten. Die Kontrolle über den gebärenden Körper sollte zunehmend wieder heraus aus der Verantwortung der medizinischen

Institution und wieder mehr in die Hände der gebärenden Personen gelangen. Dadurch hat sich seit den 1970er-Jahren ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe von paternalistischen Strukturen hin zur Selbstbestimmung vollzogen (WHO 2018). Seit den 1990er-Jahren ist eine Revitalisierung der Hausgeburtshilfe durch Aktivist:innen und Hebammen zu verzeichnen. Zeitgleich dazu fand eine Ökonomisierung der Geburtshilfe statt. Es entstand ein größerer Wettbewerb und Druck der Kliniken untereinander durch die sich ausbreitende außerklinische Geburtshilfe. Durch den wachsenden Druck der Humanisierung in der Geburtshilfe mussten auch die Kliniken nachziehen und den Wunsch nach Selbstbestimmung in klinische Strukturen integrieren (Jung 2017).

Der omnipräsente Begriff der Selbstbestimmung im Kontext von schwanger werden und sein und gebären fungiert einerseits als positiv zu bewertende Ermächtigung der gebärenden Person, da sie als handlungsfähiges Subjekt, das Entscheidungen trifft, ein Mitspracherecht bei Maßnahmen hat und somit autonom und informiert agieren kann. Einige Studien betonen, dass Frauen* die eine selbstbestimmte Geburt haben signifikant weniger Gewalt bei der Geburt erfahren und nahezu alle Studien sind sich einig, dass sich Selbstbestimmung positiv auf die Geburt, den Verlauf und das Geburtserleben auswirkt (Church 2024; Lange & Ullrich 2019; Mattern et al. 2017; WHO 2018). So ist Selbstbestimmung während der Geburt eine wichtige Ressource der gebärenden Personen, um eine freie und individuelle Entscheidung im Hinblick auf diverse Auswahlmöglichkeiten zu treffen. Darüber hinaus kann Selbstbestimmung im geburtshilflichen Kontext auch als epistemisches Moment verstanden werden: Die gebärende Person wird als Wissenssubjekt anerkannt und die Erfahrungen und das Wissen in den Verlauf der Geburt integriert (Church 2024). Das verdeutlicht nochmals die enge Verbindung zu dem zuvor ausgeführten Kapitel Wissen.

Im Kontext dieser Arbeit soll der Begriff der Selbstbestimmung auch kritisch beleuchtet werden. Auf den ersten Blick erscheint Selbstbestimmung als positive Selbstermächtigung und Förderung von Eigenverantwortlichkeit für gebärende Personen. Jedoch wird der Begriff der Selbstbestimmung zunehmend instrumentalisiert (Michalitsch 2009) und avanciert so als Anforderung und aufgebürdete Leistung an gebärende Personen selber (Jung 2017), wodurch nach Foucaults Theorie wieder Selbstdisziplinierung deutlich wird (Foucault, 1976). Das zeigt, dass das Konzept von Selbstbestimmung, dass eigentlich das Recht auf Autonomie stärken soll, Verantwortung individualisiert und an Schwangere abgibt. Im Rahmen dieses Diskurses sind Schwangere dazu angehalten sich mit Ratgebern, Informationen aus den sozialen Medien, dem

Besuchen von Kursen und dem Erstellen eines Geburtsplans bestmöglich auf die Geburt vorzubereiten (Jung 2017; Eckardt 2020). Das untermauert die neoliberale Logik der optimalen Vorbereitung und dem Konzept Geburt als Projekt (Eckardt 2022). Dabei ist fraglich, inwieweit es überhaupt möglich ist diese Selbstbestimmung in einer Institution in der ein struktureller Rahmen gegeben ist, zu nutzen (Mundlos 2015) oder, dass der Begriff zugunsten des Systems genutzt wird um die Abschiebung von Verantwortlichkeit an gebärende Menschen zu verwenden und so auch als Deckmantel für strukturelle Schwierigkeiten fungiert und die Probleme individualisiert (Eckardt 2020). Es scheint, als wäre diese Selbstermächtigung eine Lösung für strukturelle Probleme, die allerdings bei der tief verwurzelten institutionalisierten und medizinischen Macht unzureichend ist (Church 2024). Das führt zu einer Verschleierung von Verantwortlichkeit (Fischer 2011; Jung 2017; Mander & Lawless-Murphy 2010). Eine vollumfänglich selbstbestimmte Geburt ist unter Einhaltung institutioneller und struktureller Vorgaben, dem Einhalten von Leitlinien und internen Vorgaben sowie medizinischen Standards nicht möglich (Eckardt 2020; Jung 2017; Pagels 2024). So wird Selbstbestimmung individualisiert und privatisiert (Michalitsch 2009). Des Weiteren ist anzumerken, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung nur durch Vorbereitung, Entscheidungskompetenz und Informiertheit erlangt werden kann, was wiederum zeitliche und auch finanzielle Ressourcen kostet (Eckardt 2022; Jung, 2017). Dazu werden gebärende Personen und Partner:innen aufgerufen, Kurse zu besuchen, Ratgeber zu lesen, Kliniken zu besichtigen und einen Geburtsplan zu erstellen (Fabian 2023). Das verdeutlicht, wie das einzelne Subjekt zur aktiven Vorbereitung und Optimierung angehalten wird und Verantwortung für den Geburtsverlauf übernimmt. In dieser Logik erscheint die Gebärende als ‚unternehmerisches Selbst‘ wie auch Bröckling (2019) dieses Phänomen beschreibt (Bröckling 2019). Dabei muss die Vorbereitung für eine selbstbestimmte Geburt muss vor allem auch aus einer intersektionalen Perspektive gedacht werden. Die Möglichkeit einer selbstbestimmten Geburt kann durch soziale und ökonomische Ungleichheiten eingeschränkt sein, da der Zugang zu Informationen und somit für eine Vorbereitung fehlt. Mögliche Barrieren sind institutionelle Zwänge, Sprachbarrieren, sozioökonomische Unterschiede, minderjährige Mütter und ein ungleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung- und Bildung im Gesundheitswesen (Eckardt 2020; Jung 2017).

Die gebärende Person trägt also in diesem Paradigma maßgeblich dazu bei, an einem „guten“ Outcome einer Geburt mitzuwirken (Jung, 2017). Wenn die Wünsche und Erwartungen nicht erfüllt werden, können Schuldgefühle bei der Gebärenden entstehen, die durch das

gesellschaftliche Narrativ einer erfolgreichen Vorbereitung verstärkt werden (Cohen Shabot 2019; Jung, 2023). Das kann schnell zu Victim Blaming führen (Cohen Shabot 2019): Nicht strukturelle und institutionelle Bedingungen werden für eine negative Geburtserfahrung verantwortlich gemacht, sondern die einzelne Gebärende, die vermeintlich nicht genug getan oder sich nicht ausreichend vorbereitet habe, wodurch die Verantwortung systematisch individualisiert wird (Eckardt 2020; Jung 2017). Diese neoliberalen Erwartungen an Schwangerschaft und Mutterschaft in Verbindung mit der Unsichtbarkeit von geburtshilflicher Gewalt, aufgrund ihrer Normalisierung innerhalb von Institutionen, führt dazu, dass Frauen* Gewalt während der Geburt als individuelles und nicht institutionelles Versagen wahrnehmen. Die Zuschreibung bzw. das Aufladen von Schuld ist nicht nur psychisch belastend, in einer ohnehin vulnerablen Lebensphase, sondern markiert hier auch wieder eine Form der epistemischen Gewalt, da Wahrnehmungen und Erfahrungen über das Erlebte nicht ernst genommen werden (Fricker 2007). Dabei wird jedoch außer Acht gelassen, dass eine Geburt auch immer unvorhersehbare Komponenten in sich trägt, trotz einer umfassenden Vorbereitung (Bröckling 2019; Eckardt 2020). Das untermauert die Ideologie der neoliberalen Individualisierung von Verantwortung. Denn über die Verlagerung der Schuld auf die Gebärenden können sich Institutionen leicht ihrer Verantwortung entziehen.

Während der Geburt kann es außerdem zu einem Autonomieverlust und einem veränderten Körpergefühl kommen, was dazu führen kann, dass gebärende Personen nicht ausreichend über ihren Körper entscheiden können oder mit ihrer Intuition falsch liegen. Das kann damit begründet werden, dass die Geburt und die Intensität die mit dieser einhergeht, einem mentalen und körperlichen Ausnahmezustand gleicht (Fabian 2023; Pagels 2024). Ein Beispiel hierfür ist die Übergangsphase während der Geburt: Manche Frauen* verspüren in diesem Stadium einen intensiven Pressdrang, obwohl der Muttermund noch nicht vollständig eröffnet ist. Die Intuition des Körpers steht dann im Widerspruch zu den medizinischen Leitlinien, was zu einem Spannungsverhältnis zwischen der subjektiven Erfahrung und institutionell anerkanntem Wissen führt. Gleichzeitig jedoch, ist die Geburt eines Kindes ein aktiver und wahlweise selbst zu gestaltender Vorgang, der auf die Beteiligung der Gebärenden angewiesen ist; beispielsweise um die für die Gebärende passende Geburtsposition auszuwählen und bei der Entscheidung für ein Schmerzmittel eine Entscheidung zu treffen, wie auch Eckardt (2022) betont: *„Gleichzeitig wird an die Eigenverantwortung der Frauen appelliert und sie werden vordergründig als Entscheider-Subjekte adressiert, die ihr Kind, dessen Gesundheit und eine Geburt aktiv im Sinne ökonomischer Logik und damit auch innerhalb einer Optimierungslogik planen könnten.“* (Eckardt 2022). Auch

nach Foucaults Theorie wird hier nochmals deutlich, wie Subjektivierung und gleichzeitig Unterwerfung zusammenfallen (Bogdal 2008; Foucault 1976).

2.3.3. Laien- und Expert:innenwissen

In der Geburtshilfe wird das Wissen von gebärenden Frauen* auch als Laienwissen konzeptualisiert, während das Wissen des medizinischen Fachpersonals als Expert:innenwissen gilt. Die gebärende Person fungiert also einerseits als handlungsfähiges Subjekt, das Entscheidungen trifft, ein Mitspracherecht bei Maßnahmen hat und somit autonom und informiert agieren kann. Das macht sie zu einer Expert:in für ihren eigenen Körper, ihr Erfahrungswissen sowie das angeeignete Wissen im individuellen Geburtsverlauf. Diese Ansicht ist aber eben auch stark individualistisch, da auf der anderen Seite Rahmenbedingungen, kulturelle Vorstellungen und geburtshilfliche Normen und Handlungen stehen, die das Einnehmen dieser Rolle nur eingeschränkt zulassen (Jung 2017). Andererseits werden durch die Gesellschaft und auch die Expert:innen Forderungen an die gebärenden Personen gestellt, als handlungsfähiges Subjekt an der Geburt mitzuwirken. Darunter fällt beispielsweise Informationen über die Geburt zu kennen, Kurse zu besuchen, seine Stimme zu erheben und selbstbestimmt zu agieren (Fischer 2011; Jung 2017). Aus den Einstellungen der Gebärenden können sich verschiedene Typen formieren. Es gibt die vertrauende gebärende Person, die selbstbestimmte gebärende Person und die widerständige gebärende Person. Die Rollen sind fluide innerhalb der Geburt (Eckhardt 2020). Nicht selten erfolgt im Kontext einer Betreuung während der Geburt eine Einteilung in einfache und leicht handhabbare Patient:innen die sich unterwerfen oder in schwierige und anstrengende Patient:innen, welche sich selbst ermächtigen, vorgenommen durch das medizinische Fachpersonal (Eckardt 2020; Jung 2017).

Das Spannungsfeld zwischen Laien- und Expert*innenwissen ist ein zentraler Bestandteil des Diskurses über Geburtshilfe und wirft Fragen zu Autonomie, Vertrauen und Kontrolle auf. Dabei stellt die soziale Interaktion zwischen Laie und Expert:in ein potenzielles Spannungsfeld dar. Grundsätzlich gibt es innerhalb der Medizinsoziologie eine große Dichotomie zwischen Expert:innen und Laien. Durch die Zunahme einer Wissensgesellschaft und das Entstehen von Professionen und einer damit verbundenen Akademisierung und Evidenzbasierung ergab sich für Expert:innen eine veränderte Rolle und damit einhergehend Autorität, Macht und Verantwortung (Eckardt 2020; Stolberg 2001). Das ist der Punkt, an dem ein hegemoniales

Dispositiv entsteht: Expert:innenwissen, institutionelle Strukturen und bestimmte Normen greifen ineinander, um eine bestimmte Ordnung zu stabilisieren. Demnach ist das Expert:innenwissen hegemonial und jegliches anderes Wissen ordnet sich diesem unter (Bröckling 2019). Das Wissen an sich ist hierarchisch und überlegen und fungiert auch als solches innerhalb von Institutionen zwischen Laie und Expert:in (Eckardt 2020; Henderson 2010). Expert:innenwissen wird als Gewissheit und Wahrheit deklariert. Expert:innen wissen überdurchschnittlich viel über ihr Fachgebiet, besitzen zudem Erfahrungswissen (Hoffmeister et al. 2021) und können das vorhandene Wissen von Laien einschätzen und bewerten. Aber auch die Laienrolle durchläuft innerhalb unserer Wissensgesellschaft seit einigen Jahre eine Modernisierung (Stolberg 2001). Die Rolle und das Wissen als Laie wird erst seit etwa 30 Jahren untersucht, weshalb es zu diesem Thema noch relativ wenig Wissen gibt (Henderson 2010). Das Laienwissen wird durch die Globalisierung, Digitalisierung, Selbstbestimmungsdiskurse und die Enttraditionalisierung des tradierten „Ärzt:innen-Götter-Bildes“, Eindringen in Wissenssysteme und eine damit einhergehende Skepsis gegenüber medizinischen Fachpersonen mehr (Henderson 2010; Oldhafer 2020). Dadurch wächst der Wunsch nach Mitspracherecht und es ergeben sich veränderte Erwartungen der Patient:innen (Rosenwirth et al. 2005). Laienwissen wird als Überzeugung und als Wahrscheinlichkeitswissen definiert und im Gegensatz zum Expert:innenwissen verfügen Laien nicht über Erfahrungs- und Vergleichswissen (Duden 2022). Ein geburtshilfliches Beispiel hierfür wäre: Gebärende die in den Kreißsaal kommen mit bestimmten Vorstellungen zur Geburt die sich auf Infos aus den sozialen Medien von Laien stützen, die mit den Handlungsempfehlungen und Richtlinien in der Klinik kollidieren und dann in der Klinik auf Widerstand oder Skepsis stoßen. Das verdeutlicht, wie in der Institution Krankenhaus jedes Wissen welches Laien mitbringen, dem biomedizinischen Wissen untergeordnet ist. In diesem Konstrukt ist das Wissen des medizinischen Fachpersonal institutionell anerkannt und akzeptiert, wohingegen das Wissen der gebärenden Personen oft nicht valide ist (Cohen Shabot 2021; Fricker 2007). Das verdeutlicht, dass die Hierarchie zwischen Laien- und Expert:innenwissen nicht nur eine Frage von Wissensbeständen ist, sondern eine Form epistemischer Gewalt, die die Deutungshoheit über den Körper der Gebärenden systematisch beim Fachpersonal verortet. Studien zeigen, dass das Einnehmen einer Expert:innenrolle während der Geburt als gebärende Person einen negativen Einfluss auf den Geburtsverlauf hat (Cohen Shabot 2021). Gleichzeitig aber fordert der Selbstbestimmungsdiskurs von Gebärenden genau diese Expert:innenrolle für den eigenen Körper ein (Jung, 2017). Die zweifach besetzte Expert:innenrolle führt jedoch nicht selten zu Unstimmigkeiten zwischen gebärender Person und Hebamme bzw. der Institution (Cohen Shabot, 2021), da es oft Zweifel

an der selbstbestimmten Gebärenden und deren Wissen gibt (Cohen Shabot, 2021; Eckardt, 2020). Das Phänomen der „guten Patient:innen“ verdeutlicht diese Dynamik besonders deutlich: Gebärende verhalten sich aus Angst und der Anpassung an paternalistische Strukturen sowie dem Anliegen einer guten Behandlung so, dass sie dem medizinischen Fachpersonal wenig Umstände und Unannehmlichkeiten bereiten (Eckardt, 2020). Dieses Verhalten wirkt sich nachweislich negativ auf den Behandlungsverlauf aus, da wichtige Dinge nicht erzählt, Fragen nicht gestellt werden oder die Patient:innen gegen ihre eigene Einschätzung handeln, um den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen (Boracci et al., 2020; Sointu 2016). Hier zeigt sich, dass gebärende Personen in einem doppelten Dilemma stehen: Sowohl die Anpassung an paternalistische Strukturen – das Phänomen der ‚guten Patientin‘ – kann negative Konsequenzen für den Geburtsverlauf haben, als auch sich selbst zu behaupten und gegen diese Strukturen aufzulehnen, was mit sanktionierenden oder abwertenden Verhalten gestraft wird (Ebrahim 2024; Eckardt 2020). Entscheidend ist also nicht das Verhalten der Gebärenden selbst, sondern das Machtgefüge, in dem sie sich bewegen. Das untermauert die Unterordnung die gebärende Personen vollziehen, um nicht aufzufallen und sich dem System zu beugen und verdeutlicht die Disziplinierung und Selbstregulierung in diesem System, indem sie ihr Handeln an den institutionellen Normen und Erwartungen anpassen und sich somit selber regulieren. Diese Form der Selbstdisziplinierung ist nach Foucault besonders wirkmächtig, da nicht auf einer direkten Ausübung von Zwang beruht, sondern eher subtile Machtverhältnisse enthält (Bröckling 2019; Gerhardt 2006; Foucault 1976). Dabei jedoch ist es wichtig und förderlich für den Geburtsverlauf, Fragen zu stellen und ein Vertrauensverhältnis zur Hebamme zu haben (Lange & Ullrich, 2017).

Im Rahmen der Entscheidungswahl seitens der gebärenden Person bestimmen drei zentrale Begriffe den Diskurs: (1) *Informed choice*, das heißt das Treffen einer Entscheidung der eine umfassende Information voraus geht, (2) *Informed Consent*, also eine informierte Zustimmung und die (3) partizipative Entscheidungsfindung bei der gebärenden Person und medizinische Fachperson einen *common ground* haben bezüglich der Wissensbasis und auf Augenhöhe eine Entscheidung treffen (Jung 2017). Das heißt, dass die gebärende Person jederzeit frei entscheiden darf. Diese Modelle versprechen per Theorie Gleichberechtigung und ein Treffen von Entscheidungen auf Augenhöhe, was wiederum präventiv für das Erleben von Gewalt wirken kann (Pickles & Odada 2025). Diese Entscheidungsmodelle stehen jedoch in der Praxis im Spannungsfeld von Machtverhältnissen, Zeitdruck, Sprachbarrieren und ungleich verteilten Wissensbeständen (Eckardt 2020). Wenn es um die juristischen Rahmenbedingungen innerhalb

des Geburtsprozesses geht, hat das ungeborene Kind gemäß § 22 ABGB allerdings auch einen Anspruch auf den Schutz der Gesetze (BKA 2023). Das bedeutet, sofern Gefahr im Verzug für das ungeborene Kind vorliegt, muss auch dieses beachtet und geschützt werden. In diesem Fall sind die medizinischen Fachpersonen die Fürsprecher für das ungeborene Kind (Fabian 2023).

Im deutschsprachigen Raum gibt es wenig Forschung und Literatur zu den Auswirkungen zum Einnehmen einer Expert:innenrolle während der Geburt durch Gebärende. Daher werden im Folgenden Bezüge zu US-amerikanischen Studienergebnissen hergestellt. Darüber können zwar Vergleiche zum Geburtshilfesystem in Österreich gezogen werden, allerdings unterscheidet sich die Geburtshilfe in den USA deutlich zu der in Österreich, wie bereits weiter oben beschrieben. Daher soll mit dieser Arbeit herausgefunden werden, ob sich die Forschungsergebnisse auch auf Österreich übertragen lassen. Als ein wichtiger theoretischer Bezugspunkt, soll zunächst das Konzept des Testimonial Injustice nach Fricker eingeführt werden. Dieses bildet die Basis für die Arbeit von Shabot und Chadwick, die sich speziell mit Testimonial Injustice in der Geburtshilfe auseinandergesetzt haben. Fricker beschreibt die epistemische Ungerechtigkeit als ein Phänomen, bei dem Menschen, die ihre Fähigkeiten, Wissen oder Wünsche teilen systematisch benachteiligt werden. Das untermauert die Verwobenheit von Wissen, Macht und Gewalt. Im Beitrag *"You are Not Qualified - Leave it to us": Obstetric Violence as Testimonial Injustice* (2021) befasst sich Sara Cohen Shabot mit den epistemischen Aspekten geburtshilflicher Gewalt. Mithilfe des Konzepts *Testimonial Injustice* von Miranda Fricker (2007) arbeitet sie zwei Gründe für die Gewalterfahrungen von Gebärenden während der Geburt heraus: dass Frauen* im Patriarchat allgemein als unglaubwürdig gelten und dass das Erfahrungswissen der Gebärenden im geburtshilflichen System als ungültig gilt (Cohen Shabot 2021). Dass das körpereigene Wissen und das angeeignete Fachwissen der Gebärenden nicht als gültig anerkannt wird, lässt sich auf den Einfluss von Machtverhältnissen zurückführen. Anhand von *Testimonial Injustice* lässt sich dieses Misstrauen seitens des medizinischen Fachpersonals nachvollziehen. *Testimonial Injustice* wird von Akteur:innen im Geburtshilfesystem mit sozialer Macht, in Form einer Abwertung des Wissens durch die Ungläubigkeit der Zuhörenden, ausgeübt (Cohen Shabot 2021). Fricker (2007) unterscheidet zwischen zwei Arten dieser Ungerechtigkeit: *Systematic Testimonial Injustice* und *Incidental Testimonial Injustice* (Cohen Shabot 2021.). Erstere basiert immer auf Vorurteilen gegenüber einer ganzen Identität, wie zum Beispiel Frauen* im Allgemeinen. Ein Beispiel für die zweite Form wäre eine gebärende Frau* im Krankenhaus, denn hier wird diese nicht als ganzes Subjekt angezweifelt, sondern im Hinblick auf ihr Wissen, welches sie in einer bestimmten Situation einbringt (Cohen Shabot 2021). In diesem zweiten Fall erfährt die Gebärende ein

Glaubwürdigkeitsdefizit, das dazu führt, dass ihr Wissen in Frage gestellt wird, während das medizinische Fachpersonal über einen Glaubwürdigkeitsüberschuss verfügt. Hierbei ist anzumerken, dass der sozioökonomische Status bei diesem Phänomen keine Rolle spielt (Cohen Shabot 2021). Die Situation im Kreißsaal spiegelt dabei ein besonderes Setting wider, da diese ein Ort von Reproduktion und somit Abwertung und Unterdrückung ist. In der Auseinandersetzung mit *Incidental Testimonial Injustice* spielt die Abwertung des aus verkörperten Erfahrungen gewonnenen Wissens gegenüber dem objektiven, nicht verkörperten Wissen eine große Rolle. Es zeigt sich, wie die Abwertung des Wissens von Frauen* in der Schwangerschaft und bei der Geburt direkt mit der patriarchalischen Abwertung von Emotionen und verkörperten Empfindungen als eigenes Wissen zusammenhängt. Dies lässt sich mit Jordans (1997) Konzept des *Authoritative Knowledge* verdeutlichen (Cohen Shabot 2021). Eine Art des Wissens, das auf der Abwertung von anderem Wissen beruht und somit eine Hierarchie widerspiegelt. Seine Überzeugungskraft ergibt sich aus verinnerlichten Machtverhältnissen zwischen Besitzer:innen von Wissen und Nichtwissenden. Macht und Autorität werden eingesetzt, um diejenigen zu sanktionieren, die dieses Wissen in Frage stellen (Chadwick 2021; Ebrahim 2024). Das während der Geburt eingebrachte Wissen wird oft als eher lästig und abwertend empfunden, weil es meist durch nicht wissenschaftliche Quellen angeeignet wurde. Insgesamt zeigt sich deutlich, dass die Präsenz von angeeigneten Laienwissen dazu führt, dass eher Konflikte entstehen und dass das Zeigen von Wissen durch das medizinische Fachpersonal sanktioniert werden kann (Cohen Shabot 2021; Stolberg 2021). Wie bereits zu Beginn erwähnt, kann hier ausschließlich ein Bezug zu den USA hergestellt werden, da dieses Thema bislang nicht im deutschsprachigen Raum untersucht wurde. Die Forschungsergebnisse liefern wichtige Erkenntnisse zum Thema Laien- und Expert:innenwissen. Jedoch lassen sich diese Ergebnisse nur eingeschränkt auf den deutschsprachigen Raum und explizit auf Österreich übertragen, da sich das geburtshilfliche Versorgungssystem in den USA deutlich von dem in Österreich unterscheidet. Die Geburtshilfe in den USA ist vornehmlich von Ärzt:innen dominiert. Die Ausbildung von Hebammen erfolgt immer erst im Anschluss an eine Ausbildung zur Krankenschwester und gleicht eher einer Weiterbildung (Eirich 2004) und danach arbeiten Hebammen in den USA immer unter ärztlicher Leitung und dürfen Geburten nicht selbstständig leiten. Daraus ergibt sich eine ärztledominierte und somit stark medikalisierte und technisierte Geburtshilfe mit zahlreichen Interventionen. Das äußert sich in der hohen Kaiserschnittquote in den USA, die bei ca. 35% liegt (Sandall et al. 2016). Aufgrund der erheblichen Unterschiede in der Geburtshilfe der USA im Vergleich zu Österreich, könnte einerseits angenommen werden, dass sich auch die Beziehung von Expert:in und Laie und etwaige Konfliktsituationen in Österreich

anders verhalten, da diese ja auch durch strukturelle und institutionelle Probleme beeinflusst werden. Andererseits gibt es auch in Österreich eine medikalisierte und hierarchisierte Geburtshilfe, weshalb anzunehmen wäre, dass es ähnliche Ergebnisse gibt. Aufgrund der erheblichen Unterschiede in der Geburtshilfe in den USA im Vergleich zu Österreich könnte zwar angenommen werden, dass sich auch die Beziehung sowie Konfliktsituationen zwischen Expert:in und Laie sowie unterschiedlich austragen, da diese von den jeweiligen strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen geprägt sind. Gleichzeitig zeigt sich jedoch auch in Österreich eine medikalisierte und hierarchisierte Geburtshilfe, sodass ähnliche Dynamiken wie in den US-amerikanischen Studienergebnissen zu erwarten sind.

2.4. Zusammenführung der Theoriekapitel

Die dargestellten Theorien, Konzepte und Begriffe entlang von Geburt, Gewalt und Wissen zeigen deutlich, dass diese eng miteinander verwoben sind. Geburt ist nicht einfach ein natürlicher Vorgang, sondern wird durch institutionelle Machtstrukturen, neoliberale Ökonomisierungsprozesse und gesellschaftliche Normen tiefgreifend reguliert. Gewalt in der Geburtshilfe lässt sich dabei nicht auf einzelne Übergriffe reduzieren, sondern verweist auf ein System, das gebärende Personen systematisch diszipliniert, Erfahrungswissen entwertet und sie bewusst in eine passive Rolle drängt. Gerade das Sicherheitsdispositiv sorgt dafür, dass machtvollen Strukturen durch Fremd- und Selbstführung aufrechterhalten werden können. Das Spannungsfeld zwischen Expert:innen und Laien verdeutlicht, wie tief epistemische Gewalt in den Strukturen verankert ist: Während medizinisches Wissen als objektiv gilt, wird das verkörperte Wissen der Gebärenden oft als nicht valide abgewertet. Diese Hierarchisierung von Wissen zeigt, wie der Bereich der Reproduktion, vor allem in der klinischen Geburtshilfe von patriarchalen Mustern durchzogen ist.

3.Methode

3.1. Einleitung

In diesem Abschnitt werden die methodischen Grundlagen dieser Arbeit beschrieben. Ziel ist es, die subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen von Hebammen und betroffenen Frauen* im Kontext von Gewalterfahrungen, Selbstbestimmung und Autonomie während des Geburtsprozesses zu beleuchten. Aus diesem Grund ist die Wahl einer qualitativen Forschung besonders geeignet, um tiefgehende Einblicke in diesen Bereich zu gewinnen. Dazu wurden qualitative Interviews als geeignete Methode herangezogen (Przyborski & Wohlrab-Sar 2021). Im Folgenden werden in den nächsten Abschnitten alle relevanten Aspekte wie persönliche Verortung in der Arbeit, Methodik, Datenerhebung, Auswahl der Teilnehmer:innen und Datenauswertung beschrieben.

3.2.Verortung

Meine Perspektive als Forscherin in dieser Arbeit ist durch eine zweifach besetzte Rolle geprägt: Einerseits schreibe ich diese Arbeit als Hebamme, die in den letzten acht Jahren etwa 600 Geburten begleiten durfte– auch solche, in denen gewaltvolle Praktiken stattgefunden haben. In meiner Rolle als Hebamme habe ich auch Nachgespräche mit betroffenen Frauen* geführt und damit viele Einblicke in die subjektiven Erfahrungsberichte von Personen die geboren haben, erhalten. Andererseits schreibe ich diese Arbeit aus der Position einer Studierenden der Gender Studies, die sich in den vergangenen drei Jahren mit theoretischen Konzepten zu Geschlecht, Reproduktion sowie gewaltvollen und machtgesättigten Strukturen in einer patriarchalen Gesellschaftsordnung auseinandergesetzt hat. Dabei hat mich besonders interessiert, wie weibliche Körper im Rahmen der reproduktiven Phase und vor allem während Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft gesellschaftlich verhandelt werden, wie sich Machtverhältnisse und Gewalt äußern und diese Konzepte immer in Bezug zur Praxis im geburtshilflichen System zu setzen. Zwischen diesen beiden Perspektiven – der praktischen, medizinischen Verantwortung für Mutter und Kind einerseits und der feministischen und sozialwissenschaftlichen Analyse andererseits – besteht ein Spannungsfeld, in dem ich mich selbst verorte. Gerade innerhalb von feministischen Forschungen, spielt die Situierung von Wissen und der eigene Standpunkt von dem aus ich Forschung betreibe eine übergeordnete Rolle. Die Situierung von Wissen, begründet von Donna Haraway ist hier besonders zentral: Forscher:innen machen ihre Standpunkt transparent und reflektieren wie dieser ihre Arbeit beeinflusst. Dabei ist es wichtig

anzuerkennen, das man als Forscherin nie ganz neutral ist, sondern eigene Erfahrungen und der eigene Standpunkt die Arbeit beeinflusst, ob unbewusst oder bewusst (Gramlich 2021). Sabine Grenz (2014) thematisiert zudem, dass in feministischen Forschungsprozessen die Beziehung zwischen Forschender und Beforschten entlang von sozialen Hierarchien, Macht und Wissensgefälle berücksichtigt werden muss (Grenz 2014). Im Kontext dieser Arbeit bedeutet das, dass ich die besondere Konstellation reflektieren muss, dass die Beforschten Gewalt im geburtshilflichen Setting erfahren haben – mitunter auch durch Hebammen. Damit begeben sich in eine ambivalente Position: Als Hebamme selbst könnte ich für die Interviewpartnerinnen potenziell mit der Berufsgruppe assoziiert werden, der sie misstrauen oder die für sie sogar einen Trigger darstellt. Diese Nähe kann einerseits die Chance bieten einen guten Zugang für tiefere Einblicke in deren Erfahrungen zu erhalten, andererseits ergibt sich aber auch die Möglichkeit, dass der Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses erschwert ist. Daher ist es mir ein zentrales Anliegen mich mit den Erfahrungen und Erlebnissen zu identifizieren und mich mit den Frauen* denen Gewalt widerfahren ist, zu solidarisieren. Das gilt für den Kontext dieser Arbeit aber auch vor allem in meiner Arbeit als Hebamme und dort meine Stimme zu erheben. In diesem Kontext möchte ich auf Mies (1978) verweisen, die sich für eine bewusste Parteilichkeit innerhalb von feministischer Forschung ausspricht und einer Solidarisierung von Frauen* die unterdrückt werden (Mies 1978). Deswegen ist es wichtig, mir meiner zweifach besetzten Rolle als Hebamme und Forscherin bewusst zu sein: Ich bewege mich in einem Spannungsfeld zwischen professioneller Verantwortung und Sicherheit für die Frau* und das Kind und gleichzeitig strukturelle und institutionelle Probleme und gewaltvolle Praktiken zu reflektieren. Dieses Spannungsfeld ist für mich kein Widerspruch aber definitiv ein potenzielles Spannungsfeld. Im Kontext meiner Interviews bedeutet das eben auch, die Erfahrungen der Personen die geboren haben als valide Quelle von Wissen und Erfahrung anzusehen. Wie Collins (1991) hervorhebt, wird Erfahrungswissen im institutionellen Kontext oft abgewertet. Gebärende erfahren oft eine doppelte Abwertung aufgrund des Geschlechts und dem patriarchal geprägten Geburtshilfesystem. In meiner Arbeit kann ich in einem kleinen Rahmen dafür sorgen, dass dieses Erfahrungswissen anerkannt und akzeptiert wird und im Weiteren aufgewertet wird (Collins 1991).

3.3. Forschungsfragen

Im Folgenden werden die Forschungsfragen dieser Masterarbeit dargestellt. Diese leiten sich ausgehend von den theoretischen Bezügen zu Geburt, Gewalt und Wissen ab. Dabei bildet die erste Forschungsfrage den zentralen Rahmen dieser Arbeit während die beiden anderen Forschungsfragen explizit das Verhältnis zwischen Expert:in und Laie und die Verhandlung des Körpers von gebärenden Personen und Selbstbestimmung thematisieren. Die Forschungsfragen zielen darauf ab, Machtverhältnisse und die Aushandlung von Wissen sichtbar zu machen.

- **In wie weit sind Geburt, Gewalt und Wissen miteinander verschränkt?**

→ Diese Frage bildet den zentralen Rahmen für die vorliegende Arbeit und soll die epistemische Gewalt im geburtshilflichen System in ihren Verflechtungen darstellen.

-Wie haben Sie die Kommunikation mit der Hebamme während Ihrer Geburt erlebt?

-Welche Momente haben Sie als gewaltvoll erlebt?

-In welchen Situationen hatten Sie das Gefühl, dass ihre Bedürfnisse während der Geburt unzureichend berücksichtigt wurden?

-Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, dass ihr Wissen über Ihren Körper nicht anerkannt wurde?

-Haben Sie absichtlich Wissen, Wünsche oder Bedürfnisse vor dem medizinischen Fachpersonal zurückgehalten?

- **Wie beeinflusst die Dynamik zwischen Expert:innen und Laienwissen das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person und inwieweit wirkt sich ein spannungsbehaftetes Verhältnis auf potenziell gewaltvolle Praktiken aus?**

→ Diese Frage ist relevant, da sie das Machtverhältnis beleuchtet, was sich aufgrund von Hierarchien in der Institution Krankenhaus und einem Wissensgefälle ergeben kann. Die Fragen im Interviewleitfaden die diese Frage beantworten sollen sind z.B.:

-Wie erleben Sie das Verhältnis zwischen Ihrer Rolle als Hebamme und der gebärenden Person?

-Welche Dynamiken nehmen Sie wahr? Welche Herausforderungen sehen Sie?

*-Können Sie Beispiele nennen, in denen Sie sich von einer gebärenden Person in Ihrer Funktion als Hebamme beschnitten gefühlt haben und andersherum, dass sich die gebärende Person von Ihrer Expert*innenrolle eingeschränkt gefühlt hat?*

-Welche Dinge führen in Ihren Augen zu einem konkurrierenden Verhältnis zwischen

Hebamme und gebärender Person?

-Gab es Situationen, in denen Sie sich selbst herausgefordert fühlten, einen respektvollen und gewaltfreien Umgang zu gewährleisten?

- **Wie wird der Körper von gebärenden Personen in gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten verhandelt? In welchem Maße können gebärende Personen selbstbestimmt handeln und welche Hindernisse ergeben sich dabei?**

→ Diese Forschungsfrage soll aufzeigen, welchen Platz der weibliche Körper im institutionellen, medizinischen Kontext einnimmt und welche Rolle dabei Selbstbestimmung spielt. Hier soll deutlich werden, dass Handlungsmöglichkeiten nie losgelöst vom gesellschaftlichen und medizinischen Kontext verstanden werden können, sondern durch Machtverhältnisse, Hierarchien und Diskurse begrenzt oder ermöglicht werden.

-Aus welcher Motivation heraus haben Sie sich Wissen angeeignet in Form von Bücher lesen, Kurse besuchen,...?

-Welche Strukturen in Ihrer Arbeit wirken sich negativ auf das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person aus?

-Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrer Arbeit, die Ihre Fähigkeit zur Wahrung von Autonomie in der Betreuung einschränken?

-Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse und Wünsche von gebärenden Personen erfüllt werden?

-Wie gehen Sie mit Situationen um, in denen medizinische Interventionen durchgeführt werden, die nicht notwendig sind?

Die Forschungsfragen bilden die Grundlage für die Fragen in den Interviewleitfäden. Dabei wurde darauf geachtet eine möglichst enge Anbindung an den theoretischen Diskurs herzustellen, die Fragen aber so zu formulieren, dass sie leicht zu beantworten sind und Spielraum für möglichst offene Antworten lassen. Diese werden im Auswertungsprozess nach Mayring systematisch in die zuvor festgelegten Kategorien überführt. Mit diesen Forschungsfragen verfolgt die Arbeit ein doppeltes Erkenntnisinteresse: Zum einen werden die Stimmen von Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt und zum anderen wird mit der Einbeziehung der Hebammenperspektive sichtbar, wie institutionelle Rahmenbedingungen und Fachwissen das Verhältnis zu Gebärenden prägen. Diese Kombination eröffnet die Möglichkeit, Spannungsfelder und Machtverhältnisse differenziert zu analysieren und die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen empirisch greifbar zu machen.

3.4. Forschungsdesign

Für die vorliegende Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Dieser eignet sich besonders gut, weil es sich um offene, explorative Forschungsfragen handelt, mit dem Ziel, Einblicke in komplexe, individuelle Phänomene zu erhalten (Misoeh 2019). Diese Methode bietet die Möglichkeit viele verschiedene subjektive Wahrnehmungen und persönliche Erfahrungen zum Thema Geburt, Gewalt und Wissen zu erhalten und wie diese von den verschiedenen Akteur:innen - Personen die geboren haben und Hebammen - wahrgenommen werden (Tegethoff & Limmel, 2025). Für die Analyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode bietet einerseits ein theoriegeleitetes Vorgehen, aber zeichnet sich auch dadurch aus, offen für neue Zusammenhänge zu sein. Das Forschungsinteresse in dieser Arbeit ist bereits durch einen klaren theoretischen Rahmen geprägt, wodurch sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring anbietet, um durch das deduktive Verfahren Kategorien aus der Theorie abzuleiten und nach Bedarf aus dem Interviewmaterial heraus weitere induktive Kategorien zu entwickeln. Damit bietet diese Methode eine gute Kombination für mein Vorhaben: Einerseits bietet die qualitative Inhaltsanalyse die Möglichkeit einer strukturierten und nachvollziehbaren Auswertung, anhand derer sich die Ergebnisse in der Analyse gut diskutieren lassen. Dabei werden im Rahmen dieser Fragestellung die Erfahrungen unter Bezugnahme bestehender theoretischer Konzepte und Forschung interpretiert. Andererseits, bietet diese Methode Raum für unvorhersehbare Erfahrungen und Emotionen und verbindet empirisches Material und theoretischen Diskurs. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erlaubt es mir, die Verflechtungen von Geburt, Gewalt und Wissen sichtbar zu machen. Durch die Bildung von den verschiedenen Kategorien können die Begriffe einzeln betrachtet werden, aber auch systematisch miteinander verknüpft werden. Dabei können Begriffe aus theoretischen Konzepten mit den erhobenen Daten geprüft werden und zugleich Raum für subjektive Erfahrungen und Erlebtes gelassen werden. Die systematische und transparente Vorgehensweise bei Mayring war für mich wichtig, um ein emotional aufgeladenes Thema nachvollziehbar zu analysieren. Dabei können über die verschiedenen Kategorien die Verwobenheiten von Geburt, Gewalt und Wissen leicht gegliedert werden.

Über die Interviews können Erfahrungen aufbereitet werden ohne sie, wie in quantitativen Verfahren, auf standardisierte Antworten zu reduzieren. Dabei kann ich durch die Interviews tief in die persönliche Perspektive eintauchen und diese detailliert untersuchen und darstellen (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2021). Vor allem in der Generierung von Daten bei Personen die

geboren haben, bietet die qualitative Methode die Möglichkeit mit offenen und vertiefenden Fragen im Gespräch mit der Teilnehmerin viele detailreiche Informationen zu erhalten. Mit dem qualitativen Ansatz erhalten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit ihre gesamte Geschichte in all ihrer Komplexität zu erzählen. Außerdem bietet diese Methode eine hohe Flexibilität um jederzeit auf die Dynamik, die während des Interviews entsteht reagieren zu können, um so zuvor nicht absehbare Themen und Perspektiven zu entdecken und mit einzuarbeiten (Misoch 2019). Auch für die andere Interviewgruppe stellt die Methode qualitativer Expert:inneninterviews eine gute Möglichkeit dar, tiefgehende Einblicke in die fachliche Expertise und die eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen zu erhalten (Gläser & Laudel 2010). Dabei möchte ich meinen Fokus darauf legen, die Sichtweisen beider Interviewgruppen, Gebärende und Hebammen, mit in die Arbeit einfließen zu lassen und die Aussagen gegenüberzustellen und die Akteur:innen in der Analyse so auch miteinander in Kontakt treten zu lassen. So können die verschiedenen Sichtweisen differenziert und vom jeweiligen Kontext abhängig analysiert werden. Die Ergebnisse aus den Interviews sollen beschrieben und analysiert werden und in den Kontext der bereits beschriebenen theoretischen Konzepte eingebettet werden.

3.3. Datenerhebung

3.3.1. Interviewmethode

Für die Gruppe der Hebammen als Interviewteilnehmer:innen wurde die Methode des Expert:inneninterviews ausgewählt, da diese eine fachliche Expertise mit bringen, bei denen konkrete und zielgerichtete Fragen einen guten Einblick über Erfahrungen in der Praxis geben. Es gibt verschiedene Phasen im Interview, die eine systematische Herangehensweise sicherstellen, damit alle relevanten Aspekte abgedeckt sind (Gläser & Laudel 2010). Für die Gruppe der Personen, die geboren haben, wurde die Methode der halbstrukturierten Interviews ausgewählt, da diese ein offenes Gespräch ermöglichen und gleichzeitig sicherzustellen, dass zentrale Themenbereich systematisch behandelt werden. Der Fokus bei dieser Gruppe liegt auf den individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen (Misoch 2019). Mit der ersten Frage im Interview „*Können Sie mir etwas über Ihre letzte Geburt erzählen?*“ stelle ich sicher, dass die Frau* zunächst einmal all ihre, für sie, wichtigen Erfahrungen und Erlebnisse schildern kann, ohne in eine Richtung gewiesen zu werden. Anschließend stelle ich innerhalb von verschiedenen

Themenblöcken einige vertiefende Fragen um sicherzustellen, dass ein grober Leitfaden und Fokus durch das Interview und letztlich auch für meine Themenschwerpunkte gegeben sind, sodass alle relevanten Themen abgedeckt werden (Tegethoff & Limmel 2025; Przyborski & Wohlrab-Sar 2021). Die Interviews beider Gruppen dauerten zwischen 40 und 90 Minuten und wurden audioaufgezeichnet und anschließend mit der Sonix-App transkribiert. Anschließend wurde jedes Interview nochmals mit Hilfe des Aufnahmegerätes durchgegangen und bei Bedarf korrigiert.

3.3.2. Teilnehmerinnen und Durchführung der Interviews

Insgesamt wurden 8 Interviews geführt: vier mit Hebammen und vier mit Frauen*, die in den letzten zwei Jahren geboren haben. Die Auswahl dieser beider Gruppen ermöglicht es, sowohl die Perspektiven der Hebammen als auch die Sichtweise von Betroffenen in die Analyse mit einzubeziehen, um das Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten. Es war mir ein großes Anliegen zu Beginn der Arbeit, das Thema sowohl aus Sicht der Personen die geboren haben zu beleuchten, als auch die Sichtweise von Hebammen miteinfließen zu lassen, da Arbeiten aus dem medizinischen Bereich das Thema vor allem mit einem bio-medizinischen Blick betrachten, während sozialwissenschaftliche Arbeiten häufig mit den Erfahrungen der Betroffenen arbeiten. Diese Arbeit weist durch die Verbindung beider Perspektiven ein Alleinstellungsmerkmal auf.

Für die Gruppe der Personen die geboren haben, gab es folgenden Einschlusskriterien: die Geburt sollte innerhalb der letzten zwei Jahre stattgefunden haben und das die Befragten dabei gewaltvolle Praktiken erlebt haben oder/und das Gefühl hatten, dass ihr Wissen oder ihre Entscheidungen nicht ernst genommen wurde. Der zeitliche Rahmen von zwei Jahren gewährleistet, dass die Erfahrungen präsent sind, um diese detailliert wiedergeben zu können. Für die Auswahl der Interviewpartnerinnen wurde für Personen die geboren haben ein Beitrag in der Facebook Gruppe „Roses Revolution Österreich“ gepostet. Roses Revolution ist eine in Spanien ins Leben gerufene Bewegung, die sich für Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe einsetzt und in vielen Ländern vertreten ist und dort entweder in Form von Vereinen und Gruppen in den sozialen Medien vertreten ist. Die aktivistische Gruppe in Österreich besteht seit 2014 bei Facebook und hat über 3.000 Follower. Sie gedenkt jährlich am 25.11., dem UNO Tag gegen Gewalt an Frauen* und dem Roses Revolution Day gegen Gewalt an

Frauen* und Gewalt in der Geburtshilfe. An diesem Tag und an den nachfolgenden Tagen werden anonymisierte Berichte von betroffenen Personen in der Gruppe gepostet. Meistens wird der Post mit einem Bild einer Blume, meistens einer Rose, gepostet. In den Berichten werden die Erfahrungen aus der Sicht der Betroffenen geschildert und fast immer das zuständige Krankenhaus genannt oder verlinkt. Zum anderen haben Betroffene an diesem Tag die Möglichkeit physisch in die Krankenhäuser zu gehen und dort eine Rose vor dem Kreißsaal abzulegen. Oft wird dieser auch ein Brief an das medizinische Fachpersonal beigelegt (UN Women Deutschland 2018). Für die Rekrutierung von Personen die geboren haben, hat sich der Zugang über die Roses Revolution Gruppe gut geeignet, da sich in diesen Gruppen und Foren meistens Frauen* bewegen, die bereits Gewalt während der Geburt erfahren haben und ja auch dort offen oder anonym ihre Erfahrungen teilen. Es gibt also eine hohe Wahrscheinlichkeit, dort Frauen* zu finden die geburtshilfliche Gewalt erfahren und mit ihren Schilderungen meine Forschungsfragen beantworten können. Das ist eine gute Ausgangslage, da diese Frauen* bereit dazu sind, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen oder sogar anderen von ihren Erfahrungen zu schildern, weshalb vermutet werden kann, dass es eine grundsätzliche Offenheit gibt, über dieses tabuisierte und emotional schwierige Thema zu sprechen. Darüber hinaus ist die Roses Revolution eine Gruppe, die sich mit zentralen feministischen Forderungen nach einer selbstbestimmten und gewaltfreien Geburtshilfe auseinandersetzt. Damit markiert die Roses Revolution Gruppe einen Ort, an dem Widerstände gegen gegenwärtige Strukturen entstehen und die Anhänger:innen der Gruppe sich gegen Unterdrückung und Gewalt einsetzen. Damit war das ein guter Ort an dem ich mit meinem Forschungsvorhaben anknüpfen kann. Eine Schwierigkeit die sich über die Rekrutierung über diesen Zugang ergibt, ist, dass die Rekrutierung nur über diese Gruppe eine eher selektive Stichprobe abbildet. Des Weiteren, wie zuvor schon in der Verortung beschrieben, kann mein Beruf als Hebamme sich möglicherweise negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Interviewender und Interviewpartnerin auswirken, sofern geburtshilfliche Gewalt durch eine Hebamme erlebt wurde.

Die Akquirierung von Hebammen als Interviewpartnerinnen erfolgte mittels des „Convenience Sampling“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2019). Die Einschlusskriterien für die Auswahl der interviewten Hebammen sind eine Berufserfahrung von mindestens drei Jahren, um den Hebammen die Möglichkeit zu geben, ihre Erfahrungen und Wahrnehmung aufgrund von Erfahrung im Beruf ausreichend reflektieren und innerhalb des institutionellen, rechtlichen und politischen Rahmens gut einordnen zu können. Dabei wurden Hebammen aus dem beruflichen Umfeld ausgewählt aufgrund des einfachen Zugangs und der Erreichbarkeit. Daraus wurden

sechs Hebammen ausgewählt die in zwei verschiedenen Krankenhäusern in Österreich arbeiten. Von diesen sind vier Interviews in die Auswertung eingeflossen. Hier muss berücksichtigt werden, dass durch diese Methode möglicherweise eine Verzerrung der Stichprobe entstehen könnte, da möglicherweise ähnliche Erfahrungen und Perspektiven bestehen aufgrund ihrer gemeinsamen beruflichen und sozialen Verhältnisse.

Die Interviewleitfäden und die enthaltenen Fragen sowie Struktur habe ich in Anlehnung an die Forschungsfragen konzipiert, um möglichst viele Informationen zu generieren, die zur Beantwortung der Forschungsfragen hilfreich sind. Dabei wurden für jede Interviewgruppe spezifische Fragen entwickelt. Die spezifischen Fragen, habe ich in verschiedene Themenblöcke sortiert um gewisse Schwerpunkte festzulegen und somit auch eine gute Struktur zu haben die durch das Interview führt. Die Fragen für die Gruppe der Hebammen konzentrierten sich auf ihre professionellen Erkenntnisse, Erfahrungen und Wahrnehmungen im Umgang mit Gebärenden und den Herausforderungen bei der Wahrung von Selbstbestimmung und Autonomie. Für die Personen die geboren haben lag der Fokus auf der subjektiven Wahrnehmung von Selbstbestimmung und den Erfahrungen im Geburtsprozess, einschließlich der wahrgenommenen Beziehung zum medizinischen Fachpersonal. Um die Verständlichkeit, den Zeitfaktor und die Praktikabilität zu prüfen, wurden zwei Pilotinterviews durchgeführt. Beide Interviewleitfäden wurden so konzipiert, mit dem Ziel, dass es ungefähr 1 Stunde dauern soll. Dabei ist anzumerken, dass Abweichungen immer auftreten können und toleriert werden.

Der Ort der Durchführung der Interviews erfolgte immer in Abstimmung mit der Interviewpartnerin, je nach Präferenz bei ihr oder bei mir zu Hause. Ich habe vorgegeben, dass es, wenn möglich, im häuslichen Umfeld stattfindet, um eine vertraute und störungsfreie Atmosphäre zu schaffen. Vor allem bei den Interviews mit den Personen die geboren haben, war es mir wichtig, dass sie entscheiden können, wo das Interview stattfinden soll, damit ein möglichst hohes Maß an Wohlfühlfaktor und Sicherheit bei diesem sensiblen und persönlichen Thema gegeben ist (Misoch 2019).

3.4. Datenanalyse

Das erhobene Interviewmaterial wurde zunächst mit der Transkriptionssoftware Sonix in Schriftform transkribiert und anschließend manuell überprüft und überarbeitet. Dabei erfolgte ein Abgleich mit den Audioaufzeichnungen um die Genauigkeit des Materials sicherzustellen. Im Anschluss erfolgte eine erste Durchsicht des Materials, bei dem relevante Textstellen markiert wurden, die auf wiederkehrende Muster und zentrale Themen verwiesen.

Zur systematischen Auswertung des Interviewmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode eignet sich gut, die vorliegenden umfangreichen Daten aus den Interviews systematisch und strukturiert auszuwerten und zu analysieren und gleichzeitig eine enge Rückbindung an die theoretischen Konzepte herzustellen (Gläser & Laudel 2010). Für die vorliegende Arbeit wurde die strukturierende Inhaltsanalyse eingesetzt, bei der vorab mit einem deduktiven Verfahren Codes entwickelt werden, um das Material systematisch zu analysieren. Die Kategorien zur Codierung des Interviewmaterials wurden vorab aus den Forschungsfragen sowie den theoretischen Bezügen entwickelt (Mayring 2022). Die Kategorien wurden in einem Kodierleitfaden (siehe Anhang) mit Nummer, Definition, Musterbeispielen und Kodierregeln tabellarisch festgehalten und anschließend in MAXQDA auf das Material angewendet. Einige Codes überschneiden sich und konnten für beide Gruppen angewendet werden, während anderen nur für die Gruppe der Hebammen oder der Gebärenden genutzt wurden. Während des Codierens wurde der Leitfaden an zwei Stellen angepasst und eine Kategorie ergänzt bzw. gestrichen. Das ist wichtig, damit unvorhergesehene Inhalte einen Platz bekommen und nicht übersehen werden (Mayring 2022; Rädiker & Kuckartz 2019). Nach der Codierung der Transkripte erfolgte eine detaillierte Auswertung der kodierten Textstellen. Im Rahmen der Auswertung wurden zentrale thematische Schwerpunkte herausgearbeitet. Dabei wurden sowohl innerhalb der einzelnen Codes als auch zwischen den verschiedenen Codes Verbindungen und Muster hergestellt.

Im Folgenden sind 3 Codes mit den insgesamt 9 Unter-codes aufgelistet. Diese Kategorien bilden entlang von Geburt, Gewalt und Wissen das Gerüst für die Kategorisierung und Interpretation der Daten.

- Gewalt
 - Geburtshilfliche Gewalt
- Geburt
 - Gegenwärtige Strukturen in der Geburtshilfe
 - Geburt als Projekt und Aneignung von Wissen
- Wissen
 - Selbstbestimmung
 - Spannungsverhältnis Expert:in und Laie
 - Wissenskonflikte
 - Bewusste Zurückhaltung vs. Konfrontation und Auflehnung
 - Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung

Der Kodierleitfaden wurde in tabellarischer Form wie folgt angefertigt: Kategorie, Definition, Musterbeispiel und Kodierregel. Der Leitfaden befindet sich zur Ansicht im Anhang.

Nach der Codierung erfolgte die Analyse und Interpretation der Daten nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Ziel war es, zentrale Muster, Überschneidungen und Unterschiede herauszuarbeiten und diese in den Codes darzustellen und miteinander zu vergleichen. Die Interpretation erfolgte fortwährend im Wechsel mit Bezügen zur zuvor ausgearbeiteten Theorie und bestehender Forschung, um die gewonnen Ergebnisse dort gut einbetten zu können und die Ergebnisse nicht nur auf individueller Ebene zu betrachten, sondern im Kontext von gesellschaftlichen Zusammenhängen zu analysieren. Die verwendete Methode hat sich gut geeignet, um kausale Zusammenhänge für bestimmte Phänomene aufzuzeigen und die Verwobenheit der erstellten Codes sichtbar zu machen. Ein Alleinstellungsmerkmal dieser Arbeit liegt in der parallelen Analyse von Interviews mit Hebammen und Personen die geboren haben. Dadurch konnten Überschneidungen und auch Spannungen sichtbar gemacht werden.

3.5. Ethik und Datenschutz

Für die Durchführung der Interviews mit der sensiblen Thematik zu geburtshilflicher Gewalt benötigt es einen besonderen Fokus auf Schutz und ethischer Verantwortung. Alle Teilnehmerinnen erhielten eine schriftliche Einverständniserklärung und wurden im Vorfeld über Ziel, Ablauf und Dauer des Interviews informiert. Sie wurden darüber aufgeklärt, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und ein Abbruch ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich ist und sie sich im Nachgang auch dazu entscheiden können, dass die Inhalte nicht mit in die Arbeit einfließen sollen und gelöscht werden. Außerdem haben die Teilnehmer:innen auf Wunsch Zugriff auf das Interview, sodass sie sich die Inhalte durchlesen können. Des Weiteren wurden sie über die Sicherheit der Daten aufgeklärt, dass alle Daten vertraulich und anonymisiert behandelt werden und diese auf einem passwortgeschützten Gerät gesichert sind. Nach Abschluss der Masterarbeit erfolgt die Löschung der Daten. Mit dem Unterschreiben der Einverständniserklärung bestätigen die Teilnehmerinnen die Teilnahme am Interview und die Verwendung der erhobenen Daten. Somit haben die Teilnehmer:innen durch informed consent zugestimmt (Misoch 2019; Tegethoff & Limmer 2025).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde aufgrund der sensiblen und persönlichen Thematik, die grundsätzlich eine gewisse Vulnerabilität mit sich bringt in besonderem Maße auf das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen geachtet. Vor dem Interview erhielten die potenziellen Teilnehmer:innen bereits erste Informationen über den Facebook Post, in dem zur Teilnahme an den Interviews eingeladen wurde. Anschließend haben mich die Teilnehmerinnen bei Interesse zur Teilnahme kontaktiert. Wenn Fragen aufgetreten sind, habe ich ihnen diese beantwortet. Auf Wunsch habe ich ihnen auch vorab den Interviewleitfaden zukommen lassen. Des Weiteren haben alle Teilnehmer:innen vorab Informationen zum Ort der Durchführung des Interviews, zur Dauer und zur Freiwilligkeit der Teilnahme erhalten. Darüber hinaus, wurde im Facebook Post eine Aufwandsentschädigung für die Personen die geboren haben angekündigt. Die Aushändigung des 25 Euro DM Gutscheins erfolgte am Tag der Durchführung des Interviews. Ich habe mich für eine Aufwandsentschädigung entschieden, da die Eltern bzw. Personen die geboren haben in den ersten zwei Jahren, die ich in meinen Einschlusskriterien definiert habe, stark durch Care Arbeit eingespannt sind. Ich wollte einerseits einen Anreiz bieten, um an dem Interview teilzunehmen und andererseits meine Wertschätzung gegenüber ihrer mir entgegengebrachten Zeit ausdrücken.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass bei dieser Art von Interviews, bei denen es um höchst sensible, persönliche und vulnerable Inhalte geht sichergestellt werden sollte, dass die Teilnehmer:innen psychisch unversehrt aus dem Interview herausgehen können. Hier ist anzumerken, dass damit gerechnet werden muss, dass die Personen die geboren haben traumatische Erfahrungen gemacht haben die sie belastet haben oder noch immer belasten und die einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen sein können. Deswegen wird während des Interviews daher in besonderem Maße auf Belastungsreaktionen geachtet, damit das Interview unter Umständen pausiert oder auch abgebrochen werden kann. Daneben wird darauf geachtet, dass das Setting in dem das Interview stattfindet diskret, frei von Störungen und eine angenehme Atmosphäre bietet. Die Beziehung zwischen der Teilnehmer:in und der Interviewerin ist respektvoll, professionell, wertschätzend und einfühlsam (Misoch 2019; Tegethoff & Limmer 2025). Daneben ist es mir auch wichtig, wertfrei die Inhalte entgegenzunehmen, ohne über die Situation zu urteilen, sondern mich, wenn nötig, nur in die Teilnehmer:in einzufühlen bezüglich ihren Erlebnissen und Erfahrungen. Manchen Teilnehmerinnen hat es auch geholfen, dass unverständliche Dinge durch meine Profession als Hebamme kontextuell eingeordnet werden können. Darüber hinaus kann es auch hilfreich sein die Erfahrungen und Erlebnisse zu deponieren. Um die psychische Unversehrtheit der Teilnehmer:innen sicherzustellen werden am Ende des Interviews folgende Fragen gestellt: „Haben Sie Fragen?“ und „Wie geht es Ihnen jetzt?“. Darüber hinaus haben die Teilnehmer:innen einen Infofolder erhalten, auf denen Anlaufstellen und Kontakte zur Möglichkeit der Aufarbeitung des Geburtserlebnis steht. Außerdem erfolgt eine Aufklärung, dass sie die Möglichkeit haben die Geburtsakte im zuständigen Krankenhaus anzufordern, ein Klärungsgespräch mit dem beteiligten medizinischen Fachpersonal im Krankenhaus zu vereinbaren, ein kostenloses Beratungsgespräch wahrzunehmen oder mich bei Rückfragen nochmals zu kontaktieren.

3.6. Reflexion

Die strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglichte es im Rahmen dieser Arbeit, subjektive Perspektiven theoriegeleitet und systematisch auszuwerten. Sie war geeignet, um die Spannungen zwischen Expert:innen und Laienwissen sowie die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen sichtbar zu machen. Durch das deduktive Vorgehen konnten die Forschungsfragen präzise bearbeitet werden und die Ergebnisse gut an den theoretischen Hintergrund rückgebunden werden. Hier ist nochmal das Alleinstellungsmerkmal dieser Arbeit zu

nennen: Es konnten die Perspektiven beider Gruppen - Personen die geboren haben und Hebammen - herausgearbeitet werden (Gläser & Laudel 2010; Mayring 2022).

Eine große Herausforderung ergab sich für mich daraus, dass ich mich im Rahmen der Datenerhebung bei den Gebärenden immer zwischen der Rolle als Hebamme und der Studierenden bewegt habe. Zudem kommt, dass ich im häuslichen Umfeld bei den Personen die geboren haben nicht in meiner Profession als Hebamme anwesend war und demnach auch nicht als solche versichert, dass ich eine Beratung zu bestimmten Dingen geben konnte. Daneben erforderten die Interviews ein hohes Maß an Sensibilität, wenn die Betroffenen von gewaltvollen Praktiken während der Geburt erzählen. Hinzu kam, dass einige Teilnehmerinnen selbst von Hebammen Gewalt erfahren hatten. Damit bestand das Risiko, dass meine Profession als Hebamme Misstrauen hervorrief oder als potenziell triggernd wirkte. Umgekehrt bot sie aber auch die Möglichkeit, Erfahrungen kontextuell einzuordnen und durch fachliche Kompetenz Vertrauen zu stärken. Und die entstandenen Emotionen professionell und empathisch aufzufangen.

Auch innerhalb der Analyse war es notwendig, die eigene Position kritisch zu reflektieren. Einerseits bietet mir die „Insiderinnenposition“ Vorteile hingehend des Zugangs zu den Betroffenen und des entgegengebrachten Vertrauens. Andererseits jedoch, besteht bei dieser Perspektive die Gefahr, zu schnell Vorannahmen zu treffen ohne sie kritisch genug zu beleuchten. Mein Erfahrungswissen kann ebenfalls auch dazu führen, dass das den Teil der Interpretation beeinflusst. Bei den Expertinneninterviews führt die Rolle als Kollegin mitunter dazu, dass vielleicht eher sensible Inhalte geteilt werden, weil ein größeres Verständnis der Interviewerin zu erwarten ist, andererseits wird man vielleicht nicht genügend in der „Forscherinnenrolle“ wahrgenommen.

Darüber hinaus stellte die Arbeit mit zwei heterogenen Forschungsgruppen eine methodische Herausforderung dar, da unterschiedliche Interviewleitfäden, Codes und Analyse erforderlich waren. Diese Mehrarbeit bot jedoch auch die Chance, Spannungsfelder und Schnittmengen sichtbar zu machen, die im Fokus dieser Arbeit stehen.

Zudem war es natürlich auch herausfordernd, mit zwei unterschiedlichen Forschungsgruppen zusammenzuarbeiten, die konträre Bedürfnisse und Anforderungen an mich als Interviewerin mitbringen.

4. Analyse und Diskussion

4.1. Einführung

Im nun folgenden Teil der Arbeit sollen die Ergebnisse der Interviews dargestellt, deskriptiv ausgewertet sowie analysiert und diskutiert werden. Dadurch, dass es in dieser Arbeit zwei Interviewgruppen gibt, möchte ich diese Variante nutzen, um die beiden Gruppen in der Analyse miteinander in Kontakt treten zu lassen, sodass sie über die geteilten Inhalte kommunizieren. Das gibt mir die Möglichkeit, ähnliche Erfahrungen darzustellen, aber auch Widersprüche aufzuzeigen. Zu manchen Codes haben sich beide Interviewgruppen geäußert, bei anderen kommt nur eine Gruppe zu Wort. Die Analyse erfolgt entlang der drei zentralen Begriffe dieser Arbeit: Gewalt, Geburt und Wissen. Diesen sind insgesamt neun UnterCodes zugeordnet:

Gewalt: Geburtshilfliche Gewalt, Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung

Geburt: Gegenwärtige Strukturen in der Geburtshilfe, Geburt als Projekt und Aneignung von Wissen

Wissen: Selbstbestimmung, Spannungsverhältnis Expert:in und Laie, Wissenskonflikte, Bewusste Zurückhaltung, Konfrontation und Auflehnung.

4.2. Gewalt

4.2.1. Geburtshilfliche Gewalt

Unter dem Code Geburtshilfliche Gewalt sollen zunächst verschiedene Aussagen von Hebammen analysiert werden, wie sie zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe stehen. Daneben kommen auch die Aussagen der Gebärenden zum Einsatz, in denen sie geburtshilfliche Gewalt erfahren haben. Dort sind verschiedene Gewaltformen wie verbale Gewalt, physische Gewalt und institutionelle Gewalt enthalten. Dabei bildet das Thema Gewalt einen zentralen Ausgangspunkt der Analyse, da allen Interviewten von mehreren Erfahrungen berichten, die sie als respektlos, gewaltvoll oder abwertend erlebt haben. Die Erfahrungen sind in strukturelle und institutionelle Machtverhältnisse eingebettet, wodurch Gewalt hier als Ausdruck gesellschaftlicher Normen und patriarchaler Strukturen verstanden werden kann. Die folgenden Interviewausschnitte sollen konkrete Situationen zum Thema geburtshilfliche Gewalt verdeutlichen. Im folgenden Zitat gibt es seitens der Hebamme eine Anerkennung, dass Gewalt in der Geburtshilfe

stattfindet. Sie äußert jedoch Skepsis, dass der Begriff Gewalt in der Geburtshilfe in der Gesellschaft so omnipräsent ist, dass er ggf. inflationär genutzt wird und nicht für Situationen, die in ihren Augen wirklich als gewaltvoll definiert werden sollten: *„Ich finde halt den Begriff „Gewalt“ auch sehr schwer, weil der halt schon für sehr viele Situationen verwendet wird, wo ich mich frag, ob das angemessen ist ihn zu verwenden...Also es gibt natürlich Gewalt unter der Geburt, es gibt auch Geburten, die einfach nicht dem entsprechen, wie sich die das Frauen vorgestellt haben und ihren Wünschen entsprechend gelaufen ist. Und dann gibt es auch welche, die, die das dann auch manchmal auslegen, quasi eine Schuldige suchen auch. Ja, und das auch ausleben, quasi als Übergriff, als Gewalt. Wo ich als Hebamme jetzt sage, na das war halt, weil Geburt halt schmerzhaft ist, wenn man zum Beispiel den Schmerz der Geburt jetzt auch schon als Gewalt definiert (...) ja dann führt sich das alles ad absurdum.“* Durch die Aussage der Hebamme wird in Frage gestellt, ob ein subjektives Gewalterleben eine ausreichende Grundlage für die Definition von Gewalt ist. Sie deutet auch an, dass Geburt grundsätzlich ein kraftvolles und von Natur aus gewaltsames Erlebnis ist, sodass die Frauen* allein davon traumatisiert werden könnten, ohne dass gewaltvolle Praktiken durch das medizinische Fachpersonal entstanden sind (Stadelmann, 2021). Hier wird deutlich, wie sich die Grenze zwischen legitimen Geburtserfahrungen und gewaltvollen Praktiken verschiebt. Damit wird nicht nur das subjektive Erleben der Gebärenden relativiert, sondern zugleich darüber diskutiert, wer bestimmen darf, wann Gewalt vorliegt. Diese Diskussionen um die Definition, was geburtshilfliche Gewalt ist und was nicht finden in unterschiedlichen Professionen statt und verdeutlicht nochmals das Ringen um Deutungshoheit, wobei die Erfahrungen, die aus Sicht der Betroffenen als gewaltvoll wahrgenommen werden, häufig normalisiert oder unsichtbar gemacht werden (Tegethoff, 2011). Das verweist auch auf diskursive Machtverhältnisse, wo sich die Frage stellt wer dazu befugt ist, zu definieren, was Gewalt ist und was nicht, und welche Stimme in diesem Diskurs gehört wird und welche nicht. (Foucault 1976). Aus feministischer Perspektive kann man das als epistemische Gewalt bezeichnen (Fricker 2007): Das Erfahrungswissen der Gebärenden wird abgewertet, während die Macht über die Definition von Gewalt beim medizinischen Fachpersonal verbleibt. Aus Hebammenperspektive wird zugleich sichtbar, dass es seitens der Hebammen Sorge gibt, dass das eigene Handeln in der Arbeit als Hebamme vorschnell als Gewalt bewertet wird. Daneben gibt es einige Aussagen von Hebammen, die anerkennen, dass gewaltvolle Praktiken im Kreißsaal durchaus gängig sind, wie hier beschrieben: *„Hm, also es ist tatsächlich schon öfter vorgekommen, als man sich das selber vielleicht eingestehen möchte.“* Eine andere Interviewpartnerin berichtet Folgendes: *„(...) und sich auch selbst eingesteht, dass es vielleicht unnötig war, was man gerade gemacht hat und da spielt auch diese Macht, glaube*

ich eine Rolle, weil die hast du als Hebamme.“ Die Hebammen sind in der Lage bestimmte Handlungen zu reflektieren und somit geburtshilfliche Gewalt zu identifizieren und anzuerkennen. Daneben geht die Hebamme auf die innewohnende Macht im Hebammenberuf ein. Diese besteht aus der Macht Zugang zum Körper der Gebärenden zu haben, die Geburt mit der eigenen Expertise beeinflussen zu können, einer ungleichen Verteilung von Wissen und der institutionellen Macht, wobei die Hebammen selber den Zwängen und Strukturen des Systems unterliegen (Fabian 2023). Die Anerkennung gewaltvoller Praktiken durch die Hebammen zeigt, dass mehrere am Geschehen Beteiligte von diesen Situationen betroffen sein können. Innerhalb des strukturellen Rahmens sind bestimmte Praktiken notwendig oder auch akzeptiert, jedoch können sie nicht mit den Werten und Überzeugungen der einzelnen Hebamme im Einklang sein. Diese Ambivalenz verweist auf das Spannungsfeld zwischen professioneller Handlungsmacht und der Eingebundenheit in institutionelle Strukturen (Butler 1997). Dabei ist anzumerken, dass eine Vielzahl von Hebammen unter dem Erleben von Schuld aufgrund der vielen Formen geburtshilflicher Gewalt leiden und sich diese in posttraumatischen Belastungsreaktionen und Anzweiflung der Berufswahl zeigt. Das verdeutlicht, wie stark das medizinische Fachpersonal den strukturellen Schwierigkeiten unterliegt und auch gegen eigene Werte und Überzeugungen handelt (Leinweber 2021). Während Hebammen ihre eigene Macht und Ambivalenz benennen, erleben Gebärende gewaltvolle Situationen eindeutig als Gewalt. Diese Differenz verdeutlicht, dass Gewalt nicht nur eine Handlung, sondern auch eine Frage der Deutungshoheit ist: Was Hebammen als notwendig oder bedingt durch das System wahrnehmen, bedeutet für Gebärende oft eine Traumatisierung.

Eine weitere Form geburtshilflicher Gewalt stellt die verbale Gewalt dar, wie hier in dem Zitat sichtbar wird: *„Hat dann zu mir noch gesagt, ob ich nicht verrückt bin, weil ich bin über 35 und zehn Tage über dem Termin und schwerst adipös. Also ich bin mit einem BMI von 31 in die Schwangerschaft gestartet und ich habe wahnsinnig viel Wasser eingelagert. Also ich habe glaube ich bestimmt 25 Kilo zugenommen und wenn meinem Kind was fehlt dann bin ich ganz allein selber schuld.“* Hier wird deutlich, wie gewaltförmige Praktiken in Form von verbaler Gewalt ausgeübt werden. Sprache wird genutzt, um Macht zu demonstrieren und das Gegenüber zu disziplinieren und in diesem Falle auch um die Gebärende zu normieren. In diesem Beispiel wird über Body Shaming eine Schuldzuweisung auf die Gebärende verlagert. Die Konstruktion von Risikogruppen, in diesem Fall ein erhöhtes maternales Alter sowie ein höheres Körpergewicht reproduziert gesellschaftliche Normen des weiblichen Körpers. Der Körper der Frau* wird also entweder als akzeptiert für eine Schwangerschaft und Geburt angesehen oder

als defizitär und potenziell risikobehaftet. Das lässt sich theoretisch an das Konzept der Biomacht rückbinden, bei dem die Konstruktion von Risikogruppen einer Form von Kontrolle und Macht gilt. Der weibliche Körper soll normiert und optimiert werden, sodass er in den Rahmen der medizinischen Vorgaben passt (Duden 2022; Foucault 1976). In diesem Beispiel wird deutlich, wie die Sprache, die der Gebärenden Sicherheit und Wohlbefinden geben sollte, hier verwendet wird, um die Gebärende zu disziplinieren und Verantwortung an sie abzugeben. Neben offensichtlicher verbaler Gewalt, gibt es im geburtshilflichen System häufig auch ein Negieren und Bagatellisieren (Mundlos 2015), wie sich in der Erfahrung einer anderen Betroffenen zeigt: *„Die Ärztin meinte Ich weiß gar nicht mehr, welche Ärztin das war, aber sie hat gesagt: „Da müssen sie jetzt einfach mal durch. Das ist jetzt so, das müssen andere Frauen auch. Und was reinkommt, muss auch wieder raus.“* Das verdeutlicht, wie die subjektive Erfahrung und auch die Wahrnehmung von Schmerzen durch das medizinische Fachpersonal negiert, statt anerkannt wird. *„Stellen sie sich nicht so an“* ist eine Redewendung die in Berichten über geburtshilfliche Gewalt häufig erwähnt wird und stellt eine Form von Gaslighting dar. Diese respektlose Kommunikation spiegelt die Machtstrukturen in der Medizin wider, in der die subjektive Erfahrung der Gebärenden durch die Expert:innen als irrelevant eingestuft wird (Chadwick 2017; Fricker 2007). Dieses hier beschriebene Phänomen lässt sich mit dem Konzept der epistemischen Macht konzeptualisieren, bei der die Gebärenden auch kognitiv diszipliniert werden (Chadwick 2017; Fricker 2007).

Neben diesen Formen der Gewalt zeigt sich auch die Form der psychischen Gewalt in den Berichten der Gebärenden in unterschiedlichen Facetten. Eine Frau* berichtet, dass sie mehrmals um eine Decke bitten musste, weil sie gefroren hat, woraufhin die Hebamme Folgendes entgegnet: *„Ja. Ich habe schon die Babylampe eingeschaltet sie könnten sich da drunter stellen dann wird es Ihnen warm.“* Eine andere Gebärende erzählt davon, dass die Saugglocke nur gerichtet wurde, um sie unter Druck zu setzen und besser mitzuarbeiten: *„Und dann hat sie gesagt ich richte jetzt mal die Saugglocke her, weil manchmal hat ja das auch einen Placeboeffekt, dass sich die Frau dann wirklich anstrengt. Sie hat noch gesagt, weil dann strengt sie sich oft besser an, weil sie das ja nicht will.“* Hier zeigt sich eindrücklich, wie in einem medizinischen Prozess Grundbedürfnisse der Gebärenden missachtet werden und zudem eine Erniedrigung der Frau* stattfindet. Diese Handlungen verdeutlicht die Hierarchie zwischen Hebamme und Gebärender. Diese Zitate der Gebärenden zeigen, wie sie die subtile Demonstration und Ausübung von Macht ihrer Hebamme wahrgenommen hat. Dabei übt die Hebamme Druck auf die Gebärende aus. Das Gespräch über eine mögliche Saugglockengeburt

folgt in diesem Fall keiner medizinischen Indikation, sondern wird als psychologischer „Trick“ genutzt, um die Gebärende zu motivieren bzw. unter Druck zu setzen. In beiden Beispielen nutzt die Hebamme ihre fachliche Expertise als Werkzeug, um die Gebärende zu manipulieren, um sie so in eine von ihr gewünschte Richtung zu lenken. Diese Beispiele demonstrieren, wie subtil Gewalt in der Geburtshilfe verläuft und verwendet wird um die Gebärenden zu disziplinieren (Foucault 1987; Liese et al. 2021). In meiner Analyse wird deutlich, dass eben diese subtile Ausübung von verbaler Gewalt als besonders verletzend erlebt werden kann, da sie schwerer zu benennen ist und möglicherweise auch weniger Akzeptanz und Anerkennung erhält.

Die nun folgenden Aussagen der Gebärenden beleuchten Situationen, in denen sie physische Gewalt erfahren haben. Drei der vier Interviewten hatte eine gewaltvolle Erfahrung bei einer vaginalen Untersuchung. Eine vaginale Untersuchung ist eine standardmäßige geburtshilfliche Intervention, die mehrmals im Verlauf der Geburt durchgeführt werden kann. Dabei stellt die vaginale Untersuchung eine sehr intime Untersuchung dar (Cohen Shabot 2021) wie die folgenden Zitate zeigen sollen: *„Na, sie hat gar nicht gefragt, sondern ich habe eine ziemlich starke Wehe gehabt, war in der Badewanne und sie hat untersucht, ohne irgendwas zu sagen.“* Das berichtet auch eine andere Gebärende: *„Aber dadurch, dass ich nicht wusste, dass es hier ein Problem gibt, das sie versucht zu lösen ja habe ich mich tatsächlich ein bisschen vergewaltigt gefühlt in dem Moment, weil ich nicht wusste, was passiert.“* Die Aussagen der Gebärenden zeigen, wie schmerzvoll die vaginalen Untersuchungen wahrgenommen wurden, die gleichzeitig eine sehr intime Situation im Geburtsverlauf darstellen. Es fällt auf, dass der Schmerz bei einer vaginalen Untersuchung oft mit einer unzureichenden Aufklärung und Information über die gesetzte Intervention einhergeht. Die Hebamme entscheidet über das Ausmaß der Aufklärung und auch über die Durchführung der vaginalen Untersuchung. Die Häufigkeit einer vaginalen Untersuchung hingegen ist von geburtshilflichen Leitlinien geregelt. In den letzten Jahren gibt es allerdings vermehrt Diskussionen über die tatsächliche Evidenz und einen angemessenen Einsatz dieser während der Geburt (Cohen Shabot 2021). Aus meiner Perspektive als Hebamme weiß ich, dass vaginale Untersuchungen als medizinischer Standard gelten. Gleichzeitig zeigen die Aussagen der Gebärenden, dass genau diese häufig als gewaltvoll empfunden wird. In meinen Augen, hängt das Erleben einer vaginalen Untersuchung von vielen Faktoren ab: die Art der Aufklärung, das Setting der vaginalen Untersuchung, die Häufigkeit und ob bei der Frau* möglicherweise ein Vaginismus oder eine vorangegangene traumatische Situation vorliegt, die das Empfinden verstärken könnte. Neben schmerzhaften vaginalen Untersuchungen kann physische Gewalt auch indirekt entstehen, wie das folgende Zitat zeigt: *„Also für mich war*

eigentlich schon vor der Geburt klar ich möchte mich während der Geburt bewegen aber ich hatte eine PDA und sie hat mir auch vorher schon gesagt, wenn du eine PDA bei mir bekommst, dann darfst du dich nicht mehr bewegen, weil vielleicht brichst du dir das Bein, dann bin ich dran schuld. Das hat sie mir so gesagt. Das heißt, ich war nur im Bett.“ Hier ist es zu einer indirekten Ausübung physischer Gewalt gekommen. Eine Hebamme stellt aus forensischen Gründen die Regel auf, dass sich die Gebärende mit der PDA nicht mehr bewegen darf und verweist damit auf die Einbettung in juristische Logiken. Das verdeutlicht die Disziplinierung der Hebammen durch die Institution Krankenhaus und die damit verbundenen Richtlinien, die sich dann wiederum auf die Gebärende auswirken (Jung 2023). Aus Hebammenperspektive zeigt sich hier, dass in den seltensten Fällen die einzelne Hebamme für ein Fehlverhalten verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr wird deutlich, dass diese Handlungen immer in der Verbindung von Forensik, institutionellen Strukturen und einem Sicherheitsanspruch gesehen werden müssen. Damit wird sichtbar: Hebammen geraten in ein Spannungsfeld zwischen eigener Absicherung und Wahrung der Autonomie der Gebärenden. Dieses Spannungsfeld ist in Kombination mit dem Blick auf geburtshilfliche Gewalt in der Literatur bisher noch wenig untersucht worden.

4.3. Geburt

4.3.1. Gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen

Unter dieser Kategorie sind gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen aufgeführt, die die Geburtshilfe prägen. Dazu zählen forensische, institutionelle und strukturelle Aspekte. Daneben nehmen vor allem auch neoliberale und ökonomisierende Strukturen einen zentralen Platz in dieser Analyse ein. Diese Faktoren greifen ineinander und verändern die Geburt für Hebammen und Gebärende, wodurch diese zunehmend zu einem überwachten, standardisierten und ökonomisierten Ereignis wird. In diesem Kontext spielen auch die Begriffe Framing und Biopolitik und Biomacht eine zentrale Rolle, da darüber die gegenwärtigen Strukturen legitimiert und normalisiert sind.

Besonders deutlich wird dies in der zunehmenden Technisierung der Geburtshilfe, die es der Hebamme ermöglichen, mehrere Geburten gleichzeitig zu betreuen. Das unterstreicht die neoliberalen und ökonomischen Strukturen, die das geburtshilfliche System durchdringen. Eine Gebärende schildert im Interview, wie sie eine solche Situation erlebt hat: „*Ich war im*

Mastermonitor, das heißt wir haben die Diagramme von allen anderen Räumen gesehen und die Alarme die ganze Zeit gehört. Und in der Nacht wurde mir dann im Nachgang erzählt, es gab neun Geburten alles Saugglocken oder Notkaiserschnitte und dementsprechend kannst du dir vorstellen, wie häufig der Alarm losgegangen ist und damit so Termini wie Bradykardie die wir eben verstehen weil ich bin Molekularbiologin.“ Diese Erfahrung zeigt, wie sich Personalmangel, Zeitdruck und der gleichzeitige Sicherheitsanspruch im Rahmen einer technisierten Geburtshilfe widerspiegeln und verdeutlichen die vorherrschenden strukturellen Probleme in der Geburtshilfe. Aus feministischer Perspektive entsteht hier für die Gebärende ein Setting, in dem nicht mehr die Geburt als verkörperter Prozess wahrgenommen wird, sondern als potenziell medizinisches Risiko, welches durch technische Verfahren versucht wird einzudämmen und deshalb kontrolliert und überwacht wird (Duden 2022; Pagels 2024; Rose & Schmied-Knittel 2011). In diesem Zusammenhang kann auch von einer Verschiebung der Körperlichkeit hin zu einer Verwissenschaftlichung gesprochen werden, was im Weiteren dazu führen kann, dass Frauen* von ihrem Körper und dem Ereignis Geburt entfremdet werden (Duden 2022). Aus Hebammenperspektive wird hier ein aktuelles geburtshilfliches Dilemma sichtbar: Die Betreuungszeit der Hebamme ist auf ein Minimum reduziert, gleichzeitig müssen Sicherheitsstandards eingehalten werden, wozu diese Mastermonitore verwendet werden, die auch den Gebärenden ein Sicherheitsgefühl vermitteln sollen. Technologien sollen den Wegfall einer 1:1 Betreuung durch die Hebamme kompensieren. Das markiert nochmals die Verschiebung von einer qualitativ hochwertigen Versorgung hin zu einer Effizienzsteigerung und Überwachung (Leinweber et al. 2021; Mundlos 2015). Der Problematik einer unzureichenden Betreuungszeit für die Gebärenden sind sich die Hebammen ebenfalls bewusst. Sie beschreiben eine Diskrepanz zwischen den tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Frauen* und dem was eigentlich notwendig wäre, um eine patient:innezentrierte Geburtshilfe zu gewährleisten. So beschreibt eine Hebamme, dass sie „*einfach viel zu viele Geburten betreue*“ und das „*auf viel zu wenig Personal gerechnet*“ und das der Betreuungsschlüssel eine „Katastrophe“ ist. Eine andere Hebamme beschreibt folgendes: „*Wir haben zu wenig Zeit für die Frauen und wir arbeiten zu viel, wir arbeiten zu viel unter Druck, wir haben Stress. Das führt dazu, dass glaube ich, manche Kolleginnen und davon nehme ich mich selber auch nicht aus, sich vielleicht auch mal im Ton vergreifen oder an der Sache, die vielleicht für die Frau gerade wichtig ist, versuchen, schneller abzuhandeln, weil wir einfach wissen, dass wir keine Zeit dafür haben.*“ Die Empfindungen der Hebammen ergänzen sich mit den Erfahrungen, die Gebärende während der Geburt machen mussten: „*Und ich hätte mir wirklich mehr Zeit dafür gewünscht, dass ich sage okay, ich kann mich darauf einlassen, ganz in Ruhe, ohne Stress und dieses Eingreifen jedes*

Mal. Dieser Zeitdruck.“ Das verdeutlicht, dass Zeitdruck im Geburtsprozess eine entscheidende Rolle spielt. Während die Gebärenden mehr Zeit für eine natürliche Geburt und selbstbestimmte Entscheidungen benötigen würden, steht dies oft im Kontrast zu institutionellen Abläufen. Dabei gibt es zahlreiche Evidenzen dazu, dass Zeitdruck bei den Gebärenden als äußerer Stressor negative Auswirkungen auf die Geburt und einen physiologischen Verlauf hat (Jung 2023; Leinweber et al. 2021). Die Aussagen machen deutlich, dass nicht nur die Gebärenden unter dem Faktor Zeit leiden, sondern auch die Hebammen. Neben der Tatsache, den Gebärenden nicht vollumfänglich gerecht zu werden, äußern die Hebammen auch, dass sie selber unter einem ständigen Druck stehen mehrere Geburten gleichzeitig zu betreuen und dadurch einen hohen Stressfaktor haben. Diese sollen trotz der Strukturen eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen, was kaum möglich ist. Mein Material zeigt eindrücklich, wie eine patient:innenzentrierte Betreuung am strukturellen Rahmen scheitert. Eng verknüpft mit dem Faktor Zeitmangel ist der Personalmangel in der Geburtshilfe. Die Hebammen berichten von einem zu hohen Betreuungsschlüssel, bei dem zu viele Gebärende auf zu wenige Hebammen kommen. Diese Problematik lässt sich als Teil von ökonomischen und neoliberalen Prozessen beobachten. Um Kosten zu senken, wird das Personal gekürzt, bzw. die angestrebten Geburtenzahlen erhöht. Die Folge ist, dass Hebammen meist mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen müssen. Dadurch erhöht sich der Druck auf das bestehende Personal und führt für dieses zu verschlechterten Arbeitsbedingungen, was sich laut Mattern et al. (2017) auch auf die Versorgung der Gebärenden auswirkt. Diese, auch durch die Hebammen wahrgenommen Zustände in der Geburtshilfe, haben direkte Auswirkungen auf die Gebärende, wie eine Interviewpartnerin beschreibt: *„Insgesamt hat sich die Geburt dadurch ausgezeichnet, dass die Hebamme so gut wie nicht da war. Also die ist dann, die hatte an dem Tag anscheinend auch ganz normal Dienst, die war dann wirklich Stunden nicht da.“* Eine andere Gebärende beschreibt, dass sie so lange mit ihrem Partner alleine gelassen wurde und dieser auch überfordert war. Aus dieser Überforderung heraus, hat sie dann Folgendes getan: *„Ich habe dann meine Schwester angerufen und die hat mich übers Telefon angeleitet zu atmen. Und irgendwie war für mich da, so gut es geht, weil kommen durfte sie nicht. Das haben sie verboten.“* In diesem Zitat äußert die Gebärende, dass die Hebamme eine unzureichende Unterstützung im Geburtsverlauf war. Die Hebamme hat keine originäre Hebammentätigkeit geleistet, sondern am PC dokumentiert, während der Partner der Gebärenden diese Tätigkeiten übernahm: *„Und dann war es aber auch so, dass ich gesagt habe, ich spüre wieder den Pressdrang so stark nach unten (...) Und dann hat sie dem xy gezeigt, wie er mich halten soll und sie hat sich wieder an den PC gesetzt und der xy hat das mit mir alles gemacht.“* Da fällt auf, wie groß die Bürokratisierung und forensische

Belange sind, dass eine zeitnahe Dokumentation sichergestellt werden muss, die zulasten der effektiven Betreuungszeit der Gebärenden geht. Diese Aussagen von Betroffenen zeigen, dass zeitweise keine professionelle Begleitung während der Geburt gewährleistet war, obwohl diese nachweislich eine positive Auswirkung auf den Geburtsverlauf hat (Mattern et al. 2017). Das zeigen auch die Eindrücke von interviewten Hebammen: *„Das heißt, es ist schon die Betreuung ganz ein wesentlicher Faktor. Also wenn es eine 1:1 Betreuung gäbe, manchmal in der Latenzphase sein, aber halt sicher ab sechs Zentimeter Muttermundöffnung. Wenn da eine 1:1 Betreuung möglich wäre, würden viele Geburten anders sein. Viele Übergriffe oder viel erlebte Gewalt während Geburten müsste dann nicht sein.“* Diese Aussage verdeutlicht, dass besonders in für die Gebärenden intensiven und herausfordernden Phasen der Geburt, die unzureichende Betreuung zu ungünstigen Bedingungen mit zahlreichen Auswirkungen führen. Laut Theoriebezügen, führt eine Mehrfachbetreuung eher zu Interventionen, damit die Geburt schneller vorbei ist; ein vermehrter Einsatz von Interventionen zieht wieder andere Pathologien mit sich und Regelwidrigkeiten werden mitunter zu spät erkannt, weil die Aufmerksamkeit auf mehrere Geburten aufgeteilt werden muss. Auch auf potenziell gewaltvolle Praktiken hat die Mehrfachbetreuung eine negative Auswirkung. Das bestätigt auch eine andere Hebamme: *„Ja, und das ist auch eine Sache, die ich echt furchtbar finde, dass ich so weit bin, dass ich das mir einfach, dass mir der Geduldsfaden so schnell reißt. Na ja, durch die Masse eben.“* Durch weniger zeitliche Kapazitäten für jede einzelne Frau* finden verkürzte Aufklärungsgespräche statt und Bedürfnisse können nicht so wahrgenommen werden wie bei einer 1:1 Betreuung, weshalb es öfters zu Gewalt kommt. Das deckt sich auch mit der Ansicht einer Hebamme: *Sondern dass ich oft unter Zeitdruck bin, dass ich weiß, wenn ich bei einer Frau bin, ich müsste eigentlich gleichzeitig bei der anderen, die ich betreue, sein. Und eigentlich müsste ich jetzt auch schon wieder rausgehen und nach der anderen schauen.“* (AWMF 2020; Lange & Ulrich 2019; Mundlos 2015). Die Ergebnisse zeigen, dass Zeitmangel dazu führt, dass eine ausreichende Information, Aufklärung und Entscheidungsfindung nach evidenzbasiertem Standard erschwert ist. Hebammen haben oft keine Zeit ausreichend aufzuklären, was die Selbstbestimmung der Gebärenden einschränkt (Eckardt 2020). Dieser Aspekt verdeutlicht, wie auch Eckardt in ihren Texten beschreibt, eine neoliberale Verschiebung von Verantwortung: Die Frauen* sollen zwar selbstbestimmt entscheiden, doch gleichzeitig fehlt es an strukturellen Rahmenbedingungen (Eckardt 2020; Jung 2017).

Ein weiteres Symptom neoliberaler und ökonomisierender Prozesse sind zunehmende Interventionen, zum Teil auch ohne medizinische Indikation. Zum einen werden bestimmte Interventionen häufiger durchgeführt, weil sie abrechenbar sind und den nicht lohnenswerten Bereich der Geburtshilfe wirtschaftlich absichern. Diese Beobachtung schildert auch eine Hebamme im Interview: *„Dass es keine physiologischen Geburten mehr gibt? Ja, ich glaube sicher an den hunderten Interventionen, die passieren. Das es für die Geburtshilfe zu wenig Geld gibt.“* Zum anderen liegt eine medizinisch-technisierte Geburtshilfe vor wie nie zuvor mit einem hohen Sicherheitsanspruch durch das medizinische Fachpersonal, aber auch durch die Eltern (Scamell 2014). Dieser kann durch den Einsatz technischer Verfahren besser beobachtet und gesichert werden. Des Weiteren bieten Interventionen, sowohl für die Gebärende als auch für das Personal eine Form der Kontrolle in einem vermeintlich natürlichen und unkontrollierbaren Prozess. So kommt es auch vor, dass Gebärende sich Interventionen wie z.B. Schmerzmittel, einen Wunschkaiserschnitt oder eine Einleitung wünschen aus verschiedenen Gründen (Duden 2022; Jung 2017), wie hier im folgenden Zitat beschrieben: *„Also sie verlangen teilweise auch Interventionen. Es gibt auch Frauen, die eine schmerzfreie Geburt verlangen und das ist auch etwas, was wir nicht können. Wir können sie nur schmerzärmer machen, aber nicht schmerzfrei. Das sind einfach wieder Punkte, die viele Interventionen mit sich bringen.“* Andererseits kommt es zu einem erhöhten Einsatz zu Interventionen seitens des medizinischen Fachpersonals aus Sorge vor rechtlichen Konsequenzen und Haftungsansprüchen. So wirken diese Phänomene und das medizinisch-technische Paradigma der Geburtshilfe ineinander und verstärken sich gegenseitig (Eckardt 2020). Alle interviewten Hebammen erzählen, dass forensische Aspekte eine zentrale Rolle in ihrem Berufsalltag einnehmen. Die Sorge vor rechtlichen Konsequenzen beeinflusst ihre Arbeit als Hebamme und die Aussage *„mit einem Fuß im Knast“* verdeutlicht, die omnipräsente Angst für geburtshilfliche Entscheidungen haftbar gemacht zu werden. Das führt dazu, dass sie sich oft weniger auf die individuellen Bedürfnisse der Gebärenden einlassen können, wie die Hebamme hier anbringt: *„Und ich glaube schon auch, dass es diese Sorge vor rechtlichen Konsequenzen ist, dass man dadurch oder so schon ein wenig interventionsreicher wird und oft weniger auf die Frauen eingehen kann.“* Stattdessen orientieren sie sich an Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Vorgaben, die in erster Linie der rechtlichen Absicherung dienen. Diese Entwicklung ist Ausdruck einer zunehmenden Defensivmedizin, bei der nicht mehr primär das Wohl der Gebärenden, sondern die Minimierung von Risiken und Haftbarkeit im Vordergrund steht. Dadurch, dass sich das Ereignis Geburt zu einem technisierten und medikalisierten Prozess entwickelt hat, der maximal kontrollierbar ist, geht damit auch ein hoher Sicherheitsanspruch einher, ein gesundes Kind zu haben. Dabei führt die Forensik in der

Geburtshilfe zu einem Dilemma: Einerseits sollen Gebärende selbstbestimmt entscheiden, andererseits wird die Entscheidungsmöglichkeit durch eine risikovermeidende Geburtshilfe eingeschränkt. Auch Hebammen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen professioneller Fürsorge und rechtlicher Absicherung aus Angst vor Konsequenzen. Diese Angst führt zu einer interventionsreicheren Geburtshilfe. Die Sorge nicht rechtzeitig eine Entscheidung zu treffen, führt zu einem proaktiven Handeln und Verständnis von Geburtshilfe, welche nicht immer dem Wohl der Gebärenden dient, sondern auch um das medizinische Personal selbst abzusichern (Eckardt 2020; Jung 2017). Der hohe Zeit- und Personaldruck und aber auch forensische Aspekte sowie eine sicherheitsorientierte und medikalisierte Geburtshilfe tragen dazu bei, dass Interventionen häufiger angewendet werden – sei es aus Zeitnot oder rechtlichen Unsicherheiten. Diese Beobachtungen lassen sich vor dem Hintergrund neoliberaler Gesundheitspolitiken einordnen (Benoit et al. 2010). Die steigende Zahl an Interventionen kann zudem als Ausdruck eines standardisierten, risikoorientierten Geburtssystems gesehen werden, das Individualität zugunsten von Planbarkeit und ökonomischer Effizienz zurückstellt (Eckardt 2020; Jung 2017; Jung 2023). Das findet im folgenden Zitat einer Hebamme Bedeutung: *„Und ich glaube auch, dass es wichtig wäre, mehr Ärzte im Dienst zu haben, dass die nicht aus einem Stress heraus alles abarbeiten wollen und deswegen viele Interventionen setzen.“* Das verdeutlicht, wie vor allem Gebärende unter den strukturellen und institutionellen Bedingungen leiden. Eine Hebamme berichtet von der Interventionskaskade, denen Gebärende ausgesetzt sind, wenn sie bestimmten Strukturen, Handlungsempfehlungen und Leitlinien unterliegen: *„Also da ist man dann von Anfang an in einem Kreislauf drinnen, der von Intervention zu Intervention führt. Und dadurch ist ja auch die Autonomie der Frau eingeschränkt.“* Hier wird deutlich, wie in einer medikalisierten und sicherheitsorientierten Geburtshilfe eine Intervention zur nächsten führt. Dabei werden diese standardisierten Maßnahmen über die individuellen Bedürfnisse der Gebärenden gestülpt und können so als entmündigend wahrgenommen werden. Diese Beobachtung haben auch Betroffene gemacht, wie im folgenden Zitat deutlich wird: *„Also dann wäre ich zu allem bereit gewesen auch für einen Kaiserschnitt usw. Aber eigentlich nur mit dem Hintergrund, dass es medizinisch notwendig ist und nicht, weil es dann schneller geht.“* Diese Beobachtung deckt sich auch mit der Erfahrung einer anderen Gebärenden: *„...aber es wurde trotzdem eingegriffen. Also einfach um quasi das ganze irgendwie zu beschleunigen. Und natürlich hatte ich dann halt Stress bekommen und habe dann irgendwann dann klein beigegeben.“* Die Aussagen der Interviewten machen deutlich, dass das Setzen von Interventionen zur Beschleunigung der Geburt bzw. zur Zeitersparnis auch die Gebärenden wahrnehmen. Das verdeutlicht, wie die Individualität von Geburtsverläufen den

strukturellen Gegebenheiten in der klinischen Geburtshilfe untergeordnet ist. Qualitative Faktoren wie eine 1:1 Betreuung werden vernachlässigt (AWMF 2020; Lange & Ulrich 2019). Institutionelle Gewalt verläuft oft subtil und wird von Frauen* nur dann erkannt, wenn sie sich in hohem Maße auf die Geburt vorbereitet haben und diese Form der Gewalt auch als solche reflektieren können - was laut Studien, wenn überhaupt erst, im Nachgang möglich ist (Mundlos 2015; Leinweber et al. 2021), begründet durch das Phänomen des „Framing“ (Fricker 2007). In diesen Beispielen zeigt sich ein zentraler Mechanismus von neoliberalen Einflüssen. Die Geburt wird objektiviert und das Ereignis an sich sowie die Beziehung unter den Akteur:innen funktional gestaltet, sodass diese sich den neoliberalen und ökonomisierenden Prozessen anpasst. Innerhalb dieses Systems, ist die Autonomie und Selbstbestimmung der Gebärenden eingebettet und dadurch massiv eingeschränkt. Die Macht dieser Prinzipien wirkt so, indem sie die Subjekte und deren Handlungen auf eine subtile Art formt, ohne, dass es vielleicht als Gewalt anerkannt wird (Foucault 1976; Jung 2017; Leinweber et al. 2021).

Die folgenden Zitate zeigen deutlich, wie die Geburtshilfe von neoliberalen und ökonomisierenden Strukturen durchdrungen wird. Dabei führt diese Veränderung zu einer standardisierten und gewinnorientierten Geburtshilfe, was wiederum dazu führt, dass die individuellen Bedürfnisse von Gebärenden nur unzureichend berücksichtigt werden können, während das medizinische Fachpersonal stark überlastet ist, was wiederum zu einer körperlichen und emotionalen Belastung führen kann. Diese Belastung wird bewusst wahrgenommen und auch die Korrelation wie sich das auf ihre eigene Professionalität und die Betreuung auswirkt. Die Hebammen reflektieren also über die strukturellen Schwierigkeiten und bringen diese in Verbindung mit ihrem Verhalten, dass direkte Auswirkungen auf sie selber und die Gebärenden hat: *„So und die Art und Weise, wie ich das gesagt habe, war sicherlich...also damit habe ich sie sicherlich angefahren...Ja, und das ist auch eine Sache, die ich echt furchtbar finde, dass ich so weit bin, dass ich das mir einfach, dass mir der Geduldsfaden so schnell reißt. Na ja, durch die Masse eben.“* Davon berichtet auch eine andere Hebamme: *„Also wichtig finde ich das, was hier auch ich auch manchmal schwierig, wenn die zehnte Frau kommt, dass man trotzdem versucht freundlich zu sein.“* Hier stehen die Hebammen vor einem doppelten Dilemma: Sie sind dafür verantwortlich bzw. werden dafür verantwortlich gemacht eine qualitativ hochwertige Versorgung in der Geburtshilfe zu gewährleisten, andererseits werden sie selber dann auch dafür verantwortlich gemacht, wenn sie das unter den gegebenen strukturellen Bedingungen nicht können (Leinweber et al. 2021).

4.3.2. Geburt als Projekt und Aneignung von Wissen

In den letzten Jahrzehnten ist eine Verschiebung von Geburt von einem biomedizinischen Ereignis hin zu einem sozialen und kulturellen Ereignis zu beobachten, dass eine zunehmende Individualisierung und einen Optimierungscharakter erhält. Hier wird deutlich, dass Geburt längst kein natürlicher Vorgang mehr ist. Geburt ist vor allem auch ein gesellschaftliches Ereignis, das mit aktiver Gestaltung, Erfolg und Leistung assoziiert ist. Auch die interviewten Hebammen haben den Eindruck, dass die Geburt als eigentlich natürlicher Prozess zunehmend einen projektförmigen Charakter annimmt, bei dem es zu einem steigenden Leistungsdruck und hohen Erwartungen an das Ereignis Geburt und an die beteiligten Akteur:innen kommt (Eckardt 2020; Jung 2017). Dabei beschreibt eine Hebamme, dass sie das Gefühl hat, dass Geburt immer mehr zu einem „*Lifestyle Event*“ wird und sich die neoliberalen Anforderungen an die schwangere Frau* darin äußern, dass diese denken: *„Sie müssen schwanger werden. Sie müssen eine super Geburt hinlegen.“* Dabei ist es genau das, wo Hebammen denken, dass diese allumfassende und intensive Vorbereitung und Planung der Geburt kontraproduktiv sein kann: *„Das ist schon oft so, dieses Erleben, dass wenn du so genaue Vorstellungen von Geburt hast, dann wird es schwierig. Also wenn ich halt so gar nicht von dem abrücken kann was ich mir vorstelle.“* Die Zitate machen deutlich, dass Geburt einen hohen Erwartungsdruck mit sich bringt, dass gewünschte Geburtserlebnis mit Planung und Kontrolle so umsetzen zu können. Hier fungiert der Begriff der Selbstbestimmung als neoliberale Anforderung an die Frauen*, was die Leistung der Eigenverantwortlichkeit für den Geburtsverlauf aber auch für den Ausgang der Geburt verstärkt (Bröckling 2019; Eckardt 2020; Jung 2017), während dadurch die strukturellen Bedingungen aber auch biomedizinische Dinge in den Hintergrund treten (Jung 2017). Das Wort „*Lifestyle-Event*“ verdeutlicht den Eindruck der Hebamme, dass Geburt auch eine Inszenierung sein kann. Die Hebamme kritisiert hier die Kommerzialisierung der Geburt und wie Geburten dadurch einen „*Eventcharakter*“ erhalten. Dadurch kann es zu Diskrepanzen zwischen den Wünschen der Gebärenden, den konsumierten Inhalten und dem, wie die Geburt in der Realität verläuft, kommen. Dieser Unterschied zwischen den Vorstellungen und den realen Gegebenheiten kann zu Spannungen und Konflikten zwischen den Beteiligten führen. Die Hebammen fordern daher eine realistischere Darstellung von Geburt in der Geburtsvorbereitung zu etablieren. Eine Hebamme ist der Meinung, dass es in Hebammenhand liegen sollte, da ein realistischeres Bild zu schaffen und plädiert dafür, dass in der Geburtsvorbereitung, z.B. im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses ein *„realistisches Bild geschaffen werden“* müsse. Der hier

beschriebene Erwartungsdruck wirkt sich natürlicherweise auch auf die Hebammen aus, da diese als Akteur:innen aktiv an der Geburt beteiligt sind, wie im folgenden Beispiel aufgeführt: *„Ja, und der Erwartungsdruck. Da habe ich das Gefühl, den müssen wir erfüllen. Und das ist unmöglich. Und da spießt sich die Begegnung zwischen Frau und Hebamme, finde ich im Krankenhaus. Und auch wenn man Wahlhebamme ist, weil da erwarten sie, da zahlen sie dafür, dass du ihnen die Geburt lieferst, die sie sich wünschen. So kommt mir das vor.“* Hier wird deutlich, dass Geburt zunehmend als Dienstleistung verstanden wird, die von individuellen Erwartungen an das Ereignis Geburt dominiert werden kann. Die Hebamme sieht sich hier in der Rolle als Dienstleisterin, die sich unter Druck fühlt die Kundenerwartung, wie nach einer Vertragslogik zu erfüllen. Die Aussage, dass die Frauen* ja für die Geburt zahlen, verdeutlicht aus Sicht der Hebamme den Eindruck, dass das Ereignis Geburt bestenfalls nach einem zuvor festgelegten Plan ablaufen soll. In Anlehnung an theoretische Bezüge zu Jung wird hier deutlich wie Gebärende, innerhalb einer neoliberalen Logik zu „Kundinnen“ werden, die eine Dienstleistung in Anspruch nehmen und daran eine Erwartungshaltung haben, dass diese Leistung durch die Hebammen erfüllt wird. Hier wird vermeintliche Wahlfreiheit suggeriert, während diese zugleich durch vorherrschende Rahmenbedingungen eingeschränkt wird. Hier können Spannungen zwischen den individuellen Wünschen und den sich ergebenden Gegebenheiten und strukturellen Bedingungen, die die Geburt bedingen (Jung 2017; Jung 2023). Diese Problematik ist maßgeblich auf das Phänomen der Kommerzialisierung der Geburtshilfe rückzubinden. Durch Zusatzleistungen, wie eine private Wahlhebamme, wird Geburt als etwas ausgelegt, was man sich erkaufen kann wie eine interviewte Betroffene berichtet: *„Ich war eben auch in einer Privatklinik, weil ich gedacht habe, da ist es eigentlich ganz, es wird so gemacht, dass die Frau sich da wohlfühlt, war meine Illusion. ... Also, wo man sagt, so für eine Privatklinik auch noch, ich zahle ja dafür auch.“* Dadurch werden natürlich auch die Ursachen für diese Angebote verschleiert. Viele Frauen* nehmen sich eine Wahlhebamme, weil sie um die fehlende 1:1 Betreuung in den Kliniken wissen. Die Annahme, dass private Leistungen mit einer besseren Betreuung korreliert bestätigt sich jedoch nicht immer. Denn auch Wahlhebammen und private Kliniken unterliegen strukturellen Rahmenbedingungen und arbeiten in hierarchischen Strukturen. Das zeigt sich auch im hier angeführten Zitat einer Gebärenden: *„Und ich fand, es war eigentlich nicht so ganz auf Augenhöhe, wie ich mir das so gedacht hatte. Und eigentlich war es ja sozusagen so der Wunsch, wenn man eine Wahlhebamme nimmt, dass das genau dann auch so sein wird. Aber es ist halt einfach nicht so gewesen.“* Hier wird deutlich, wie die Gebärende sich aktiv durch eigene Recherche eine Wahlhebamme sucht mit dem Wunsch den Geburtsverlauf so positiv zu beeinflussen. Hier wird die Verbindung zur Perspektive der

Hebammen besonders deutlich. Während eine Hebamme zuvor darauf hinwies, dass Frauen* oft eine Geburt nach ihren Wünschen erwarten, zeigt dieses Zitat, dass viele Frauen* diesen Wunsch aktiv planen und gezielt Maßnahmen ergreifen, um sich eine ideale Geburt zu sichern. Dies spiegelt das Konzept der Geburt als Projekt wider, das durch Vorbereitung, Optimierung und gezielte Investitionen gesteuert wird. Dabei sehen sich auch die Frauen* in der Verantwortung einen Beitrag zu einer optimalen Geburt zu leisten, wie diese Betroffene erzählt: *„Und im Moment, wo ich zum Beispiel lese, dass eine 1:1 Betreuung von einer Hebamme für den Geburtsverlauf eine positive statistische Signifikanz hat, ist das für mich ein Grund, dass ich mir eine Beleghebamme suche. Also man kann es auch positiv formulieren eine Selbstbestimmtheit.“*

In einer weiteren Aussage geht die Hebamme darauf ein, dass sie den Eindruck hat, dass Geburt sich zunehmend dahin verschiebt, dass das Erlebnis der Geburt auf die Wünsche der Frau* ausgerichtet ist, bei dem das subjektive Erlebnis eine zentrale Rolle spielt. Für sie nimmt das Kind im Geburtsprozess eine weniger eigenständige und eher untergeordnete Rolle ein. Damit beleuchtet sie das Phänomen der Individualisierung der Geburt kritisch: *„Dass das Kind so in den Hintergrund geraten ist, während der Geburt das finde ich sehr schwierig. Das es oft nur darum geht „Was will ich als Frau, was will ich, was will ich?“ Ich glaube schon, dass dieses Individuum so stark geworden ist in den letzten 15, 20 Jahren, dass diese Verbindung, diese Einheit Mutter und Kind, dass das nicht mehr so eine Rolle spielt, sondern einfach nur „Wie kann ich ein schönes Geburtserlebnis schaffen?“ Ja, und das finde ich halt nicht ganz richtig. Ja.“* Diese Perspektive der Hebamme lässt sich mit der bereits zuvor beschriebenen neoliberalen Denkweise des Begriffs der Selbstbestimmung verbinden. Die Geburt wird als individuelles und bestmöglich zu absolvierendes Ereignis konstruiert, über dem zugleich ein bestimmter Anspruch schwebt, sowohl individuell als auch gesellschaftlich. Dieser Anspruch wird meist auf die zu erbringende Leistung durch die Gebärende projiziert (Duden 2022; Eckardt 2020; Jung 2017). Die Hebamme hier, kritisiert die Selbstverwirklichung der Frau* im Kontext der Geburt und, dass diese möglicherweise im Widerspruch zu einem ganzheitlichen Blick auf die Geburt steht, in dem die Bedürfnisse von Mutter und Kind berücksichtigt werden.

Mit Rückbindung an die Theorie dieser Arbeit wird hier deutlich, wie das neoliberale Subjekt und die Selbstoptimierung eine zentrale Rolle bei der Geburt eines Kindes einnimmt. Geburt wird als etwas deklariert, dass mit Vorbereitung, Optimierung und Wissen und dem Treffen richtiger Entscheidungen beeinflusst werden kann. Außerdem wird hier deutlich wie Geburt im Einklang mit marktwirtschaftlichen Prinzipien als konsumierbares Ereignis innerhalb unserer Gesellschaft

dargestellt wird (Eckardt 2020; Jung 2017, Jung 2023).

Im Kontext dieser Arbeit nimmt die Aneignung von Wissen eine zentrale Rolle ein, da Studienergebnisse aus den USA eine Korrelation von Wissen und dem Auftreten von gewaltvollen Praktiken thematisieren. Im Kontext meiner Arbeit zeigt sich deutlich, dass die Aneignung von Wissen als eine weitere Strategie zur Vorbereitung auf die Geburt gesehen wird. Dabei dominieren zwei zentrale Gründe: einerseits eignen sich Gebärende Wissen an um sich bestmöglich auf die Geburt vorzubereiten und informierte Entscheidungen zu treffen, um so Selbstbestimmung Kontrolle im Geburtsverlauf zu haben, wie eine Gebärende hier beschreibt: *„Also habe ich mich von Anfang an sehr viel informiert und wollte halt das Beste machen, was irgendwie möglich war. So hat es angefangen und es hat halt nie aufgehört. Also ich habe bis zum Schluss hin habe ich immer wieder gelesen und mich informiert.“* Etwas ähnliches beschreibt eine andere Gebärende: *„Ich bin relativ perfektionistisch und wenn ich in meinem Leben irgendwie Challenges habe, habe ich mich immer sehr viel also ich informiere mich über Sachen, damit ich eine informierte Entscheidung treffen kann. Aber eigentlich ist ja das Warum weil ich keine falsche Entscheidung treffen möchte. Ich möchte nicht was verpassen oder einen falschen Schritt machen, sondern ich bin selber in Charge. Ich bin für mich selber verantwortlich.“*

Diese Frau sieht ihr Wissen als Werkzeug an, um somit Fehlentscheidungen zu vermeiden und sich selbst die bestmöglichen Bedingungen zu schaffen, um nicht von anderen abhängig zu sein bzw. Fehlentscheidungen zu vermeiden. Sie möchte über Wissensaneignung die Kontrolle haben und informierte Entscheidungen treffen und darüber hinaus sieht sie es auch als ihre persönliche Aufgabe an sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Hier wird außerdem eine enge Verbindung von Wissen und Selbstverantwortung deutlich. Das greift wiederum die Anforderungen unserer Gesellschaft an das neoliberale Subjekt wieder auf, wo es darum geht, dass jeder für sich individuell verantwortlich ist für Entscheidungen und Verläufe (Michalitsch 2009; Tegethoff 2011). Diese Gedanken stehen auch im Einklang mit den Beobachtungen der Hebammen, dass Frauen* sich immer stärker in der eigenen Verantwortung für ihre Geburt sehen und sich gezielt informieren um das Projekt Geburt zu optimieren. Die Vorstellung, durch Wissen Kontrolle über den Verlauf der Geburt zu haben, steht dabei im Spannungsfeld zu den Perspektiven der Hebammen in Bezug auf medizinische Interventionen und strukturelle Bedingungen. Andererseits eignen sich Gebärende Wissen als Schutzmechanismus und Selbstverteidigung vor medizinischen Institutionen, unnötigen Interventionen um so gewaltvolle Praktiken und negative Erfahrungen zu vermeiden. Diese Frauen* wissen bereits vor der Geburt um die strukturellen Schwierigkeiten und Gewalt in der Geburtshilfe und nehmen hier bewusst

eine kritische Haltung gegenüber dem medizinischen System ein und wollen weniger die Verantwortung abgeben, wie diese Frau* berichtet: *„Weil ich kenne diese Roses Revolution Gruppe schon sehr lange und habe dementsprechend auch schon sehr viel gelesen. Also ich habe mir nicht nur die positiven Sachen angeschaut sondern mir auch die negativen Sachen angeschaut.“* Eine andere Betroffene schildert folgendes: *„Und ich habe halt auch sehr viel gelesen, dass unnötig viel in der Schwangerschaft und vor allem auch unter der Geburt eingegriffen wird. Und ich wollte mich quasi vor all dem eigentlich schützen. Deswegen hatte ich mich vorbereitet.“* Dem gegenüber steht eine Aussage einer Hebamme, die die Aneignung von Wissen eher kritisch betrachtet: *„Konkurrieren würde ich es nicht sagen, aber was ich merke, was ich wirklich schwer finde, ist diese Erwartungshaltung, dass die zu konkret ist von den Frauen. Ich habe das Gefühl, dass die, die sich so belesen, ja für mich haben die oft überhaupt kein Körpergefühl.“* Diese Aussage verweist auf das Spannungsfeld zwischen verkörpertem Erfahrungswissen und rationaler Wissensaneignung. Die Hebamme kritisiert hier die Entkörperlichung des Geburtsprozesses durch übermäßige Wissensaneignung statt Körperlichkeit. Diese Gegenüberstellung erinnert an die feministische Kritik an der Dominanz biomedizinischen Wissens, das Körpererfahrungen und Intuition oft abwertet (Eckardt 2020). Die Meinung der Hebamme deckt sich auch mit der Erfahrung, die eine Betroffene erlebt hat. Sie berichtet, dass sie wusste, dass ihre Hebamme nichts von ihrem Geburtsplan hält, und ihr gesagt hat, dass: *„sie weiß was sie tun soll.“* Die Aneignung von Wissen fungiert hier einerseits als Kontrollinstrument, als Schutz vor Fremdbestimmung und auch als Anforderung an das eigene Individuum. Die Zitate zeigen eindrücklich, dass die Aneignung von Wissen eine zentrale Strategie der Selbstermächtigung in der Geburtshilfe ist (Jung 2017; Volker 2006). Gleichzeitig verweist die kritische Auseinandersetzung mit Leitlinien, medizinischen Eingriffen und geburtshilflicher Gewalt darauf, dass Wissen nicht nur zur positiven Gestaltung der Geburt dient, sondern auch als Reaktion auf strukturelle Herausforderungen und negative Erfahrungen verstanden werden kann (Jung 2017). In Anlehnung an theoretische Bezüge von Foucault wird hier deutlich, wie die Gebärende gesellschaftlich dazu aufgefordert wird, Wissen anzueignen, um selbstbestimmt die beste Entscheidung zu treffen. Die Gebärende wird zur Managerin ihrer eigenen Geburt und unterliegt gleichzeitig Normen innerhalb von Institutionen, die es zum Teil nicht möglich machen, ihr Wissen einzusetzen und ihre Selbstbestimmung auszuleben. Das Wissen, welches von der Gebärenden ausgeht und dann mit dem Wissen der medizinischen Fachpersonen kollidiert, ist nie neutral, da es vor allem in Institutionen in machtvollen Verhältnisse eingebettet ist. Dabei fungiert das angeeignete Laienwissen als weniger wertvoll im Vergleich zu dem biomedizinischen Wissen (Cohen Shabot 2021; Chadwick 2017; Davis-Floyd &

Sargent 1997; Fricker 2007). Aus feministischer Perspektive zeigt sich hier, dass die Aneignung von Wissen eine Strategie der Selbstermächtigung ist, mit der die Gebärenden versuchen, den Strukturen in der Geburtshilfe entgegenzutreten. Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Form der Selbstermächtigung ambivalent ist: Wissen dient einerseits als Ressource und verweist andererseits aber auf die Notwendigkeit sich vorzubereiten aufgrund der strukturellen Probleme und das Erfahrungswissen der Gebärenden nicht anerkannt wird. Aus Hebammenperspektive wiederum wird deutlich, dass die Aneignung von Wissen einerseits eine Ressource ist, da Gebärende informiert und mit klaren Vorstellungen in die Geburt gehen. Andererseits erleben Hebammen das Wissen als Konkurrenz oder, dass ihre Expertise damit in Frage gestellt wird (Davis-Floyd & Sargent 1997). Aus meiner Erfahrung als Hebamme möchte ich ergänzen, dass ein informiert sein und vorbereitet sein hilfreich für die Gebärende sein kann, um sich selber gut durch den Prozess der Geburt zu navigieren. Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass ein stringentes Festhalten an einem Plan zu Spannungen führen kann – sowohl für die Gebärende, wenn es eine Diskrepanz zwischen Vorstellung und tatsächlichem Verlauf gibt, aber auch für Hebammen, die sich unter Druck gesetzt fühlen diesen Plan umzusetzen, in dem Bewusstsein, dass Geburt in den meisten Fällen anders verläuft als vorab geplant, wie auch eine interviewte Hebamme hier beschreibt: *„Das ist schon oft so, dieses Erleben, dass diese genauen Vorstellungen, das ist es eigentlich, was, was, was, wo, wo ich dann sehe dass wenn du so genaue Vorstellungen von Geburt hast, dann wird es schwierig. Also wenn ich halt so gar nicht von dem abrücken kann was ich mir vorstelle.“* Daneben entsteht ein besonderes Spannungsfeld für Hebammen, wenn Gebärende bereits mit einem großen Misstrauen in den Kreißsaal kommen und viele der vorgeschlagenen Empfehlungen und Maßnahmen hinterfragen oder ablehnen, weil Hebammen sich in einem institutionellen Rahmen bewegen.

4.4. Wissen

4.4.1 Selbstbestimmung

Die Interviews verdeutlichen, dass Selbstbestimmung ein zentrales Konzept im Kontext von Geburt darstellt. Gleichzeitig bewegt sie sich immer im Spannungsfeld von Autonomie, Entscheidungsfreiheit und institutionellen Abläufen. Der folgende Abschnitt der Analyse thematisiert Möglichkeiten, Chancen und Grenzen der Selbstbestimmung der Gebärenden in der Institution Krankenhaus. Es geht vor allem auch darum, wie Selbstbestimmung im Spannungsfeld

zwischen individuellen Bedürfnissen, medizinischem Wissen und den institutionellen und strukturellen Bedingungen in der Geburtshilfe ausgelebt werden kann.

Mehrere Betroffene berichten in den Interviews von Einschränkungen in ihrer Selbstbestimmung, wo die Hebamme auf forensische Aspekte verwies: *„wenn du eine PDA bei mir bekommst, dann darfst du dich nicht mehr bewegen, weil vielleicht brichst du dir das Bein, dann bin ich dran schuld.“* Das hat sie mir so gesagt. Das heißt, ich war nur im Bett. Also man konnte dann auch nicht aus der Situation, sich irgendwie mal kurz irgendwie drehen oder kurz wohin gehen oder keine Ahnung.“ Die eigentliche Selbstbestimmung in Form von Bewegungsfreiheit während der Geburt wurde durch die individuelle Entscheidung der Hebamme aufgrund von möglichen forensischen Konsequenzen eingeschränkt und untermauert wie medizinische Abläufe und Sicherheitsvorgaben die Hebamme und in weiterer Folge die Gebärende in ihrer Autonomie beeinflussen. Aus meiner Perspektive als Hebamme stellt sich hier zusätzlich die Frage, ob die Frau* vorab eine allumfassende Aufklärung mit den Einschränkungen der PDA erhalten hat und ob man der Frau* nicht trotz der PDA Bewegungsspielräume ermöglichen hätte können. In einer anderen Situation berichtet eine Betroffene, dass sie eine bestimmte Position bewusst ablehnte: *„Ja, ich hatte zum Beispiel abgelehnt, dass ich mich auf den Rücken legen sollte“,* da diese für sie körperlich schmerzhaft war. Trotz ihrer klar geäußerten Bedürfnisse wurde diese Entscheidung nicht respektiert, sondern übergangen, was die Spannung zwischen Selbstbestimmung Fremdbestimmung untermauert, wie sie hier weiter beschreibt: *„Und das wurde halt ignoriert. Es wurde gesagt ja, es geht aber nur in der Position und nicht anders.“* Andersherum schildert eine Hebamme, dass sie die Gebärende in eine andere Position bringe müsse, sofern sie die Herztöne vom Kind nicht adäquat ableiten kann und beschreibt dann weiter: *„... wenn ich die Herztöne vom Kind nicht mehr hören kann, zum Beispiel am Ende der Geburt, dann muss ich auch, weil ich Vertreterin des Kindes bin, einfach erklären „es tut mir leid, du musst jetzt kurz vom Hocker weg oder von der Matte, weil ich muss die Herztöne hören.“ Und wenn das aber schon eben Als Gewalt erlebt wird, dann wird die Arbeit einfach so irrsinnig schwer.“* Diese Gegenüberstellung verdeutlicht die Widersprüchlichkeit des Begriffs der Selbstbestimmung während der Geburt und betont das Spannungsverhältnis zwischen medizinischem Wissen, institutionellen Vorgaben und der individuellen Autonomie der Gebärenden und verweist auch auf den theoretischen Bezug der Medikalisierung und Programmierung der Geburt, indem evidenzbasierte Richtlinien oft Vorrang vor individuellen Bedürfnissen haben (Fischer 2011; Foucault 1987). Aus feministischer Perspektive wird hier sichtbar, wie die Kontrolle über den weiblichen Körper über

Machtverhältnisse geregelt wird, bedingt durch eine Hierarchie von Wissen und Macht in den Rollen, in denen sich Hebamme und Gebärende befinden. Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive wird zugleich sichtbar, wie schwer es ist, medizinisch notwendige Dinge durchzuführen, ohne, dass diese als gewaltvoll erlebt und bezeichnet werden und die Hebamme sich hier in der Verantwortung sieht, Sicherheit zu gewährleisten innerhalb des geburtshilflichen Systems (Fabian 2023; Mundlos 2015; Pagels 2024). Dabei sind sich alle der interviewten Hebammen darüber bewusst, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Selbstbestimmung und medizinischem Fachwissen gibt. Solange der Geburtsverlauf physiologisch verläuft, bleibt die Autonomie der Gebärenden unangefochten. Sobald jedoch medizinische Interventionen notwendig sind, ordnet sich die Selbstbestimmung diesen unter, wie eine Hebamme hier beschreibt: *„Die größte Diskrepanz liegt zwischen der Selbstbestimmung der Frau und dem medizinischen Wissen. Weil solange alles physiologisch läuft, ist natürlich die Selbstbestimmung der Frau an oberster Stelle.“* Eine andere Hebamme äußert, dass sie versucht *„die Wünsche und Bedürfnisse, soweit es das System zulässt, zu berücksichtigen.“* Diese Aussagen lassen sich mit dem theoretischen Konstrukt der Biopolitik und Biomacht nach Foucault kontextualisieren. Das medizinische System reglementiert den weiblichen Körper und den Prozess der Geburt durch standardisierte Maßnahmen und Richtlinien, die kollektiv gelten. Standardisierte Abläufe und damit verbundene Interventionen führen zu einer Einschränkung der Autonomie der Gebärenden. Dabei können die zunehmenden Interventionen damit gerechtfertigt werden, dass Geburt mehr und mehr als Risikoereignis betrachtet wird (Scamell 2014), welches bestmöglich medizinisch kontrolliert und programmiert werden sollte (Foucault 1987; Leinweber 2021). Eine weitere Beobachtung aus den Interviews ist, dass einige Hebammen, den Begriff der Selbstbestimmung nur begrenzt passend finden für eine Geburt, wie auch diese Hebamme beschreibt: *„Aber ich finde das Wort Selbstbestimmung für die Geburt nicht passend. Ich kann bestimmen wo ich mein Kind kriege. Ich kann bestimmen, ob ich jetzt in die Badewanne gehe. Aber ich kann jetzt eben nicht bestimmen, wie die Geburt abläuft...“* In diesem Zitat merkt die Hebamme an, dass sie das Wort Selbstbestimmung für den geburtshilflichen Kontext nicht passend findet. Sie unterscheidet zwischen Aspekten, die in der eigenverantwortlichen Entscheidung der Gebärenden liegen, wie z.B. die Wahl des Geburtsortes und solchen, die sich der eigenen Kontrolle entziehen, der eigentliche Geburtsverlauf, der nicht planbar ist. Damit beschreibt sie die Unvorhersehbarkeit, die mit dem Prozess Geburt einhergeht (Eckardt 2020; Staldemann 2021). Hier zeigt sich, dass der Begriff der Selbstbestimmung mitunter auch falsch verstanden werden kann und unterschiedlich interpretiert werden kann, was zu Spannungen in der Betreuung führen kann. Dabei kann die Vorstellung einer selbstbestimmten Geburt im

Kontrast zur Unvorhersehbarkeit einer Geburt stehen, wenn diese ggf. anders verläuft, als gedacht oder geplant.

Wie in der theoretischen Diskussion ausgeführt, kann Selbstbestimmung dann zu einer Ressource werden, wenn sie als informierte Entscheidung unter Berücksichtigung struktureller Rahmenbedingungen verstanden wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Selbstbestimmung als bloße Wahlfreiheit missverstanden wird und die Verantwortung für eine gute Geburt vollständig auf die Gebärenden übertragen wird – mit der Konsequenz, dass Schuldgefühle bei nicht erfüllten Erwartungen entstehen (Eckardt 2020; Foucault 2006; Jung 2017). Somit zeigen die hier aufgeführten Ergebnisse, dass Selbstbestimmung einerseits als Stärkung der Autonomie verstanden werden kann und andererseits als disziplinierendes, neoliberales Konzept fungiert, dass Verantwortung individualisiert und Probleme verschleiert: Frauen* sollen informiert und selbstbestimmt entscheiden – jedoch nur so lange ihre Entscheidungen den institutionellen Abläufen entsprechen. Wenn diese Grenze überschritten wird, werden sie zur Belastung, wie auch Eckardt (2020) in ihren Kategorisierungen für „schwer handhabbare Patient:innen“ erläutert (Eckardt 2020). Dass dies von Hebammen als belastend empfunden wird, äußert sich auch in Schilderungen im Interview: *„Es kann aber genauso Konfliktpotenzial bieten, wenn eine Frau für die Hilfestellungen nicht so offen ist, was einerseits für die Hebamme frustrierend ist, andererseits tut sie sich damit auch schwerer in meinen Augen.“* Hier wird Selbstbestimmung nicht als positiv bewertet, sondern als Hindernis. Wenn eine Gebärende sich den Vorschlägen der Hebamme widersetzt, wird dies als problematisch für den Geburtsverlauf dargestellt, wie auch eine andere Hebamme berichtet: *„Wenn die Frau wenig Bereitschaft zeigt, Lagerungen mitzumachen, kann es eben auch hinderlich für den ganzen Prozess sein.“* Dies zeigt, dass Selbstbestimmung in der Geburtshilfe nur innerhalb eines Rahmens akzeptiert wird: solange sie nicht mit biomedizinischem Wissen und verbundenen Richtlinien und Handlungen kollidiert. Diese Aussagen lassen sich mit den Forschungsarbeiten von Cohen Shabot (2021) kontextualisieren, die zeigt, dass Frauen* dazu angehalten werden, selbstbestimmt zu sein, aber nur in dem Maße, wie es dem medizinischen System nützt (Chadwick 2017; Davis-Floyd & Sargent 1997). Ein neoliberales Verständnis von Selbstbestimmung wird mit individuellen Wahlmöglichkeiten und Kontrolle assoziiert. Außerdem spiegelt sich hier auch Foucaults Konzept der Biomacht wider, in dem diskutiert wird, dass medizinische Akteur:innen den weiblichen Körper in bestimmte medizinische Abläufe einbinden, was natürlicherweise den individuellen Handlungsraum verkleinert. Das verdeutlicht, dass Kontrolle über den weiblichen Körper immer in einem Spannungsfeld zwischen Autonomie und äußeren Bedingungen steht (Chadwick 2017;

Foucault, 1987; Foucault 2006).

Die Ergebnisse in der Kategorie Selbstbestimmung machen deutlich, dass Selbstbestimmung im geburtshilflichen Kontext immer an institutionelle Bedingungen gebunden ist. Gebärende werden unter dem Phänomen von Biopolitik und Biomacht dazu aufgerufen, im Sinne von Sicherheit zu kooperieren. Dabei werden das Erfahrungswissen und Wünsche dem medizinischen Wissen und institutionellen Bedingungen untergeordnet. Diese epistemische Gewalt zeigt sich besonders darin, dass das subjektive Erleben nicht valide ist. Während Selbstbestimmung bisher eher theoretisch bearbeitet wurde, zeigt diese Arbeit empirische Belege für Österreich. Die Untersuchung beider Gruppen - Hebamme und Gebärender - macht sichtbar, wie eng Hebammen in die Strukturen eingebunden sind und gleichzeitig wie sehr Gebärende unter diesen Bedingungen leiden. Die Theorien von Jung (2017) und Eckardt (2020) bestätigen sich auch für den österreichischen Kontext: Selbstbestimmung wird theoretisch versprochen, aber die tatsächliche Umsetzung ist nur eingeschränkt möglich.

4.4.2. Spannungsverhältnis Expert:in und Laie

Das Spannungsverhältnis zwischen Expert:in und Laie markiert einen zentralen Punkt in der Analyse von Geburt, Gewalt und Wissen. Das Verhältnis zwischen Expert:in und Laie ist potenziell spannungsbehaftet, da unterschiedliche Wissensformen aufeinandertreffen und in Hierarchisierungen sowie machtaufgeladenen Praktiken ausgetragen werden können. In der folgenden Analyse in der Kategorie Verhältnis zwischen Expert:in und Laie sollen Situationen aufgezeigt werden, in denen sich die vielschichtigen und komplexen Dynamiken zwischen Hebammen und Gebärender zeigen, wobei deutlich wird, dass die Beziehung vornehmlich von Herausforderungen hinsichtlich Autorität, Macht und Selbstbestimmung dominiert wird. Ein hierarchisches Verhältnis zwischen Gebärender und Hebamme beschreibt auch eine Betroffene: *„Ich war jemand, mit dem konnte sie schlecht umgehen. Ich war ihr zu inquisitiv und sie konnte damit in dem Moment, sie konnte damit generell nicht umgehen, aber in dem Moment hat es dazu geführt, dass sie aggressiv gegenüber mir geworden ist. Ja, das war mein starkes, starkes, starkes Empfinden. Für dich wahrscheinlich nicht so interessant, aber das ist für meinen Mann als außenstehende Person so verrückt gewesen er sagt sie hätte den Eindruck gemacht, dass sie von mir erschüttert ist weil ich Fragen gestellt habe. Das sie damit nicht konnte und ihre Antwort darauf war aggressiv zu werden. Es war unbequem für sie.“* In dem Moment, in dem die

Gebärende beginnt Wissen einzubringen und Fragen zu stellen, sieht die Hebamme sich in ihrer professionellen Rolle angegriffen und reagiert mit Abwehr und Aggression. Hier wird deutlich, was passiert, wenn Laien ihr Wissen oder kritische Rückfragen anbringen: Das Hinterfragen medizinischer Abläufe kann vom medizinischen Fachpersonal als Bedrohung wahrgenommen werden. Das deckt sich auch mit der Erfahrung einer anderen Interviewpartnerin, die berichtet hat, dass die Hebamme ihr gesagt habe, sie solle aufhören *„zu denken und zu fragen“* und dass sie mit diesem Verhalten die Geburt gefährde. Diese Aussage verdeutlicht die Wissenshierarchie in der Geburtshilfe. Die Hebamme nutzt ihre Macht, um epistemische Autorität gegenüber der Gebärenden auszuüben. Hier spiegeln sich die paternalistischen Strukturen innerhalb der Geburtshilfe wider, die das Wissen im geburtshilflichen Diskurs exklusiv beim medizinischen Fachpersonal verorten und nicht bei den Gebärenden (Davis-Floyd & Sargent 1997; Fricker 2007). Es wird deutlich, wie Macht als Instrument zur Disziplinierung genutzt wird und signalisieren soll, dass ihre Fragen nicht erwünscht sind, wodurch ein Gefälle zwischen Laie und Expert:in produziert wird. (Foucault 1976; Fricker 2007). Auch der Umgang mit konkreten Vorstellungen, z.B. in Form von Geburtsplänen, verdeutlicht diese Dynamik. So berichtet eine Frau: *„Also ich wusste, dass meine Hebamme nichts von meinem Geburtsplan hält weil sie hat mir gesagt sie weiß was sie tun soll.“* Die Gebärende wird dazu aufgefordert, Vertrauen in die Hebamme zu haben. Dabei ist es für die Hebamme am einfachsten, wenn dieses nicht wechselseitig ist, sondern einseitig, und die Gebärende in diesem Kontext keine Fragen stellt (van der Waal et al. 2023). Daneben wird festgelegt, welches Wissen als relevant und nicht relevant einzustufen ist. Das angeeignete Wissen sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Gebärenden werden hier zurückgewiesen, und die Gebärende wird von vornherein von Entscheidungen ausgeschlossen. Durch diese Maßnahme stellt die Hebamme sicher, die Mitbestimmung der Gebärenden zu kontrollieren und einzuschränken. Stattdessen beansprucht die Hebamme hier Autorität über den Geburtsverlauf. Eine andere Interviewpartnerin äußert, dass sie das Gefühl habe, man könne eine *„gute“* Geburt haben, wenn man sagt: *„ihr seid die Fachpersonen, ich habe kein eigenes Gefühl, ich vertraue euch, ich mache alles, was ihr sagt.“* Die Aussagen verdeutlichen die theoretischen Ausführungen von Eckardt, in denen das medizinische Fachpersonal Gebärende in die Rolle der leicht und schwer handhabbaren Patient:innen einteilt (Eckardt 2020). Wenn Gebärende mit klaren Vorstellungen in die Geburt gehen, besteht ein hohes Risiko, negative Reaktionen zu erfahren, womit deutlich wird, dass die Aneignung von Wissen zwar als Strategie im Selbstbestimmungsdiskurs gilt, in der Praxis jedoch häufig zu Konflikten führt. Dabei zeigt sich ein Paradoxon: Die Gebärenden erstellen unter neoliberalen Einflüssen einen Geburtsplan, um die Erwartungen an eine selbstbestimmte, informierte und

eigenverantwortlich handelnde Gebärende zu erfüllen. Gleichzeitig sollen sich Gebärende dem strukturellen Rahmen fügen. Diese Erfahrungen verdeutlichen, wie vielschichtig die Dynamiken zwischen Hebamme und Gebärenden sind und wie sich diese ständig im Spannungsfeld von Fachwissen und damit einhergehender Macht und dem subjektiven Erleben und den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Gebärenden bewegt. Aus meiner Perspektive als Hebamme stellt es für viele Hebammen eine Herausforderung dar, wenn Gebärende mit einem dezidierten Geburtsplan in den Kreißsaal kommen. Viele Hebammen fühlen sich in ihrer professionellen Expertise infrage gestellt, und zudem kann ein Druck entstehen, einerseits die Wünsche der Gebärenden zu berücksichtigen und andererseits die institutionellen Vorgaben einzuhalten, was sich in vielen Fällen nicht vereinbaren lässt, weil Gebärende in den Geburtsplänen genau diese standardisierten Maßnahmen vermeiden wollen. Dieses Dilemma bietet Potenzial für ein spannungsbehaftetes Verhältnis.

In weiteren Aussagen zeigt sich, dass die Perspektive der Hebammen und der Gebärenden nicht immer übereinstimmen im Hinblick auf das Erleben von Gewalt während der Geburt, wie eine Hebamme hier beschreibt: *„Und ich eigentlich nicht diesen Eindruck hatte, dass das für sie anscheinend schon Gewalt war oder übergriffig war.“* Das wirft auch die Frage auf, welche Wahrnehmung und welche Wahrheit als anerkannt und akzeptiert gelten (Cohen Shabot 2021; Fricker 2007). Dies ist natürlich auch abhängig vom Kontext, in dem diese Erfahrungen geteilt werden. Die Hebamme erkennt hier an, dass die Gebärende die Geburt als traumatisch erlebt hat, obwohl sie in den Augen der Hebamme unkompliziert verlaufen ist: *„Und das ist eigentlich alles sehr unkompliziert gelaufen. Aber in ihrer Wahrnehmung war es keine gute Geburt und sie hatte Angst um das Kind. Und das löst so ein Gefühl in mir aus, dass man eben so gut wie man kann, arbeiten kann und trotzdem den Frauen nicht unbedingt gerecht wird.“* Hier wird deutlich, wie objektives medizinisches Wissen mit dem subjektiven Erleben der Gebärenden in Diskrepanz stehen kann. Bei diesem Phänomen relativiert medizinisches Fachpersonal die Erfahrungen von Gebärenden basierend auf deren professionellen Status und innewohnenden Erfahrungswissen. Daneben fällt auf, dass Hebammen die Geburt anhand anderer Kriterien bewerten, als die Gebärende. Eine andere interviewte Hebamme berichtet von einer Nachbesprechung einer Geburt gemeinsam mit der Frau und dem Partner, bei der die Gebärende eine Situation als gewaltvoll erlebt hat, wie sie hier berichtet: *„Und sie hat das als gewaltvoll oder sehr schlimm empfunden“,* während die Hebamme und die Ärztin das Gefühl hatten, dass genau das der Moment war *„wo sich dann wirklich was getan hat und was gut geholfen hat.“* Die unterschiedliche Wahrnehmung untermauert auch die folgende Aussage einer interviewten

Betroffenen: *„Aber wie gesagt, es sind einfach auch andere Dinge passiert, die überhaupt nicht zu rechtfertigen sind (...). Die Wahrnehmung war einfach so unterschiedlich. Und dann sagt man Nein, das empfindet man nicht so und dann wird das einfach im Klo runtergespült.“* In einer weiteren Erfahrung einer Gebärenden wird deutlich, wie ein Framing geburtshilflicher Gewalt auch beim medizinischen Fachpersonal dazu führen kann, dass dieses nicht ausreichend darüber reflektiert: *„Also für sie war das alles vollkommen normal, was passiert ist. Beziehungsweise sie hat wahrscheinlich nicht drüber reflektiert, weil es war offensichtlich nicht alles vollkommen normal weil sie hat ja dann im Nachgang gesagt sie hat sich von mir angegriffen gefühlt unter der Geburt. Sie hat sich angegriffen gefühlt. Und sie konnte damit auch überhaupt nicht umgehen mit den Sachen, die ich gesagt habe.“* Hier gesteht sich die Hebamme ein, dass sie mit dem Typ der widerständigen Gebärenden nach Eckardt (Eckardt 2020) nicht umgehen konnte und rechtfertigt ihr Verhalten damit, dass ihre Patientin sich in ihren Augen zu sehr aufgelehnt habe und bestätigt damit bestehende Forschung aus dem US-sprachigen Raum (Cohen Shabot 2022) auch für die Österreichische Geburtshilfe. Dadurch wird die Erfahrung der Gebärenden nicht anerkannt und führt im Weiteren dazu, dass das Gefälle zwischen Expert:in und Laie verstärkt wird (Fricker 2007; Liese et al. 2021). Die Ungläubigkeit gegenüber dem subjektiven Erleben kann in weiterer Folge auch dazu führen, dass die Betroffenen ihre Erlebnisse infrage stellen und nicht als gewaltvolles Erlebnis benennen können (Jung 2017). Dennoch bleibt festzuhalten, dass keine Grenze zwischen objektiver Gewalt und subjektiver Wahrnehmung der Gebärenden gezogen werden kann (Leinweber 2021), wie die Hebamme hier darstellt. Die Wahrnehmung der Gebärenden hat in diesem Fall keine Relevanz, wenn dem gegenüber eine medizinische Indikation steht. Das verdeutlicht, dass biomedizinisches Wissen einen höheren Stellenwert hat als das subjektive Erleben der Hebamme und lässt sich damit auf das Konzept der epistemischen Macht in der Geburtshilfe zurückführen (Cohen SHabot 2019; Fricker 2007). Hier muss auch zwischen objektiv evidenzbasierten, leitliniengerechten Arbeiten und dem subjektiven Erleben einer Gebärenden unterschieden werden, was sich stark unterscheiden kann (Ontrup 2024). Hebammen bewegen sich immer zwischen zwei Polen: die Fürsorge und Unterstützung der Frau* zu halten und zu gewährleisten sowie andererseits Kontrolle und Sicherheit durch Einhaltung der medizinischen Standards und Handlungsempfehlungen sicherzustellen (Fabian 2023). Hebammen sollen die Geburt bestmöglich begleiten und fühlen sich in ihrer Profession eingeschränkt, wenn Frauen* ihre Empfehlungen nicht annehmen können, wie eine Hebamme hier äußert: *„Und die Frau wenig Verständnis zeigt, wenig „compliant“ ist. Und da entsteht einfach eine ganz große Spannung.“* Der im medizinischen Diskurs vielfach verwendete Begriff „Compliance“ beschreibt im Kontext dieser Arbeit die

Disziplinierung von Gebärenden im Sinne der Kooperation von Gebärenden im geburtshilflichen System. Hier wird deutlich, dass wenn Gebärende Wünsche und eigene Vorstellungen anbringen, diese als problematisch eingestuft werden, wodurch nicht nur ihre Selbstbestimmung degradiert wird, sondern gleichzeitig auch epistemische Gewalt ausgeübt wird.

Die folgenden Aussagen von Hebammen zeigen, wie sie die Angst und das Misstrauen von Gebärenden wahrnehmen. Durch die Angst der Frauen* kann es dazu kommen, dass ihnen Misstrauen entgegengebracht wird. Diese hingegen versuchen, sich mit Informationen und Geburtsplänen abzusichern, um informierte Entscheidungen zu treffen, wie hier im nächsten Zitat aufgeführt *„Die Angst der Frauen spießt sich. Finde ich auch mit uns. Weil die Angst lässt die Frauen misstrauisch werden an allem. Das hat nichts mit mir als Person zu tun, aber mit dem System, dass man ihnen irgendwas antun könnte. Das lesen Sie ja auch, Da sind sie ja auch belesen und je nach Typ werden sie dann total ängstlich und versuchen sich eben mit dem Geburtsplan abzusichern, dass wir ihnen nichts tun.“* Eine andere Hebamme ergänzt zudem, dass die Angst der Frauen* und die Tendenz *„dadurch alles abzulehnen“*, ihre Arbeit als Hebamme erschwert, weil sie kein Vertrauen von den Frauen* erfährt und sich fragt: *„Wie soll ich dann arbeiten? Wie soll ich meine Arbeit machen? Das geht nicht.“* Die Hebammen erkennen an, dass es strukturelle Gründe für die Angst vor dem System gibt und dass diese auch zum Teil begründet ist. Es wird deutlich, dass die Hebammen das Misstrauen gegenüber dem System und die einzelne Hebamme als Hindernis für die Ausübung ihrer Tätigkeit empfinden.

Eine weitere Herausforderung entsteht, wenn Frauen* mit sehr genauen Vorstellungen kommen und dann gewisse Vorschläge oder Maßnahmen ablehnen. Das verdeutlicht die Komplexität der Erwartungen der Hebammen an die Gebärende, die sich zwischen Autorität, Gleichberechtigung und Bevormundung bewegt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an Gebärende: Einerseits fordern die Hebammen von Frauen* Vertrauen ein, andererseits sehen die Hebammen sich als Fachpersonen und wenn Frauen* eigene Vorstellungen haben, wird dies als potenziell spannungsbehaftete Situation angesehen (Cohen Shabot 2021; Eckardt 2020), wie auch eine Interviewpartnerin beschreibt: *„Dann gibt es Frauen, die mit einer sehr klaren Vision und einer sehr klaren Einstellung in den Kreißsaal reinkommen, die auch teilweise starre Muster, vorgefertigte Muster in ihren Köpfen haben und davon auf gar keinen Fall abweichen wollen. (...) Aber im Grunde wollen sie selber bestimmen, wie die Geburt läuft. Ist manchmal auch ein sehr spannungsbehaftetes Verhältnis, weil man dann sich als Hebamme manchmal fast wie ein Eindringling im Kreißsaal fühlt und das Gefühl hat „Egal, was ich jetzt für Vorschläge bringe, es wird nicht gut angenommen“.* Es wird deutlich, dass die Hebammen das übergeordnete Wissen

und die Entscheidungshoheit bei ihnen sehen. Das spiegelt sich auch grundsätzlich in der Institution Krankenhaus wider, in der verkörperte Erfahrungswissen und angeeignete Wissen der Gebärenden innerhalb der epistemischen Macht untergeordnet ist (Foucault 1987, Fricker 2007). Auch hier gilt wieder das Prinzip, dass die Gebärenden so lange entscheiden dürfen, wie diese Wünsche mit den normierten institutionellen Regeln zu vereinbaren sind. Das bestätigt eine Hebamme wie hier beschrieben: *„Ich glaube auch, dass diese Emanzipation der Frau und Selbstbestimmung auch eine große Rolle spielt, dass viele Frauen das Gefühl haben, sie sind jetzt Herrin dieser Geburt, die sie zu einem gewissen Teil ja auch sind.“*

Im folgenden Teil des Kapitels möchte ich nochmals explizit auf spannungsbehaftete Situationen eingehen, die sich in zugespitzter Form in der Ausübung gewaltvoller Praktiken zeigen. Das macht deutlich, wie eine Konfliktsituation schnell in macht- und gewaltvollen Situationen mündet. Eine Erfahrung einer Gebärenden zeigt eindrücklich die strukturelle und institutionelle Gewalt, welcher die Frau* in der Situation ausgesetzt ist und wie stark im Geburtsprozess Macht verhandelt wird. Die Gebärende wird vor die Wahl gestellt sich der vorgeschlagenen Intervention zu unterwerfen, bei Ablehnung muss sie mit Konsequenzen, einer Verlegung in eine andere Klinik rechnen, wie sie hier beschreibt: *„Und dann kam die vierte Hebamme rein, ohne sich vorzustellen, ohne irgendwas zu sagen und hat mir das Wasser in der Badewanne ausgelassen und hat gesagt entweder sie machen jetzt die PDA oder ich verlege sie wegen mangelnder Compliance in eine andere Klinik, dann haben sie einen Kaiserschnitt.“*

Hier wird deutlich, wie im medizinischen Bereich nicht nur Compliance erwünscht ist, sondern auch erzwungen wird. In diesem Fall ist die Zustimmung zur Intervention für die Gebärende die einzige Option, anderenfalls wird sie für ihr Verhalten mit einer Strafe bzw. Konsequenz sanktioniert. In einem anderen Beispiel wird deutlich, wie das Erfahrungswissen der Gebärenden abgewertet wird. Dabei geht es darum, dass die Patientin eine PDA bekommen hat, die für eine Schmerzreduktion sorgen soll, was in diesem Fall keine ausreichende Wirkung gezeigt hat: *„Genau dann wurde versucht die Lage zu verändern und dann habe ich halt so geschrien vor Schmerzen und ich war auch sehr frustriert von den Schmerzen und habe das auch vokalisiert. Und die Hebamme hat nur gesagt wie kann das sein, dass du noch Schmerzen hast? Und ich habe nur gesagt, du sagst es mir, warum ich Schmerzen habe. Woher soll ich das wissen?“* Die häufig gesetzte Intervention einer PDA und die damit verbundene erwünschte Wirkungsweise wird auf die Gebärende normiert und subjektive Erfahrungen nicht ausreichend berücksichtigt. Dieses Phänomen beschreibt auch Duden (Duden 2022) in ihren Arbeiten. Darin geht sie darauf ein, dass biomedizinisches Wissen und daraus abgeleitete Leitlinien und Handlungsempfehlungen für

ein ganzes Kollektiv gelten. Das Körper- und Erfahrungswissen der Gebärenden tritt dabei in den Hintergrund. Dabei sollen medizinisches Wissen und technische Verfahren den Körper der Frau* kontrollierbar machen (Duden 2022). In einer weiteren Situation schildert eine andere Gebärende, dass sie wiederholt um eine vaginale Untersuchung gebeten hat, um den Geburtsfortschritt zu beurteilen. Die Hebamme verweigerte diese jedoch mit der Begründung: *“Sie hört es an meiner Stimme, dass ich noch nicht so weit sein kann.”*, woraufhin die Betroffene sich resigniert und sich der Hebamme unterwirft wobei es zu folgender Situation kommt: *“Dann habe ich sie tatsächlich angefleht. Ich habe gesagt ihr habt gewonnen, ich mache alles mit. Ich mache die PDA mit, das ist kein Ding. Aber ich möchte, dass sie mich untersuchen, damit ich auch weiß, ob ich meinem Körper vertrauen kann.”* Hier wird deutlich, wie die Gebärende diszipliniert wird und in dieser Situation die einzige Option die Zustimmung zur Intervention darstellt, weil sie ansonsten mit Sanktionen rechnen muss. In diesem Fall beugt sich die Gebärende, weil sie sich darüber bewusst ist, dass sie in dieser Situation den Hebammen ausgeliefert ist. Im Kontext dieser Arbeit wird deutlich, dass die Geburt ein Ereignis darstellt, dass mit einer Schutzlosigkeit und dem Gefühl des Ausgeliefertseins einhergehen kann, in dem man auf den Schutz und die Fürsorge des medizinischen Fachpersonals angewiesen ist (Mundlos 2015; Ontrup 2024). In diesem Moment ergibt sich das Potenzial zum Machtmissbrauch durch die Abhängigkeit der Gebärenden, wie sich auch hier zeigt. Bezugnehmend auf die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen wird hier die enge Verflechtung deutlich, was passiert, wenn Gebärende Wünsche äußern oder Maßnahmen ablehnen, dass sich das in gewaltvollen Praktiken äußern kann.

Zusammenfassend zeigt sich, dass das Verhältnis zwischen Expert:innen und Laien durch ein grundlegendes Machtgefälle geprägt ist: Expert:innen verfügen über biomedizinisches Wissen, das institutionell anerkannt ist, und dem gegenüber steht das Erfahrungswissen und körpereigenes Wissen der Gebärenden, was im medizinischen Kontext häufig abgewertet und als nicht valide angesehen wird. Dabei sind Expert:innen in institutionelle Strukturen eingebettet und sind einerseits dazu da, die Selbstbestimmung der Gebärenden zu fördern und zu gewährleisten und andererseits sollen sie in der Rolle des Fachpersonals Risiken minimieren und somit Sicherheit für Mutter und Kind gewährleisten, indem institutionelle Empfehlungen und Leitlinien eingehalten werden. Genau hier kollidieren verschiedene Vorstellungen darüber, wie der Prozess der Geburt verläuft.

4.4.3. Wissen & Wissenskonflikte

Im folgenden Teil der Analyse geht es um Wissen & Wissenskonflikte zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den gebärenden Personen. Diese können sich ebenfalls in einem Spannungsverhältnis zwischen Expert:in und Laie zeigen, sollen jedoch nochmal klar in der Kategorie Wissen abgegrenzt werden, da diese eine zentrale Rolle in der Arbeit einnimmt. Wissen spielt im geburtshilflichen Kontext sowohl für die Gebärenden als auch für das medizinische Fachpersonal eine zentrale Rolle. Wissen und Wissenskonflikte sind immer entlang von Macht und Hierarchie einzuordnen, in denen anerkanntes, biomedizinische Wissen als überlegen gilt (Fricker 2007; Cohen Shabot 2021; Ebrahim 2024). Durch die Verteidigung und Vehemenz, mit der Gebärende ihr Wissen einbringen, entstehen leicht Konflikte zwischen Hebammen und Gebärender.

Ein zentraler Punkt im Theoriekapitel ist die Abwertung von Erfahrungswissen, welches als epistemische Gewalt bezeichnet werden kann. Im Interview mit einer Hebamme wird deutlich, dass sie Erfahrungswissen bei Hebammen verortet und dass sie die Gebärenden als nicht wissend einstuft und meint, dass es nicht möglich sei, Erfahrungswissen zu erlangen. Sie geht davon aus, dass die Gebärende überwiegend nur eine Erwartungshaltung entwickeln: *„Und die, die sehr belesen sind, ich nenne sie belesen. Für mich sind sie nicht wissend. Wissend, ist mein Erfahrungswissen. Das ist für mich ein relevanteres Wissen in dieser Arbeit ist, das muss ich wirklich sagen und durch das viele sehen und wiederholen und vergleichen können usw usw. Trotzdem gibt es ein Erfahrungswissen und die müssen das lesen. Das ist so wie lesen, wie es ist, ein Kind zu haben. Das kann man nicht lesen, das weiß man da nicht. Ja, du kriegst nicht einmal eine Vorstellung, glaube ich. Kriegst du nicht, sondern und schlimmstenfalls, und das ist leider häufig der Fall, kriegst du eine bestimmte Erwartung.“* Diese Aussage verdeutlicht, dass hier eine Abstufung vom Expert:innenwissen zum Laienwissen erfolgt. Das wird insbesondere bei der Aussage *„sie sind belesen, aber nicht wissend“* deutlich. Hier wird die Gültigkeit des Laienwissens angezweifelt und auch seitens der Hebamme eine Autorität auf dieses Wissen beansprucht, dass auf ihrer Erfahrung basiert, das sich durch die jahrelange Begleitung von Geburten geformt hat. Dem gegenüber stehen die Gebärenden, die sich durch verschiedene Formen der Geburtsvorbereitung Wissen angeeignet haben und zusätzlich über körpereignes Wissen verfügen. Auch aus den Perspektiven der Gebärenden wird die Abwertung ihres Wissens sichtbar: *„Sie meinte „Ja das machen wir jetzt das ist ein Wehentropf.“ Ja und man liest ja etwas*

darüber Ja und ich hatte in der Schwangerschaft ein Buch von einer Hebamme gelesen, wo sie schreibt, dass Oxytocin häufig eingesetzt wird und dass es teilweise zu sehr starken Blutungen bei den Frauen führen kann. Und ich habe halt gesagt also ich weiß noch, wie ich gesagt habe, da habe ich sehr viel Respekt vor. Muss das sein? Und weil ich was drüber gelesen habe und dann sagt die Hebamme „Was hast du drüber gelesen?“ Aber halt total aggressiv. Also das war auch kein Statement oder eine Frage, sondern es war so ein, es war ganz klar ein was für ein Scheiß hast du gelesen. Und es war eine Publikation von einer Hebamme ist ein englisches Buch, das heißt, das ist sehr gut, wo sie das auch molekularbiologisch erklärt, also ich bin eine Mikrobiologin.“ Dieses Zitat zeigt ein klassisches Spannungsfeld zwischen dem Erfahrungswissen der Gebärenden und dem Expert:innenwissen der Hebamme auf. Die Gebärende hinterfragt die Intervention aufgrund der konsumierten Inhalte in der Schwangerschaft und erfährt daraufhin eine abwehrende und aggressive Reaktion der Hebamme. Es wird deutlich, dass die Hebamme sich in ihrer Funktion angegriffen fühlt. Hier wird das Machtgefälle in der Beziehung deutlich, wie auch eine andere Betroffene schildert: *„Aber es war sehr schnell ersichtlich, dass es Themen waren, wo sie die attitude hat das mache ich und wenn du Fragen stellst ist es nur schlecht für jeden.“* Die Hebamme sieht die Gebärende nämlich nicht als gleichwertige Partnerin in der Beziehung an. Das ist ein typisches Phänomen in der Institution Krankenhaus in der das biomedizinische Wissen im Gegensatz zum Erfahrungs- und Körperwissen der Frau* dominiert, weil es ein anerkanntes und akzeptiertes Wissen ist (Chadwick 2017; Fricker 2007; Davis-Floyd, R & Sargent 1997). Die Betroffene schildert hier eine Situation, in der es einen Hinweis darauf gibt, dass es sich negativ für sie äußert, wenn sie Fragen stellt und verweist damit genau auf die Vermutung, dass die Präsenz von Laienwissen dazu führen kann, dass gewaltvolle Praktiken entstehen.

Auch innerhalb von Wissenskonflikten wird der folgende Widerspruch sichtbar: Einerseits wird von Gebärenden ein Mindestmaß an Vorbereitung und Identifikation mit der Geburt erwartet (Jung 2017), da sie sonst nicht wissend und unvorbereitet in die Geburt gehen. Andererseits wird es von den Hebammen als Einschränkung empfunden, wenn Gebärende konkrete Wünsche und Vorstellen von der Geburt haben, wie hier deutlich wird: *„Aber im Grunde wollen sie selber bestimmen, wie die Geburt läuft. Ist manchmal auch ein sehr spannungsbehaftetes Verhältnis, weil man dann sich als Hebamme manchmal fast wie ein Eindringling im Kreißsaal fühlt und das Gefühl hat „Egal, was ich jetzt für Vorschläge bringe, es wird nicht gut angenommen.“* Eine andere Hebamme schildert, dass eine Gebärende mehrere Vorschläge von ihr abgelehnt hat: die Frau wollte sich nicht untersuchen lassen und war auch gegenüber anderen Interventionen nicht

offen. Dabei verortet die Hebamme das medizinische Fachwissen bei sich, um die Geburt zu leiten: *„Und das war schwierig, weil sie das auf gar keinen Fall wollte. Und da habe ich in meiner Tätigkeit schon ein bisschen beschnitten gefühlt, weil ich gewusst habe, dass es das ist, was es jetzt braucht, was uns im Endeffekt zu diesem Kind bringen wird. Aber dadurch, dass sie für meine Vorschläge nicht offen war, war es schwierig.“* Diese Aussage verdeutlicht die Spannung die entstehen kann, wenn Gebärende autonom und eigenverantwortlich Wünsche und Vorstellungen zur Geburt haben und diese kommunizieren. Die Hebamme erlebt es als Einschränkung oder Zurückweisung, wenn die Gebärende nicht auf ihre Vorschläge und somit auch ihre Expertise eingeht. Die Hebammen sehen sich in ihrer professionellen Rolle als Expert:innen beschnitten (Eckardt 2020; Jung 2017; Cohen Shabot 2021). Diese Beobachtung hat auch eine Gebärende gemacht, die den Eindruck hatte, dass es der Hebamme am liebsten sei, wenn sich die Gebärende ihren Empfehlungen und Maßnahmen beugt: *„Meine Hebamme hat am Anfang gesagt sie ist Hebamme, sie kennt sich aus. Sie weiß genau, was sie tut. Ich glaube ihre Einstellung war umso mehr die Gebärende weiß, umso unsicherer und umso ängstlicher ist sie. Deswegen ist das Ideal der Gebärenden so: Ich als Hebamme mache und die Gebärende lässt alles zu.“* Hier wird ein Ungleichgewicht zwischen den individuellen Bedürfnissen der Gebärenden und evidenzbasierten Maßnahmen in der Praxis sichtbar. Gleichzeitig fühlen sich beide Parteien beschnitten: Die Hebamme in ihrer Expertise und die Gebärende in ihrer Autonomie. Im Kontext dieser Arbeit wird hier sichtbar, wo eine spannungsbehaftete Situation beginnt und wie sich diese in einem konkurrierenden Verhältnis über Fachwissen, Erfahrungswissen und Wünschen und Bedürfnissen fortsetzen und auch in einem Konflikt münden kann. Das beschreibt auch eine andere Hebamme: *„Aber sie hat sozusagen jeden Vorschlag den ich ihr gegeben habe, sozusagen abgelehnt und hat natürlich viel auch gewusst und sehr viel Bescheid gewusst aber ja, also das war schon spürbar, dass dieses Wissen, das sie hatte, mit meinem nicht im Einklang war.“*

Gebärende eignen sich in der Schwangerschaft Wissen an und halten ihre Wünsche für die Geburt oftmals in einem Geburtsplan fest. Aus Hebammenperspektive ist bekannt, dass ausführliche Geburtspläne häufig zu Unmut und eher negativen Reaktionen führen. Oftmals habe ich erlebt, dass Hebammen äußern: *“Das war ja klar, dass ausgerechnet die jetzt eine PDA bekommt.“* oder *„Immer das gleiche wenn man mit 100 Wünschen in den Kreißsaal kommt“!* Ich habe mir im Kontext dieser Arbeit die Frage gestellt, was mögliche Gründe dafür sein könnten, dass die Geburten von Gebärenden die einen Geburtsplan angefertigt haben, oftmals ganz anders verlaufen als vorher geplant: Zum Einen ist es so, dass Geburt generell Umwege nehmen

kann und nie planbar ist. Zum Anderen habe ich die Vermutung, dass Frauen* mit konkreten Vorstellungen vielleicht zu verknüpft sind und wenig flexibel auf andere Umstände reagieren können. Eine dritte These ist, dass Hebammen in ihrer Position ihre Macht nutzen, um Gebärenden bewusst Wünsche innerhalb der Institution verbieten, um sie zu einer angepassten Gebärenden zu disziplinieren. Eine Betroffene hat mit mir ihre Erfahrung zum Thema Geburtsplan geteilt: *„Wir hatten eigentlich einen Geburtsplan, den haben in der Schwangerschaft erstellt und den hatten wir vor der Geburt besprochen und hab auch gesagt, wie ich es gerne hätte, wie ich mir das vorstelle. Und wir haben auch mit ihr über den Geburtsvorbereitungskurs geredet, worauf wir quasi da so achten möchte. Und irgendwie wurde unter der Geburt aber irgendwie alles davon anders gemacht. Also das, was ich eigentlich mir so vorgestellt hatte bzw. wie ich mir das erhofft hatte, das ist nicht mal ansatzweise so passiert.“* Die Gebärende bzw. das Paar hatte sich durch einen Geburtsvorbereitungskurs und einen Geburtsplan auf die Geburt vorbereitet, mit dem Ziel, selbstbestimmt zu gebären. Durch das angeeignete Wissen und die formulierten Wünsche und Vorstellungen fühlen sich Gebärende gestärkt. Das Erleben in der Klinik führt dann allerdings zu einer großen Diskrepanz zwischen Vorstellung und Realität, dass das Wissen und die Vorstellungen unzureichend respektiert werden.

Eine weiteres Konfliktpotenzial entsteht, wenn es im Verlauf der Geburt dazu kommt, dass die Hebamme Interventionen setzt. Die Hebamme verfügt über Fachwissen und Erfahrungswissen, während die Gebärende über Erfahrungswissen und körpereigenes Wissen verfügt. Hier wird deutlich, dass die Hebammen eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der Gebärenden als potenzielles Problem für den Geburtsverlauf ansieht: *„Es kann aber genauso Konfliktpotenzial bieten, wenn jetzt eine Frau für die Hilfestellungen nicht so offen ist, was einerseits für die Hebamme frustrierend ist, andererseits tut sie sich damit auch schwerer in meinen Augen, wenn sie das nicht gut annehmen kann. Und da können glaube ich auch so ein bisschen negative, verfahrenere Dynamiken entstehen.“* Die Ansicht, dass bestimmte Maßnahmen nötig und hilfreich sind ist eng mit dem professionellen Verständnis und dem Fachwissen verknüpft. Dieses Fachwissen, oder auch biomedizinisches Wissen gilt im institutionellen Rahmen als richtungsweisend und übergeordnet im Gegensatz zum Erfahrungs- und Körperwissen der Gebärenden (Cohen Shabot 2019; Fricker 2007). Wenn die Gebärende sich dagegen auflehnt, kann das von der Hebamme als unverständlich oder gar fahrlässig empfunden werden. Dem entgegen steht die folgende Erfahrung einer Gebärenden: *„Aber ich war halt einfach okay ich möchte das machen, möchte das machen. Dementsprechend habe ich quasi abgelehnt. Weil das was sie halt vorgeschlagen hatte, ich mich halt mit den anderen Sachen nicht so wirklich*

wohlgefühlt hatte.“ Die Wahrnehmung, dass das eigene Wissen nicht anerkannt und sogar abgewertet wird führt zu einem starken Gefühl der Fremdbestimmung und Entmündigung. In der Praxis bedeutet dies, dass Gebärende sich Wissen aneignen und dann mit den Hebammen konfrontiert werden, was zu Spannungen führt. Sie versuchen, ihre Wünsche und Vorstellungen aktiv in den Geburtsprozess einzubringen, indem sie sich mit Wissen aus verschiedenen Quellen auseinandersetzen. Diese Perspektiven stoßen jedoch häufig auf Widerstand, wenn sie von den Hebammen als nicht im Einklang mit der medizinischen Praxis wahrgenommen werden (Cohen Shabot 2021), wie diese Aussage einer Hebamme zeigt: *„Und wenn die Frau wenig Bereitschaft zeigt, zum Beispiel Lagerungen mitzumachen, um die Situation zu verbessern(...), kann es eben auch hinderlich für den ganzen Prozess sein. Und dass die Frau in ihrer Wahrnehmung vielleicht nicht alles sieht, was ich sehe mit meinem Fachwissen.“* Hier wird deutlich, wie die Verantwortung die Hebammen tragen, diesen ein hohes Maß an Definitionsmacht verleiht, da sie entscheiden können, wann und warum eine bestimmte Maßnahme indiziert ist, unabhängig davon, wie die Gebärende dies empfindet (Fricker 2007; Mundlos 2015). Gleichzeitig, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Hebammen innerhalb ihrer professionellen Rolle auch die Aufgabe haben, bei Vorliegen einer Indikation auch dementsprechende Maßnahmen einzuleiten, um den Geburtsverlauf zu unterstützen oder Risiken zu minimieren. Aus Hebammenperspektive ist zu sagen, dass die Hebamme immer auch eine Doppelrolle einnimmt, da sie einerseits als Vertreterin der Gebärenden und deren Interessen stehen und sie andererseits Verantwortung für das Kind tragen und sich an institutionelle Vorgaben halten müssen (Pagels 2024).

4.4.4. Bewusste Zurückhaltung vs. Konfrontation und Auflehnung

In dieser Kategorie sollen die erstellten Codes „Bewusste Zurückhaltung“ und „Konfrontation und Auflehnung“ als Reaktionen auf Spannungsverhältnisse und Wissenskonflikte zwischen Expert:in und Laie analysiert werden. Die bewusste Zurückhaltung der Gebärenden zeigt sich als Strategie des Selbstschutzes in Situationen, in denen sie sich machtlos fühlen. Durch wiederholte negative Erfahrungen lernen sie, dass Widerspruch oder das Äußern eigener Bedürfnisse nicht nur ignoriert, sondern sanktioniert wird. Infolge dessen entscheidet sie sich für Schweigen und Anpassung, um weitere negative Konsequenzen zu vermeiden. Im Gegensatz dazu kommt es zu einer Konfrontation und Auflehnung der Gebärenden gegenüber dem medizinischen Fachpersonal, wenn sie Konflikten mit Widerstand begegnet.

In den Interviews ist aufgefallen, dass einige der Betroffenen äußern, in Spannungssituationen zu resignieren und sich als Bewältigungsstrategie zurückzuziehen. Die Gebärenden nehmen wahr, dass ihre Grenzen missachtet werden und ihre Bedürfnisse keinen Anklang finden, wie z.B. bei dem Wunsch eine vaginale Untersuchung zu erhalten: *„Und sie hat einfach gesagt, sie untersucht mich nicht. Sie macht es nicht. Es gibt keine Diskussion mehr.“* oder sogar sanktioniert wurden. Sie entscheiden sich bewusst oder unbewusst dazu, sich zurückzuziehen und die Umstände so anzunehmen. Durch diese Transformation wird die zuvor informierte und aktiv sich einbringende Patientin in die Rolle der passiven Patientin gedrängt, in der sie keinen Widerstand mehr leistet und kein Mitspracherecht hat, wie diese Betroffene berichtet: *„Ich soll mich jetzt dem fügen. Es gibt keine Diskussionen mehr, oder sie verlegt mich. Und damit war ich halt mundtot aber mir war halt klar, die Person hat mich gerade in der Hand.“* In Rückbindung an die Theorie lässt sich das an das Phänomen der „guten Patientin“ beziehen. Eckardt geht darauf ein, dass Patient:innen sich automatisiert dem medizinischen Fachpersonal unterordnen und keinen Widerstand leisten, um nicht unangenehm aufzufallen, aus Angst vor den Folgen wie auch diese Betroffene schildert: *„Das war der Punkt, wo es für mich eine Eskalation war in einem Bereich, wo es für mich nicht mehr okay war. Deswegen habe ich nichts mehr gemeldet.“* Eine ähnliche Situation schildert eine weitere Betroffene, die gegenüber der Hebamme geäußert hat, dass sie während der Geburt kein Wehenmittel erhalten möchte, woraufhin die Hebamme mit Abwehr reagierte. Die Gebärende berichtet: *„Ich glaube, dass mit dem Oxytocin war der Zeitpunkt, wo ich dann auch echt resigniert habe. Weil ich gemerkt habe, dass es einen Backlash gibt.“* In den aufgeführten Beispielen passen sich die Gebärenden strategisch der jeweiligen Situation an, da ihr bewusst wird, dass Widerstand zu ihrem Nachteil sein kann, wie diese Betroffene berichtet: *„Quasi aus jeder Intervention ist ein Konflikt entstanden der bis zum Oxytocin immer weiter angestiegen ist und dann war dann der Punkt erreicht wo ich dann gewusst habe wenn ich mich jetzt nochmal wehre dann wird's für mich nur noch schlimmer.“* Deswegen zieht sie sich und ihre Wünsche und Bedürfnisse bewusst zurück (Chadwick 2017; Foucault 1976). Hier wird erneut eine starke Abhängigkeit und Ausgeliefert sein deutlich, was auf autoritäre Strukturen in der Geburtshilfe verweist (Chadwick 2017; Cohen Shabot 2021; Eckardt 2020; Jung 2017). Diese Beobachtungen lassen sich auf Foucaults Konzept der Biomacht zurückführen, bei dem über subtile Mechanismen – wie Drohungen und Sanktionen - Kontrolle über den Körper der Gebärenden ausgeübt wird (Lemke 2008). Es wird deutlich, wie stark das Machtgefälle zwischen Gebärenden und medizinischem Fachpersonal sein kann und dass Gebärende im geburtshilflichen Setting, unabhängig von ihrem sozialen Status, immer der Hebamme bzw. dem medizinischen Fachpersonal untergeordnet sind. Das verdeutlicht die Form der epistemischen

Gewalt, bei der gewaltvolle Praktiken Teil des normalen beruflichen und institutionellen Alltags sind und in diesem immer wieder reproduziert und dadurch auch fortwährend stabilisiert werden (Fricker 2007).

Die Zurückhaltung und Resignation der interviewten Gebärenden zeigen eindrückliche die Reaktionen auf erlebte Machtsymmetrien und damit verbundene negative Erfahrungen. Das Zitat einer Interviewten *„Es ist egal, dass ich Logopädin bin. Es ist völlig wurscht.“* verweist auf eine systematische Abwertung des Erfahrungswissens der Gebärenden. Dies entspricht Cohen Shabots Konzept des *Testimonial Injustice*, bei dem das Wissen von Gebärenden als unglaublich abgetan wird. Dabei geht es weniger um verschiedene Meinungen die aufeinandertreffen, sondern vielmehr darum, dass das medizinische Fachpersonal schweigsame und leicht handhabbare Patient:innen bevorzugt (Cohen Shabot 2021). Die Disziplinierung der Gebärenden wird auch im Gespräch mit zwei weiteren Betroffenen deutlich, die berichten, dass sie ab einem bestimmten Zeitpunkt keine Fragen mehr gestellt und resigniert haben, wie das folgende Zitat zeigt: *„Und ich habe halt einfach ich bin glaube ich noch nie so gebrochen irgendwo gesessen wie in dem Moment und war einfach nur noch ruhig. Also ich habe keinen Mucks mehr gemacht.“* In einem anderen Interview erwähnt die Gebärende: *„Dann sollen sie einen Wehentropf hinhängen, aber dann wenigstens eine vaginale Geburt und schauen, dass das Kind halt gesund auf die Welt kommt. Und da ist jetzt halt die PDA nicht mehr da. Also was soll ich machen? Ziel neu definiert. Ich muss mich ja irgendwie auch dann anpassen.“* Hier wird eine schrittweise Anpassung an die Gegebenheiten deutlich. Sie gibt sich mit dem zufrieden was sich in dem institutionellen Rahmen am ehesten machbar scheint. Sie beugt sich den institutionellen Vorgaben, weil ihr keine andere Möglichkeit bleibt, wie auch diese Betroffene berichtet: *„Also es war im Endeffekt in Rückenlage auf dem Gebärbett. Das wäre jetzt nicht meine gewünschte Gebärposition gewesen. Aber gut. Du wehrst dich in dem Moment dann gar nicht mehr.“* Das deckt sich auch mit dem Konzept von Chadwick, in dem es darum geht, dass Gebärende bewusst Strategien innerhalb des Systems anwenden, um gesehen und gehört zu werden und verlieren trotzdem (Chadwick 2017).

Die Zitate untermauern nochmals eindrücklich das Paradoxon im Selbstbestimmungsdiskurs. Einerseits sollen Gebärende als handlungsfähige Subjekte auftreten, andererseits werden sie in eine Rolle gedrängt die von Anpassung und Unterwerfung geprägt ist, weil ihre Vorstellungen nicht mit dem biomedizinischen Wissen in Institutionen übereinstimmen. Sie werden als anstrengend und problematisch wahrgenommen

und sanktioniert (Chadwick 2017; Eckardt 2020).

Der Reaktion von bewusster Zurückhaltung steht die Konfrontation und Auflehnung gegenüber. Dabei geht es um Momente, in denen sich Gebärende gegen unangemessenes, übergriffiges oder abwertendes Verhalten durch das medizinische Fachpersonal auflehnen und aktiv ihre Rechte einfordern. Das wird auch in der Schilderung einer Betroffenen deutlich, die die Erfahrung gemacht hat, dass der Anästhesist bei der Anlage einer PDA geäußert hat: *„Ja, das ist jetzt hier besonders schwer.“* Daraufhin hat die Gebärende widersprochen und ihre Stimme erhoben: *„Können sie das mir als Patientin bitte nicht sagen, dass es gerade sehr schwer ist? Das ist sehr beunruhigend für mich.“* Diese Aussage zeigt, wie medizinisches Fachpersonal unbedachte Äußerungen tätigt, die Angst und Verunsicherung auslösen können. Die Gebärende wehrt sich aktiv gegen diese Äußerung. Der Arzt reagiert auf die Äußerung mit Bagatellisierung und Leugnung der Äußerung, womit die Perspektive der Gebärenden übergangen wird. In diesem Beispiel wird deutlich wie Patient:innen in einer medizinischen Institution als Objekte angesehen werden, an denen medizinische Interventionen durchgeführt werden.

In einer anderen Situation verteidigt die Gebärende vehement ihr Recht sich mit ihrem Körper auszudrücken, in dem Fall durch das Tönen, die Wehen zu veratmen, dass die als Tool ansieht um diese besser bewältigen zu können. Die Hebamme hingegen versucht die Gebärende aufzufordern leise zu sein und verfolgt damit institutionelle Vorgaben, dass die Lautstärke ggf. als unangemessen wahrgenommen werden könnte oder persönliche Belange, dass sie sich dieser Lautstärke nicht aussetzen möchte. Daraufhin entgegnet die Gebärende: *„Du nimmst mir gerade mein Tool. Das geht nicht. Ich muss tönen für mich dürfen.(...) Und dann habe ich gesagt, sei mir nicht böse, aber das ist, glaube ich, dein Problem. Weil das ist ein Kreißsaal. Kreißsaal gleich Kreischsaal und so. Man weiß ja wo es herkommt. Geht nicht. Und habe mich da gewehrt.“* Dieses Beispiel zeigt, wie die Gebärende sich in ihrer professionellen Rolle als Stimmtherapeutin gegen die durch die Hebamme gesetzte Maßnahme auflehnt und ihr Recht auf Selbstbestimmung einfordert. Hier stellt die Gebärende auch die Legitimation dieser Anweisung in Frage, weil sie eben selber über fachliche Kenntnisse verfügt. In diesem Beispiel fällt außerdem auf, wie Selbstbestimmung nur in einem bestimmten Rahmen akzeptiert wird, sofern diese mit den Strukturen, Abläufen und Normen in der Klinik kompatibel ist. Gleichzeitig verdeutlicht diese Konfliktsituation die übergeordnete Struktur in der Geburtshilfe, in der die Gebärende sich den vorgegebenen Normen unterordnen und anpassen muss.

Der ausgeübte Widerstand der Gebärende ist einerseits als Akt der Selbstermächtigung zu interpretieren, andererseits als Reaktion auf individuelle und strukturelle Probleme. Gebärende versuchen ihre Rechte und körperliche Autonomie einzufordern, wie auch hier sichtbar wird: *„Und ab da habe ich gesagt, diese Frau fasst mich nicht mehr an, die darf mich nicht mehr berühren, die darf gar nichts mehr machen. Das ist einfach zu viel jetzt gewesen. Jetzt ist das Maß voll.“* Eine andere Gebärende berichtet von Zeitdruck und, dass sie noch während sie die Wehe veratmet hat, bereits von der Hebamme gebeten wurde ihre Unterhose wieder anzuziehen, woraufhin die Gebärende entgegnet hat: *„lass mich doch erst mal bitte die Wehe veratmen.“*

Diese Beispiele zeigen, wie Gebärende aktiv ihre Bedürfnisse einfordern auf das Recht nach körperlicher Selbstbestimmung (Cohen Shabot 2022). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Widerstand der Gebärenden zwar punktuell sichtbar wird, sich die Erlebnisse jedoch durch den gesamten Verlauf der Geburt weiterhin so durchziehen, wodurch deutlich wird, dass das geburtshilfliche Personal nicht nachhaltig von der Konfrontation und Auflehnung beeinflusst, sondern vielleicht im Gegenteil, eher noch zusätzliche negative Emotionen gegenüber der Patientin schürt, wie im nächsten Abschnitt weiter analysiert wird. Nichtsdestotrotz ist es grundsätzlich als positiv zu bewerten, wenn Gebärende ihre Meinung äußern und sich gegen bestehende Strukturen auflehnen, da sie, wenn auch nur in dem gegebenen Rahmen, ihre Selbstwirksamkeit nutzen und ihre Meinung äußern, was auch ein positives Zusatzkriterium ist. Das Verhalten der Gebärenden kann als Ausdruck von Selbstwirksamkeit und Selbstermächtigung gelesen werden, steht jedoch im Spannungsfeld von den Strukturen innerhalb der Institution in der Patient:innen vornehmlich auf Anpassung und Kontrolle ausgerichtet werden (Cohen Shabot 2022; van der Waal et al. 2023).

Die Gegenüberstellung von Zurückhaltung und Auflehnung zeigt, dass beides als Reaktion auf Konflikte zwischen Expert:innen und Laien gedeutet werden müssen. Ein zurückhaltendes Verhalten zeigt eine Anpassung an die Praktiken, während die Auflehnung ein Akt der Selbstermächtigung in dem möglichen Rahmen innerhalb der Institution bietet. Beide sind Ausdruck einer tief verankerten Wissenshierarchie. In den Situationen, in denen Gebärende bewusst schweigen zeigt sich die Wirksamkeit epistemischer Gewalt, die das Wissen der Frauen* systematisch abwertet. Das Schweigen kann deswegen nicht nur als individuelle Reaktion bezeichnet werden, sondern ist das Ergebnis von Machtverhältnissen, die „leicht handhabbare Patient:innen hervorbringen sollen und dafür belohnt werden. Im nächsten Abschnitt der

Analyse werden gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung analysiert, die verdeutlichen, dass Widerstand nicht zwangsläufig zu nachhaltigen positiven Veränderungen führt, sondern Abwehr und Sanktionen hervorrufen kann, was direkt auf die Forschungsfrage dieser Arbeit verweist: Geburt, Gewalt und Wissen ist untrennbar miteinander verwoben. Die Aushandlung von Expert:innen und Laienwissen kann zu Konfliktsituationen führen und in weiterer Folge auch in gewaltvollen Praktiken münden.

4.4.5. Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung

Dieser Code beschreibt den Zusammenhang zwischen dem Widerstand der Gebärenden und dem darauffolgenden Umgang damit durch das medizinische Fachpersonal. Die Zitate zeigen, dass Konfrontation, Auflehnung und kritisches Nachfragen nicht nur ignoriert, sondern mit dem Demonstrieren von Macht, Ignorieren und psychische und verbale Gewalt beantwortet wurden. Dadurch zeigen sich, besonders in dieser Kategorie der Analyse, die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen.

Die Interviews zeigen ein wiederkehrendes Muster: Wenn Gebärende Fragen stellen oder sich gegen Abläufe, Interventionen und Empfehlungen bzw. Entscheidungen auflehnen, reagieren Hebammen mit Sanktionen in Form von verbaler oder psychischer Gewalt. Hier ist anzumerken, dass es im Kontext dieser Arbeit nicht zur Anwendung physischer Gewalt gekommen ist, wohl aber zur Ausübung verbaler und psychischer Gewalt. Der Widerstand, den Gebärende nach außen tragen, kann die Machtverhältnisse verstärken und in weiterer Folge zu gewaltvollen Praktiken führen. Alle interviewten Betroffenen haben diese Erfahrung gemacht und teilen ihr subjektives Erleben dieser Dynamik, wie diese Frau: *„Und wer sich dagegen wehrt, hat verloren. Also so wirkt es auf mich ein bisschen.“* Eine andere Betroffene äußert das hier: *„Und du musst einfach nur nicken. Wenn du irgendwas anderes tust als nicken, dann werde ich aggressiv dir gegenüber. Dann wird es unangenehm für dich.“* Diese Aussagen verdeutlichen, dass Widerstand als Überschreitung einer normierten Grenze gesehen, dass negative Konsequenzen für die Gebärende zur Folge hat. Das Verhalten der Gebärenden wird mit Sanktionen beantwortet. Diese Sanktionen können sich auf subtile Weise äußern, z.B. durch Ignorieren oder bei verbaler Gewalt in Form abwertender Äußerungen oder psychischer Gewalt, wenn Drohungen ausgeübt werden, wie eine Betroffene hier beschreibt: *„Ich war jemand, mit dem konnte sie schlecht umgehen. Ich war ihr zu inquisiv und sie konnte damit in dem Moment, sie konnte damit generell*

nicht umgehen, aber in dem Moment hat es dazu geführt, dass sie aggressiv gegenüber mir geworden ist.“ Die Gebärende würde erwarten, dass die Hebamme professionell mit Fragen umgeht. Stattdessen wird sie als problematische, sich auflehrende Patientin wahrgenommen. Die Reaktion der Hebamme darauf ist Aggression. In diesem Beispiel wird eine gewaltvolle Kommunikation, hier Aggression, genutzt, um die Hierarchie aufrechtzuerhalten. Analog dazu, berichtet eine andere Gebärende, dass es mehrere Situationen gab, in denen sie sich gewehrt hat, aber es irgendwann einen Punkt gab, wo die Stimmung gekippt ist, wie sie hier beschreibt: *„Also tatsächlich hat sie dann nicht mehr viel gesagt, weil dann hat sie gemerkt okay, also da gibt es noch mal Gegenwind. Also ich habe so das Gefühl gehabt, wir haben uns immer gewehrt, wo man sich wehren hat können, was glaube ich viele schon gar nicht schaffen, eben Ohrenstöpsel anbieten oder irgendwas. Das heißt aber, damit ist es nur schlimmer geworden. Also dann war das Machtspiel noch immer mehr.“*

Die Analyse zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen geleisteten Widerstand durch die Gebärende und gewaltvolle Praktiken, in Form von verbaler oder psychischer Gewalt durch die Hebamme. Die Aussagen der Betroffenen zeigen, dass der Widerstand zu einer Eskalation führen kann, in der sie der Macht des medizinischen Fachpersonal und möglichen gewaltvollen Praktiken ausgesetzt sind. In den aufgeführten Beispielen wird Nachfragen, Widerstand und Auflehnung nicht als legitime Reaktion einer Gebärenden innerhalb einer Institution anerkannt. Die Reaktion der Hebamme darauf ist keine professionelle Kommunikation oder deeskalierende Maßnahmen, sondern gewaltvolle Praktiken, wie hier in den Beispielen verbale und psychische Gewalt. Das medizinische Fachpersonal erlebt widerständige Patient:innen als Störung in einer normierten Ordnung wie der Institution Krankenhaus, wie auch hier deutlich wird: *„Quasi aus jeder Intervention ist ein Konflikt entstanden der bis zum Oxytocin immer weiter angestiegen ist und dann war dann der Punkt erreicht wo ich dann gewusst habe wenn ich mich jetzt nochmal wehre dann wird's für mich nur noch schlimmer.“* In Anlehnung an theoretische Bezüge wird in den Beispielen die Disziplinarmacht nach Foucault (Foucault 1976) deutlich. Die Gebärende wird durch Sanktionen der Hebamme zu einem normierten Verhalten gezwungen, das innerhalb des geburtshilflichen Settings anerkannt und akzeptiert ist. Das ergänzt sich auch mit den Untersuchungen von Eckardt, die verschiedene Typen von Gebärenden herausgearbeitet hat mit der Erkenntnis, dass die widerständige Gebärende am ehesten Widerstand und Zurückweisung erleben (Eckardt 2020). Auch Cohen Shabot untersucht in ihren Arbeiten das Verhältnis zwischen Expert:innen und Laien. Die Ergebnisse darin zeigen, dass es sich positiv auf das Verhältnis zwischen Hebamme und Gebärender und den Geburtsverlauf auswirkt, wenn man den Weg des geringsten Widerstandes wählt, sich fügt und somit möglichst wenig auffällt und dem

medizinischen Personal Umstände bereitet. Anderenfalls wirkt sich das nachweislich negativ auf den Verlauf der Behandlung und der Geburt aus (Cohen Shabot 2021; Eckardt 2020). Diese Erfahrung musste auch eine Betroffene machen: „*Wenn du irgendwas anderes tust als nicken, dann werde ich aggressiv dir gegenüber. Dann wird es unangenehm für dich.*“ Wie auch Chadwick in ihren Arbeiten beschreibt, fällt auch für die österreichische Geburtshilfe auf, dass Gebärende gezielt Strategien anwenden um sich dem System anzupassen und den innewohnenden Strukturen zu fügen. Dabei fällt jedoch auf, dass egal wofür sie sich entscheiden, das Auflehnen und Hinterfragen oder das Fügen gegenüber dem medizinischen Personal, sie dabei verlieren. Denn den Weg des geringsten Widerstandes zu wählen und wichtige Fragen nicht zu stellen, Dinge unerwähnt zu lassen aus Angst, unangenehm oder fordernd zu wirken, und gegen seine Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zu handeln, wirkt sich nachweislich negativ auf den Verlauf der Geburt und die Beziehungsgestaltung zwischen Frau* und Hebamme aus (Boracci et al. 2020; Chadwick 2017; Lange & Ulrich 2017; Sointu 2016)

In diesem letzten Abschnitt der Analyse wird die Dynamik zwischen Expert:innen und Laien im Kontext von Geburt, Gewalt und Wissen besonders deutlich: Gebärende eignen sich Wissen an und bringen mit diesem eigene Wünsche und Vorstellungen mit in die Geburt. Zudem können sie durch diese standardisierte Abläufe und Interventionen hinterfragen, wodurch das Erfahrungswissen der Gebärenden mit dem institutionell anerkannten Expert:innenwissen kollidiert. Aus dieser Situation heraus können sich Spannungen in dem Verhältnis zwischen Expert:in und Laie zeigen, die sich in Konflikten zuspitzen. Diese können entweder zur bewussten Auflehnung der Gebärenden führen oder die Gebärende zur Disziplinierung formieren, sodass diese sich bewusst zurückhält. Die Reaktion auf Konflikte ist seitens des medizinischen Fachpersonals verbale oder psychische Gewalt, die auf die Gebärende ausgeübt wird. Dabei muss es nicht immer zur Auflehnung kommen, dass Gewalt ausgeübt wird, sondern manchmal reicht das bloße Zeigen und Anbringen von Wissen sowie das Hinterfragen von Maßnahmen aus, um gewaltvolle Praktiken zu erfahren.

5. Fazit

5.1. Zentrale Erkenntnisse

Ziel dieser Arbeit war es, die Verwobenheit von Geburt, Gewalt und Wissen im geburtshilflichen System in Österreich zu untersuchen. Im Zentrum standen die Dynamiken zwischen Hebammen und Gebärenden sowie die Frage, wie Expert:innenwissen einerseits und Laienwissen andererseits miteinander in Konflikt treten und wie sich dieses auf potenziell gewaltvolle Praktiken auswirkt. Im nun folgenden Fazit sollen die zentralen Erkenntnisse, die in dieser Arbeit gewonnen wurden entlang der Forschungsfragen dargestellt werden.

Forschungsfrage 1: Inwiefern sind Geburt, Gewalt und Wissen miteinander verschränkt?

Die Analyse zeigt, dass Geburt, Gewalt und Wissen eng miteinander verwoben sind. Wissen stellt dabei einen Ausgangspunkt für Konflikte dar. Durch die zunehmende bewusste Aneignung von Wissen verfügen Gebärenden über einen großen Wissensbestand, den sie aktiv in den Geburtsprozess miteinbringen, indem sie standardisierte Praktiken hinterfragen oder Interventionen ablehnen. Dieses Einbringen von Wissen führt häufiger zu Konflikten zwischen dem medizinischen Fachpersonal und den Gebärenden. Dabei gilt das Wissen der Gebärenden als nicht valide und wird abgewertet, während das Wissen der Hebammen anerkannt und respektiert ist. Diese Konfliktsituationen können in ihrer zugespitzten Form in gewaltvollen Praktiken münden. Das zeigt sich in dieser Arbeit in Form von verbaler Gewalt und psychischer Gewalt. Damit bestätigt die Arbeit internationale Studien aus dem US-amerikanischen Raum, dass dieses Phänomen auch in der österreichischen Geburtshilfe eine zentrale Rolle einnimmt.

Forschungsfrage 2: Wie beeinflusst die Dynamik zwischen Expert:innen und Laienwissen das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person und inwieweit wirkt sich ein spannungsbehaftetes Verhältnis auf potenziell gewaltvolle Praktiken aus?

Die zweite Forschungsfrage zielte auf die Dynamik zwischen Expert:innen- und Laienwissen und deren Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Hebamme und Gebärender ab. Hier wurde deutlich, dass die Hierarchisierung von Wissen eine zentrale Quelle von Spannungen darstellt. Gebärende eignen sich aus Misstrauen gegenüber dem geburtshilflichen System oder im Sinne neoliberaler Selbstverantwortung Wissen an, das häufig als nicht valide und hinderlich für den Geburtsverlauf bezeichnet wird. Das verdeutlicht das Auftreten epistemischer Macht im

Geburtshilfesystem, welches Wissen als anerkennt und richtungsweisend gilt und welches abgewertet und sanktioniert wird. Hebammen hingegen beanspruchen Erfahrungs- und Fachwissen für ihre Profession. Es konnte beobachtet werden, dass das Wissen der Gebärenden solange akzeptiert wird, wie es im Einklang mit institutionellen und strukturellen Abläufen steht. Sobald Gebärende ihr Wissen einbringen und damit Abläufe kritisch hinterfragen, entstehen Wissenskonflikte, die nicht selten mit Abwehr, Sanktionen oder gewaltvollen Praktiken beantwortet werden. Dadurch wird deutlich, dass die Wissensbestände von Expert:innen und Laien nicht nebeneinander existieren oder sich ergänzen können. Wenn Gebärende ihr Wissen einbringen, empfinden Hebammen das häufig als Herausforderung und fühlen sich Hebammen in ihrer Rolle und Expertise angegriffen, was von den Hebammen als Ausdruck von Misstrauen gedeutet wird, was wiederum zu einer negativen Dynamik in der Interaktion zwischen Hebamme und Gebärender führen kann. Auflehnung oder Konfrontation wird im institutionellen Rahmen nicht als legitimes Verhalten anerkannt, sondern oft als Bedrohung gegen die einzelne Hebamme, ihre Profession und die institutionelle Ordnung, die ja gleichzeitig auch Sicherheit von Mutter und Kind anstrebt. Damit zeigt sich ein paradoxes Spannungsverhältnis: Gebärende werden gesellschaftlich dazu aufgerufen, informiert und selbstbestimmt zu handeln, erfahren in der Praxis jedoch häufig Einschränkung und Entwertung ihres Wissens. Aus hebammenzentrierter Perspektive verdeutlichen die Ergebnisse, dass auch Hebammen in diesem Spannungsfeld agieren: Einerseits wollen sie Frauen* bestmöglich unterstützen, andererseits sind sie in institutionelle Strukturen eingebunden, die ihre Handlungsspielräume begrenzen.

Forschungsfrage 3: Wie wird der Körper von gebärenden Personen in gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten verhandelt? In welchem Maße können gebärende Personen selbstbestimmt handeln und welche Hindernisse ergeben sich dabei?

Die Daten zeigen, dass Selbstbestimmung im geburtshilflichen System immer in einen bestehenden strukturellen Rahmen eingebettet ist. Frauen* können nur in dem Maße selbstbestimmt handeln, wie es mit medizinischen Standards und Abläufen vereinbar ist. Hier zeigt sich, dass Selbstbestimmung nicht, wie im Rahmen des Selbstbestimmungskurses und durch Gebärende angenommen - uneingeschränkt möglich ist, sondern stets innerhalb eines Systems verhandelt wird, das Selbstbestimmung nur bis zu einem gewissen Punkt zulässt. Hinzu kommt der Sicherheitsanspruch, einerseits durch die Eltern, die maximale Sicherheit für ihr Kind anstreben, andererseits seitens der Klinik, die danach arbeitet, sich forensisch abzusichern. In

dieser Konstellation wird der Körper der Gebärenden zu einem Objekt, der über den Sicherheitsanspruch kontrolliert, diszipliniert und überwacht wird. Dabei wird das Erfahrungswissen der Gebärenden systematisch abgewertet und durch biomedizinisches Wissen überlagert. In der Institution Krankenhaus werden die Wünsche und Bedürfnisse der Frau* immer in Abstufung zu den Interessen der Institution und dem Anspruch nach Sicherheit untergeordnet. Medizinisches Fachpersonal neigt dazu, gewaltvolle Praktiken durch eine medizinische Notwendigkeit zu rechtfertigen und so zu legitimieren. Gleichzeitig kann das dazu führen, dass das subjektive Erleben der Frauen* negiert wird. Hier zeigt sich eine Form epistemischer Gewalt und es wird deutlich, dass eine vollkommene Selbstbestimmung unter diesen Bedingungen nicht möglich ist. Dabei zeigt sich hier eine Ambivalenz: Frauen* sollen unter dem Einfluss neoliberaler Strukturen Verantwortung für die Geburt übernehmen und sich informieren, um bestmögliche Bedingungen für den eigenen Geburtsprozess zu schaffen und gleichzeitig sind ihre Handlungsspielräume in der Klinik begrenzt und ihr Wissen wird abgewertet. Auch für Hebammen ergibt sich hier ein Dilemma: Sie müssen den Spagat zwischen der Wahrung von Selbstbestimmung und Autonomie innerhalb der Institution mittragen, die nach strengen Richtlinien und Handlungsempfehlungen arbeitet.

5.2. Beitrag der Arbeit & Limitationen der Arbeit

Der zentrale Beitrag dieser Arbeit besteht darin, dass erstmals im österreichischen Kontext empirisch sichtbar gemacht wird, wie eng Geburt, Gewalt und Wissen miteinander verwoben sind. Bisher erfolgte die Auseinandersetzung mit diesem Thema vor allem im US-amerikanischen Raum. Diese Arbeiten thematisieren die Dimensionen epistemischer Gewalt hinsichtlich der Abwertung von Gebärenden und das Nicht-Anerkennen von Erfahrungswissen (Cohen Shabot 2021). Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen nicht nur die zentralen Ergebnisse internationaler Studien, sondern erweitern sie um die Erkenntnis, dass nicht nur das Wissen von Gebärenden abgewertet wird, sondern dass der Versuch, dieses Wissen einzubringen und dafür einzustehen, unmittelbar mit der Ausübung gewaltvoller Praktiken beantwortet wird. Weiterhin zeigt diese Arbeit, dass diese Dynamiken auch für die österreichische Geburtshilfe relevant sind. Besonders hervorzuheben ist, dass diese Arbeit sowohl die Perspektiven von Hebammen als auch von Gebärenden in die Analyse einbezieht. Dadurch konnte dasselbe Phänomen aus zwei Sichtweisen untersucht werden, was neue Einsichten in die komplexen Macht- und Wissensverhältnisse ermöglicht. Während internationale Studien vorwiegend die Sichtweise der Gebärenden in den Fokus stellen, zeigt diese Arbeit deutlich, dass auch Hebammen in dieses

Spannungsfeld eingebunden sind. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag sowohl für die feministische Forschung als auch für die Hebammenwissenschaft, indem sie durch die vergleichende Analyse beider Perspektiven aufzeigt, wie sich Wissenshierarchien, institutionelle Strukturen und Machtverhältnisse in der Geburtshilfe manifestieren.

Dennoch weist die Arbeit zugleich auch Limitationen auf. Ein zentraler Punkt ist die geringe Stichprobengröße von acht Teilnehmerinnen. Diese Größe ermöglichte zwar eine intensive Auseinandersetzung mit den Perspektiven von Hebammen und Gebärenden, lässt jedoch keine generalisierten Aussagen über die gesamte geburtshilfliche Praxis in Österreich zu. Auf Basis der vorhandenen Studien aus dem US-amerikanischen Raum und der Ergebnisse dieser Arbeit lässt sich jedoch vermuten, dass sich die Ergebnisse für den gesamten österreichischen Raum decken. Weiterhin konnte in dieser Arbeit nur die Korrelation zwischen Wissenskonflikten hinsichtlich des Laienwissens und dem Auftreten psychischer und verbaler Gewalt gezeigt werden, nicht aber das Auftreten physischer Gewalt. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist meine eigene Position als Hebamme. Diese „Insiderperspektive“ ermöglichte mir in den Interviews mit den Hebammen und Gebärenden ein hohes Maß an Vertrauen und Offenheit, birgt jedoch zugleich das Risiko, dass die Arbeit durch meine subjektiven Erfahrungen als Hebamme beeinflusst wurde.

6. Ausblick

6.1. Weiterführende Forschung

Die meisten Studien zum Thema Laien- und Expert:innenwissen stammen aus dem US-amerikanischen Raum und lassen sich daher nicht exakt auf Österreich übertragen. Dennoch hat sich gezeigt, dass sich die Ergebnisse der genannten Studien mit den Ergebnissen in dieser Arbeit vergleichen lassen. In dieser Arbeit blieb offen, inwiefern es tatsächlich zur Anwendung physischer Gewalt kommt, da hier nur die Korrelation zwischen Wissen und Wissenskonflikten und dem Auftreten verbaler oder psychischer Gewalt festgestellt werden konnte. Da diese Arbeit nur eine kleine Stichprobe untersucht hat, sollten zukünftige Forschungen größere Stichproben untersuchen, um auch mögliche Zusammenhänge von einem breit fundiertes Laienwissen mit dem Auftreten physischer Gewalt zu prüfen. Darüber hinaus wäre es wichtig zu untersuchen, inwiefern soziale Medien, Foren, Ratgeber und Geburtsvorbereitungskurse tatsächlich zu einer Konstruktion von Geburt als planbares und optimiertes Projekt beitragen. Insbesondere wäre es sinnvoll, die Beweggründe von Schwangeren zu untersuchen, sich Wissen

anzueignen. Wenn diese Ursachen identifiziert sind, können auch Strategien entwickelt werden, um Sicherheit und Vertrauen in das System zu fördern. Weitere Forschungsfelder könnten die Untersuchung von Einflussfaktoren umfassen, die darüber hinaus das Risiko für gewaltvolle Praktiken erhöhen, wie z.B. Alter, sozialer Status oder Beruf.

Durch die Herausarbeitung, dass die neoliberalen und ökonomisierenden Prozesse in der Geburtshilfe als eine grundlegende Ursache für das Auftreten von gewaltvollen Praktiken ausgemacht werden können, wäre es wichtig, dahingehend eine vertiefte Untersuchung durchzuführen. Diese sollte vor allem die Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe untersuchen und erheben, wie Personalmangel, Zeitdruck und ökonomische Zwänge sich auf die Arbeit des medizinischen Fachpersonals auswirken und erfassen, in welchen konkreten Situationen es zu gewaltvollen Praktiken und welche Maßnahmen dem entgegenwirken können. Hierbei sollte auch das ärztliche Personal mit in die Untersuchung einbezogen werden, um alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen mit einzubeziehen.

Neben gewaltvollen Praktiken die an Gebärenden ausgeübt werden, wäre es auch wichtig, die institutionelle und strukturelle Gewalt innerhalb der Institution zu untersuchen und Hierarchien in geburtshilflichen Teams zu untersuchen. Dabei wäre es interessant herauszufinden, wie sich diese Hierarchien in der Praxis äußern und wie auch die erlebte Gewalt durch Hebammen wiederum weitergetragen werden kann an die Gebärenden. Hierbei wäre es wichtig, Parameter herauszuarbeiten, die flache Hierarchien in der Geburtshilfe begünstigen und ein Arbeiten auf Augenhöhe ermöglichen, wie z.B. Anrede per Du, Austausch über die gemeinsame Betreuung von Patient:innen, Dialoge auf Augenhöhe, Nachbesprechung von Geburten sowie gemeinsame Fortbildungen und Supervisionen.

Außerdem wäre es sinnvoll, diese Studien in verschiedenen Versorgungsmodellen durchzuführen, um herauszufinden wie die verschiedenen Arten der Geburtshilfe, ob Geburtshaus, hebammengeleitete Geburten oder Klinikgeburten, diese Auswirkungen beschreiben. Dabei kann herausgearbeitet werden welches Versorgungsmodell in einem hohen Maß eine patient:innenzentrierte Versorgung gewährleistet. Darüber hinaus ist es auch interessant, dieses Thema länderübergreifend zu untersuchen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Berichte und Studien zu geburtshilflicher Gewalt vornehmlich aus dem sozialwissenschaftlichen und genderwissenschaftlichen Bereich kommen.

Hier wäre es wichtig, eine interdisziplinäre Forschung anzustreben, dass die Disziplinen der Sozial- und Genderwissenschaft, Psychologie, Medizin und Hebammenwissenschaft miteinschließt, um das Thema aus mehreren Perspektiven zu beleuchten, um Veränderungen aller beteiligten Akteur:innen herbeizuführen.

6.2. Politische Maßnahmen

Mit Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Forschungen können leichter politische Maßnahmen angesteuert werden. Als zentrale gesundheitspolitische Reform wäre es notwendig, das Fallpauschalensystem zu verändern, um ökonomische Anreize zu reduzieren. Um Personalmangel und Zeitdruck zu verändern, wäre es notwendig einheitliche Personalschlüssel für alle Geburtshilfeabteilungen zu etablieren, die Kriterien beinhaltet, ab welcher Größe, welcher Versorgungsstufe und wie vielen Geburten pro Jahr wie viele Hebammen eingestellt sein müssen, um eine gute Geburtshilfe zu gewährleisten und die Arbeitsbedingungen für Hebammen zu verbessern. Diese schließt unbedingt auch eine 1:1-Betreuung ein. Des Weiteren ist eine angemessene Vergütung notwendig, um den Berufsstand der Hebammen zu stärken und um neue Hebammen für den Beruf zu gewinnen.

Zudem sollte eine flächendeckende Hebammenbetreuung sichergestellt werden. Die Betreuung durch eine Hebamme darf zudem keine Wahlleistung sein, abhängig vom sozioökonomischen Status. Das erfordert auch, dass Privatisierungen in der Geburtshilfe reduziert werden. Geburt und Gebären ist ein fester Bestandteil unseres gesellschaftlichen Lebens und benötigt eine angemessene professionelle Versorgung, um die mütterliche und kindliche Gesundheit sicherzustellen.

Des Weiteren müssen Überlegungen in Arbeitskreisen oder Sitzungen gemeinsam mit den Hebammenverbänden stattfinden, um zu überlegen wie die Rechte der Gebärenden weiterhin gestärkt werden können. Grundsätzlich sollten die Hebammenverbände noch stärker in politische Belange mit einbezogen werden, da diese die Interessen der Hebammen vertreten. Unter Aktivist:innen kann es auch eine Möglichkeit sein durch Streiks Forderungen für eine bessere Geburtshilfe einzufordern.

6.3. Implikationen für die Praxis

Eine wichtige Möglichkeit zur Aneignung von Wissen und zur Vorbereitung für die Geburt, wäre, dass vornehmlich evidenzbasierte Informationen von Hebammen bereitgestellt werden, um zu vermeiden, dass falsche oder unrealistische Informationen konsumiert werden. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass eine Kennzeichnung, vor allem in den sozialen Medien, sinnvoll wäre, welches Wissen von Fachpersonen und welches von Laien weitergegeben wird. Diese Angebote in Form von Ratgebern, sozialen Medien und Kursen sollten nicht nur Wissen vermitteln, sondern auch ein realistisches Bild der Geburt zeichnen. In diesem Kontext kann auch das Thema selbstbestimmte Geburt und wie diese in Diskrepanz zu strukturellen und institutionellen Vorgaben steht, besprochen werden. Des Weiteren können mehr Kurse mit Körperarbeit in der Geburtsvorbereitung etabliert werden. Geburt ist ein körperlicher Vorgang, der aber in unserer heutigen Gesellschaft viel auf rationaler Ebene durchdacht und geplant wird. Hier kann eine Aufklärung wichtig sein, dass die Vorbereitung nicht nur das Konsumieren von Informationen beinhaltet, sondern, dass es auch essentiell ist, sich körperlich und geistig auf die Geburt vorzubereiten. Hierbei ist anzumerken, dass dies eine weitere Forderung ist, die an Gebärende gestellt wird und demnach auch kritisch betrachtet werden muss.

Das Entscheidungsmodell „Shared decision making“ muss als „state of the art“ zur Aufklärung im Krankenhaus etabliert werden. Es muss ein Bewusstsein bei den Schwangeren und Gebärenden aber auch bei den Hebammen hergestellt werden, wie Entscheidungen getroffen werden sollten. In diesem Zuge sollten die Frauen* auch über ihre Rechte hinsichtlich der Entscheidungen während der Geburt aber auch zur Akteneinsicht und ein mögliches Nachbesprechungsgespräch informiert werden. Zudem muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass medizinisches Fachwissen und Laienwissen koexistieren darf und soll und wie beide Parteien davon profitieren können.

Des Weiteren müssen Fortbildungen zum Thema Frauen*gesundheit und Gewalt verpflichtend für Hebammen und medizinisches Fachpersonal sein. Da wäre es auch wichtig, dass es zunehmend Fortbildungsangebote gibt, die sich mit dem Thema Selbstbestimmung, Laienwissen und partizipativen Entscheidungsmodellen beschäftigen. Ebenso wichtig sind regelmäßige Supervisionen und Nachbesprechungen schwieriger Geburten, um die Erlebnisse gemeinsam aufzuarbeiten und auch mögliche Alternativen zu besprechen.

Um unnötige Interventionen zu vermeiden, ist es wichtig nach aktuellen evidenzbasierten Standards zu arbeiten. Wichtig dabei ist, dennoch auch immer die Individualität jeder einzelnen Gebärenden im Blick zu behalten. Trotzdem kann das Arbeiten nach Leitlinien und Standards, vor allem die, die den Fokus auf einer physiologischen Geburt haben, helfen um nicht indizierte Interventionen zu vermeiden, die eventuell aus einem Zeitdruck, Personalmangel, fehlender Erfahrung, besserer Planbarkeit oder höherer Vergütung gesetzt werden.

Es müssen einerseits Maßnahmen zum Schutz vor geburtshilflicher Gewalt in den Krankenhäusern etabliert werden, wie z.B. Transparenz und Einheitlichkeit bei Aufklärung und Interventionen, sowie Schulung des medizinischen Fachpersonals und wie man diesem Phänomen mit bestimmten Implikationen entgegenwirken kann. Andererseits müssen Strategien im Krankenhaus entwickelt werden, wie man mit Fällen umgeht, in denen gewaltvolle Praktiken aufgetreten sind, oder bei Beschwerden von Frauen*, die dort geboren haben. Dazu zählen ein niedrigschwelliges Beschwerdemanagement für die Betroffenen mit zeitnahen Terminen für eine Nachbesprechung der Geburt und auch das Verweisen an Beratungsstellen, Netzwerke, Initiativen und Selbsthilfegruppen, wenn weitere Hilfe benötigt wird. Diese können auch einen sicheren Rahmen bieten, um sich mit anderen Betroffenen, die eine ähnliche Erfahrung gemacht haben, auszutauschen. Daneben ist gut etablierte Fehlerkultur im geburtshilflichen Team wichtig, um sich adäquat mit dem Thema auseinanderzusetzen und angemessen darauf reagieren zu können.

Ein weiterer Schritt kann sein, den Wettbewerb der Kliniken mit undurchsichtigen Informationen zu reduzieren und stattdessen Einsicht in die Statistiken und Interventionsraten zu geben und die Schwerpunkte und das Leitbild der Geburtshilfeinrichtungen bei Informationsabenden oder auf deren Websites transparent zu machen, um den Schwangeren zu ermöglichen eine gute Entscheidung zu treffen, ob die Wahl der Klinik zu den eigenen Wünschen und Bedürfnissen passt.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist auch, dass das Phänomen Geburtshilfliche Gewalt und Frauen*gesundheit ein fester Bestandteil im Curriculum des Studiengangs Hebammenwissenschaft sein muss. Bereits im Studium sollte ein Bewusstsein für das Thema geschaffen werden, dass einen sensiblen Umgang ermöglicht. In diesem Zuge ist die anhaltende Akademisierung des Hebammenberufs als positiv zu bewerten, da dieser die Profession stärkt.

6.4. Schlusswort

Geburt und Gebären sollte als fundamentales Thema innerhalb unserer Gesellschaft angesehen werden, dem ein hohes Maß an Bedeutsamkeit beigemessen werden sollte. Es bedarf einer Enttabuisierung und ein Bewusstsein sowie eine gute Sensibilisierung gegenüber geburtshilflicher Gewalt. Eine zukunftsorientierte Geburtshilfe erfordert deshalb Veränderungen auf allen Ebenen – wissenschaftlich, politisch und praxisorientiert.

Literaturverzeichnis

Ameli, K., & Valdor, L. L. (2020). Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 12(3), 141-156. <https://doi.org/10.3224/gender.v12i3.10>

Annborn, A. & Fonnbogadóttir H. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* (105)

Arruzza, C., Bhattacharya, T., & Fraser, N. (2019). *Feminismus für die 99%*. Berlin: Matthes & Seitz Verlag.

AWMF (2020). S3 Leitlinie. Die vaginale Geburt am Termin.

Bal, M. (2002). *Travelling concepts in the humanities*. University of Toronto Press.

Barbosa Jardim, D. M., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26 (3069). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

Benoit C., Zadoroznyj, M., Hallgrímsdóttir, H., Treloar, A., Taylor, K. (2010). *Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: the evidence from Canada and Australia*.

Berrut de Berrut, S. (2024). Gewalt in der Geburtshilfe – aus Sicht einer Schwangerschaftsberatungsstelle. In Kruse, M., Hartmann, K. (Hrsg.). *Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte*. (S. 137). Stuttgart: Schattauer.

Bogdal, K.-M. (2008) Überwachen und Strafen. In Kammler, C., Parr, R., Schneider, U.-J. (Hrsg.). *Foucault Handbuch. Leben-Werk-Wirkung*. (S.10). Berlin: Springer Verlag.

Bohren, M. et al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 30; 12 (6).

Boracci, R., Alvarez, J., & Ciambrone, G. (2020). What patients consider to be a "good" doctor, and what doctors consider to be a "good" patient. *Revista Médica de Chile*, 148, 930–938.

Bröckling, Ulrich (2019). *Das Unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Suhrkamp: Berlin.

Butterwegge, Christoph (2018). *Kritik des Neoliberalismus*. Berlin: Springer.

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.

- Butler, J. (2009). *Frames of War. When is Life Grievable?*, London/New York: Verso.
- Butler, J. (2017). *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen*. Berlin: Suhrkamp.
- Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*, 27 (4) 489-509.
- Chadwick, R. (2021). Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. *Empowering women for gender equity*, 35 (3), 104-115.
- Church, A. (2024). Don't push! Experiences of Obstetric violence in U.S. hospital settings. *The Ohio State University*.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies* 39 (2) 231-247.
- Cohen Shabot, S. (2019). Amigas Sisters: We are being gaslighted: Obstetric Violence and Epistemic Injustice. *Childbirth, vulnerability and Law*. (14-29).
- Cohen Shabot, S. (2021). "You are not qualified—Leave it to us": Obstetric violence as testimonial injustice. *Human Studies*, 44(4), 635–653.
- Cohen Shabot, S. (2022). Why "normal" feels so bad: Violence and vaginal examinations during labour—A (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 22(3), 443–463.
- Collins, P. (1991). *Black Feminist Thought*. London: Routledge.
- Dagmar H., Schindele, E., Hauffe U. (2021), Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären. *Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung*, S. 220–249.
- Davis-Floyd, R. & Sargent, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge*. University of California Press.
- DGHWi (2023). *Forschungsagends HebFoA*.
- Duden B. (2022). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Ebrahim, S. (2024). Obstetric Violence: An Epistemic Repair of the Construct. *Social Epistemology*, 1-10.
- Eckardt, S. (2020). *Die unbekannte Geburt: Subjektivierungsweisen von gebärenden Frauen zwischen individueller Praxis und öffentlichem Diskurs*. Bielefeld: Transcript.
- <https://doi.org/10.14361/9783839452752>

Fabian, L. (2023). *Gewalt in der klinischen Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Verlag.

Fischer, J. (2011). Gesellschaftskonstitution durch Geburt – Gesellschaftskonstruktion der Geburt: Zur Theorietechnik einer Soziologie der Geburt. In Villa, P.I., Moebius, S., Thiessen, B. (Hrsg.) *Soziologie der Geburt. Diskurse Praktiken und Perspektiven*. (S. 22-38.). Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Folkers, A. & Rödel, M. (2015). Biopolitik/Biomacht. In *Gender Glossar*.

Foucault, M. (1976). *The history of sexuality: An introduction*. Vintage Books.

Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen*. Berlin: Suhrkamp.

Foucault, M. (1987). *Die Geburt der Biopolitik*. Berlin: Suhrkamp.

Foucault, M. (2006). *Geschichte der Gouvernementalität*. Berlin: Suhrkamp.

Fraser, L., Cano-Ibanez, N., Amezcua-Prieto, C. et al. (2024). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analyses of quantitative studies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2025; 104 (1) (S.13-28)

Frazer, E., & Hutchings, K. (2017). *Feminist approaches to violence and vulnerability*. In *The Routledge companion to feminist philosophy* (S. 361–373). Routledge.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

Eirich, M. (2004). Geburtshilfe in den USA – ein Interview mit Ina May Gaskin. *Hebamme 2004; 17 (4)*, 204-207.

Gerhardt, Volker (2006). Selbstbestimmung: Zur Aktualität eines Begriffs. *fiph Journal*. 8 (9).

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Berlin: Springer VS.

Gramlich, N. (2021). Situiertes Wissen. In *Gender Glossar*.

Grenz, S. (2014). Power in Feminist Research Processes. In Evans, M., Hemmings, C., Henry, M. (Hrsg.) *The SAGE Handbook of Feminist Theory*. (S.61-74). Sage Publications, Limited.

Hansson, M. (2021). A Meaningful Work in a Strained Context – exploring midwives Work Situation and Profession Role.

Henderson, J. (2010). Expert and lay knowledge: A sociological perspective. *Nutrition & Dietetics* 67 (1) 4-5.

Hoffmeister, T., Hundt, M., & Naths, S. (2021). *Meinen, Glauben, Laienwissen*. Berlin: Walter de Gruyter.

Honegger, C. (1991). Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaften vom Menschen und das Weib; 1750-1850. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Hitschold, Thomas (2017). Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe. In Kudlich, H., Koch, J. (Hrsg.) *Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung*. Nomos: Baden-Baden.

Illouz, E. (2013). *Gefühle in Zeiten des Kapitalismus*. Berlin: Suhrkamp.

Jung, T. (2017). Die gute Geburt: Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER- Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, (2) S. 30–45
<https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.02>

Jung, T. (2023). Ökonomisierung des Gesundheitssystems und Auswirkungen auf die Geburtshilfe. In: *Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt*. Rosa-Luxemburg-Stiftung: Berlin.

Jung, T. (2024). Intersektionalität und Diskriminierung: Klassismus und Gewalt in der Geburtshilfe. In Kruse, M., Hartmann, K. (Hrsg.). *Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte*. (S. 75-81). Stuttgart: Schattauer.

Kelly, K. Gillespie (2025) Key roles of Epistemic Humility in OB/GYN Care of Patients in Acute Non-Labor and Delivery Pain Care. *AMA J Ethics*; 27 (2) (117-128).

Lange, U., Ullrich, C. (2019). Schwangerschaft und Geburt: Perspektiven und Studien aus der Geschlechterforschung. In Kortendiek, B., Riegraf, B., Sabisch K. (Hrsg.) *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (S.1111-1120). Springer: Wiesbaden.

Laqueur, T. (1990). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.

Leinweber, J., Jung, T., Hartmann, K., Limmer, C. (2021). Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *Public Health Forum*. 29 (2) (S.97-100).

Lemke, T. (2008). Eine Analytik der Biopolitik. Überlegungen zu Geschichte und Gegenwart eines umstrittenen Begriffs. *Behemoth. A Journal on Civilisation*. 1 (72-89).

- Liese, K. L., Davis-Floyd, R., Stewart, K., & Cheyney, M. (2021), Obstetric iatrogenesis in the United States: The spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropology & Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938>
- Mander, R., Lawless-Murphy, J. (2013). *The Politics of Maternity*.
- Marckmann, G. (2021). Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. *Ethik in der Medizin*, 33(2), 189–202. Berlin: Springer.
- Mattern, E., Lohmann, S., Ayerle, G. (2017). Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. In: *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (1).
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Michalitsch, Gabriele (2009). Privatisierung. *Politik begreifen. 89 Begriffe um Eva Kreiskys Leben und Forschen*, S. 169–172. Wien
- Mies, M. (1978). Methodische Postulate zur Frauenforschung. Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis. (1). S. 41-63.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. Berlin: De Gruyter.
- Mohan, R. (2018). *Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Motherhood e.V. (2024). Informieren über Geburtsstationen in Deutschland. <https://motherhood.de/informieren/geburtsstationen-deutschland/>
- Mundlos, C. (2015). *Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal*. Baden-Baden: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Oldhafer, M. (2020). *Die Psychologie des Krankenhauses als Institution*. Berlin: Springer.
- Ontrup, L. (2024). Belastung von Fachkräften durch nichtjuristische Schuld. In Kruse, M., Hartmann, K. (Hrsg.). *Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte*. (S. 287-294).
- Pagels, J. (2024). Gewalt in der Geburtshilfe aus Sicht eines Kliniklers. Stuttgart: Schattauer.
- Peters, M. (2023). Feminismus in der Zeit rund um die Geburt. *Hebamme 2023*; 36(06), 47-52

Pickles, C. & Odada, K. (2025). Informed consent: An essential key to promoting and protecting autonomy and preventing obstetric violence. *International Journal of Birth and Parent Education* (12), 3-5.

Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung*. Berlin: Walter de Gruyter.

Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Berlin: Springer.

Ringler, M. (2001). Psychodynamische Aspekte traumatischen Geburtserlebens. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 2001; 19 (4), 8.

Rose, L., & Schmied-Knittel, I. (2011). *Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis*. Frankfurt: Campus.

Rosenwirth, M., Braun, B., Marstedt, G., Helmert, U., & Buitkamp, M. (2005). *Das Informationsbedürfnis der Patienten in der ambulanten Versorgung*. Stuttgart: Thieme.

Rothman, Barbara (2014). *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. Campus Verlag.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Scamell, M. (2014). Childbirth within the Risk Society. *Sociology Compass*. 8 (7) (917-928).

Schäfers, R., Kolip, P. (2015). Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? *Gesundheitsmonitor* (3).

Schütze, F. (2016). Biographieforschung und narratives Interview. In W. Fiedler & H.-H. Krüger (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse: Grundlagen der qualitativen Sozialforschung* (S. 55–73). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Simpson, M & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Hrsg.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (S. 51–80).

Stadelmann, I. (2021). *Die Hebammensprechstunde* (5. Auflage). Stadelmann Verlag.

Suri, R. (2024). Rassismus in der Geburtshilfe. In Kruse, M., Hartmann, K. (Hrsg.). *Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte*. (S. 68-73). Stuttgart: Schattauer.

Soiland, Tove (2019). *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung, Geschlecht und Gesellschaft*. Springer: Wiesbaden.

Stolberg, G. (2001). *Medizinsoziologie*. Bielefeld: Transcript.

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), S.73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

Tegethoff, D. (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt/Main, S. 101-128.

Tegethoff, D., & Limmer, C. (2025). *Hebammenwissenschaft: Theorie und Methoden*. Baden-Baden: Nomos.

Tegethoff, D. & Leinweber, J. (2022). Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. *Impulse* 114, 11-12.

Tikkanen, R. et al. (2020). Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries. *Commonwealth Fund*.

UN Women Deutschland. (2018). *Roses Revolution*. <https://unwomen.de/roses-revolution/>

van der Pijl, M, Verhoeven, C., Verweij, R. (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands : a national survey. *Reproductive Health* 19 (1).

van der Waal, R., Mayra, K., Horn, A., & Chadwick, R. (2023). Obstetric violence: An intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*, 4 (1).

WHO (2018), *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.

WHO (2019), *New WHO evidence on mistreatment of women during childbirth*. World Health Organization.

Wiesing, Urban (2005), *Ethik in der Medizin: Ein Lehrbuch*. Springer: Berlin.

Anhang

Anhang 1: Facebook Post

Liebe Mitglieder der Roses Revolution Österreich,

ich bin Hebamme und schreibe gerade meine Masterarbeit zum Thema „Geburt, Gewalt und Wissen“.

Für die Bearbeitung meiner Masterarbeit würde ich gerne die Stimmen von Betroffenen einarbeiten, die während der Geburt gewaltvolle Erfahrungen machen mussten und in den letzten zwei Jahren geboren haben. Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt auf dem potenziell konkurrierenden Verhältnis von gebärenden Personen und dem medizinischen Fachpersonal. Dabei geht es vor allem um das körpereigene Wissen der gebärenden Person und das Wissen des medizinischen Fachpersonals. In diesem Kontext ist es mir wichtig zu erfahren, ob das Wissen, Wünsche und Bedürfnisse der gebärenden Personen anerkannt und akzeptiert oder übergangen wurde.

Die Durchführung der Interviews erfolgt persönlich in Wien.

Der Zeitaufwand beläuft sich auf ca. 1 Stunde.

Es gibt eine Aufwandsentschädigung in Form eines Gutscheins im Wert von 25 Euro.

Herzliche Grüße

Jana Dorfner

(hebamme.janadorfner@web.de)

Anhang 2: Interviewleitfäden

Interviewleitfaden für Personen die geboren haben – narratives Interview mit vertiefenden Fragen

Titel der Masterarbeit:

Geburt, Gewalt & Wissen

Interviewgestützte Analyse zum Spannungsfeld zwischen Expert:innen- und Laienwissen in der österreichischen Geburtshilfe aus einer intersektional-feministischen und hebammenzentrierten Perspektive

- **Einschlusskriterien:**

Es werden Personen die in den letzten zwei Jahren geboren haben und dabei gewaltvolle Praktiken erlebt haben und zeitgleich das Gefühl hatten, dass das Verhältnis zwischen ihnen und dem medizinischen Fachpersonal hierarchisch und negativ geprägt ist und sie und/oder ihr Wissen nicht ernst genommen wurde und sie für ihr Wissen/Entscheidungen abgewertet wurden.

- **Einleitung:**

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben mit mir Ihre Erfahrungen zu diesem sensiblen und wichtigen Thema zu teilen. Das Interview ist freiwillig und alle Inhalte sowie die Daten werden anonymisiert. Es ist jederzeit möglich, dass Interview abubrechen.

- **Inhalt:**

In diesem Interview soll es um das Verhältnis zwischen medizinischem Fachpersonal und gebärenden Personen gehen. Dabei möchte ich herausfinden, wie dieses Verhältnis den Geburtsverlauf beeinflusst und wie sich dieses auf das Auftreten von Gewalt auswirken kann

1. Einleitungsphase

-Können Sie mir etwas über Ihre letzte Geburt erzählen?

2. Erzählphase

-Wie haben Sie die Kommunikation mit der Hebamme während Ihrer Geburt erlebt?

-Welche Momente haben Sie als gewaltvoll erlebt?

-In welchen Situationen hatten Sie das Gefühl, dass ihre Bedürfnisse während der Geburt unzureichend berücksichtigt wurden?

-Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, dass ihr Wissen über Ihren Körper nicht anerkannt wurde?

-Gab es Situationen in denen Sie sich über Maßnahmen nicht ausreichend informiert und aufgeklärt gefühlt haben?

3. Nachfragephase

-Gab es Konfliktsituationen mit dem medizinischen Fachpersonal?

-Welche konkreten Dinge führten zu Spannungen zwischen Ihnen und dem medizinischen Fachpersonal?

-Können Sie ein konkretes Beispiel nennen, in dem Sie sich nicht gehört oder respektiert gefühlt haben oder wo ihr Wissen oder ihre Entscheidung abgewertet wurden bzw. Grenzen übergangen wurden?

-Haben Sie absichtlich Wissen, Wünsche oder Bedürfnisse vor dem medizinischen Fachpersonal zurückgehalten?

-Aus welcher Motivation heraus haben Sie sich Wissen angeeignet in Form von Bücher lesen, Kurse besuchen,...?

4.Bilanzierungsphase

Gibt es etwas, dass Sie sich im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung zwischen Ihnen und dem medizinischen Fachpersonal anders gewünscht hätten?

5.Schlussphase

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Haben Sie Fragen?

Wie geht es Ihnen jetzt?

Interviewleitfaden für Hebammen* - Expert*inneninterview

Titel der Masterarbeit:

Geburt, Gewalt & Wissen

Interviewgestützte Analyse zum Spannungsfeld zwischen Expert:innen- und Laienwissen in der österreichischen Geburtshilfe aus einer intersektional-feministischen und hebammenzentrierten Perspektive

- Einschlusskriterien:

Es werden Personen die seit 3 Jahren als Hebamme arbeiten eingeschlossen.

- Einleitung:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben mit mir Ihre Erfahrungen zu diesem sensiblen und wichtigen Thema zu teilen. Das Interview ist freiwillig und alle Inhalte sowie die Daten werden anonymisiert. Es ist jederzeit möglich, das Interview abubrechen.

- Inhalt:

In diesem Interview soll es um das Verhältnis zwischen Expert:innen (medizinisches Fachpersonal) und Laien (gebärende Personen) gehen. Dabei möchte ich herausfinden, wie dieses Verhältnis den Geburtsverlauf beeinflusst und wie sich dieses auf das Auftreten von Gewalt auswirken kann.

1.Einleitungsphase

-Was ist für Sie Gewalt?

-Was war das letzte Erlebnis bei dem Sie Gewalt bei einer Geburt erlebt haben?

-Was war die letzte Situation in der die gebärende Personen Ihnen zum Ausdruck gebracht hat das etwas gewaltvoll war? Hattest du in dieser Situation eine andere Auffassung?

2.Erzählphase

-Wie erleben Sie das Verhältnis zwischen Ihrer Rolle als Hebamme und der gebärenden Person? Welche Dynamiken nehmen Sie wahr? Welche Herausforderungen sehen Sie?

-Können Sie Beispiele nennen, in denen Sie sich von einer gebärenden Person in Ihrer Funktion als Hebamme eingeschnitten gefühlt haben und andersherum, dass sich die gebärende Person von Ihrer Expert*innenrolle eingeschränkt gefühlt hat?

-Welche Dinge führen in Ihren Augen zu einem konkurrierenden Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person?

-Gab es Situationen, in denen Sie sich selbst herausgefordert fühlten, einen respektvollen und

gewaltfreien Umgang zu gewährleisten?

3.Nachfragephase

-Welche Strukturen in Ihrer Arbeit wirken sich negativ auf das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person aus?

-Welche Herausforderungen erleben Sie in Ihrer Arbeit, die Ihre Fähigkeit zur Wahrung von Autonomie in der Betreuung einschränken?

-Welche Maßnahmen ergreifen Sie, um sicherzustellen, dass die Bedürfnisse und Wünsche von gebärenden Personen erfüllt werden?

-Wie gehen Sie mit Situationen um, in denen medizinische Interventionen durchgeführt werden, die nicht notwendig sind?

4.Bilanzierungsphase

-Gibt es Strategien oder Ansätze die in Ihren Augen wirkungsvoll sind um eine respektvolle und gewaltfreie Geburtshilfe zu gewährleisten?

-Welche Strukturen müsste es in Ihrer Arbeit als Hebamme geben, die Ihre Arbeit und die Betreuung der gebärenden Personen unterstützen?

5.Schlussphase

-Möchte Sie noch etwas hinzufügen?

-Gibt es Fragen?

Anhang 3: Zustimmungserklärung

Zustimmungserklärung zur Teilnahme an einem Interview

Titel der Studie:**„Geburt, Gewalt & Wissen**

Interviewgestützte Analyse zum Spannungsfeld zwischen Expert:innen- und Laienwissen in der österreichischen Geburtshilfe aus einer intersektional-feministischen und hebammenzentrierten Perspektive

Name der Forscherin:

Dorfner, Jana B.Sc.

Tel.: 06706010262

Email: hebamme.janadorfner@web.de

Studienort:

Universität Wien

Gender Studies

Einleitung:

Sie werden zu einem Interview im Rahmen einer wissenschaftlichen Masterarbeit eingeladen, die sich mit der Frage beschäftigt welche Dynamiken und Herausforderungen das Verhältnis zwischen Hebamme und Gebärender birgt und wie sich das auf mögliche gewaltvolle Praktiken während der Geburt auswirken kann.

Dauer des Interviews:

Das Interview wird ca. 60 Minuten dauern.

Art des Interviews:

Sie werden gebeten, auf Fragen zu Ihrer persönlichen Erfahrung und Wahrnehmung zu antworten. Es sind keine richtigen oder falschen Antworten – Ihre Erfahrungen und Perspektiven sind für die Arbeit von entscheidender Bedeutung.

Freiwilligkeit der Teilnahme:

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Sie können jederzeit entscheiden, nicht teilzunehmen oder das Interview ohne Angabe von Gründen abubrechen. Auch nach Beginn des Interviews haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Ihre Antworten zu ändern oder zu widerrufen.

Vertraulichkeit und Anonymität:

Ihre Teilnahme und alle Informationen, die Sie im Interview geben werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Alle Daten, einschließlich der Interviewaufzeichnungen, werden sicher gespeichert und nur für den Zweck dieser Arbeit verwendet.

Aufzeichnung des Interviews:

Das Interview wird mit Ihrer Zustimmung aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden nur zur Transkription und Analyse der Interviewinhalte verwendet. Sie können jederzeit eine Kopie des Transkripts anfordern.

Verwendung der Ergebnisse:

Die Ergebnisse dieser Studie werden ausschließlich für die Masterarbeit verwendet und können ggf. in wissenschaftlichen Publikationen, Konferenzen oder anderen wissenschaftlichen Kontexten zitiert werden. Ihre Identität bleibt dabei geschützt.

Zustimmung zur Teilnahme:

Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden. Ich bin informiert über den Ablauf des Interviews und meine Rechte als Teilnehmerin. Ich verstehe, dass ich jederzeit meine Teilnahme abbrechen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich freiwillig an diesem Interview teilnehme und mit der Aufzeichnung des Gesprächs einverstanden bin.

Name der Teilnehmerin (in Druckbuchstaben):

Unterschrift der Teilnehmerin:

Datum:

Name der Interviewerin (in Druckbuchstaben):

Unterschrift der Interviewerin:

Datum:

Anhang 4: Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Musterbeispiel	Kodierregel
Geburtshilfliche Gewalt	Geburtshilfliche Gewalt meint gewaltvolle Praktiken die während dem Geburtsverlauf im geburtshilflichen Setting auftreten können. Diese kann sich in unterschiedlichen Formen äußern. Geburtshilfliche Gewalt zeigt sich vor allem in entmündigender und abwertender Behandlung, der ungleich verteilte Machtstrukturen zugrunde liegen.	<i>„Und genau, sie hat auch die vaginale Untersuchung gemacht und es hat sich angefühlt, als würde sie mit etwas reinbohren. Also sie ist einfach ohne etwas zu sagen einfach rein und es hat super weh getan. Ich habe das auch gesagt. Sie hat einfach weitergemacht. Sie sagte „ja, das ist normal, das gehört so“ und das war für mich einfach so ein Moment wo ich dachte okay, was soll ich jetzt machen? Ich war völlig verloren, weil keiner hat irgendwas, keiner war da, der gesagt hat, das überschreitet die Grenzen.“</i>	Textstellen, in denen gebärende Personen geburtshilfliche Gewalt erfahren haben oder Textstellen, in denen strukturelle oder institutionelle Gewalt sichtbar wird, die für die Gebärenden eventuell unsichtbar bleibt.
Gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen	Gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen bezeichnen in dieser Arbeit die institutionellen Rahmenbedingungen, sowie ökonomisierende und neoliberale Einflüsse, die die Geburtshilfe formen.	<i>„Also es bräuchte meiner Meinung nach mehr Personal. Ganz einfach entweder mehr Personal oder weniger Geburten, weniger Frauen, die da sind, damit wir mehr Zeit für die Frauen haben.“</i>	Textstellen, die gegenwärtige geburtshilfliche Strukturen thematisieren.
Geburt als Projekt & Aneignung von Wissen	Die Vorstellung von Geburt als Projekt verweist auf eine zunehmende Selbstoptimierung und Planbarkeit von Schwangerschaft und Geburt unter Einwirkung	<i>„Dann kommt dazu, dass ich das Gefühl habe, das ist so ein Lifestyle Event immer mehr. Die Frauen unterliegen ja auch sehr einem Leistungsdruck und sie müssen auch die Geburt gut hinlegen. Ich glaube, dass Frauen</i>	Textstellen, in denen Gebärende oder Hebammen Geburt als planbares und nach eigenen Wünschen zu konstruierendes Projekt beschreiben sowie Textstellen, in denen Gebärenden

	neoliberaler gesellschaftlicher Prozesse (Illouz, 2013). Im Zuge der Vorbereitung auf die Geburt eignen sich Schwangere aktiv Wissen an in Form von Kursen besuchen oder Ratgeberliteratur lesen.	<i>krassem Leistungsdruck ausgesetzt sind. Sie müssen schwanger werden. Sie müssen eine super Geburt hinlegen.“ (Interview 2 Heb., Pos. 21)</i> <i>„Also ich hatte mich in der Schwangerschaft schon sehr auf die Geburt und generell alles vorbereitet, hatte auch einen Geburtsvorbereitungskurs gemacht. Habe mir auch selber sehr viel Wissen angeeignet, zum Beispiel verschiedene Atemtechniken, die verschiedenen Positionen.“</i>	sich aktiv Wissen rund um die Geburt aneignen
Selbstbestimmung	Selbstbestimmung im geburtshilflichen Kontext beschreibt die Fähigkeit und das Recht einer Person, autonome Entscheidungen über ihren eigenen Körper zu treffen, ohne externe Zwänge oder Bevormundung. Die Frau* kann eine informierte Entscheidungen über den Geburtsverlauf, medizinische Interventionen und die Betreuung treffen.	<i>„Die größte Diskrepanz liegt zwischen der Selbstbestimmung der Frau und dem medizinischen Wissen. Weil solange alles physiologisch läuft, ist natürlich die Selbstbestimmung der Frau an oberster Stelle. ... Und wenn die Frau wenig Bereitschaft zeigt, zum Beispiel Lagerungen mitzumachen, um die Situation zu verbessern, sondern in ihrer Selbstbestimmung in der für sie bequemen Position stehen zu bleiben, kann es eben auch hinderlich für den ganzen Prozess sein. Und dass die Frau in ihrer Wahrnehmung vielleicht nicht alles sieht, was ich sehe mit meinem Fachwissen.“</i>	Textstellen, in denen Hebammen oder Gebärende die Entscheidungen und ihre Wahlfreiheit im Hinblick auf den Geburtsverlauf beschreiben.

Spannungsverhältnis Expert:in und Laie	Der Code Spannungsverhältnis zwischen Expert:in und Laie umfasst Situationen, in denen die verschiedenen Dynamiken innerhalb der Beziehung zwischen Expert:in und Laie erkennbar sind. Innerhalb dieser Beziehung kann es zu einem Spannungsverhältnis kommen, in dem unterschiedliche Interessen, Perspektiven oder Machtverhältnisse aufeinandertreffen und miteinander in Konflikt stehen.	<i>Und die hat, als sie dann begonnen hat, wirklich Wehen zu haben, hat sie wegen Schmerzmittel gefragt. Ich habe ihr was geholt und sie hat mir einfach nicht geglaubt, sondern sie wollte immer die Ärztin sprechen bzw. der Mann.“ (Interview 2 Heb., Pos. 26)</i>	Textstellen, die das Verhältnis zwischen Hebamme und gebärender Person beschreiben, insbesondere im Hinblick auf Rollenverständnisse, Hierarchien und Kommunikation sowie Textstellen, in denen gebärende Personen als auch Hebammen eine Situation als spannungs- oder konfliktbehaftet wahrgenommen haben
Wissenskonflikte	Wissenskonflikte entstehen, wenn das Wissen des medizinischen Fachpersonal und das der gebärenden Personen aufeinandertreffen und ggf. miteinander konkurrieren. Manchmal steht dieses Wissen auch in Widerspruch oder wird unterschiedlich bewertet. Das kann sich in einem spannungsbehafteten oder konfliktreichen Verhältnis zeigen.	<i>„Und da habe ich in meiner Tätigkeit schon ein bisschen beschnitten gefühlt, weil ich gewusst habe, dass es das ist, was es jetzt braucht, was uns im Endeffekt zu diesem Kind bringen wird. Aber dadurch, dass sie für meine Vorschläge nicht offen war, war es schwierig.“ (Interview 1 Heb., Pos. 21)</i>	Textstellen, in denen es um geburtshilfliches Wissen seitens der Hebammen und der Gebärenden sowie untereinander geht, sowie Textstellen, in denen das angeeignete Wissen durch die Gebärenden zu Konflikten geführt hat.
Bewusste Zurückhaltung vs. Konfrontation & Auflehnung	Bewusste Zurückhaltung beschreibt Situationen, in denen Gebärende bewusst Wissen oder Wünsche und Bedürfnisse	<i>„Also ich weiß nicht, ob es Resignation war von meiner Seite, aber es war ein starkes Gefühl von ok wir sind jetzt an einem Punkt, wo Sachen passieren, die du nicht möchtest aber du kannst</i>	Textstellen, in denen Gebärende äußern, dass sie bewusst Wissen zurückgehalten haben, keine Fragen gestellt mehr haben oder resigniert haben, um nicht unangenehm

	zurückhalten, weil sie nicht unangenehm auffallen oder dem medizinischen Fachpersonal keine Umstände bereiten wollen. Das kann auch bzw. vor allem dann zutreffen wenn es schon zu spannungsbehafteten Situationen gekommen ist. Dieser Code beschreibt Situationen, in denen Gebärende die Machtverhältnisse in der Geburtshilfe hinterfragen oder sich gegen medizinische Entscheidungen oder Praktiken auflehnen, die aus einer erlebten Ungerechtigkeit, fehlenden Autonomie oder nach einer gewaltvollen Praktik entstehen.	<i>auch gerade nicht viel dagegen tun. Das einzige, was du tun kannst, ist versuchen ruhig zu bleiben, was auch eigentlich ganz gut funktioniert hat.“</i> <i>„Ja, eben dieses in mich Reingreifen, wo ich sie in einem Moment sogar weggestoßen habe und gesagt habe, sie soll jetzt aufhören ich kann die Schmerzen nicht ertragen. Das war eigentlich so ein Moment, wo ich mir gedacht habe, ich lass das jetzt nicht noch mal machen von dir.“</i>	aufzufallen und Konflikte zu provozieren. Textstellen, in denen Gebärende sich aktiv gegen bestimmte Handlungsanweisungen, Maßnahmen und Entscheidungen sowie gegenüber dem Verhalten des geburtshilflichen Personals auflehnen.
Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung	Dieser Code beschreibt Situationen, in denen Gebärende nach dem Hinterfragen von Interventionen oder dem Äußern von Widerstand oder der Ablehnung medizinischer Maßnahmen Gewalt erfahren. Dies kann sich in Form von verbaler Herabwürdigung, psychischem Druck, körperlichem Zwang oder der bewussten Missachtung ihrer	<i>„Ich war jemand, mit dem konnte sie schlecht umgehen. Ich war ihr zu inquisiv und sie konnte damit in dem Moment, sie konnte damit generell nicht umgehen, aber in dem Moment hat es dazu geführt, dass sie aggressiv gegenüber mir geworden ist.“</i>	Textstellen, bei denen Gebärenden nach Auflehnung oder Konfrontation negative oder gewaltvolle Reaktionen durch das medizinische Fachpersonal erhalten.

	Wünsche und Bedürfnisse äußern. Gewaltvolle Praktiken nach Auflehnung dienen Redisziplinierung der Gebärenden.		
--	--	--	--