



# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gewalt als Struktur? Erfahrungen von Gebärenden in der  
klinischen Geburtshilfe

verfasst von | submitted by

Zoë Marlies Sophie Nasterlack

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

Wien | Vienna, 2026

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

UA 066 589

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

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Brigitte Fuchs

### **Abstract (deutsch)**

Diese Masterarbeit untersucht Gewalt in der klinischen Geburtshilfe und analysiert, inwiefern von Gebärenden berichteten Erfahrungen als Ausdruck struktureller Gewalt verstanden werden können. Trotz medizinischer Fortschritte und gesunkener Mortalitätsraten berichten viele Gebärende von entwürdigenden, übergriffigen oder fremdbestimmten Situationen während der Geburt. Die Arbeit analysiert, ob institutionelle und kulturelle Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems Auslöser dafür sein könnten. Theoretisch basiert die Analyse auf dem Gewaltkonzept nach Johan Galtung, insbesondere auf struktureller und kultureller Gewalt, ergänzt durch feministische und sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Geburt. Empirisch stützt sich die Arbeit auf eine quantitative Online-Befragung von 176 Gebärenden in Deutschland und Österreich sowie auf qualitative Expertinneninterviews mit einer Hebamme und einer Gynäkologin. Die Ergebnisse zeigen, dass Faktoren wie Personalmangel, Zeitdruck, standardisierte Abläufe, mangelhafte Kommunikation und eingeschränkte Entscheidungsfreiheit Gewalterfahrungen begünstigen. Gewalt in der Geburtshilfe erscheint damit weniger als individuelles Fehlverhalten, sondern als Folge struktureller Bedingungen, die bestimmte Praktiken normalisieren und legitimieren.

**Keywords:** Geburtshilfe, Strukturelle Gewalt, Gewalt unter der Geburt, Gesundheitssystem

### **Violence as a structure? Experiences of women giving birth in clinical obstetrics**

#### **Abstract (englisch)**

This master's thesis examines violence in clinical obstetric care and analyzes to what extent childbirth experiences reported by birthing persons can be understood as expressions of structural violence. Despite significant medical advances and declining maternal and neonatal mortality rates, many birthing persons report experiences of disrespect, coercion, or loss of autonomy during childbirth. Rather than locating these experiences primarily at the individual level, the study situates them within the institutional and cultural frameworks of contemporary healthcare systems. The theoretical framework is based on Johan Galtung's concept of violence, with a particular focus on structural and cultural violence, complemented by feminist and social science perspectives on childbirth. Empirically, the study draws on a quantitative online survey of 176 birthing persons in Germany and Austria, as well as qualitative expert interviews with a midwife and a gynecologist. The findings indicate that factors such as staff shortages, time pressure, standardized procedures, insufficient communication, and limited participation in decision-making contribute to experiences perceived as violent. Consequently, violence in obstetric care appears less as individual misconduct and more as the outcome of structurally embedded conditions that normalize and legitimize such practices.

**Keywords:** obstetric care, structural violence, obstetric violence, healthcare system

## Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Zunächst ein Dankeschön an all die wunderbaren Frauen in meinem Leben, die mich dazu inspiriert und motiviert haben diese Arbeit zu schreiben. Und davon gibt es zum Glück sehr viele.

Dann möchte ich mich ganz herzlich bei den Personen bedanken, die aktiv dazu beigetragen haben, dass meine Masterarbeit in dieser Form entstehen konnte. Danke, an alle Umfrageteilnehmer\*innen, die mir sehr persönliche Einblicke in einen der intimsten Momente ihres Lebens gewährt haben und vielen lieben Dank an die wunderbaren Interviewpartnerinnen für eure Zeit und die guten Gespräche.

Ein Dankeschön geht auch an meine Betreuerin Mag.a Dr.in Brigitte Fuchs, die mir tatkräftig zur Seite gestanden hat und immer verlässliche Ansprechpartnerin war.

Ein weiteres Dankeschön geht an meine Freundin Céline, die einmal emotionale Unterstützung war, aber mit ihrem fachlichen Wissen mir auch inhaltlich wertvollen Input gegeben hat.

Ein großer Dank auch an meine Familie, allen voran meine Eltern. Danke für die unzähligen Male Korrekturlesen, emotional aufbauen und vor allem für die finanzielle Unterstützung. Ohne euch hätte ich mein Studium nicht in dieser Form umsetzen können. Ihr seid eine unfassbare Stütze in der gesamten Studienzeit gewesen und ich weiß das sehr zu schätzen.

Und zu guter Letzt: Ein riesiges Dankeschön an meinen wunderbaren Freund Eddy, der mit mir alle Höhen aber eben auch Tiefen meines dann doch auch langen Studiums durchgestanden hat, insbesondere in der am Ende sehr herausfordernden Abschlussphase. Du hast immer an mich und diese Arbeit geglaubt. Das hat mir unfassbar viel Kraft gegeben und dafür bin ich dir sehr dankbar.

*Für die drei stärksten Frauen, die ich kenne – meine Oma, meine Mama und meine Schwester.*



## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gewaltdreieck nach Johan Galtung. Quelle: Merkblatt – Das Gewaltdreieck nach Johan Galtung der Servicestelle Friedensbildung Baden-Württemberg .....	26
Abb 2: Korrelation zwischen Betreuungsqualität und Schmerzempfinden unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung. ....	52

# Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Formen der Gewalt, Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von Traum(a)Geburt e.V. und der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018). .....	31
<b>Tabelle 2:</b> Häufigkeiten berichteter geburtshilflicher Interventionen, Quelle: Eigene Darstellung. ....	49
<b>Tabelle 3:</b> Häufigkeit negativer Wahrnehmung von medizinischen Eingriffen, Quelle: Eigene Darstellung. ....	50
<b>Tabelle 4:</b> Häufigkeit des Gefühls von Selbstbestimmung unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung. ....	54
<b>Tabelle 5:</b> Zusammenhang zwischen dem fehlenden Gefühl von Selbstbestimmung und dem Gefühl von guter Betreuung unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung. ....	55
<b>Tabelle 6:</b> Zusammenhang zwischen dem Gefühl von guter Betreuung unter der Geburt und der psychischen Belastung postpartum, Quelle: Eigene Darstellung. ....	56

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1. Anmerkung zur Sprache .....	5
<b>2. Geburt und Geburtshilfe in Deutschland und Österreich</b> .....	<b>6</b>
2.1. Ethnographische und soziologische Betrachtungsweise von Geburt .....	7
2.2. Die historische Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland .....	11
2.3. Die Geburtshilfe im 21. Jahrhundert .....	16
<b>3. Gewalt</b> .....	<b>19</b>
3.1. Eingrenzung des Gewaltbegriffs .....	20
3.2. Gewaltkonzept nach Johan Galtung .....	22
3.2.1. Strukturelle Gewalt .....	22
3.2.1.1. Geschlechtsspezifische Gewalt .....	24
3.2.2. Kulturelle Gewalt .....	25
3.2.3. Das Gewaltdreieck nach Johan Galtung .....	26
3.3. Gewalt in der Geburtshilfe .....	27
3.3.1. Arbeitsdefinition von Gewalt im Kontext der Geburtshilfe .....	28
3.3.2. Entstehungsbedingungen .....	32
<b>4. Methodische Herangehensweise</b> .....	<b>33</b>
4.1. Gütekriterien der quantitativen Datenerhebung .....	35
4.1.1. Vor- und Nachteile einer Onlinestudie .....	36
4.1.2. Aufbau des Fragebogens .....	37
4.1.2.1. Fragenaufbau .....	37
4.1.2.2. Beschreibung der Datenerhebung .....	39
4.1.2.3. Limitation des Fragebogens .....	41
4.2. Expertinneninterviews als qualitative methodische Ergänzung .....	42
4.3. Methodik in der Datenauswertung .....	44
4.3.1. Methodik quantitative Datenauswertung .....	44
4.3.2. Methodik qualitative Datenauswertung .....	45

<b>5. Analyse .....</b>	<b>46</b>
5.1. Quantitative Datenauswertung .....	46
5.1.1. Stichprobenbeschreibung .....	47
5.1.2. Erleben von Gewalt unter der Geburt.....	48
5.1.2.1. Auswirkungen des Erlebens von Gewalt unter der Geburt .....	53
5.2. Qualitative Datenauswertung .....	57
5.2.1. Personalschlüssel und Personalmangel .....	58
5.2.2. Dokumentation .....	59
5.2.3. Verantwortung und medizinische Eingriffe .....	60
5.2.3. Begleitperson.....	61
5.2.4. Sozio-kulturelle Abhängigkeit von Geburt .....	61
5.2.5. Skepsis gegenüber dem medizinischen System .....	62
5.2.6. Positive Gestaltung des Geburtserlebnisses .....	63
<b>6. Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>63</b>
6.1. Strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe .....	63
6.2. Kulturelle Gewalt in der Geburtshilfe .....	67
6.3. Gewalt in der Geburtshilfe analysiert nach dem Gewaltdreieck von Johan Galtung....	69
<b>7. Conclusio .....</b>	<b>71</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>74</b>

# 1. Einleitung

*„Die Natur hat aber den Menschen im Zuge der Evolution nicht gerade bevorzugt, was die Geburt anbelangt. Der aufrechte Gang brachte die Lendenlordose mit sich, wodurch der Durchtritt des Kopfes durch das knöchernen Becken erschwert wurde. Auch die einmalige Zunahme des Gehirnvolumens – zweifelsohne ein entscheidender Schritt auf dem Weg zum Homo sapiens –, als denn Folge zwangsläufig die Kopfgröße zunehmen musste, führte ihrerseits zu einer Verkomplizierung der Geburt. Die problematische Entwicklung des Geburtsmechanismus beim Menschen ist seit jeher als hartes Schicksal für die Menschheit erkannt worden. ‚Unter Schmerzen sollst du gebären‘ ist schon im Alten Testament zu lesen. Schließlich war in früherer Zeit die Geburt auch durch eine ungeheure Mortalität und Morbidität belastet, und es kann zweifelsohne als Aufgabe der Zivilisation verstanden werden, diese ‚evolutionäre Erblast‘ zu korrigieren, was im vergangenen Jahrhundert auch tatsächlich eindrucksvoll gelungen ist.“ (Schneider et al., 2011: S. 684)*

Dieses Zitat aus dem Lehrbuch für Geburtshilfe von Schneider et al. (2011) zeigt prägnant, wie tief die Geburt historisch wie biologisch in Risiken, Schmerzen und Unsicherheiten verankert ist. Jahrhundertlang war sie ein Ereignis, das stets ein hohes Mortalitätsrisiko für Gebärende wie Neugeborene barg. Erst durch den medizinischen Fortschritt des 20. Jahrhunderts konnten diese Risiken in vielen Regionen der Welt, insbesondere im Globalen Norden, deutlich reduziert werden. Dieser Fortschritt gilt als zivilisatorische Errungenschaft – doch zugleich offenbaren die Stimmen von geburtshilflichem Fachpersonal und Betroffenen, dass mit der zunehmenden Technisierung und Standardisierung der Geburt Aspekte wie Autonomie, Selbstbestimmung und Würde der Gebärenden in den Hintergrund gerückt sind. Erfahrungen von respektlosem oder entwürdigendem Verhalten unter der Geburt werden zunehmend öffentlich diskutiert.

Ein Beispiel dafür bietet die Hebamme Eva Placzek, die in ihrem Buch *Ich. Hebamme. Mittäterin.* (2024) eindrücklich Situationen schildert, in denen Interventionen unter dem vermeintlichen Primat des Kindsschutzes durchgeführt wurden, die Gebärende jedoch als massiv übergriffig erlebten (vgl. Placzek, 2024). Stimmen wie ihre ermutigen immer mehr Betroffene, ihre Erfahrungen mit der Geburtshilfe öffentlich zu teilen und damit auch belastende oder negative Erlebnisse sichtbar zu machen. Der „Roses Revolution Day“, der jährlich am 25. November – dem Internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen\* – stattfindet, macht seit 2013 ebenfalls auf solche Erfahrungen aufmerksam. Dabei legen Betroffene weltweit rosafarbene Rosen vor jene Einrichtungen, in denen sie respektlose oder gewaltvolle Behandlung vor, nach oder während der Geburt erfahren haben. Die von der spanischen Aktivistin Jesusa Ricoy initiierte Bewegung wurde 2013 nach Deutschland gebracht und wird

seit 2019 vom Verein „Traum(a)Geburt e.V.“ betreut (vgl. Roses Revolution Deutschland, o.J.) Auch in Österreich existieren betreuende Einrichtungen wie das Zentrum NANAYA, die von Gewalt-unter-der-Geburt-Betroffenen Raum für ihre Erfahrungen bieten (vgl. Nanaya, o.J.).

Eine nachhaltige strukturelle Veränderung erfordert jedoch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema. Erst empirische Daten ermöglichen es, Ausmaß, Formen und Bedingungen geburtshilflicher Gewalt sichtbar zu machen und strukturelle Muster zu analysieren, die gewaltvolle Erfahrungen begünstigen. Bisher wurde Geburt in der sozialwissenschaftlichen Forschung jedoch weitgehend marginalisiert. Machtstrukturelle Dimensionen von Geburt blieben lange unzureichend erforscht. Im Globalen Norden beginnt sich erst seit etwa Mitte der 2010er Jahre diese Leerstelle zu füllen.

Ab etwa 2015 wurde Gewalt in der Geburtshilfe in Europa erstmals breiter wissenschaftlich und institutionell anerkannt, vor allem angestoßen durch die WHO-Studie von Bohren et al. (2015) und die parallel dazu zunehmenden nationalen Diskurse, etwa in Spanien und Frankreich (vgl. Bohren et al., 2015). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Gewalt in der Geburtshilfe hat jedoch nicht in Europa begonnen. Während europäische Forschungsarbeiten erst seit den 2010er-Jahren explizit Erfahrungen von Gewalt rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett untersuchen, entstand der zentrale theoretische Impuls wesentlich früher in Nord- und Südamerika. Bereits Anfang der 2000er-Jahre prägten feministische Wissenschaftler\*innen in Lateinamerika den Begriff *violencia obstétrica*, um strukturelle und direkte Formen von Misshandlung, Entwürdigung und Diskriminierung im geburtshilflichen Kontext zu benennen (vgl. Ferrão et al., 2022). Auslöser waren insbesondere die rassistischen Erfahrungen Schwarzer und indigener Frauen\* im dortigen Gesundheitssystem (Diniz et al., 2015). Venezuela und Argentinien sind zudem die ersten Länder, in denen Maßnahmen gegen Gewaltausübungen unter der Geburt juristisch verankert wurden (vgl. Eckardt, 2020: S. 9).

Zur gleichen Zeit entwickelten Schwarze Feminist\*innen in den USA das Konzept der *Birth Justice*, das im Rahmen der *Reproductive Justice* verortet ist. Dieses intersektionale Konzept macht sichtbar, wie reproduktive Erfahrungen von komplexen Wechselwirkungen zwischen *Race*, Klasse, Geschlecht, Behinderung, Alter und sexueller Orientierung geprägt sind. Die drastischen Unterschiede in der maternalen Mortalität in den USA – Schwarze Frauen\* sterben drei- bis viermal häufiger an schwangerschaftsbedingten Komplikationen als weiße Frauen\* – verdeutlichen die Folgen struktureller Diskriminierung (vgl. Winkler und Babac, 2022). Die Entwicklung zeigt: Die Auseinandersetzung mit Gewalt in der Geburtshilfe ist ein globales Phänomen, dessen Wurzeln in lateinamerikanischen und afroamerikanischen feministischen

Bewegungen liegen und das erst mit Verzögerung in Europa angekommen ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass Gewalt-Erfahrungen nicht gleich verteilt sind, sondern eng mit sozialen Ungleichheitsverhältnissen verwoben sind. Diese intersektionale Vielschichtigkeit macht die wissenschaftliche Untersuchung methodisch anspruchsvoll – und zugleich unverzichtbar, um strukturelle Probleme sichtbar zu machen. Da die Forschung zu Gewalt in der Geburtshilfe in Europa noch am Anfang steht, lag der Schwerpunkt bisher vor allem darauf, das Phänomen selbst sichtbar zu machen und seine Erscheinungsformen sowie die Auswirkungen auf Betroffene zu beschreiben. Eine systematische Untersuchung der strukturellen Bedingungen, die solche Erfahrungen begünstigen oder hervorbringen, wurde bislang nur in Ansätzen geleistet.

Die Internationale Entwicklung untersucht als Disziplin globale und lokale Ungleichheiten sowie zugrunde liegende Machtstrukturen mithilfe eines inter- und transdisziplinären Zugangs, der soziale, politische und institutionelle Prozesse in den Blick nimmt. Die vorliegende Masterarbeit möchte in diesem Kontext einen Beitrag dazu leisten, die von Gebärenden berichteten Erfahrungen von Gewalt während der Geburt zu erfassen und zu analysieren, inwiefern diese als Ausdruck struktureller Gewalt verstanden werden können. Die Geburt nimmt gesellschaftlich eine Sonderstellung ein, da hier individuelle Erfahrungen, institutionelle Strukturen und gesellschaftliche Normen aufeinandertreffen und sich Ungleichheits- sowie Machtverhältnisse besonders deutlich manifestieren. Mit dieser Arbeit soll deskriptiv erläutert werden, in welcher Form diese Ungleichheits- und Machtverhältnisse im Kontext der Geburtshilfe vorliegen basierend auf den Schilderungen von Gebärenden. Der Forschungsraum umfasst dabei Deutschland und Österreich; aufgrund des sozio-kulturellen Kontexts der Forscherin war der Zugang zum Feld dort am einfachsten. Die beiden Länder lassen sich aufgrund ihrer teilweise eng verwobenen Historie und damit auch sehr ähnlich aufgestellten Gesundheitssysteme zudem gut zu einem Forschungsraum zusammenfassen. Das Vorhaben erfordert zunächst eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Phänomen der geburtshilflichen Gewalt insgesamt. Eine detaillierte Betrachtung spezifischer Diskriminierungsformen – etwa auf Grundlage von *Race*, Klasse, Behinderung oder sexueller Orientierung – konnte aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit nicht erfolgen, stellt jedoch einen zentralen und dringend notwendigen Ansatzpunkt für zukünftige Forschung dar.

Zur Einführung in das Thema wird in der vorliegenden Arbeit zunächst die sozialwissenschaftliche Relevanz der Auseinandersetzung mit Geburt und Geburtshilfe herausgearbeitet. In diesem Zusammenhang erfolgt ein kurzer historischer Abriss zur Entstehung und Entwicklung geburtshilflicher Praktiken, bevor die Struktur der Geburtshilfe

im 21. Jahrhundert sowie die damit verbundenen Herausforderungen analysiert werden. Darauf aufbauend, widmet sich die Arbeit dem Gewaltbegriff, der zunächst theoretisch eingeordnet und anschließend mit Bezug auf das Gewaltdreieck nach Johan Galtung vertieft wird. Auf dieser Grundlage wird der Gewaltbegriff für den Kontext der Geburtshilfe weiter präzisiert und es werden eindeutige definatorische Kategorien für die empirische Untersuchung entwickelt. Ausgehend von diesem Gewaltbegriff wurde für die vorliegende Arbeit eine quantitative Befragung von 176 Gebärenden durchgeführt, die mit qualitativen Interviews einer Hebamme und einer Gynäkologin ergänzt wurde. Während die quantitative Erhebung Erfahrungen, Interventionen, Gewaltformen und das subjektive Sicherheitsempfinden der Gebärenden erfasst, liefern die Expertinneninterviews Einblicke in Arbeitsbedingungen, Abläufe und institutionelle Anforderungen der Geburtshilfe. Durch die Verknüpfung beider Ebenen gelingt es, konkrete Gewalterfahrungen in ihren strukturellen und organisatorischen Kontext einzuordnen. Die Arbeit erhebt dabei nicht den Anspruch, die Frage institutioneller Gewalt abschließend zu klären. Vielmehr soll sie aufzeigen, welche Formen von Gewalt Gebärende erleben, welche institutionellen Bedingungen diese begünstigen und welche Hinweise sich daraus auf mögliche strukturelle Verankerungen gewaltvoller Praktiken ableiten lassen.

Die Forschungsfrage meiner Arbeit lautet dabei:

*„Inwiefern spiegeln die Berichte von Gebärenden und die Perspektiven von medizinischen Fachkräften Merkmale struktureller Gewalt in der Geburtshilfe wider?“*

Dieser Frage möchte ich mithilfe folgender Thesen nachgehen:

**T1:** Strukturelle Bedingungen des Geburtssystems – etwa Personalmangel, Zeitdruck oder standardisierte Abläufe – tragen indirekt zur Entstehung (subjektiver) Gewalterfahrungen bei.

**T2:** Kulturelle und institutionelle Vorstellungen von „Sicherheit“ und „Normalität“ während der Geburt legitimieren Praktiken, die von Gebärenden als gewaltvoll erlebt werden können.

**T3:** Das subjektive Erleben von Gewalt während der Geburt korreliert mit einem Mangel an Kommunikation, dem Gefühl von Kontrollverlust und unzureichender sozialer Unterstützung sowie der fehlenden Einbindung der Gebärenden in Entscheidungen.

Die Fragestellung der Arbeit unterliegt mehreren Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Da die Frage nach institutioneller Gewalt theoretisch weit gefasst ist, kann die Studie keine umfassende Diagnose für alle geburtshilflichen Einrichtungen liefern, sondern lediglich aufzeigen, inwiefern bestimmte Erfahrungen und Strukturen in diesem Rahmen interpretierbar sind. Die quantitative Onlinebefragung basiert auf einer Selbstselektionsstichprobe, wodurch insbesondere Personen mit belastenden Geburtserfahrungen überrepräsentiert sein könnten. Zudem beruhen alle Angaben auf retrospektiven Selbstauskünften, die durch Erinnerungseinflüsse und emotionale Faktoren verzerrt sein können. Die institutionelle Perspektive wird durch zwei Expertinneninterviews ergänzt, die jedoch nur einen begrenzten Ausschnitt beruflicher Realitäten abbilden. Darüber hinaus wird in der Arbeit eine spezifische theoretische Definition von institutioneller Gewalt genutzt; andere Konzepte hätten zu abweichenden Deutungen führen können. Schließlich erlaubt das vorliegende Design keine kausalen Aussagen darüber, ob bestimmte institutionelle Merkmale Gewalt verursachen, sondern lediglich Hinweise auf mögliche Zusammenhänge und strukturelle Bedingungen. Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass Differenzkategorien wie Rassismus, Klassismus, Ableismus oder andere Formen von Diskriminierung nur am Rande adressiert werden können, obwohl sie im Kontext geburtshilflicher Gewalt eine zentrale Rolle spielen. Dies hat einmal als Grund, dass die intensivere Auseinandersetzung mit dieser Thematik nicht im Rahmen dieser Arbeit zusätzlich umsetzbar wäre zum anderen bin ich mir bewusst, dass als Forscherin mit einem Hintergrund in der weißen, bildungsnahen, oberen Mittelschicht meine eigenen sozialen Netzwerke, in deren Kontext die Datenerhebung dieser Arbeit entstanden ist eine gewisse Ähnlichkeit mit meinem eigenen soziokulturellen Profil aufweisen. Eine nachhaltige Analyse von Rassismus, Klassismus und Ableismus wäre somit schwierig gewesen.

## **1.1. Anmerkung zur Sprache**

In der Arbeit wird eine geschlechtersensible Sprache mit Genderstern verwendet, um alle Geschlechter und Selbstbezeichnungen einzuschließen; entsprechende Eigenbezeichnungen werden großgeschrieben. Inklusive Sprache bedeutet auch anzuerkennen, dass nicht alle Personen, die schwanger werden und gebären, Frauen sind – und zugleich, dass nicht alle Frauen schwanger werden können. Der Begriff *Frau* ist daher sowohl zu eng als auch zu weit gefasst (vgl. Winkler und Babac, 2022). Die Schreibweisen *Frau\*/Mann\** sowie *weiblich\*/männlich\** werden daher ebenfalls mit einem Asterisk versehen, um sichtbar zu

machen, dass hinter diesen Kategorien vielfältige Geschlechtsidentitäten stehen, auch wenn Menschen historisch in lediglich diese beiden Gruppen eingeordnet wurden. Gerade mit Blick auf historische Darstellungen ist es jedoch wichtig, diese heteronormativen Geschlechtsverständnisse offenzulegen. Der Asterisk weist zugleich darauf hin, dass Personen zwar aufgrund körperlicher Merkmale in solche Kategorien einsortiert wurden, sich damit aber nicht zwangsläufig identifizieren. Für eine sensiblere Ausdrucksweise wird, wenn möglich, die Formulierung männlich oder weiblich gelesene Person dafür verwendet. Da die Autorin Begriffe wie *Gebärende* und *Schwangere* nicht an eine bestimmte Geschlechtsidentität bindet, wird in dieser Arbeit bewusst auf geschlechtsspezifische Zuordnungen verzichtet – in dem Wissen, dass unterschiedliche wissenschaftliche Kontexte hier mitunter andere Entscheidungen treffen. Berufsgruppen werden ebenfalls gegendert, es sei denn aus besonderen Umständen (beispielsweise aufgrund historischer Gegebenheiten), war der Berufsstand ausschließlich nur einem heteronormativ gelesenen Geschlecht zugänglich. Dies soll dann mit der jeweils einseitigen Bezeichnung abgebildet werden. Eine Besonderheit stellt die Berufsbezeichnung *Hebamme* dar, für die keine etablierte, geschlechtsneutrale oder männliche Entsprechung existiert. Dies hat auch etwas mit der Historie des Berufszweigs zu tun, der bis lange in die Neuzeit hinein ausschließlich von weiblich gelesenen Personen ausgeführt wurde und damit eine Besonderheit darstellt. Die erste männlich gelesene Person hat in Österreich 2016 mit der Ausbildung angefangen, seit 1995 ist diese überhaupt erst für Männer\* geöffnet worden (vgl. Miedl-Rissner, 2023). In Deutschland sind von ca. 26.000 Hebammen 22 männlich gelesene Personen. Diese bezeichnete man bis zur Reform der Hebammenausbildung 2020 als Entbindungspfleger (vgl. Richter-Kuhlmann, 2023). Seit 2020 (2019 in Österreich) hat man sich jedoch darauf geeinigt, den Begriff Hebamme für alle Geschlechter zu übernehmen, um die Gesamtheit des Berufs, der über die Betreuung der Geburt hinausgeht, darzustellen (vgl. Kanya, 2016; Richter-Kuhlmann, 2023). Ich möchte mich daher auch in meiner Arbeit daranhalten.

## 2. Geburt und Geburtshilfe in Deutschland und Österreich

Zu Beginn erfolgt eine Einführung in das Thema „Geburt“ sowie eine Darstellung der Entwicklung und der Struktur der Geburtshilfe in Deutschland und Österreich. Die Geburt eines Kindes stellt einen fundamentalen biografischen Einschnitt dar, der sowohl für die gebärende

Person als auch für das neugeborene Kind und deren soziales Umfeld von weitreichender Bedeutung ist. Geburt ist dabei nicht ausschließlich als biologisch-physiologischer Prozess zu verstehen, sondern zugleich als kulturell, sozial und historisch gerahmtes Ereignis. In nahezu allen Gesellschaften ist Geburt mit symbolischen Bedeutungen, normativen Vorstellungen und institutionellen Regelungen verknüpft, die maßgeblich prägen, wie sie erlebt, gestaltet und bewertet wird. Entsprechend lässt sich Geburt als ein medizinischer wie auch sozialer Vorgang begreifen, in dem individuelle Erfahrungen, gesellschaftliche Diskurse und institutionelle Strukturen ineinandergreifen (vgl. Scopesi et al., 1997).

Im vorliegenden Kapitel werden die unterschiedlichen Aspekte von Geburt in einer systematischen Zusammenschau näher beleuchtet. Ziel ist es aufzuzeigen, welche Dimensionen für die Analyse von Geburt relevant sind, und zugleich jene analytischen Schwerpunkte zu definieren, die dieser Arbeit zugrunde liegen. Eine umfassende Betrachtung aller möglichen Perspektiven würde den Rahmen dieser Masterarbeit übersteigen, weshalb eine gezielte thematische Fokussierung notwendig ist. Neben dem physiologischen Ablauf befindet sich die Geburt nämlich auch in einem Spannungsfeld zwischen kultureller Bedeutung, subjektivem Erleben und institutionellen Strukturen. Alle diese Faktoren zusammen wirken sich auf die Qualität und Wahrnehmung der Geburtserfahrung aus.

Der Aufbau des Kapitels gliedert sich folgendermaßen: Zunächst wird die Relevanz einer ethnografischen und soziologischen Perspektive auf Geburt herausgearbeitet und diese mit der vorherrschenden medizinisch-biologischen Perspektive kontrastiert. In der Folge wird die historische Entwicklung der Geburtshilfe kurz nachgezeichnet, um ein tieferes Verständnis für die bestehenden Strukturen zu bekommen. Abschließend wird die strukturelle Rahmung der heutigen Geburtshilfe dargestellt und auf die damit einhergehenden Herausforderungen eingegangen.

## **2.1. Ethnographische und soziologische Betrachtungsweise von Geburt**

Der Geburtsprozess lässt sich nicht auf eine rein medizinische Perspektive reduzieren. Vielmehr ist er eingebettet in sozio-kulturellen Norm- und Wertvorstellungen. Wenn man also verstehen möchte, wie Geburt funktioniert, wie sie abläuft und vor allem, wieso sie in einer Gesellschaft oder einem Land in einer spezifischen Art abläuft und nicht anders, darf man nicht allein auf die medizinisch-biologischen Faktoren sehen, sondern muss zwingend auch die

sozio-kulturellen und ökonomischen Faktoren, die Geburt beeinflussen, mit in den Blick nehmen. Das ist nicht nur grundlegend, um Geburt innerhalb eines gesellschaftlichen Diskurses zu verstehen; der strukturelle Ablauf sowie die diskursive Darstellung einer Geburt innerhalb einer Gesellschaft geben auch wesentliche Auskünfte über deren Aufbau und deren Norm- und Wertevorstellungen. Eine Geburt ist damit wie die meisten mit Riten aufgeladenen Ereignisse eine Möglichkeit, gesellschaftliche Macht- und Ungleichverhältnisse zu analysieren (vgl. Scopesi et al., 1997).

Und trotzdem ist die Geburt, im Gegensatz zum Tod, ein „in der Soziologie kaum beachtetes Themengebiet“ (Eckardt, 2020: S. 17). In den Sozialwissenschaften dominiert derzeit vor allem ein konstruktivistischer Zugang, der insbesondere auf die historische Verortung von Geburt und Geburtserlebnis abzielt. Historische Deutungen, kulturelle Vorstellungen und soziale Einbindungen prägen zwar maßgeblich sowohl das individuelle Erleben von Geburt als auch die damit verbundenen Praktiken. Allerdings greift eine rein historische Betrachtung zu kurz. Von zentraler Bedeutung ist es, die Wechselwirkungen von Macht und Wissen in den Blick zu nehmen, die die kulturelle Rahmung von Geburt bestimmen. Erst durch eine Analyse dieser Macht-Wissens-Konstellationen lässt sich verstehen, wie bestimmte Praktiken legitimiert, andere marginalisiert werden und wie dadurch Subjektpositionen für Gebärende hervorgebracht und begrenzt werden (vgl. ebd.: S. 12ff). Schaut man sich die historische Betrachtung der Geburtsgeschichte jedoch etwas genauer an, so lassen sich auch aus dieser Diskurspraktiken sowie die Verknüpfung von Wissen, Wahrheit und Macht im foucaultschen Sinne ziehen.

Es zeigt sich, dass kulturelle Vorstellungen, ritualisierte Praktiken und Wissensordnungen in jeder historischen Konstellation auf spezifische Weise bestimmen, wie Geburt gestaltet wird und wie Frauen\* ihre Rolle im Geburtsgeschehen wahrnehmen. Der dominant-medizinische Zugang, der Geburt primär als biologisch-physiologischen Vorgang versteht, steht dabei einer sozial- und kulturwissenschaftlichen Perspektive gegenüber, die Geburt als zentralen sozialen und biographischen Prozess begreift. Dadurch wird deutlich, dass die soziale Wirklichkeit der Geburt durch ein gleichzeitiges Nebeneinander unterschiedlicher Dispositive geprägt ist, die zugleich in hierarchischen Strukturen zueinanderstehen (vgl. ebd.: S. 60).

Dies wird auch in den vielfältigen Bildungsangeboten rund um Geburt und Schwangerschaft deutlich: Im Diskursfeld „Geburt“ wird Wissen nicht nur erzeugt, sondern zugleich tradiert und verbreitet (vgl. ebd.: S. 37). Dieser Deutungsambivalenz kann sich die Wissenschaft nicht entziehen. Vorherrschende Grundannahmen prägen sowohl theoretische Zugänge als auch

konkrete Forschungspraktiken, nicht nur im individuellen Fall, sondern auch im Rahmen institutioneller Schwerpunktsetzungen universitärer Forschung (vgl. ebd.: S. 16). Die sozialwissenschaftliche Perspektive bliebe dabei lange marginalisiert: Es gilt, dieses Ungleichgewicht kritisch zu hinterfragen.

„Kinder auf die Welt zu bringen ist eine simple anthropologisch-physiologische Konstante. Doch wie es stattfindet, ist eine höchst soziale Angelegenheit“ (Rose, 2022: S. 10). Mit diesem Befund eröffnet Lotte Rose ihr Buch *Gebären will gelernt sein*, in dem sie das Ereignis Geburt aus ethnologischer Perspektive untersucht. Ethnologische bzw. sozialanthropologische Studien wie jene der genuesischen Sozialanthropolog\*innen Alda Scopesi, Mirella Zanobini und Paolo Carossino (1997), die den strukturellen Ablauf und das Erleben von Geburt in Deutschland, Frankreich, Italien und den Vereinigten Staaten untersucht haben, zeigen, dass sich in westlichen Gesellschaften im Laufe der Zeit spezifische Verhaltensweisen etabliert haben, die darauf abzielen, den „positiven Ausgang“ von Geburt zu gewährleisten. Da „positiv“ in westlichen Gesellschaften primär mit einem pathologisch sicheren Ausgang für gebärende Person und Kind gleichgesetzt wird, hat sich besonders im 20. und 21. Jahrhundert ein technologisch geprägtes Geburtsmodell durchgesetzt, das auf der umfassenden Medikalisierung von Schwangerschaft und Entbindung beruht (vgl. Scopesi et al., 1997). In diese Argumentationslinie fügt sich auch Robbie Davis-Floyds ethnografische Analyse der Geburt in den Vereinigten Staaten (2022) ein. Sie interpretiert die routinisierten geburtshilflichen Interventionen des Krankenhaussettings nicht primär als medizinisch notwendige Maßnahmen, sondern als kulturell wirksame Rituale, die zentrale Werte westlich-technokratischer Gesellschaften – insbesondere Kontrolle, Standardisierung und technologisches Vertrauen – reproduzieren. Geburt erscheint damit weniger als individuell-physiologisches Geschehen, mehr als sozial strukturierter Übergangsritus, durch den gebärende Personen in ein kulturelles Ordnungssystem eingliedert werden, das Sicherheit vor allem über technische Steuerbarkeit definiert (vgl. Davis-Floyds, 2022: S. 55ff). Neben dieser Medikalisierung lässt sich jedoch auch eine zunehmende Ökonomisierung von Schwangerschaft und Geburt feststellen, vor allem innerhalb von westlichen Gesellschaften.

In Deutschland und Österreich ist dies einerseits dem strukturellen Wandel im Gesundheitssystem geschuldet (mehr dazu in Kapitel 2.3.), betrifft schwangere Personen andererseits aber ebenso auf individueller, privater Ebene. Die schwangere und gebärende Person wird zunehmend als Subjekt im Sinne des „unternehmerischen Selbst“ angesprochen (Rose, 2022: S. 9). Damit verbindet sich die Erwartung einer intensiven, ressourcenaufwendigen Vorbereitung. Von schwangeren Personen wird verlangt, sich

medizinisches Wissen anzueignen und vermittelte Expertise so zu nutzen, dass sie individuelle Untersuchungsdaten eigenständig diagnostisch einordnen können. Sie sind aufgefordert, den eigenen Körper aufmerksam zu beobachten, Symptome präzise zu deuten und daraus jeweils die vermeintlich richtigen Handlungen abzuleiten. Diese rekonstruierten Bildungspraktiken lassen sich als Teil moderner Subjektivierungsprogramme verstehen, die darauf abzielen, die Lebensführung insgesamt nach dem Modell unternehmerischen Handelns auszurichten. Dass werdende Eltern diese Anforderungen annehmen, verweist zugleich auf die Normalisierung und breite gesellschaftliche Akzeptanz dieser Werteorientierung (vgl. ebd.). Zusätzlich wird der gebärenden Person während der Geburt in der Regel eine Begleitperson zu Seite gestellt – meist der (nach wie vor überwiegend männliche) Partner. Diese gesellschaftlich kaum hinterfragte Erwartung verweist auf die nach wie vor stark heteronormative Prägung von Geburt – ein konservatives Normalitätskonzept, von dem sich auch die Forschung bislang nicht vollständig gelöst hat (vgl. ebd.: S. 12f.).

Die Medizinhistorikerin Barbara Duden hat bereits in den 1990er Jahren mit ihrem Werk *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben* einen wesentlichen Beitrag zur Forschung über den gesellschaftlichen Stellenwert von Frauen während Schwangerschaft und Geburt sowie zu Fragen reproduktiver Rechte geleistet. Darin kritisiert sie, dass Schwangerschaft in der Moderne nicht mehr primär als leiblich erfahrenes Geschehen der schwangeren Person verstanden wird, sondern als medizinisch definierter Zustand, der durch Expert\*innenwissen, bildgebende Verfahren, Messwerte und Risikokalküle geprägt ist. In diesem Prozess wird der schwangere Körper zu einem öffentlichen Ort, an dem gesellschaftliche, moralische und politische Vorstellungen von „Leben“ verhandelt werden, während die eigene Wahrnehmung der weiblich gelesenen Person zunehmend an Bedeutung verliert. Vor diesem Hintergrund plädiert Duden für ein Verständnis von Selbstverantwortung, das nicht im Management medizinischer Daten oder in optimierender Selbstkontrolle besteht, sondern auf die Rückgewinnung leiblicher Autorität abzielt: Schwangerschaft soll wieder aus der Perspektive der erlebenden Person verstanden werden und nicht primär aus der Logik von Risiko, Effizienz und Prävention. (vgl. Duden, 2016).

Diese jedoch mittlerweile zunehmende ökonomische Subjektivierung der schwangeren Person verweist nach der Sozialwissenschaftlerin Tina Jung auf ein sehr gravierendes Problem: die Verschlechterung der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe. Wo eine umfassende Versorgung nicht mehr gewährleistet ist, entsteht ein kompensatorisches Erwartungsregime: Schwangere sollen sich durch die Aneignung gynäkologischen Wissens – also durch die Emanzipation von der traditionellen Wissensvormacht der Medizin – sowie durch private

personelle Ressourcen, etwa eine instituierte Begleitperson wie den Partner, selbst absichern (vgl. Jung, 2017).

## **2.2. Die historische Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland**

Um analysieren zu können, ob und auf welche Weise Gewalt in der Geburtshilfe verankert ist, muss das System verstanden werden, in das sie eingebettet ist. Um dieses System zu verstehen, muss zunächst dessen Entstehungsgeschichte betrachtet werden – jene historischen Entwicklungen, die zur gegenwärtigen Ausformung der Geburtshilfe geführt hat. Sowohl die strukturellen Rahmenbedingungen als auch die gesellschaftlichen Normvorstellungen von Geburt haben eine weit zurückreichende Geschichte, die ihre heutige Ausrichtung nachhaltig prägt.

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung der Geburtshilfe exemplarisch am Beispiel Deutschlands dargestellt. Eine parallele, detaillierte Analyse der historischen Entwicklung in Deutschland und Österreich würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Die Entscheidung für Deutschland erfolgte zudem vor dem Hintergrund, dass für dieses Land der umfangreichere empirische Datensatz vorliegt, wodurch sich die Analyse stringenter und belastbarer gestalten lässt. Ziel des Kapitels ist dabei nicht eine detaillierte Darstellung der jeweiligen institutionellen oder strukturellen Ausgestaltung der geburtshilflichen Systeme, sondern eine Einordnung zentraler gesellschaftlicher Entwicklungen. Im Fokus stehen insbesondere die gesellschaftliche Wahrnehmung von Geburt, ihre Verlagerung vom häuslichen in den klinischen Kontext sowie Prozesse der Institutionalisierung und Privatisierung. Da diese übergeordneten Rahmenbedingungen und Entwicklungslinien in Deutschland und Österreich in weiten Teilen vergleichbar sind, erscheint eine exemplarische Darstellung anhand des deutschen Kontexts für die Fragestellung dieser Arbeit angemessen.

Die Geschichte der Geburt ist von tiefgreifenden Umbrüchen gekennzeichnet, die stets mit Verschiebungen in Macht- und Wissensordnungen einhergingen. Böhme (1980) beschreibt die historische Entwicklung des Hebammenwesens in vier Etappen: zunächst als Form solidarischer Nachbarschaftshilfe, dann in der Gestalt eines öffentlichen Amtes, später als traditionell verankerter Beruf und schließlich als moderner Professionalisierungszusammenhang (vgl. Böhme, 1980: S. 215). Vor dem Hintergrund gegenwärtiger Entwicklungen erscheint es jedoch sinnvoll, dieses Modell um eine weitere Phase zu ergänzen:

Das Hebammenwesen befindet sich aktuell in einem Prozess der Akademisierung, der eine neue Stufe in seiner historischen Transformation markiert (vgl. Eckardt, 2020: S. 62). In Deutschland ist die Akademisierung teilweise im Gange, in Österreich durch das Bachelor- und Masterstudium Hebammenwesen bereits vollkommen abgeschlossen. Das Hebammenwesen als akademischer Beruf ist eine Erfindung der Neuzeit und war so nicht immer gegeben.

Der Beruf der Hebamme ist wahrscheinlich genauso alt wie die Menschheit selbst. Bereits alte Wandmalereien in Ägypten zeugen von der Praxis erster Hebammen (vgl. Lamm, 2022). Bis ins 18. Jahrhundert ließ sich die Grenze zwischen ausgebildeten Hebammen und geburtshelfenden Laiinnen jedoch kaum eindeutig ziehen. Zeitgenössische Geburtsberichte deuten darauf hin, dass neben Hebammen auch sogenannte Wehemütter sowie andere weibliche\* Personen aus der Dorfgemeinschaft an den in der Nachbarschaft stattfindenden Geburten beteiligt waren. Solche Darstellungen legen nahe, dass Geburt in dieser Epoche als gemeinschaftliches Ereignis innerhalb des weiblichen\* Sozialraums verstanden und oftmals auch festlich begangen wurde. Die Anwesenheit von männlichen\* Personen bei der Entbindung war hingegen selten und nur in Ausnahmefällen dokumentiert. Medizinisch ausgebildete männliche\* Personen – Ärzte, Bader oder Chirurgen – wurden bis weit ins 19. Jahrhundert hinein nur in besonderen Notsituationen hinzugezogen. Damit kam den Frauen\*gemeinschaften eine zentrale gesellschaftliche Bedeutung zu: Sie verfügten über eine eigenständige Machtposition im reproduktiven Bereich und handelten über lange Zeit hinweg selbstbestimmt und autonom. Gestützt wurde diese machtvolle Position durch den exklusiven Zugang zu reproduktivem Wissen für weibliche\* Personen, das überwiegend mündlich tradiert wurde. Hebammen erlernten ihre Tätigkeit vor allem durch Erfahrung, ihr eigenes Körperwissen und durch situatives Lernen („Sehen“) (vgl. Eckardt, 2020: S. 65ff)

Dass weibliche\* Personen über lange Zeit hinweg nahezu exklusiv über Wissen, Einfluss und Handlungsmacht in Fragen der Reproduktion verfügten – sei es hinsichtlich Verhütung, Abtreibung, Schwangerschaft oder Geburt – wurde von den kirchlichen Autoritäten als problematisch wahrgenommen. Ab dem 16. Jahrhundert setzte daher eine gezielte Regulierung ein: Hebammen wurden verpflichtet, ihr Wissen und ihre Praktiken im Einklang mit kirchlichen Vorstellungen auszurichten. Sie erhielten das Recht zur Durchführung von Nottaufen und trugen damit auch Verantwortung für das Seelenheil der Neugeborenen. Mit der Einführung solcher Kontrollmechanismen, insbesondere der Prüfung der moralisch-religiösen Eignung, begann die kirchliche Institutionalisierung des Hebammenberufs (vgl. Eckardt, 2020: S. 70ff).

In der Regensburger Hebammenordnung von 1555 findet sich erstmals die Verpflichtung, bei Komplikationen während der Geburt einen Arzt hinzuzuziehen. Unter Komplikationen wurden in erster Linie Gefahren für die gebärende Person verstanden, deren Überleben Vorrang hatte, da ihr Tod eine existenzielle Notlage für Ehemann\* und Familie bedeutete. Mit dieser Regelung setzte jedoch zugleich das schrittweise Eindringen männlicher\* Ärzte in einen Bereich ein, der bis dahin Frauen\* vorbehalten war. Parallel dazu wurde Hebammen zunehmend untersagt, Instrumente oder Medikamente einzusetzen sowie operative Eingriffe – etwa den Kaiserschnitt – vorzunehmen. Die wachsende Einflussnahme akademisch ausgebildeter Mediziner trug maßgeblich zur Abwertung und Diskreditierung des Hebammenwesens bei. Die Ärzte forderten eine formalisierte Ausbildung für Hebammen, die nach medizinischen Kriterien erfolgen sollte. Da das medizinische Feld zu dieser Zeit fast ausschließlich männlich\* dominiert war, wurde auch die institutionalisierte Hebammenausbildung primär von männlichen\* Personen durchgeführt. Ab der Mitte des 15. Jahrhunderts entstanden Hebammenschulen, Lehrgänge und Prüfungen zur Wissenskontrolle. Auch die einschlägigen Lehrbücher wurden überwiegend von männlichen\* Personen verfasst – obgleich die meisten von ihnen nur über geringe praktische Erfahrung verfügten und selbst kaum an komplikationslosen Geburten teilgenommen hatten (vgl. Metz-Becker, 2013: S. 35f.)

Ab dem 18. Jahrhundert etablierte sich die Gynäkologie als eigenständige medizinische Disziplin. In diesem Zuge wurden Hebammenschulen gegründet und Gebäranstalten unter ärztlicher Leitung eingerichtet. Letztere boten Gebärenden die Möglichkeit, anonym und unentgeltlich Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen – ein Angebot, das insbesondere von armen und unverheirateten Frauen\* genutzt wurde. Der Preis für diese Unterstützung bestand jedoch darin, dass ihre Körper zugleich als Forschungsobjekte dienten. An ihnen wurde medizinisches Wissen gewonnen, oftmals unter inhumanen Bedingungen, etwa Geburten, die im Hörsaal vor Publikum stattfanden. Zum damaligen Zeitpunkt bildete diese klassenspezifische Objektifizierung von Frauen der Unterschicht die einzige Möglichkeit für männliche\* Mediziner, eine Geburt von Anfang an mitzuverfolgen. Die Missachtung genderspezifischer sozio-kultureller Wertevorstellungen wurde für den Fortschritt der Forschung billigend in Kauf genommen (vgl. ebd. S. 38f).

Mit der Verwissenschaftlichung geburtshilflichen Wissens entstanden neue Modelle und Theorien der Geburt. Der Geburtsprozess wurde nun in einzelne Phasen unterteilt und Geburtsverläufe systematisch in *normale* und *komplizierte* Fälle differenziert. Während Ärzte und Chirurgen sich durch Forschung und die Akademisierung ihres Wissens zunehmend professionalisieren konnten, blieb dieser Weg den Hebammen weitgehend verschlossen. Dies

war jedoch auch den sozio-kulturellen Gegebenheiten geschuldet: Erstens lehnte eine Mehrheit der praktizierenden Hebammen die Forschungsmethoden und Wissensgenerierung der patriarchal männlich\* geprägten Medizin ab. Zweitens war das Hebammenwesen ein ausschließlich weiblicher\* Berufszweig – womit vielen Hebammen der Zugang zu akademischer Ausbildung strukturell verwehrt blieb. Gleichzeitig sahen sie sich mit immer mehr Einschränkungen ihrer beruflichen Praxis konfrontiert – etwa dem Verbot der Benutzung bestimmter Instrumente oder Medikamente, die der akademischen Gynäkologie vorbehalten wurden. Hauptbegründung dafür war die vermeintlich höhere Sicherheit der Gebärenden und eine „bessere“ Ausführung der Tätigkeit auf Basis von medizinisch-wissenschaftlichen Wissen. Der Zugang zu dieser Wissensproduktion blieb den meisten Hebammen aufgrund ihres eigenen biologischen Geschlechts jedoch lange verwehrt. Das patriarchale gesellschaftliche System verschaffte sich somit zunehmend Zugang zu einem lange Zeit weiblich dominierten Bereich und ordnete sich diesen schrittweise unter (vgl. Eckardt, 2020: S. 73ff).

Ab dem späten 19. Jahrhundert hatte sich die Institutionalisierung des Hebammenberufs dann so weit fortgesetzt, dass alle Hebammen im selben System ausgebildet wurden. Die Praxis wurde weiterhin im häuslichen Umfeld ausgeübt, da Entbindungen im eigenen zuhause nach wie vor die Regel blieben. Im 19. Jahrhundert waren Hebammen bei Komplikationen verpflichtet, einen Arzt hinzuzuziehen, da eine Verlegung ins Spital meist zu aufwendig oder praktisch nicht möglich war. Da Lageanomalien wie Steißgeburten häufig im Vorfeld nicht diagnostiziert wurden, konnten Frauen zudem nicht präventiv wegen zu erwartender Komplikationen in ein Krankenhaus überwiesen werden; gleichzeitig erlebte die Verlagerung von Geburten in Spitäler im Zuge der Industrialisierung einen deutlichen Aufschwung (vgl. Landa, 1997). Mit der zunehmenden Verankerung der Geburtshilfe im klinischen Umfeld gewann der Einsatz technischer Apparaturen und medikamentöser Verfahren zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig gingen die Sterblichkeitsraten von Müttern und Neugeborenen deutlich zurück. Bereits Mitte der 1950er Jahre fand der Großteil der Entbindungen in Krankenhäusern statt; 1957 erfolgten nahezu alle Geburten (98,8%) im klinischen Setting. Damit löste sich die Geburt Schritt für Schritt aus dem alltäglichen Erfahrungs- und Handlungsrahmen der Frauen heraus. Als Anfang der 1960er Jahre die Krankenkassen entschieden, die Kosten für Klinikgeburten vollständig zu übernehmen, markierte dies den Übergang zu einer nahezu vollständigen Institutionalisierung der Geburtshilfe in Deutschland. In diesem Zusammenhang wurden ab 1966 die *Mutterschaftsrichtlinien* eingeführt, die die Leistungen rund um Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett systematisch erfassten und mit verbindlichen monetären Werten hinterlegten. Innerhalb dieser neuen Logik rückte die

gebärende Person in den Hintergrund: Im Zentrum stand fortan primär das Kindeswohl, während die gebärende Person zunehmend zum Objekt der geburtsmedizinischen Praxis wurde (vgl. Eckardt, 2020: S. 83ff).

Zeitgleich machte sich seit Ende der 1960er Jahre Kritik an der Geburtshilfe breit. Diese wurde vor allem von Frauen\*bewegungen, aber auch von Ärzt\*innen, die bestehende Strukturen kritisierten, vorangetrieben. Auslöser dafür mag der mittlerweile geöffnete, wenn auch noch spärlich genutzte Zugang für weibliche\* Mediziner\*innen sein. Im professionellen Umfeld tauchte Kritik jedoch primär unter männlichen Namen auf, weil männliche\* Mediziner über maßgebliche Sprechpositionen verfügten und dadurch die Möglichkeiten kritischer Auseinandersetzung im medizinischen Feld stark kontrollierten. Dies zeigte die nach wie vor männliche\* Ausrichtung der medizinischen Geburtshilfe, aber auch der Medizin generell. Die Frauen\*bewegungen und Verbraucherorganisationen setzten Krankenkassen und Ärzte zunehmend unter Druck, die Rechte schwangerer und gebärender Personen zu wahren. Infolgedessen entwickelte sich das Ideal einer humanen, familienfreundlichen und sicheren Geburt im Krankenhaus. Ab den 1980er Jahren, verstärkt in den 1990er Jahren, führte die anhaltende Kritik an der Geburtsmedizin zu einer allmählichen Humanisierung der Geburtspraxis. Dennoch blieb die Vorstellung einer sicheren Entbindung in Deutschland eng mit der institutionellen Kontrolle durch Krankenhäuser verknüpft (vgl. Eckardt, 2020: S. 88ff). Dennoch lässt sich gleichzeitig ab den 1980er Jahren eine, wenn auch erst langsam wachsende, Abkehr von Klinikgeburten beobachten. Es entwickelten sich Alternativen wie Frauen\*gesundheitszentren, Aufklärungsworkshops und Geburtshäuser (vgl. Eckardt, 2019: S. 88).

Im 21. Jahrhundert hat sich die Organisation der Geburtshilfe in Europa deutlich verändert – insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmenden Privatisierung des Gesundheitswesens. Große private Gesundheitsunternehmen wie Fresenius Helios betreiben allein in Deutschland über 80 Kliniken und gehören damit zu den führenden privaten Krankenhausbetreibern in Europa (vgl. helios-gesundheit, o.J.). Diese unternehmerische Ausrichtung hat erhebliche Implikationen für die Geburtshilfe: Krankenhäuser werden zunehmend nach betriebswirtschaftlichen Kriterien geführt, sodass Rentabilität und Fallzahlen stärker in den Vordergrund rücken. In der geburtshilflichen Versorgung zeigt sich dieses Muster im Aufbau von Kreißsälen, die entweder ärztlich oder hebammengeleitet sein können. In der Regel ist eine ärztliche Bereitschaftspflicht vorgeschrieben – ein\*e Gynäkolog\*in muss bei den Kreißsälen dienstbereit sein – während eine Hebamme die Geburt aktiv begleitet (vgl. gesundheitsforschung-bmfr, 2011). Studien zeigen, dass Hebammen in deutschen

Geburtskliniken im Schichtdienst durchschnittlich etwa 2,7 bis 3,5 Gebärende gleichzeitig betreuen – das heißt: Eine Hebamme führt nicht mehr ausschließlich eine 1:1-Betreuung durch (vgl. Albrecht et al., 2020). Parallel dazu ist der bürokratische Aufwand im Klinikalltag erheblich gewachsen: Rund 61 Tage im Jahr verbringen Ärzt\*innen in Deutschland mit bürokratischen Aufgaben (vgl. Severin, 2025). Diese Entwicklung verdeutlicht, wie die Geburtshilfe zunehmend in ökonomische Logiken eingebettet ist und wie organisatorische und administrative Anforderungen den Rahmen dafür schaffen, unter welchen Bedingungen Betreuung stattfindet. Eine solche Konstellation birgt das Risiko, dass die Qualität der Betreuung sowie das subjektive Erleben der Gebärenden unter wirtschaftlichem und bürokratischem Druck leiden.

### **2.3. Die Geburtshilfe im 21. Jahrhundert**

Die Geburt in Deutschland und Österreich ist mittlerweile in einen stark institutionalisierten Rahmen eingebettet. In den Jahren 2015 und 2017 fanden fast 99% aller Entbindungen in Deutschland in einer Klinik statt (vgl. Bundestag, 2019.).<sup>1</sup> Die Eingriffsrate ist dabei auffallend hoch: Lediglich 8% der Klinikgeburten verlaufen ohne medizinische Intervention (vgl. gesundheitsforschung-bmfr, 2011) . Besonders der Anteil an Kaiserschnitten ist in Deutschland mit rund 30% in den letzten fünf Jahren deutlich höher als die von der WHO empfohlene Rate von 15% (vgl. Statistisches Bundesamt, 2025). Dies steht in einem Spannungsverhältnis zu den Vorstellungen der Gebärenden selbst, von denen 91,3% eine spontane, vaginale Geburt bevorzugen (vgl. Eckardt, 2020: S. 37). Die hohe Zahl an Interventionen hängt vermutlich auch damit zusammen, dass heute etwa 80% aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften klassifiziert werden und dadurch automatisch ein erhöhtes Risiko für die Geburt angenommen wird (vgl. Die Techniker, 2025). Zwar sind die Mortalitäts- und Morbiditätsraten von gebärender Person und Kind insgesamt niedrig, doch liegen sie im europäischen Vergleich nur im Mittelfeld und haben sich trotz steigender Eingriffszahlen nicht weiter verbessert (vgl. Eckardt, 2020: S. 59f.).

Warum nimmt die Anzahl der Eingriffe also zu? Ein möglicher Grund für diese Entwicklung liegt in der Furcht vor rechtlichen Konsequenzen. Nach medizinischen Vorgaben sind Ärzt\*innen und Hebammen verpflichtet, alle erdenklichen Maßnahmen zur Risikovermeidung

---

<sup>1</sup> Trotz dieser hohen Prozentzahl ist die Anzahl der Kliniken mit Geburtshilfe in Deutschland jedoch rückläufig. Zwischen 2017 und 2022 verringerte sich die Zahl der Geburtskliniken auf 606. Das ist gegenüber 1991 ein Schwund um 51%. Das stellt eine Bedrohung für die flächendeckende geburtshilfliche Betreuung in Deutschland dar (vgl. Deutscher Hebammenverband, 2024).

zu ergreifen. Unterlassen sie dies, können sie persönlich haftbar gemacht werden – mit gravierenden psychischen und finanziellen Folgen bis hin zum Verlust der beruflichen Existenz (vgl. Protschka, 2012). Parallel dazu verschärft sich in Deutschland wie auch in Österreich der Fachkräftemangel in den Kliniken, wenn auch nicht wegen zu wenig ausgebildeten Personal, sondern wegen zu prekärer Arbeitsbedingungen, die durch Sparmaßnahmen aufgrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems entstehen (vgl. Hövel, 2022). Wie sehr die Geburtshilfe darunter zu leiden hat, zeigt folgendes Beispiel: In Deutschland steht seit 2014 die berufliche Situation der Hebammen verstärkt im medialen Fokus, nachdem ein Versicherungsanbieter seinen Rückzug aus der Haftpflichtversicherung für Hebammen angekündigt hatte und damit die Grundlage ihrer Berufsausübung massiv bedroht war. In der Folge machten zahlreiche Protestaktionen von Hebammen und Eltern auf die bereits zuvor prekäre Lage in der Geburtshilfe aufmerksam. Kritisiert wurde vor allem die Diskrepanz zwischen medizinischer Überversorgung und gleichzeitiger Unterversorgung in der geburtshilflichen Betreuung. Als zentrales Anliegen formulierten sie die Forderung nach einer Eins-zu-eins-Betreuung, die ihrer Ansicht nach die Voraussetzung für eine optimale Versorgung darstellt (vgl. Eckardt, 2020: S. 9). Im gegenwärtigen deutschen und österreichischen Kliniksystem ist dies jedoch nicht die Realität: An besonders intensiven Tagen betreuen Hebammen parallel drei oder mehr Gebärende (vgl. Bundestag, 2019 ). Die deutsche Politik wollte dabei nachjustieren: Ab dem 01.11.2025 ist der „Hebammenhilfvertrag“ in Kraft getreten, der eine Eins-zu-Eins Betreuung unter der Geburt begünstigen soll (vgl. GKV-Spitzenverband, o.J.). Der Deutsche Hebammenverband bezeichnet dies als gut gemeint, jedoch vollkommen realitätsfern und daher für viele Hebammen existenzgefährdend: Diese erhalten nun für jede weitere gebärende Person, die sie betreuen, weniger Entgelt.<sup>2</sup> Faktisch ist jedoch eine Mehrfachbetreuung aufgrund des Fachkräftemangels in diesem Bereich unumgänglich. Gerade für selbständige Hebammen, wie Beleghebammen<sup>3</sup>, ist dies absolut existenzgefährdend (vgl. Jünger, o.J.). Vor allem kleinere Krankenhäuser sind auf diese Unterstützung angewiesen (vgl. Blömer, o.J.). Jede zweite Hebamme denkt darüber nach, ihren Beruf aufzugeben (vgl. der Spiegel, 2025). Für die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland wäre dies absolut fatal.

---

<sup>2</sup> Beleghebammen sollen laut des neuen Vertrags weniger Geld für die gleichzeitige Betreuung von gebärenden Personen bekommen. Für die erste Geburt erhalten sie 80% ihres Stundenlohns, für die zweite und dritte Geburt 30%, ab der vierten wird gar nicht mehr vergütet. Eine detaillierte Beschreibung und weitere Hürden des neuen Vertrags findet man unter <https://hebammenverband.de/aktuelles-zum-hebammenhilfvertrag> .

<sup>3</sup> Unter Beleghebammen werden freiberufliche Hebammen verstanden, die Frauen\* geburtshilflich im Krankenhaus begleiten. Sie betreuen aktuell mehr als 20 % der Geburten in Deutschland (vgl. Jünger, o.J.).

In Österreich ist diesem Belegmodell bereits stärker ein Riegel vorgeschoben worden. Beleghebammen<sup>4</sup> sind ohnehin nur in einigen wenigen Krankenhäusern in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland zugelassen (vgl. Österreichisches Hebammengremium, o.J.) und müssen ausschließlich privat bezahlt werden. Doch auch hier wird versucht, im Bereich der Geburtshilfe und -versorgung immer neue Einsparungen vorzunehmen: Am 14. November 2025 beschloss die österreichische Bundesregierung die Streichung der entsprechend Eltern-Kind-Pass verpflichtenden Hebammenberatung. „Gerade jene Frauen, die unsere Unterstützung am dringendsten brauchen, werden durch diese Entscheidung im Stich gelassen“, sagt dazu Gerlinde Feichtlbauer, MSc, Präsidentin des Österreichischen Hebammengremiums, der Kammer aller Hebammen in Österreich (vgl. Christley, 2025). Damit wird die qualitative Betreuung durch eine Hebamme während der Schwangerschaft weiter aus dem System gedrängt.

Dabei belegen Studien die Relevanz einer kontinuierlichen Hebammenbegleitung: Gebärende, die während der Geburt professionell betreut werden, haben ein signifikant geringeres Risiko für einen Kaiserschnitt (Scopesi et al., 1997: S.11). Zudem steigert eine kontinuierliche Betreuung das Sicherheitsgefühl. Studien wie jene von Scopesi und Kolleg\*innen (1997) haben ergeben, dass Gebärende eine Geburt vor allem dann als sicher wahrnehmen, wenn sie bei Entscheidungen das Gefühl von Kontrolle behalten. Schmerzbehandlung und Eingriffe haben dabei eine eher untergeordnete Rolle gespielt, so lange sie das Gefühl hatten, in einem sicheren Umfeld zu sein. Das Gefühl von Sicherheit entsteht vor allem dann, wenn Gebärende umfassend über die verschiedenen Phasen der Geburt informiert sind und aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Ein fundiertes Wissen über die Physiologie der Geburt korreliert dabei nachweislich mit einem gesteigerten emotionalen Wohlbefinden sowie einer geringeren Passivität während der Entbindung. Ein weiterer Einflussfaktor für das Wohlbefinden von Gebärenden ist, wie die Studie von Scopesi et al. (1997) ebenfalls darlegt, die kontinuierliche Unterstützung durch den/die Partner\*in oder nahe Angehörige und Fachpersonal unter der Geburt. Gebärende, die während der Schwangerschaft und Geburt in größerem Umfang soziale Unterstützung erfahren, weisen günstigere Geburtsverläufe auf und bringen Kinder mit einem höheren APGAR-Index<sup>5</sup> zur Welt. Zudem sind sie in geringerem

---

<sup>4</sup> In Österreich auch Wahlhebammen genannt, wobei beide Bezeichnungen zulässig sind und verwendet werden. Vgl. beispielsweise <https://www.privatklinik-goldenes-kreuz.at/de/geburtshilfe/beleghebammen>.

<sup>5</sup> Der APGAR-Test, auch APGAR-Schema oder APGAR-Score genannt und 1952 von der Anästhesistin Virginia Apgar entwickelt, dient als einfache und zugleich wirkungsvolle Methode zur Einschätzung des klinischen Zustands eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. Dabei werden in der ersten, fünften und zehnten Lebensminute Atmung, Herzfrequenz, Muskeltonus, Reflexantworten und Hautfarbe des Säuglings beurteilt (vgl. [gesundheits.gv.at](http://gesundheits.gv.at), o.J.).

Maß von einer postpartalen Depression betroffen. Enge soziale Netzwerke und Betreuung während Schwangerschaft und unter der Geburt können demnach als protektiver Faktor gegenüber schwangerschafts- und geburtsassoziierten Belastungen bei Gebärenden mit niedrigem medizinischem Risiko verstanden werden (Scopesi et al., 1997: S. 10f.).

Die derzeitige Strukturierung der Geburtshilfe lässt eine solche gewährleistete 1:1-Betreuung unter der Geburt jedoch nicht zu. Was sich daher zunehmend im Gesundheitssystem beobachten lässt, auch von Seiten des klinischen Personals, ist ein Zustand der Anomie. Damit wird ein Zustand bezeichnet, in dem institutionelle oder gesellschaftliche Normen an Klarheit und Orientierung verlieren (vgl. Förster, 2015: S. 23f.). Professorin Katharina Gröning hat auf diesen Umstand bereits 2004 hingewiesen, dass vor allem Ärzt\*innen in Ihrer Entscheidungshoheit zunehmend durch Ökonom\*innen und Bürokrat\*innen im Gesundheitssystem ersetzt werden. Dadurch wurde dieses zunehmend ökonomisiert und standardisiert. Durch den Druck der Wirtschaftlichkeit würde Zeit für die Patient\*innen eingebüßt werden (vgl. Gröning, 2004: S. 191ff). Dies habe jedoch noch weitreichendere Folgen:

„In Zeiten rasanter Umbrüche entstehen in der Gesellschaft so viele Spannungen, dass Ängste, die ansonsten durch stabile Institutionen gebunden werden, frei werden und zur Zerstörung und Selbstzerstörung führen [...]. Verbunden mit institutionsanalytischen und bindungstheoretischen Erkenntnissen ließe sich die Hypothese aufstellen, dass quasi kompensatorisch zu äußerem Wandel im Inneren einer Institution ‚gute Bindungen‘ aufgebaut und gehalten werden müssen, wenn eine Institution Reformprozess ohne Kohäsionsverlust überstehen will.“ (Gröning, 2004: S. 194)

Schaut man sich die Lage der Kliniken in Deutschland und Österreich und vor allem die Situation der Geburtshilfe heute an, lässt sich sagen, dass dies leider nicht geglückt ist, aufgrund der momentan starken gesellschaftlichen Transformationsprozesse aber eine große Gefahr für den gesellschaftlichen und demokratischen Zusammenhalt darstellt.

### **3. Gewalt**

Die beschriebenen strukturellen Entwicklungen in der Geburtshilfe – von zunehmenden ökonomischen Zwängen über Personalmangel bis hin zur Marginalisierung psychosozialer Bedürfnisse – sind jedoch nicht allein gesundheitspolitische Herausforderungen. Sie werfen zugleich grundlegende gesellschaftliche Fragen auf. Die anhaltenden Einsparungen und die vergleichsweise geringe politische Aufmerksamkeit für den Bereich der Geburtshilfe betreffen

überwiegend weiblich gelesene Personen und können damit als Ausdruck einer geschlechterbezogenen gesellschaftlichen Schieflage verstanden werden. Eine medizinische Unterversorgung in einem Feld, das historisch wie gegenwärtig primär weiblich gelesene Personen betrifft, verweist nicht nur auf strukturelle Vernachlässigung, sondern kann auch als Form geschlechtsspezifischer Gewalt interpretiert werden. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, den Begriff der Gewalt im geburtshilflichen Kontext zu klären und theoretisch zu verorten. Das folgende Kapitel widmet sich daher einer präzisen Auseinandersetzung mit dem Gewaltbegriff, seinen sozialwissenschaftlichen Erweiterungen sowie dem theoretischen Rahmen, auf den diese Arbeit aufbaut.

### 3.1. Eingrenzung des Gewaltbegriffs

Gewalt lässt sich wissenschaftlich nur schwer eindeutig definieren. Das, was heute unter dem Begriff *Gewalt* erforscht wird, zeigt sich als ein äußerst vielschichtiges und heterogenes Feld. Gewaltforschung wächst kontinuierlich und hat in nahezu allen universitären Disziplinen einen festen Platz gefunden.

Im Politiklexikon der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) wird „Gewalt“ allgemein als der Einsatz „von physischem oder psychischem Zwang gegenüber Menschen sowie die physische Einwirkung auf Tiere oder Sachen“ (vgl. bpb, o.J.) bezeichnet. Ergänzend dazu werden eine sozialwissenschaftliche und eine politikwissenschaftliche Definition genannt, die inhaltlich deutlich voneinander abweichen. Während die politische Perspektive insbesondere die staatliche Gewaltenteilung in den Vordergrund rückt (vgl. ebd.), wird im sozialwissenschaftlichen Verständnis Gewalt stärker als zwischenmenschliche, intentionale Handlung konzipiert. Diese Unschärfe deutet auf eine grundlegende sprachliche Einschränkung des deutschen Gewaltbegriffs. Im Englischen kann differenzierter zwischen *violence* im Sinne von physischer oder psychischer, direkter Gewalt (Schädigung) und *power* im Sinne gesellschaftlicher bzw. politischer Macht unterschieden werden. Die Grenze zwischen diesen beiden Begriffen ist jedoch fließend und stark kontextabhängig. Auch im Rahmen vorliegender Arbeit lässt sich keine eindeutig trennscharfe Definition festlegen: Primär wird der Begriff jedoch im Sinne von *violence* verwendet. *Violence* bezeichnet eine in einer konkreten Situation von Akteur\*innen ausgeübte Handlung, die psychisch oder physisch schädigend ist. „Die von der Handlung (potenziell) Betroffenen möchten sie vermeiden, darin liegt ihr zwingender Charakter“ (Gudehus und Christ, 2013: S. 4). Welche Handlungen jedoch als schädigend

gelten, ist nicht objektiv bestimmbar, sondern hängt von sozialen, gesellschaftlichen, kulturellen und individuellen Faktoren ab (vgl. ebd.).

Auf wissenschaftlicher Ebene besteht kein Konsens darüber, welche Handlungen oder Erfahrungen als Gewalt definiert werden können (vgl. Gudehus, 2022: S. 345). Der Sozialpsychologe Christian Gudehus (2022) betont daher die Dringlichkeit einer emischen Perspektive in der Gewaltforschung, d.h. eines Zugangs, der die Bedeutungskonstruktionen der beteiligten Personen ernst nimmt. Zugleich weist er darauf hin, dass Gewaltsituationen nie aus einer einzigen Perspektive verstanden werden können. Er unterscheidet vier perspektivische Sichtweisen:

1. die Perspektive des Ertragenden/der Ertragenden
2. die des Ausübenden/der Ausübenden
3. die der Anwesenden
4. die Perspektive des Betrachtenden/der Betrachtenden (ebd.: S. 354).

Gudehus kommentiert dies, wie folgt:

„Diese Erfahrungs- und Verstehensdimensionen unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht aber vor allem darin, wie aus der Position im oder außerhalb des Geschehens, dieses definiert, interpretiert und, fast noch wichtiger, empfunden wird.“ (Gudehus, 2022: S. 354)

Damit verweist er auf eine zentrale Grenze der Gewaltforschung: die Grenze des intersubjektiven Verstehens. Die Erfahrung von Schmerz, die unweigerlich mit Gewalt verbunden ist, entzieht sich einer adäquaten sprachlichen Repräsentation. Gewalt erzeugt Erlebnisse, die sich der kommunikativen Vermittlung entziehen – sowohl, was die physischen Schmerzen betrifft, als auch im Hinblick auf das Gefühl des Alleinseins im Nachhinein. Gewalt trennt, isoliert und lässt Betroffene auf sich selbst zurückfallen. Sie untergräbt die Basis zwischenmenschlicher Verständigung, indem sie die Erfahrungswelten von Menschen mit und ohne Schmerz fundamental voneinander trennt – eine Kluft, die kaum zu überbrücken scheint (vgl. Gudehus und Christ, 2013).

Diese Grenze bedeutet jedoch nicht, dass physische Gewalt prinzipiell nicht darstellbar wäre. Vielmehr wird sichtbar, wo die analytischen Möglichkeiten einer wissenschaftlichen Annäherung an ihre Grenzen stoßen. Gerade weil Gewalterfahrungen der vollständigen Nachvollziehbarkeit entzogen bleiben, hat die Forschung Gewalt häufig nicht als eigenständiges Phänomen behandelt, sondern als Symptom oder Ausdruck anderer Prozesse, etwa sozialer Strukturen, institutioneller Bedingungen oder emotionaler Zustände (vgl. ebd.).

## 3.2. Gewaltkonzept nach Johan Galtung

Der norwegische Friedens- und Konfliktforscher Johan Galtung definiert Gewalt als gesellschaftliches oder strukturelles Verhältnis, in dem Menschen durch soziale, politische oder institutionelle Bedingungen daran gehindert werden, ihr Potenzial auszuschöpfen (vgl. Galtung, 1977: S. 10). Sein Konzept wird in den Sozialwissenschaften genutzt, um Machtverhältnisse, Ungleichheiten und subtile Gewaltformen in sozialen Systemen zu analysieren. In der medizinischen Versorgung wurde das Modell erst vergleichsweise spät aufgegriffen; Fernando de Maio und David Ansell führten es 2018 in die Analyse des Gesundheitssystems ein, um strukturelle Ungleichheiten und institutionelle Gewalt sichtbar zu machen (vgl. De Maio und Ansell, 2018).

Auch in der Forschung zu Gewalt in der Geburtshilfe wird der Begriff der strukturellen Gewalt zwar häufig verwendet, das vollständige Galtung'sche Modell findet jedoch bislang nur begrenzt Anwendung. Eine der wenigen Ausnahmen bildet der Aufsatz der mexikanischen Sozialwissenschaftlerinnen Ester Espinoza-Reyes und Marlene Solís (2020), die geburtshilfliche Gewalt explizit anhand von Galtungs Ansatz untersuchen (vgl. Espinoza-Reyes und Solís, 2020). Dabei zeigt sich, dass dieser theoretische Zugang ein erhebliches analytisches Potenzial bietet. Viele Gewaltformen in der Geburtshilfe – etwa entwürdigende Kommunikation, fehlende Zustimmung oder standardisierte Eingriffe ohne klare Indikation – lassen sich nicht allein durch ein individuelles Täter\*innen-Opfer-Verhältnis erklären. Sie entstehen in institutionellen Strukturen, die solche Praktiken begünstigen oder legitimieren. Galtungs Modell macht diese Zusammenhänge sichtbar, indem es direkte Gewalt mit ihren strukturellen Bedingungen und kulturellen Deutungsmustern verknüpft. Es ermöglicht somit eine systemische Betrachtung der Gewalt in der Geburtshilfe, die individuelle Erfahrungen ebenso wie institutionelle Rahmenbedingungen berücksichtigt und damit zu einem tieferen Verständnis der Mechanismen beiträgt, durch die geburtshilfliche Gewalt entstehen und fortbestehen kann.

Im Folgenden werden die drei Gewaltformen nach Galtung dargestellt, um sie anschließend auf den Kontext der Geburtshilfe anwenden zu können.

### 3.2.1. Strukturelle Gewalt

Johan Galtung formulierte den Ansatz der strukturellen Gewalt erstmals 1969 in seinem grundlegenden Aufsatz *Violence, Peace and Peace Research*. Die Ausdehnung des Begriffs

Gewalt auf soziale Strukturen ist jedoch bis heute umstritten. Die Kritik richtet sich insbesondere gegen die Abkehr vom „klassischen“ Gewaltmodell, das stets von handelnden Akteur\*innen ausgeht - von Sender\*innen und Empfänger\*innen, und damit stets von Personen. Der Historiker Jörg Baberowski etwa hält dazu fest:

„Die strukturelle Gewalt ist eine Variante sozialer Ungleichheit, die keinen Täter kennt. Deshalb sollte, wer soziale Ungleichheit beklagt, nicht von Gewalt sprechen. Eine Ungerechtigkeit ist keine Gewalt, wenngleich man sie als schmerzhaft empfinden kann. Und ein Mensch, der ignoriert wird, ist nicht das Opfer von Strukturen, sondern von anderen Menschen, die ihn ignorieren“. (Baberowski, 2008: S. 4)

Dabei klammert er jedoch aus, dass Strukturen von Menschen hervorgebracht werden und in ihrer Entstehungs- und damit auch Wirkungsweise gewaltförmig sein können, indem sie Gewalt bedingen. Diese als Gewalt zu benennen – auch wenn dies aus einer enger gefassten handlungsorientierten Perspektive der Gewaltforschung unzutreffend erscheint – erfüllt zwei Zwecke: Erstens macht die begriffliche Erweiterung strukturelle Problemlagen sichtbar und schafft damit erst einen klar umrissenen Untersuchungsgegenstand. Zweitens produziert sie öffentliche Aufmerksamkeit für diese Problematiken und kann dazu beitragen, politische, institutionelle oder gesellschaftliche Veränderungsprozesse anzustoßen. Der Begriff der strukturellen Gewalt stellt daher ein sinnvolles analytisches Instrument zur Untersuchung sozialer Verhältnisse und institutioneller Missstände dar (vgl. Gudehus und Christ, 2013: S. 3f.).

Johan Galtung hat somit den Begriff der strukturellen Gewalt geprägt, weil er Gewalt nicht allein als physische Handlung verstand, sondern als jede Form sozialer Struktur oder institutioneller Ordnung, die Menschen daran hindert, ihre grundlegenden Bedürfnisse zu befriedigen oder ihr volles menschliches Potenzial zu entfalten (vgl. Galtung, 1977: S. 10). Laut Galtung zeigt sich strukturelle Gewalt beispielsweise in sozialer Ungleichheit, Armut, Bildungsbarrieren, Rassismus oder geschlechtsspezifischer Diskriminierung. Sie ist anonym, systemisch und alltäglich – ihre Ursachen lassen sich nicht immer auf einzelne Akteur\*innen zurückzuführen, sondern sind in gesellschaftlichen Ordnungen und Institutionen verankert. Diese Form der Gewalt bleibt daher häufig unsichtbar und wird normalisiert und somit selten als Gewalt erkannt oder benannt (vgl. ebd.: S. 13ff).

Die von Galtung eingeführte Erweiterung des Gewaltbegriffs kann somit auch als Paradigmenverschiebung beschrieben werden: Während klassische Gewaltforschung fragt, *wer* Gewalt ausübt und *wie* sie sich manifestiert, fragt die Theorie der strukturellen Gewalt, *unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen* Gewalt möglich wird und *wie* soziale Systeme Ungleichheit und Leid reproduzieren. Strukturelle Gewalt ist dabei eng mit Machtverhältnissen

verknüpft – sie entsteht und wirkt durch ungleiche Positionen innerhalb gesellschaftlicher Ordnungen, die bestimmte Gruppen privilegieren, während andere systematisch ausgeschlossen oder benachteiligt werden. Typische Erscheinungsformen sind Einkommensungleichheit, Diskriminierung, ungleicher Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung sowie politische Exklusion. Allgemein gesagt, lässt sich strukturelle Gewalt durch Indikatoren operationalisieren, die aufzeigen, dass Menschen ihr Potenzial nicht vollständig ausschöpfen können. Durch den Vergleich des potenziell erreichbaren und des tatsächlich realisierten Lebensstandards lassen sich Ausmaß und Wirkung struktureller Gewalt quantifizieren, wobei größere Diskrepanzen auf ein stärkeres Gewaltpotential hinweisen.

Im Gegensatz zur klassischen Gewaltforschung eröffnet das Konzept der strukturellen Gewalt somit eine makrosoziale Perspektive auf Gewalt, die nicht auf individuelle Schuld oder Absicht fokussiert, sondern auf die gesellschaftlichen Mechanismen, durch die Ungerechtigkeit, Abhängigkeit und Leid systematisch produziert und reproduziert werden. Strukturelle Gewalt ist damit weniger eine Frage individueller Moral, sondern eine der sozialen Organisation von Macht und Ungleichheit (vgl. Galtung, 1977: S. 16ff). Besonders feministische Theoretiker\*innen haben den Begriff aufgegriffen, um geschlechtsspezifische Ungleichheiten und die institutionelle Verankerung patriarchaler Strukturen zu analysieren (vgl. Gudehus und Christ, 2013: S.3).

### **3.2.1.1. Geschlechtsspezifische Gewalt**

Geschlechterspezifische Gewalt bezeichnet jede Form von Gewalt, die auf dem biologischen Geschlecht einer Person basiert und aufgrund dessen deren gesellschaftliche, politische, ökonomische oder gesundheitliche Möglichkeiten einschränkt. Sie umfasst sowohl physische, psychische und sexuelle Gewalt als auch strukturelle und institutionelle Benachteiligungen. Unter geschlechterspezifischer Gewalt fallen beispielsweise häusliche Gewalt, sexuelle Übergriffe, Zwangsheirat oder geschlechtsspezifische Diskriminierung am Arbeitsplatz und im Bildungs- oder Gesundheitssystem. Wesentlich ist dabei, dass Gewalt nicht nur als unmittelbare Handlung verstanden wird, sondern auch als Ergebnis gesellschaftlicher Normen, Rollenbilder und institutioneller Strukturen, die systematisch Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern aufrechterhalten. Seit der Istanbul-Konvention vom 01. Februar 2018 ist geschlechtsspezifische Gewalt als Menschenrechtsverletzung anerkannt (vgl. Institut für Menschenrechte, o.J.).

Im Kontext des Gesundheitssystems zeigt sich geschlechtsspezifische Gewalt häufig in der Form von struktureller Diskriminierung. Weiblich gelesene Personen haben in vielen Ländern

einen eingeschränkten Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, ihre gesundheitlichen Bedürfnisse werden häufig weniger ernst genommen, und ihre Symptome werden seltener korrekt diagnostiziert. Studien zeigen beispielsweise, dass Schmerzen von weiblich gelesenen Personen seltener als ernsthaft wahrgenommen werden, sie in klinischen Studien unterrepräsentiert sind und reproduktive Gesundheit oft politisch und institutionell kontrolliert wird (vgl. Hoffmann und Tarzian, 2001). Diese systematischen Ungleichheiten sind Ausdruck struktureller Gewalt, da sie die Möglichkeiten von weiblich gelesenen Personen einschränken, ein gesundes Leben zu führen und medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Auch im Bereich der Geburtshilfe ist die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Gewalt von zentraler Bedeutung. Geburtshilfe ist per se ein Bereich, der ausschließlich weiblich gelesene Personen betrifft und in dem gesellschaftliche Machtstrukturen, geschlechtsspezifische Rollenbilder und institutionelle Regelungen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Versorgung und Selbstbestimmung dieser haben können. Um die Qualität der Versorgung und die Gleichbehandlung von Gebärenden zu analysieren, muss daher geschlechtsspezifische Gewalt als analytischer Bezugsrahmen einbezogen werden. Sie bietet die Möglichkeit, strukturelle Benachteiligungen, normative Einschränkungen und potenzielle Diskriminierungen zu identifizieren, die weiblich gelesene Personen in diesem speziellen Gesundheitssystemsegment betreffen könnten, bevor konkrete Analysen der Geburtshilfe erfolgen.

### **3.2.2. Kulturelle Gewalt**

Johan Galtung ergänzte sein Konzept der strukturellen Gewalt um die Dimension der *kulturellen Gewalt*. Damit bezeichnet er jene kulturellen, symbolischen oder ideologischen Elemente, die strukturelle und direkte Gewalt legitimieren, naturalisieren oder verschleiern. Religionen, Traditionen, Wissenschaften, Kunst oder Sprache können auf subtile Weise dazu beitragen, Gewalt zu rechtfertigen, indem sie bestehende Machtverhältnisse und Ungleichheiten als „natürlich“, „gottgegeben“ oder „unvermeidlich“ darstellen. Kulturelle Gewalt wirkt somit auf der Ebene der Sinnproduktion und ermöglicht, dass strukturelle und direkte Gewalt gesellschaftlich akzeptiert oder unsichtbar werden (vgl. Jaberg, 2019).

### 3.2.3. Das Gewaltdreieck nach Johan Galtung

Die drei Dimensionen von Gewalt nach Galtung – direkte, strukturelle und kulturelle Gewalt – stehen in einem engen wechselseitigen Verhältnis, das Galtung im Modell des Gewaltdreiecks veranschaulichte.

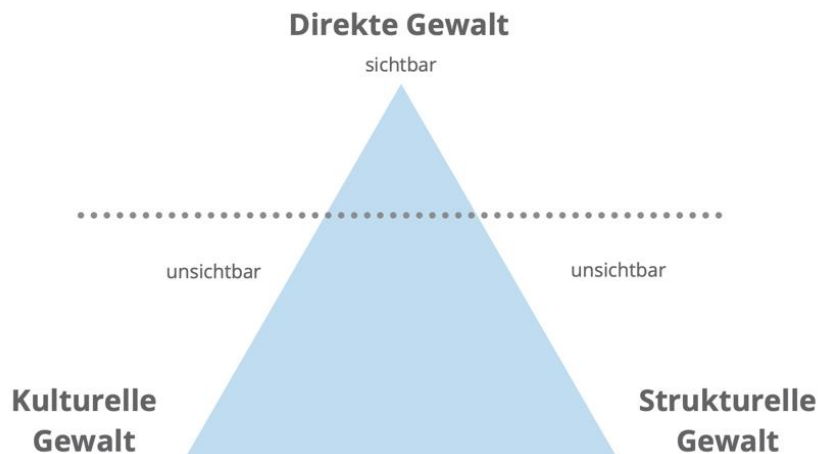


Abb. 1: Gewaltdreieck nach Johan Galtung. Quelle: Merkblatt – Das Gewaltdreieck nach Johan Galtung der Servicestelle Friedensbildung Baden-Württemberg

Im Gewaltdreieck bildet die direkte Gewalt die sichtbare Spitze: Sie manifestiert sich in offenen, identifizierbaren Handlungen wie physischer Aggression, Zwang oder verbaler Demütigung. Unter der Oberfläche liegt jedoch die strukturelle Gewalt, die das systemische Fundament bildet, sowie die kulturelle Gewalt, die diese Strukturen legitimiert und naturalisiert. Beide bilden die unsichtbare Grundlage, die das Auftreten direkter Gewalt überhaupt ermöglicht und gesellschaftlich rechtfertigt. Galtung betont dabei, dass jedoch nicht nur das Ausführen von Gewaltakten, sondern auch das Unterlassen – etwa durch die Aufrechterhaltung ungerechter Strukturen – als Form von Gewalt verstanden werden muss. Das Gewaltdreieck zeigt damit, dass sichtbare Gewalthandlungen nicht isoliert verstanden werden können, sondern auf tiefere gesellschaftliche und kulturelle Ursachen verweisen können. Das Modell von Galtung verdeutlicht, dass nachhaltige Gewaltprävention nicht allein durch das Beenden physischer und psychischer Gewalt erreicht werden kann, sondern erst durch den Abbau struktureller Ungleichheit und kultureller Legitimationen von Gewalt (vgl. Galtung, 1993).

### 3.3. Gewalt in der Geburtshilfe

Wie lässt sich das Konzept der Gewalt nun auf die Geburtshilfe anwenden? Die Untersuchung von Gewalt im medizinischen Bereich ist mit besonderen Herausforderungen verbunden, da hier Handlungen vorgenommen werden, die – je nach Perspektive und Interpretation – sowohl als notwendig als auch als gewaltvoll eingeordnet werden können. Gerade im Bereich der Geburtshilfe tritt dieses Spannungsfeld deutlich zutage: Es gibt Situationen, in denen medizinische Interventionen erforderlich sind, um das Leben oder die Gesundheit der Gebärenden oder des Kindes zu schützen. Solche Maßnahmen können jedoch in konkreten Situationen als übergreifend, entmündigend oder traumatisch erlebt werden, selbst wenn sie retrospektiv als medizinisch legitim oder sogar lebensrettend zu bewerten sind. Das Spannungsfeld zwischen dem Vermeiden potenziell traumatischer Eingriffe und der Durchführung medizinisch indizierter lebenserhaltender Maßnahmen macht die Bewertung von Gewalt in der Geburtshilfe besonders komplex und zeigt zugleich, dass verschiedene Formen von Gewalt immer in hohem Maße kontextabhängig sind – sowohl in ihrer Ausführung als auch in der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation dieser Erfahrung durch die Beteiligten.

Die Interpretation solcher Erfahrungen<sup>6</sup> lässt sich am Beispiel der Geburtshilfe anhand der bereits erläuterten vier Perspektiven nach Gudehus betrachten: der Perspektive der Ertragenden (also Patient\*innen<sup>7</sup>), der Ausübenden (des medizinischen Personals), der Anwesenden (beispielsweise Angehörige) sowie – vor allem im wissenschaftlichen Kontext – der Betrachtenden (Forscher\*innen). Diese Akteur\*innen sind ihrerseits in kulturelle und strukturelle Kontexte eingebettet, die Einfluss darauf haben können, was als gewaltvoll wahrgenommen und gewertet wird – und was nicht.

Vor allem Mitarbeitende des Gesundheitssystems empfinden den Begriff der Gewalt in ihrem Arbeitsfeld häufig als problematisch und provozierend. Alternativen wie Missbrauch, Respektlosigkeit oder Misshandlung wurden als geeignetere Varianten diskutiert, jedoch halten maßgebende Institutionen wie beispielsweise die WHO diese Begriffe für zu unspezifisch bzw. zu wenig differenziert. Befürworter\*innen des Gewaltbegriffs im medizinischen Kontext argumentieren zudem, dass gerade dieser Begriff die zugrunde liegenden Machtstrukturen und Ungleichheiten sichtbar macht, die Formen von Missbrauch, Respektlosigkeit und Misshandlungen erst hervorbringen (vgl. Quattrocchi, 2024: S. 8). Dass Gewalt jedoch nicht

---

<sup>6</sup> Im Kontext dieser Arbeit werden die Gewalterfahrungen aus Sicht der Gebärenden analysiert. Möglich ist dies natürlich auch umgekehrt, zum Beispiel Gewalt von Patient\*innen gegen medizinisches Personal.

<sup>7</sup> Oder in diesem Fall der gebärenden Person.

immer von dem/der Ausübenden beabsichtigt ist, hebt Galtung mit seinem Konzept der strukturellen Gewalt hervor. Seine Unterscheidung zwischen intendierter und nicht-intendierter Gewalt zeigt, dass auch unbeabsichtigte Schädigungen als Gewalt verstanden werden können; lediglich die Schuldfrage ist in diesen Fällen komplexer zu beleuchten (vgl. Galtung, 1977: S. 14). Genau diese differenzierte Perspektive auf Gewalt soll im Rahmen vorliegender Arbeit weiterführend analysiert werden.

### 3.3.1. Arbeitsdefinition von Gewalt im Kontext der Geburtshilfe

Wenn gewaltvolle Handlungen individuell unterschiedlich interpretierbar sind, stellt sich die Frage, wie diese dennoch empirisch erfasst und messbar gemacht werden können. Voraussetzung dafür ist eine klare Definition dessen, was im Kontext der Geburtshilfe als Gewalt verstanden werden kann.

Ausgehend vom Konzept der strukturellen Gewalt nach Galtung lässt sich auch die Geburtshilfe unter dem Gesichtspunkt systematischer Benachteiligungen analysieren. Strukturelle Gewalt in diesem Kontext manifestiert sich, wenn Schwangere und Gebärende aufgrund gesellschaftlicher, ökonomischer oder institutioneller Strukturen nicht die bestmögliche Versorgung erhalten und dadurch in ihrer Fähigkeit eingeschränkt werden, eine sichere Schwangerschaft und Geburt zu erleben. In Verbindung mit der im theoretischen Teil dargestellten Literatur zum Aufbau und zu den Funktionslogiken des Gesundheitssystems lassen sich daraus konkrete Faktoren ableiten, die im geburtshilflichen Kontext potenziell gewaltförmige Wirkungen entfalten können. Auf dieser Grundlage wurden die folgenden Indikatoren entwickelt:

- **Zugang zu medizinischer Versorgung:** Verfügbarkeit von geburtshilflicher Betreuung in ländlichen Regionen, Wartezeiten auf Vorsorgeuntersuchungen oder Geburtsvorbereitungskurse.
- **Qualität der Versorgung:** Personalschlüssel in Kliniken, Ausbildungsstand des medizinischen Personals, Vorhandensein von modernen medizinischen Geräten und Notfallversorgung.
- **Gesundheitliche Outcomes:** Mütter- und Säuglingssterblichkeit, Komplikationsraten bei der Geburt, Frühgeburten, körperliche und psychische Belastungen während und nach der Geburt.

- **Soziale Ungleichheit:** Unterschiede in der Versorgung abhängig von sozioökonomischem Status, ethnischer Zugehörigkeit oder Wohnort.
- **Rechtlicher und institutioneller Rahmen:** Zugang zu Wahlmöglichkeiten bei der Geburt (z. B. Hausgeburt vs. Klinik), Einbeziehung der Patientinnen in Entscheidungen, kulturelle Sensibilität und Berücksichtigung von Bedürfnissen.

Da die vorliegende Arbeit nur einen begrenzten Umfang hat, kann nicht auf alle potenziellen Indikatoren struktureller Gewalt in der Geburtshilfe eingegangen werden. Für eine umfassende Analyse wären neben gesundheitlichen Outcomes auch Aspekte wie Versorgungsgerechtigkeit, regionale Unterschiede oder materielle Ressourcen des Gesundheitssystems relevant. Aufgrund des Fokus dieser Untersuchung und der verfügbaren Daten beschränkt sich die Analyse jedoch auf zwei zentrale Bereiche: gesundheitliche Outcomes sowie den rechtlichen und institutionellen Rahmen. Diese beiden Dimensionen sind besonders eng mit der Forschungsfrage verknüpft, da sie sowohl messbare Hinweise auf mögliche Überversorgung und Interventionen liefern als auch aufzeigen, wie institutionelle Strukturen Entscheidungen, Handlungsspielräume und Erfahrungen von Gebärenden prägen. Damit ermöglichen sie eine fundierte und zugleich fokussierte Betrachtung struktureller Gewalt im Rahmen vorliegender Masterarbeit.

Für die Analyse der gesundheitlichen Outcomes sowie des rechtlichen und institutionellen Rahmens ist es notwendig, präzise zu definieren, welche geburtshilflichen Handlungen und Interventionen unter diesen Parametern zu verstehen sind. Eine solche Definition ist erforderlich, um die entsprechenden Aspekte in der empirischen Erhebung klar und eindeutig abfragen zu können. In dieser Arbeit orientiert sich die Auswahl und Einordnung der relevanten Maßnahmen an den Vorgaben und Empfehlungen offizieller Institutionen, die Qualitäts- und Versorgungsstandards im Gesundheitswesen mitbestimmen. So nennt beispielsweise die World Health Organisation (WHO) in ihrem 2018 erschienen Bericht *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, in dem sie sich erstmals mit Indikatoren einer unzureichenden geburtshilflichen Betreuung auseinandersetzt, konkrete Beispiele. Als gewaltbezogene Indikatoren führt sie dabei beispielsweise eine hohe Rate<sup>8</sup> an Kaiserschnitten und Geburtseinleitungen an (vgl. WHO, 2018). Der Bericht des Europarats zu Gewalt in der

---

<sup>8</sup> Sie nennt dabei eine Rate zwischen 10-15%.

Gynäkologie und Geburtshilfe unter dem Titel *Obstetrical and Gynaecological Violence – Report Doc. 14965* (2019) beschreibt Gewalt in der Geburtshilfe hingegen folgendermaßen:

„In der Privatsphäre einer medizinischen Untersuchung oder einer Entbindung sind Frauen Opfer von Praktiken, die gewalttätig sind oder als solche empfunden werden können. Dazu gehören unangemessene oder nicht einvernehmliche Handlungen wie Episiotomien und vaginale Palpationen ohne Einwilligung, Fundusdruck<sup>9</sup> oder schmerzhaft eingriffe ohne Betäubung. Auch sexistisches Verhalten im Rahmen von medizinischen Untersuchungen wurde berichtet.“ (Europarat, 2019, eigene Übers., ZN)

Ergänzend verweist die von Patrizia Quattrocchi 2024 für die Europäische Kommission durchgeführte Studie unter dem Titel *Obstetric violence in the European Union: Situational analysis and policy recommendations* auf mögliche Auswirkungen gewaltvoller Handlungen unter der Geburt auf das Baby. Quattrocchi nennt in ihrer Studie folgende Indikatoren:

„Mangelnde Berücksichtigung des physiologischen Zeitplans der Wehen und der Geburt (Beschleunigungs- oder Einleitungsmedikamente sind Praktiken, die nicht nur die Mutter, sondern auch das ungeborene Kind beeinträchtigen); unterschiedliche Geburtsmethoden werden nicht gleichwertig berücksichtigt (vaginale Geburten, Geburten per Kaiserschnitt oder mit Zange); standardisierte und/oder unnötige Eingriffe in den ersten Lebensstunden (nicht verzögertes Abklemmen der Nabelschnur, nicht dringende klinische und diagnostische Tests); mangelnde Berücksichtigung des Zeitplans für die Bindung und Anpassung des Babys an die neue Umgebung; Verhinderung des Stillens unmittelbar nach der Geburt; und erzwungene Trennung von der Mutter auf der Neugeborenen-Intensivstation.“ (Quattrocchi, 2024: S. 7, eigene Übers., ZN)

Für die Definition dessen, was als Gewalt gilt, orientiert sich die vorliegende Arbeit an der Perspektive der Betroffenen. Entsprechend bilden Gebärende die zentrale Zielgruppe der empirischen Untersuchung. Da für die quantitative Methodik geschlossene Antwortformate erforderlich sind, wurde eine Vorabdefinition relevanter Gewaltformen vorgenommen. Diese basieren auf den Konzepten der WHO und des Europarats sowie auf den gesammelten Erfahrungsberichten des Vereins „Traum(a)Geburt e.V.“. Letzterer stellt Berichte Betroffener bereit, allerdings ohne deren institutionellen Kontext sichtbar zu machen – eine Leerstelle, die durch die methodische Kontextualisierung in dieser Arbeit geschlossen wird (dazu mehr in Kapitel 4 und 5). Die Sammlung dieser Erfahrungsberichte bietet zunächst eine wichtige Grundlage, um potenzielle Gewaltformen unter der Geburt zu spezifizieren und für die quantitative Erfassung operationalisierbar zu machen. Auf dieser Basis ergab sich folgende Einteilung:

---

<sup>9</sup> Auch besser bekannt als Kristeller-Handgriff.

**Tabelle 1:**

*Formen der Gewalt, Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben von Traum(a)Geburt e.V. und der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2018).*

<b>Form der Gewalt</b>	<b>Art der (gewaltvollen) Handlung</b>
<b>Direkte Gewalt</b>	Herabwürdigende oder spöttische Kommentare zum Verhalten (z.B. zu Schreien, Weinen oder Bewegung), Beschämende Aussagen über den Körper (z.B. Gewicht, Aussehen, Intimbereich), Schuldzuweisung oder Vorwürfe (z.B. „Sie haben sich nicht vorbereitet, „Sie sind selbst schuld“), Einschüchternde oder drohende Aussagen (z.B. „Wenn Sie nicht kooperieren, passiert Schlimmeres“), entwertende Aussagen über Emotionen (z.B. „Jetzt reißen Sie sich mal zusammen“), rassistische/diskriminierende Aussagen
<b>Potenziell gewaltvolle Handlung</b>	Dammschnitt (Episiotomie), Muttermunddehnung, Saugglocken- oder Zangengeburt, Kaiserschnitt, keine freie Wahl der Gebärdposition, keine alternative Schmerztherapie, wehenfördernde Mittel
<b>Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe</b>	Vorgaben zum Pressen, vaginale Untersuchungen, Nähen im Intimbereich, Öffnen der Fruchtblase, Einlauf

Die Kategorisierung potenziell gewaltvoller Handlungen unter der Geburt erfolgt nach der Art der Handlung sowie der Wahrnehmung der Gebärenden. In der ersten Kategorie werden Handlungen zusammengefasst, die klar als Gewalt definiert werden können und keinen medizinischen Nutzen haben. Dazu gehören beispielsweise verbale Demütigungen, die ausschließlich dazu dienen, die Gebärende zu kontrollieren und mit einer physischen Schädigung einhergehen. Die zweite Kategorie umfasst medizinische Eingriffe, die zwar grundsätzlich medizinisch akzeptabel sind, bei denen jedoch die Häufigkeit oder Art der Durchführung darauf hindeutet, dass sie möglicherweise nicht notwendig gewesen wären. In diesen Fällen wird die Gebärende ihrer Freiheit und der Möglichkeit beraubt, ihr volles Potenzial auszuschöpfen, wodurch die Handlung als potenziell gewaltvoll eingeordnet werden kann. In der dritten Kategorie finden sich medizinisch notwendige Maßnahmen, die schmerzhaft oder individuell belastend sein können. Obwohl diese Eingriffe medizinisch

sinnvoll sind, hängt die Wahrnehmung der Belastung und der potenziellen Gewalt stark von der subjektiven Erfahrung und Einschätzung der Gebärenden ab.

Für die Kategorien zwei und drei wurde in der Auswertung das Prinzip der Häufung angewendet. Das bedeutet, dass medizinische Handlungen, die über einem bestimmten Prozentsatz auftreten, als potenziell problematisch eingestuft werden können. Dieses Vorgehen basiert auf Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung. Dort werden unnötige, übermäßige medizinische Eingriffe als „overuse“ bezeichnet (vgl. Grote Westrick und Volbracht, 2019: S. 8). Anders als für den Kaiserschnitt, existieren für viele geburtshilfliche Interventionen keine internationalen Richtwerte, daher orientiert sich die vorliegende Arbeit an einem analytisch definierten Overuse-Schwellenwert von 20%. Dieser Wert liegt bewusst über der WHO-Empfehlung für Kaiserschnitte (10–15 %), weil er einerseits praxisnah berücksichtigt, dass selbst in gut ausgestatteten, interventionsarmen Settings einige Eingriffe medizinisch notwendig sind. Andererseits bleibt dieser Wert konservativ genug, um nur deutlich übermäßig häufige Eingriffe als potenziell problematisch zu kennzeichnen. Er basiert außerdem auf gängigen Konzepten der Versorgungsforschung, in denen Leistungen als „overused“ gelten, wenn sie häufiger als medizinisch indiziert auftreten oder deutlich über den erwartbaren Raten vergleichbarer Versorgungskontexte liegen (vgl. ebd.: S. 10f.). Die Festlegung auf diesen Schwellenwert dient daher nicht der normativen Bewertung einzelner Kliniken, sondern der analytischen Identifikation möglicher struktureller Muster, in denen eine erhöhte Interventionshäufigkeit als Ausdruck institutioneller oder struktureller Gewalt diskutiert werden kann.

### **3.3.2. Entstehungsbedingungen**

Menschen sind in der Regel nicht von Natur aus gewalttätig, sondern werden aufgrund individueller Kontexte und Strukturen dazu gebracht, Gewalt als Katalysator zu verwenden. Zustände wie erhöhter Stress und Frustration oder Anomie im Gesundheitssystem gehören daher zu den Faktoren, die dazu beitragen können, dass es in der Geburtshilfe zu gewaltvollen Handlungen kommt. Stress entsteht durch eine „Diskrepanz zwischen Anforderung und adaptiven Ressourcen“ (Jerusalem, 1990: S. 15). Dadurch entsteht ein Zustand intensiver körperlicher oder emotionaler Anspannung, in dem Menschen Schwierigkeiten haben, Situationen ruhig zu bewerten und empathisch zu reagieren. Unter dauerhaftem Stress sinkt die Fähigkeit zur Selbstregulation, wodurch impulsive oder autoritäre Verhaltensweisen

wahrscheinlicher werden (vgl. Förster, 2015: S. 30ff). Die Psychologin Claudia Watzel sagt in einem Interview mit Deutschlandfunk Kultur dazu:

„Wenn ich selber so unter Stress bin und so angespannt, zu viel Verantwortung habe, zu wenig Schlaf, zu lange Dienste, dann bin ich nicht mehr feinfühlig, dann kann ich bestimmte Dinge nicht mehr wahrnehmen. [...] Wenn Hebammen selber keine Pausen mehr haben, nicht mehr zur Toilette gehen können, nicht mehr essen gehen können, also ihre Grenzen vom System, wie es organisiert ist, permanent missachtet werden, dann sind sie natürlich auch nicht mehr gut in der Lage, grenzwahrend selber zu arbeiten. Das geht miteinander einher.“ (Jährling, 2020)

Dies kann dann eine hohe Frustration gegenüber dem System erzeugen, in dem man arbeitet. Und diese Frustration kann sich mitunter wieder in gewaltvollen Handlungen entladen. Was genau dabei unter Frustration verstanden wird und wie diese entsteht, dafür gibt es in der Literatur unterschiedliche Fassungen. Christine Förster hat in Ihrer Studie zu *Gewalt in der institutionellen Altenpflege* (2015) den Kern dieser verschiedenen Definitionen als „wenn ein Ziel, trotz der bestehenden Erwartungshaltung selbiges erreichen zu können, nicht erlangt wird“ (Förster, 2015: S. 28) zusammengefasst.

## 4. Methodische Herangehensweise

Für die Untersuchung wird ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, der sich seit den 1980er Jahren im sozialwissenschaftlichen Diskurs als eigenständiger methodologischer Zugang etabliert hat und im anglophonen Raum auch als „third methodological movement“ bezeichnet wird (vgl. McKim, 2017: S. 202). Im deutschsprachigen Raum wird dieser methodische Ansatz auch als „methodische Triangulation“ bezeichnet (vgl. Flick, 2011).

Methodische Triangulation bezeichnet die systematische Kombination unterschiedlicher Erhebungs- und Auswertungsmethoden innerhalb eines Forschungsprojekts, um einen Untersuchungsgegenstand aus mehreren Perspektiven zu erfassen und dadurch ein umfassenderes und differenzierteres Verständnis zu ermöglichen. Im Kern beruht die methodische Triangulation auf der Annahme, dass soziale Phänomene – insbesondere komplexe, subjektiv erlebte und gesellschaftlich eingebettete Prozesse wie Geburt und Betreuungserleben – nicht adäquat durch eine einzelne Methode abgebildet werden können. Die Verbindung quantitativer und qualitativer Verfahren erlaubt es, sowohl Häufigkeiten, Verteilungen und Muster sichtbar zu machen als auch subjektive Bedeutungszuschreibungen, Erfahrungen und Deutungen zu erfassen (vgl. Flick, 2011: S. 11ff).

In der Anwendung umfasst methodische Triangulation in der Regel mindestens zwei methodische Zugänge. Quantitative Methoden, wie standardisierte Fragebögen, dienen dabei der Erfassung von Verteilungen, Zusammenhängen und Häufigkeiten innerhalb einer Stichprobe. Qualitative Methoden, etwa leitfadengestützte Interviews, ermöglichen hingegen einen vertieften Einblick in individuelle Erfahrungen, Wahrnehmungen und Handlungslogiken. Die Kombination dieser Ansätze kann entweder parallel erfolgen, indem beide Datensätze gleichwertig nebeneinander erhoben und ausgewertet werden, oder sequenziell, wenn ein methodischer Zugang den anderen vorbereitet, ergänzt oder vertieft (vgl. ebd.: S. 75ff).

Ziel der methodischen Triangulation ist nicht primär die gegenseitige Bestätigung der Ergebnisse, sondern deren Ergänzung und Kontextualisierung. Abweichungen oder Widersprüche zwischen quantitativen und qualitativen Befunden werden dabei nicht als methodische Schwäche, sondern als analytisch produktiv verstanden, da sie auf unterschiedliche Ebenen sozialer Wirklichkeit oder auf Spannungen zwischen Struktur und subjektivem Erleben hinweisen können (vgl. ebd.: S. 95f.).

Ein zentraler Vorteil der methodischen Triangulation liegt in der erhöhten analytischen Tiefe und Validität der Ergebnisse. Durch die Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen können blinde Flecken einzelner Methoden reduziert und komplexe Zusammenhänge differenzierter erfasst werden. Insbesondere bei sensiblen Themenfeldern, in denen Machtverhältnisse, subjektives Erleben und strukturelle Rahmenbedingungen ineinandergreifen, ermöglicht dieser Ansatz eine multiperspektivische Betrachtung (vgl. ebd.: 25ff).

Gleichzeitig ist die methodische Triangulation mit bestimmten Herausforderungen verbunden. Der kombinierte Einsatz unterschiedlicher Methoden erfordert einen erhöhten zeitlichen, organisatorischen und analytischen Aufwand. Zudem stellt die Integration der unterschiedlichen Datensätze hohe Anforderungen an die methodische Reflexion, da quantitative und qualitative Ergebnisse auf unterschiedlichen erkenntnistheoretischen Annahmen beruhen können. Insbesondere in kleineren Forschungsarbeiten, wie Abschlussarbeiten, ist daher eine klare Schwerpunktsetzung und eine begrenzte Reichweite der Triangulation notwendig (vgl. Lüdemann und Otto, 2019: S. 3ff).

In der vorliegenden Arbeit wird die methodische Triangulation in Form eines Mixed-Methods-Designs umgesetzt, das quantitative Erhebungsdaten mit qualitativen Interviewdaten kombiniert. Während die quantitative Erhebung einen Überblick über Häufigkeiten und Muster gewaltvoller bzw. potenziell gewaltvoller Erfahrungen in der Geburtshilfe ermöglicht, dienen die qualitativen Interviews der vertieften Einordnung dieser Ergebnisse und der Analyse

struktureller und institutioneller Zusammenhänge. Durch diese Verbindung soll ein möglichst umfassendes Bild des Untersuchungsgegenstandes gezeichnet werden, das sowohl strukturelle Dimensionen als auch individuelle Erfahrungsperspektiven berücksichtigt (vgl. Kuckartz, 2014: S. 27ff).

Um zu untersuchen, ob Gewalt in der Geburtshilfe strukturell, also systemisch verankert ist (vgl. Kapitel 3.2.1.), muss nun zunächst gefragt werden, ob und wie Gebärende (als etwaige Empfänger\*innen von Gewalt) die Geburt ihres Kindes erlebt haben und ob dabei Handlungen vorgefallen sind, die als gewalttätig eingestuft werden müssen. Damit ein Umstand als strukturell klassifiziert werden kann, muss er mit einer gewissen Häufigkeit auftreten. Dafür ist ein entsprechend großer Datensatz erforderlich, der sich primär mit einer quantitativen Datenerhebung, wie sie mit dem Online-Fragebogen erfolgt, generieren lässt. Dieser hat den Vorteil, dass die subjektive Beurteilung der Situation durch gezielte Fragen im Rahmen der vorher erfolgten Gewaltdefinition zumindest teilweise vermieden werden kann und somit ein besser vergleichbarer Datensatz generiert wird.

Um die berichteten Erfahrungen nicht allein auf individueller Ebene zu betrachten, sondern sie in ihren institutionellen und professionellen Kontext einordnen zu können, wird ein Teil des Datensatzes durch Expert\*inneninterviews ergänzt. Diese ermöglichen es, medizinische Entscheidungslogiken, strukturelle Rahmenbedingungen und berufliche Handlungsspielräume sichtbar zu machen, ohne die subjektiven Gewalterfahrungen der Betroffenen zu relativieren. Die qualitative Perspektive dient somit der Kontextualisierung und Einordnung der quantitativen Ergebnisse im Hinblick auf mögliche strukturelle Gewaltverhältnisse.

In den folgenden Abschnitten soll nun die theoretische Herangehensweise an die jeweiligen Datenerhebungsmethoden, sowie deren praktische Umsetzung und die finale Datenauswertung erläutert werden. Zudem wird auf die Schwachstellen der jeweiligen Datenerhebungsmethoden und wie diese versucht wurden zu kompensieren, eingegangen.

## **4.1. Gütekriterien der quantitativen Datenerhebung**

Der Zweck einer Datenerhebung besteht darin, Messwerte so exakt und fehlerfrei wie möglich zu erfassen. Da diese Anforderung in der Praxis jedoch nicht umsetzbar ist, ist eine statistische Theorie zur Entstehung der Messwerte erforderlich. Eine Grundlage dafür bietet die sogenannte *klassische Theorie* (vgl. Raithel, 2008: S. 44). Diese besagt, dass Messungen möglichst objektiv, reliabel und gültig sowie „für die praktische Durchführung ökonomisch, vergleichbar

und nützlich sein [sollten]“ (ebd.: S. 44f). Dabei wird die Objektivität eines Messinstruments mit der Intersubjektivität gleichgesetzt. Unter Reliabilität versteht man wiederum die Zuverlässigkeit eines Messinstruments, bei wiederholten Messungen identische Werte zu erzeugen. Da sie die Replizierbarkeit abbildet, gilt Reliabilität als aussagekräftiger als die Objektivität. Die Validität gibt an, ob das Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll. Dafür gibt es verschiedene Prüfverfahren: Expert\*innvalidität, Known-group-Validität, Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität (vgl. ebd.: S. 45-48).

Die Datenerhebung im quantitativen Teil dieser Arbeit erfolgt mittels eines Fragebogens, der über „Microsoft Forms“ bereitgestellt wurde. Die Gütekriterien wurden dabei insofern gewährleistet, als dass für die vorliegende Erhebung standardisierte und validierte Fragebögen eingesetzt wurden. Die Validität wurde durch die Befragung von Expert\*innen aus dem medizinischen Bereich hinsichtlich der Genauigkeit der medizinischen Begriffe und Abläufe sowie durch die erste Einordnung von Betroffenen zur besseren Einordnung und Abdeckung aller Aspekte gewährleistet. Zudem basiert die Datenerhebung auf Stichproben nach dem Zufallsprinzip. Warum dies jedoch nicht im vollen Umfang gewährleistet werden kann, wird näher im folgenden Unterkapitel 4.1.1. *Vor- und Nachteile einer Onlinestudie* erläutert. Die Befragung wurde online, anonym und auf freiwilliger Basis durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels statistischer Verfahren. Nach entsprechender Aufbereitung wurden die Daten für die Auswertung beschrieben und in zusammenfassender Form mithilfe von Microsoft Forms und Excel dargestellt (vgl. Kapitel 5).

#### **4.1.1. Vor- und Nachteile einer Onlinestudie**

Der Vorteil eines Onlinefragebogens, wie er in dieser Arbeit angewendet wurde, ist, dass sich mithilfe des Internets eine deutlich höhere Anzahl an Datensätzen in einer kürzeren Zeitspanne und über größere geografische Distanzen generieren lässt. Onlinestudien überzeugen dabei mit einfachen und barrierefreien Zugangsmöglichkeiten und einem geringen Kostenaufwand und kristallisieren sich so als eines der effizientesten Tools innerhalb der quantitativen Datenerhebung heraus. Darüber hinaus wird durch Onlinestudien die Problematik der kopräsenten Versuchsleitung und der damit einhergehende Versuchsleitereffekt eliminiert. Zudem resultieren sie in einer Diversifizierung der Stichproben. Ein weiterer Vorteil besteht in der die Transparenz und Überprüfbarkeit der gesammelten Daten, da die Materialien jederzeit und überall zugänglich sind (vgl. Echterhoff, 2013: S. 105ff).

Dennoch sind auch einige Nachteile und Risiken mit der Nutzung einer Online-Datenerhebung verbunden. Im Rahmen einer Onlinestudie wurde festgestellt, dass der Schutz der Teilnehmenden signifikant beeinträchtigt wird. Es ist der forschenden Person nicht möglich, emotionale Reaktionen zu antizipieren. Aus diesem Grund wurde dem Fragebogen in dieser Arbeit ein Einführungstext mit einer Triggerwarnung vorangestellt und das Thema der Forschung vorab mit den Proband\*innen geteilt, damit diese selbst besser einschätzen können, ob sie an der Forschung teilnehmen möchten oder nicht. Jedoch können bei einer Online-Datenerhebung Missverständnisse hinsichtlich wichtiger Informationen nicht ausgeschlossen werden. Demnach besteht die Möglichkeit, dass sich daraus eine Abbruchrate ergibt, deren Auftreten sich nicht ausschließen oder verhindern lässt (vgl. ebd.: 108f.).

Außerdem weisen auch Onlinestudien keine hinreichende Repräsentativität der Gesamtbevölkerung auf, auch wenn sie die Erreichbarkeit und Diversität der Proband\*innen gegenüber der Laborforschung stark erweitert haben. Die Problematik besteht darin, dass auch bei Onlinestudien keine Zufallsstichproben aus der Gesamtbevölkerung gewährleistet werden können. Dies ist auf die Freiwilligkeit der Teilnahme zurückzuführen, die aus ethischer und rechtlicher Perspektive als gegeben betrachtet werden muss. Die Freiwilligkeit bedingt eine Selbstselektion, die sich zu Lasten der Generalisierbarkeit auswirkt (vgl. Echterhoff, 2013: S. 122). Obwohl versucht werden kann, eine stärkere Diversität der Proband\*innengruppe durch entsprechende vielfältige öffentliche Platzierung zu erzielen (wie es in dieser Arbeit durch gezieltes Anschreiben von Kindergärten in verschiedenen Bezirken Wiens versucht wurde), ist die Erfolgsaussicht auch abhängig von den individuellen Motivationsgründen.

### **4.1.2. Aufbau des Fragebogens**

Im folgenden Kapitel wird der im Rahmen dieser Arbeit eingesetzte Fragebogen vorgestellt. Dabei wird der Aufbau des Fragebogens erläutert, die Datenerhebung beschrieben sowie auf zentrale Vor- und Nachteile der gewählten Online-Erhebung eingegangen. Ziel ist es, die methodischen Grundlagen der quantitativen Untersuchung transparent darzustellen.

#### **4.1.2.1. Fragenaufbau**

Der Fragebogen setzt sich aus sechs subkategorischen Abschnitten zusammen. Zunächst wird die teilnehmende Person mit einem Text in die Thematik eingeführt. Der Titel des Fragebogens gibt bereits Aufschluss über die Thematik der Umfrage. Im Einleitungstext wird daher darauf

hingewiesen, dass die einzelnen Fragen nicht zwangsläufig implizieren, dass ein gewaltvoller Akt vorliegt, sondern dass die Antworten im Kontext der gesamten Auswertung betrachtet werden müssen. Zudem wird auf die mögliche psychische Belastung und das Auslösen von Traumata bei diesem sensiblen Umfragethema hingewiesen. Ein Zwischenspeichern der Fragen war nicht möglich. Personen, die sich durch die Umfrage belastet fühlten, wurde daher empfohlen, diese abubrechen.

Der Fragebogen gliederte sich in sechs thematische Abschnitte:

1. Soziodemographische Angaben
2. Entbindung unter Covid-19-Bedingungen
3. Wahl der medizinischen Einrichtung
4. Medizinische Faktoren des Geburtsprozesses
5. Wahl der Begleitperson und
6. Psychische Faktoren des Geburtsprozesses

Insgesamt umfasst der Fragebogen 52 Fragen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Teilnehmenden alle Fragen beantworteten, da etwa ein Drittel der Items als Filter- bzw. Folgefragen konzipiert war. So wurde der Abschnitt zu Entbindungen unter Covid-19-Bedingungen beispielsweise ausschließlich jenen Personen angezeigt, deren Kinder während der Covid-19-Pandemie geboren wurden. Dieser Themenbereich wurde als eigene Kategorie geführt, da Geburten während der Pandemie unter deutlich veränderten strukturellen und organisatorischen Bedingungen stattfanden. Gebärende, die in dieser Zeit ihr Kind auf die Welt gebracht haben, haben unter Umständen isolierter und in einer deutlich höheren Belastungssituation entbunden als Gebärende zu anderen Zeitpunkten. Eine präzise Abfrage der Rahmenbedingungen zur Geburt ist für die Auswertung der Ergebnisse daher von enormer Bedeutung. Dies gilt selbstverständlich auch für die übrigen Geburtserlebnisse.

Insgesamt nahmen 176 Menschen an der Online-Studie teil. Sechs von ihnen entsprachen nicht den Anforderungen, sodass sich ein Datensatz von insgesamt 170 Probandinnen auswerten lässt.

Die Fragen wurden auf Grundlage der in den vorherigen Kapiteln erläuterten Definition von Gewalt sowie unter Bezugnahme auf das von Lemmer & Gollwitzer (2018) entwickelte Modell zur Hypothesenbildung und Operationalisierung erstellt (vgl. Lemmer/Gollwitzer, 2018).

Zunächst wurden Thesen formuliert, welche im Kapitel 1 näher erläutert werden. Für deren Prüfung ist die Bildung von Variablen erforderlich. Da es sich bei Variablen, insbesondere in den Geistes- und Gesellschaftswissenschaften, häufig um abstrakte Konstrukte handelt, die

nicht direkt erfassbar oder quantifizierbar sind, müssen sie zunächst operationalisiert, also messbar gemacht werden (vgl. Lemmer/Gollwitzer, 2018: S. 250). Das Konstrukt *Gewalt* wurde für die Messung der Variablen operationalisiert, basierend auf der zuvor erarbeiteten Definition von Gewalt. Im vierten Abschnitt (medizinische Faktoren) wurde beispielweise nach schmerzhaften oder nicht eingewilligten Untersuchungen gefragt. Im Kontext von Entbindungen wurde bereits dargelegt, dass Gewalt nicht ausschließlich in eindeutig identifizierbaren physischen Übergriffen besteht, sondern sich auch in medizinischen Handlungen äußern kann, die ohne ausreichende Aufklärung, Einwilligung oder Berücksichtigung des subjektiven Erlebens der Gebärenden durchgeführt werden. Im sechsten Abschnitt des Fragebogens wurde daher nach dem psychischen Empfinden der Gebärenden während und nach der Geburt gefragt. Da es sich bei der Variable „psychische Gesundheit“ um einen stark subjektiv geprägten Faktor handelt, wurde ergänzend erhoben, ob vor oder nach der Geburt medizinisch diagnostizierte psychische Beeinträchtigungen vorlagen. Diese Angaben dienen der Kontextualisierung der subjektiven Selbsteinschätzungen und ermöglichen eine differenziertere Interpretation der Ergebnisse.

Wie bereits in Kapitel 2.3. dargelegt, ist das Umfeld eine signifikante Variable bei der Einordnung von Handlungen als Gewalt. Im fünften Abschnitt des Fragebogens wurde daher nach der Begleitperson gefragt, die die gebärende Person zusätzlich zum medizinischen Personal während der Geburt unterstützt hat.

#### **4.1.2.2. Beschreibung der Datenerhebung**

Für die quantitative Datenerhebung wurden Personen als Zielgruppe gewählt, die entweder in Österreich oder Deutschland ein Kind zur Welt gebracht haben, unabhängig vom Alter der Gebärenden und der Art der Geburt. Dabei wurden Deutschland und Österreich als Zielländer ausgewählt, da sie über ein nahezu identisches Gesundheits- und insbesondere Geburtshilfesystem verfügen und somit eine Datenerhebung in beiden Ländern durchführbar ist. Aufgrund der Tatsache, dass Deutschland mein Herkunftsland ist, gestaltete sich dort der Zugang zu Proband\*innen deutlich unkomplizierter. Dies war auch der Hauptgrund, warum Deutschland als (zweites) Zielland ausgewählt wurde und die Selektion sich nicht auf Österreich beschränkte.

Der Fragebogen wurde am 7. Juli 2025 fertiggestellt. Die Verbreitung erfolgte zunächst durch Teilung im persönlichen Umfeld sowie auf dem privaten Account der Verfasserin auf einer Social-Media-Plattform. Des Weiteren wurde Mitte Juli die Umfrage an diverse Kindergärten

in Wien versandt, mit der Bitte, diese in ihrem Netzwerk zu teilen oder auszuhängen. Es liegen jedoch keine Rückmeldung diesbezüglich vor und es ist fraglich, ob dieses Vorgehen von Erfolg gekrönt war. Darüber hinaus erfolgte eine Dissemination der Umfrage innerhalb des Netzwerks der Freien Waldorfschule Bad Nauheim (Deutschland) sowie der Organisation *Mother Hood* (Österreich). Zudem wurde die Umfrage in einem Kindergarten in Hamburg geteilt. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 07. Juli 2025 bis 25. August 2025. Das Feedback war durchgehend positiv, jedoch gestaltete sich die Datensammlung aufgrund des Zeitraums (Sommerferien) als etwas schwierig.

Die Zielgruppe wurde anhand minimaler Einschlusskriterien definiert. Die Intention bestand darin, eine möglichst heterogene Gruppe an Proband\*innen anzusprechen und somit in einer relativ kurzen Zeitspanne eine möglichst große Datensatzmenge zu erhalten. Gleichzeitig gibt es keine offensichtlichen Gründe, die Zielgruppe stärker einzugrenzen, da alle Menschen, die ein Kind auf die Welt gebracht haben, Aussagen über den Ablauf und das Empfinden des Geburtserlebnisses machen können und alle diese Aussagen als valide einzustufen sind. Eine mögliche Eingrenzung des untersuchten Sachverhalts bezieht sich ausschließlich auf den zeitlichen Aspekt. Es wäre zu prüfen, ob sich eine Entbindung in den 1970er Jahren aufgrund abweichender systemischer Rahmenbedingungen mit einer Geburt in den 2000er Jahren ohne Weiteres vergleichen lässt. Zu überprüfen wäre eventuell auch die Frage, ob die Erinnerung an eine Geburt, die weiter zurückliegt, verzerrter ist als die Erinnerung an eine Geburt, die nur wenige Jahre zurückliegt.

Der erste Aspekt wurde durch die Abfrage sowohl des Geburtsjahrzehnts der Probandin als auch des Geburtsjahrzehnts des Kindes kompensiert. Es lässt sich die These aufstellen, dass sich daraus ein interessanter und wertvoller Datensatz erschließen lässt. Dieser könnte Aussagen über Veränderungen in der Geburtshilfe sichtbar machen, sowohl in deren Wahrnehmung und Bewertung als auch in der tatsächlichen medizinischen Betreuung. Der zeitliche Abstand zum tatsächlichen Ereignis (Entbindung) wird bei der Bewertung nicht oder zumindest nicht messbar berücksichtigt. Da es sich bei der Bewertung einer Geburt im Kontext der eigenen Wahrnehmung jedoch immer um eine sehr subjektive Variable handelt, und daher die Bewertung einer erst kürzlich erfolgten Geburt nicht objektiver, geschweige denn „richtiger“ ist, ist diese Komponente im Kontext vorliegender Fragestellung nach meiner Einschätzung vernachlässigbar.

### 4.1.2.3. Limitation des Fragebogens

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist im Kontext der methodischen Rahmenbedingungen der Studie zu betrachten. Insbesondere die Größe der Stichprobe begrenzt die Generalisierbarkeit der Befunde. Eine repräsentative Datenerhebung wäre im Rahmen einer Abschlussarbeit kaum realisierbar gewesen, nicht zuletzt aufgrund des erheblichen zeitlichen und organisatorischen Aufwands. Rückblickend erscheint es möglich, dass eine größere Stichprobe hätte erreicht werden können, wenn der Erhebungszeitraum nicht in die Sommermonate gefallen wäre, in denen viele Einrichtungen, etwa Kindergärten, geschlossen sind oder nur eingeschränkt erreichbar waren. Zudem hätte eine längere Feldphase potenziell dazu beigetragen, die Reichweite der Erhebung zu erhöhen und weitere Perspektiven einzubeziehen.

Auch die Gestaltung des Fragebogens stellt einen relevanten Aspekt dieser Limitationen dar. Ziel war es, den Teilnehmenden ausreichend Raum für die Schilderung ihrer individuellen Erfahrungen zu geben und dadurch die Komplexität geburtlicher Erlebnisse angemessen abzubilden. Dieser Anspruch führte zu einem vergleichsweise umfangreichen Fragebogen. Obwohl die durchschnittliche Ausfüllzeit von elf Minuten nicht außergewöhnlich hoch war, ist nicht auszuschließen, dass der Umfang einige potenzielle Teilnehmende von einer Teilnahme abgehalten hat. Darüber hinaus konnten einzelne Antworten aufgrund ihrer inhaltlichen Uneinheitlichkeit oder Komplexität im Nachhinein nicht sinnvoll ausgewertet werden, was die Aussagekraft bestimmter Aspekte der quantitativen Erhebung einschränkte.

Zudem ist die vorliegende Studie in einem spezifischen sozialen Kontext entstanden, der sich zwangsläufig auf die Datenerhebung, insbesondere auf die Zusammensetzung der Stichprobe, ausgewirkt hat. Trotz mehrfacher Bemühungen, die Stichprobe über das eigene soziale Netzwerk der Forscherin hinaus zu erweitern, etwa durch das Anschreiben verschiedener Kindergärten in Wien, auch in Bezirken mit heterogenerer Bevölkerungsstruktur, sowie durch das Aushängen der Studie in einer Hamburger Kindertageseinrichtung, blieb die Resonanz gering, sodass davon auszugehen ist, dass die Teilnahme überwiegend aus meinem persönlichen oder erweiterten Netzwerk erfolgte. Damit ist wahrscheinlich, dass ein relativ homogener sozialer Hintergrund in der Stichprobe überrepräsentiert ist. Für die Interpretation der Ergebnisse bedeutet dies, dass die Perspektiven marginalisierter Gruppen, etwa Menschen mit rassifizierten Erfahrungen oder aus sozial benachteiligten Schichten, in dieser Untersuchung unterrepräsentiert sind.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Eine genau Erläuterung, wieso das so ist erfolgt in Kapitel 1, wo der persönliche Kontext der Forscherin reflektiert wird.

## 4.2. Expertinneninterviews als qualitative methodische Ergänzung

Qualitative Forschung spielt in den empirischen Sozialwissenschaften eine zentrale Rolle, da sie dort ansetzt, wo komplexe soziale Phänomene nicht allein durch Zahlen und Messungen zu erfassen sind. Sie ist insbesondere dann sinnvoll, wenn es darum geht, Bedeutungen, Handlungen und soziale Prozesse zu verstehen, die in spezifische Kontexte eingebunden sind. Während quantitative Ansätze primär auf Messbarkeit, Generalisierbarkeit und Hypothesenprüfung abzielen, verfolgt qualitative Forschung das Ziel, subjektive Sichtweisen, Erfahrungen und Deutungsmuster zu rekonstruieren und damit ein tieferes Verständnis sozialer Wirklichkeit zu ermöglichen. Die Sinnhaftigkeit qualitativer Forschung zeigt sich vor allem in Bereichen, in denen es nicht nur um das „Wie viel“ geht, sondern um das „Wie“ und „Warum“ menschlichen Handelns (vgl. Wichmann 2019, S. 9f.). Zu den zentralen Instrumenten qualitativer Forschung zählen u.a. leitfadengestützte oder narrative Interviews, Gruppendiskussionen, teilnehmende Beobachtung, Fallstudien sowie Dokumenten- und Diskursanalysen, um sich dem forschungsleitenden „Wie“ und „Warum“ anzunähern. Diese Verfahren ermöglichen den Zugang zu tieferliegenden Strukturen von Kommunikation, sozialen Praktiken und Sinnkonstruktionen. Durch ihre Offenheit und Kontextsensibilität leistet qualitative Forschung damit einen wesentlichen Beitrag zur Erschließung sozialer Wirklichkeit jenseits rein quantitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren (vgl. Gläser/Laudel, 2010: S. 150ff).

Beim Mixed-Methods-Ansatz werden, wie eingangs bereits erwähnt, quantitative und qualitative Methoden parallel und einander unterstützend verwendet. In dieser Arbeit werden Expertinneninterviews<sup>11</sup> als ergänzendes Instrument zum Online-Fragebogen genutzt und bilden damit die qualitative Forschungsarbeit ab.

Ein wesentlicher Vorteil von Expert\*inneninterviews besteht darin, dass die Befragten sowohl über Kenntnisse im Hinblick auf die Aushandlung und Entscheidungsfindung kollektiv verbindlicher Regelungen verfügen als auch Auskunft über die Bedingungen und Interessensstrukturen geben können, unter denen diese entstanden sind. Der Experte oder die Expertin ist also Träger\*in eines für die Forschung wesentlichen Wissens (vgl. Kaiser, 2021: S. 48). Wer als Expert\*in gilt, wird von der forschenden Person immer im konkreten Forschungsprozess selbst festgelegt. Meistens werden diese jedoch aufgrund ihrer Position und

---

<sup>11</sup> Bei dem Begriff Expertinneninterviews wird im Bezug auf die Interviews dieser Arbeit nicht gegendert, da alle befragten Personen weiblich waren.

ihres Status als solche definiert. „Expertenwissen ist demnach an eine Funktion oder Berufsrolle gebunden“ (ebd.: S. 41).

In dieser Arbeit wurden Hebammen und Gynäkologinnen als Expertinnen herangezogen. Auf Grundlage ihres beruflichen Fachwissens und ihrer praktischen Erfahrung sollen sie jene Handlungsweisen erläutern, nach denen im Fragebogen gefragt wird und die potenziell von Gebärenden als gewaltvoll wahrgenommen werden könnten. Dabei ist es ausdrücklich nicht das Ziel, einzelne Antworten oder subjektive Erfahrungen der Befragten zu bewerten, sondern die in den Fragen angesprochenen Abläufe aus professioneller Perspektive zu kontextualisieren. Die Expertinnen sollen aufzeigen, welche Eingriffe im Geburtsverlauf als fachlich notwendig, gesetzlich vorgeschrieben oder im Rahmen üblicher Praxis zu verstehen sind, und welche Handlungen möglicherweise außerhalb dieses Rahmens liegen. Darüber hinaus geben sie Einblicke in ihren Arbeitsalltag, indem sie erläutern, warum in bestimmten Situationen bestimmte Vorgehensweisen gewählt werden und welche strukturellen oder situativen Faktoren diese Entscheidungen beeinflussen. Damit tragen die Interviews dazu bei, die im Fragebogen thematisierten Handlungen besser zu verstehen und sie in den institutionellen sowie professionellen Kontext der Geburtshilfe einzuordnen.

Für die Durchführung der Interviews wurde zunächst ein Interviewleitfaden erstellt. In diesem wurden das Forschungsproblem und die theoretischen Annahmen (siehe Thesen, 1. Kapitel Einleitung) in konkrete Fragen übertragen, die sich an der Erfahrungswelt der Expert\*innen orientierten und für sie nachvollziehbar zu beantworten waren (vgl. Kaiser, 2021: S. 64).

Der Kontakt zu den Expertinnen wurde über den Freundes- und Bekanntenkreis der Verfasserin hergestellt. Die Interviews wurden vor Ort in Österreich und online in Deutschland durchgeführt. Insgesamt wurde eine Hebamme und eine Assistenzärztin im Bereich Gynäkologie interviewt. Die Interviews wurden allesamt im September 2025 durchgeführt. Die Gespräche wurden mithilfe der Aufnahmefunktion eines mobilen Endgeräts aufgenommen und anschließend transkribiert. Expert\*inneninterviews werden üblicherweise unter Nennung der interviewten Personen geführt. In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch in gemeinsamer Absprache mit den Interviewpartnerinnen aufgrund der Sensibilität des Themas auf eine Namensnennung verzichtet. Da jeweils nur ein Interview pro Berufszweig (Ärztin bzw. Hebamme) durchgeführt wurde, wird die Angabe der jeweiligen Berufsbezeichnung als ausreichend erachtet, um die Aussagen eindeutig zuordnen zu können.

### **4.3. Methodik in der Datenauswertung**

Im nachfolgenden Unterkapitel werden die methodischen Vorgehensweisen bei der Datenauswertung näher beschrieben. Dabei werden die Schritte erläutert, die für die Analyse der erhobenen Daten aus den Fragebögen sowie der durchgeführten Expert\*inneninterviews herangezogen werden. Das Ziel besteht darin, die angewandten Verfahren transparent nachzuvollziehen und aufzuzeigen, wie aus den gesammelten Daten belastbare Ergebnisse abgeleitet werden können.

#### **4.3.1. Methodik quantitative Datenauswertung**

Die quantitative Datenauswertung erfolgte deskriptiv und explorativ. Ziel der deskriptiven Auswertung war es, die erhobenen Daten übersichtlich darzustellen und zentrale Merkmale der Stichprobe zusammenzufassen, ohne dabei statistische Hypothesen zu prüfen (vgl. Schäfer, 2010: S. 59). Zu diesem Zweck wurden grundlegende Kennwerte wie Mittelwerte berechnet und Häufigkeiten ermittelt, um einen Überblick über Alter, Geburtsort sowie die durchschnittliche Anzahl vorangegangener Geburten der Befragten zu geben. Aufbauend darauf wurden die Angaben zu Gewalterfahrungen während der Geburt mittels Häufigkeitstabellen ausgewertet. Diese deskriptive Darstellung der Gewalterfahrungen diente dazu, sichtbar zu machen, welche Formen von Gewalt in welchem Umfang berichtet wurden. Zur strukturierten Einordnung der Ergebnisse wurde eine vorab definierte Schwelle von 20% herangezogen, um gehäuft auftretende Erfahrungen zu identifizieren (vgl. Kapitel 3.3.1.). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine nachvollziehbare Bewertung der Relevanz einzelner Gewaltformen innerhalb der Stichprobe, ohne eine statistische Signifikanzprüfung vorzunehmen (vgl. ebd.).

Die darauffolgende explorative Auswertung hatte das Ziel, mögliche Zusammenhänge zwischen ausgewählten Variablen zu untersuchen und erste Muster im Datenmaterial aufzuzeigen und mögliche Hypothesen für weiterführende Forschung zu generieren, ohne den Anspruch einer ausführlichen statistischen Überprüfung oder Verallgemeinerung der Ergebnisse zu erheben (vgl. Schäfer, 2010: S: 99f.). Hierzu wurden einzelne Merkmale vergleichend gegenübergestellt, beispielsweise das subjektive Erleben der Geburt und das berichtete Schmerzempfinden. Die Ergebnisse wurden mithilfe von Microsoft Excel tabellarisch aufbereitet und in Form von Diagrammen visualisiert. Die explorative Vorgehensweise dient der hypothesengenerierenden Betrachtung der Daten und erlaubt es,

mögliche Zusammenhänge darzustellen. Sie kann jedoch keine Aussagen über Kausalität oder statistische Zusammenhänge im engeren Sinne treffen.

Die deskriptiv-explorative Vorgehensweise ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit besonders geeignet, da es sich um einen sozialwissenschaftlichen Forschungsgegenstand handelt, bei dem subjektive Erfahrungen und individuelle Wahrnehmungen im Mittelpunkt stehen. Ziel der Analyse ist nicht die statistische Überprüfung vorab formulierter Hypothesen, sondern die strukturierte Darstellung und erste Einordnung von Erfahrungsberichten (vgl. Schäfer, 2010: S. 99f.).

In der sozialwissenschaftlichen Forschung können quantitative Daten auch deskriptiv und explorativ ausgewertet werden, insbesondere bei kleineren Stichproben oder sensiblen Themenfeldern, um die Komplexität sozialer Phänomene angemessen abzubilden. Im Rahmen dieser Arbeit ist diese Vorgehensweise von Vorteil, da eine umfassende statistische Prüfung in diesem Kontext weder dem Erkenntnisinteresse noch dem Aussagegehalt der erhobenen Daten entsprechen würde. Die gewählte deskriptive Vorgehensweise ermöglicht es, zentrale Muster und Zusammenhänge sichtbar zu machen und dient der hypothesengenerierenden Annäherung an das Untersuchungsfeld. Dadurch wird eine fundierte Grundlage für weiterführende, vertiefende Forschung geschaffen, ohne den Anspruch einer statistischen Verallgemeinerung zu erheben (vgl. ebd.).

### **4.3.2. Methodik qualitative Datenauswertung**

Die Auswertung der Expert\*inneninterviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2022: S. 11f.). Durch die Bestimmung von Kategorien wurden in der Folge die Kernaussagen des Materials herausgearbeitet (vgl. ebd.: S. 32). Die Codierung wurde deduktiv angelegt, indem zunächst ein Kategoriensystem auf Grundlage des Interviewleitfadens entwickelt wurde. Dieses diente als strukturierender Rahmen für die Analyse des Datenmaterials (vgl. Gläser/Laudel, 2010: S. 206f.).

Im Analyseprozess wurden die Bezeichnungen der Codes sowie deren Anzahl dann deduktiv zunächst aus dem Leitfaden zum Interview heraus weiterentwickelt. Neue inhaltliche Aspekte, die im Leitfaden nicht explizit vorgesehen waren, wurden induktiv während der Codierung ergänzt, differenziert oder zusammengefasst. Auf diese Weise konnte sowohl die leitfadengestützte Struktur beibehalten als auch eine Offenheit gegenüber relevanten, im

Material auftretenden Themen gewährleistet werden (vgl. ebd.: S. 150ff). Die genaue Bezeichnung der verwendeten Codes erfolgt in Kapitel 5.2. *Qualitative Datenauswertung*.

## 5. Analyse

Das folgende Kapitel widmet sich der Auswertung der im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten. Ziel ist es, die quantitativen und qualitativen Erhebungen systematisch darzustellen und die Grundlage für die anschließende Diskussion zu schaffen.

Die Datenauswertung erfolgt in zwei Schritten. Zunächst werden die quantitativen Daten ausgewertet, indem die Stichprobe beschrieben und zentrale Merkmale explorativ dargestellt werden. Diese deskriptive Auswertung dient dazu, einen Überblick über die Zusammensetzung der Befragten sowie über wiederkehrende Muster und Auffälligkeiten in den Angaben zu gewinnen.

Anschließend werden die qualitativen Daten analysiert. Dabei wird das methodische Vorgehen der Interviewauswertung erläutert, insbesondere der Codierungsprozess, sowie die daraus hervorgehenden Hauptkategorien dargestellt. Ziel dieses Teils ist es, vertiefende Einblicke in subjektive Erfahrungen und Deutungen zu ermöglichen, die die quantitativen Ergebnisse ergänzen und kontextualisieren.

### 5.1. Quantitative Datenauswertung

Im folgenden Abschnitt wird die Datenauswertung der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Die Auswertung umfasst Daten aus Deutschland ( $n = 158$ ) und Österreich ( $n = 12$ ). Beide Stichproben sind für sich genommen zu klein, um repräsentative Aussagen über die geburtshilfliche Versorgung eines gesamten Landes zu ermöglichen; folglich wird auf Verallgemeinerungen auf die nationale Ebene bewusst verzichtet. Vielmehr dienen die Datensätze einem explorativen Erkenntnisinteresse: Sie zeigen individuelle Erfahrungen und mögliche Einflussfaktoren auf das subjektive Geburtserleben auf.

Trotz der unterschiedlichen Fallzahlen kann argumentiert werden, dass das Verhältnis der erhobenen Fälle (ca.  $158 : 12 \approx 13 : 1$ ) grob dem Verhältnis der Bevölkerungsanzahl zwischen Deutschland und Österreich entspricht. Damit ist die Stichprobenverteilung — wenn auch nicht als repräsentativ, so doch als annähernde Relation der Länderbevölkerungen — in gewissem

Maße proportional. Dieser Umstand gibt der kombinierten Auswertung eine zusätzliche konzeptionelle Ebene: Sie erlaubt es, zumindest vorläufig und mit Vorbehalt, übergreifende Muster zu analysieren.

Der Zweck der Analyse liegt somit nicht in einem systematischen Ländervergleich, sondern in der Untersuchung gemeinsamer Zusammenhänge und Faktoren innerhalb der Gesamtstichprobe. Sollten sich trotz der unterschiedlichen nationaler Kontexte der Fälle konsistente Muster zeigen, kann dies als Hinweis darauf gesehen werden, dass bestimmte Erfahrungen oder Strukturen länderübergreifend relevant sind. Die Aussagekraft dieser Befunde ist jedoch insbesondere im Hinblick auf die geringe Fallzahl aus Österreich begrenzt und entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

### **5.1.1. Stichprobenbeschreibung**

An der der Onlinebefragung nahmen insgesamt  $n = 176$  Personen teil. Davon konnten  $N = 6$  Datensätze aufgrund nichtzutreffender Teilnahmebedingungen<sup>12</sup> ausgeschlossen werden, sodass die finale Stichprobe  $n = 170$  umfasst. Der Fragebogen war über einen Zeitraum von 50 Tagen online zugänglich.

Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Personen beträgt 46,56 Jahre ( $SD = 4,26$ ). 69% der Teilnehmenden haben den Fragebogen für die erste Geburt ausgefüllt, 24% für die zweite und 6% für die dritte Geburt. Die meisten der geschilderten Geburtserlebnisse haben zwischen 2011 und 2020 stattgefunden (35%). 79% aller geschilderten Geburtserlebnisse sind zudem ab den 2000er Jahren erfolgt, womit das 21. Jahrhundert überrepräsentiert ist. Für Geburten im 20. Jahrhundert füllten lediglich 21% der Teilnehmenden den Fragebogen aus.

14% der Teilnehmenden haben während der Covid-19-Pandemie entbunden und konnten somit einen gesonderten Teil des Fragebogens ausfüllen.

Die Mehrheit der teilnehmenden Personen hat ihr Kind in einem Krankenhaus auf die Welt gebracht (99%). Lediglich 1% haben in einem Geburtshaus oder zu Hause geboren oder „Sonstiges“ als Angabe gemacht. Auffallend ist dabei, dass sich diese Angaben vom gewünschten Geburtsort leicht unterscheiden. Dort haben noch ganze 4% angegeben, in einem Geburtshaus gebären zu wollen. Als häufigster Grund für die Abweichung vom geplanten

---

<sup>12</sup> Unter nichtzutreffenden Teilnahmebedingungen wurde hierbei verstanden, dass die Person nicht in Deutschland oder Österreich ihr Kind auf die Welt gebracht hat.

Geburtsort wurden Probleme beim Kind (19%) oder ein notwendig gewordener Kaiserschnitt angegeben.

### **5.1.2. Erleben von Gewalt unter der Geburt**

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse zu den im Fragebogen erhobenen Parametern dargestellt, die sich auf gewaltvolle oder potenziell gewaltvolle Handlungen während der Geburt beziehen. Wie in Kapitel 3 definiert, umfasst der in vorliegender Arbeit verwendete Gewaltbegriff körperliche, psychische sowie strukturell bedingte Formen von Gewalt. Die Befragten wurden daher aufgefordert anzugeben, welche der zuvor theoretisch hergeleiteten Handlungen oder Interventionen (siehe dazu Kapitel 3.3.1.) sie während ihrer Geburt erlebt haben. Zur besseren Verständlichkeit wird in Tabelle 2 zunächst eine Einteilung der abgefragten Parameter in die in Kapitel 3.3.1. festgelegten Kategorien von gewaltvollen Handlungen unter der Geburt vorgenommen. Ziel war es im diversen medizinischen Feld zwischen unterschiedlichen Formen gewaltvoller Handlungen unterscheiden zu können. Dafür wurde eine Einteilung in solche Handlungen unternommen, die klar als gewaltvoll eingestuft werden können, da sie unmittelbar als solche erkennbar sind und keinen zusätzlichen medizinischen Nutzen haben. Dazu zählt beispielsweise psychische Gewalt. Zum anderen solche Maßnahmen, die grundsätzlich medizinisch gerechtfertigt sein können, aber bei bestimmter Häufigkeit oder aufgrund der subjektiven Wahrnehmung der Gebärenden als gewaltvoll erlebt werden und definiert werden können (vgl. Kapitel 3.3.1.).

**Tabelle 2:***Häufigkeiten berichteter geburtshilflicher Interventionen, Quelle: Eigene Darstellung.*

<b>Handlung/Intervention</b>	<b>Typ</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Verbale/psychische Gewalt	Direkte Gewalt	35	21
Dammschnitt (Episiotomie)	Potenziell gewaltvolle Handlung	50	29
Muttermunddehnung	Potenziell gewaltvolle Handlung	16	9
Saugglocken- oder Zangengeburt	Potenziell gewaltvolle Handlung	17	10
Kaiserschnitt	Potenziell gewaltvolle Handlung	40	24
Keine freie Wahl der Gebärlage	Potenziell gewaltvolle Handlung	22	13
Keine alternative Schmerztherapie	Potenziell gewaltvolle Handlung	78	46
Wehenfördernde Mittel	Potenziell gewaltvolle Handlung	65	38
Vorgaben zum Pressen	Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe	144	85
Vaginale Untersuchungen	Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe	118	69
Nähen im Intimbereich	Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe	88	52
Öffnen der Fruchtblase	Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe	23	14
Einlauf	Medizinisch notwendige, individuell belastende Eingriffe	22	13

---

*Hinweis.* n = absolute Häufigkeit; % = relative Häufigkeit bezogen auf die Gesamtstichprobe.

Da die einzelnen Parameter unabhängig voneinander ausgewertet wurden, beziehen sich die Prozentwerte jeweils auf 100 % und sind nicht summierbar.

Insgesamt überschreiten acht der in der Tabelle aufgeführten Handlungen den festgelegten Häufigkeitsmarker von 20%.<sup>13</sup> Im Fall der psychischen Gewalt ist diese Überschreitung jedoch gesondert zu betrachten, da es sich hierbei, wie bereits erläutert, unabhängig von dem gehäuftem Auftreten stets um eine gewaltvolle Handlung handelt. In der Kategorie der „potenziell gewaltvollen Handlungen“ treten vier Maßnahmen besonders häufig auf: der Dammschnitt, der Kaiserschnitt, der Einsatz wehenfördernder Mittel sowie das Fehlen von Alternativen zur

---

<sup>13</sup> Eine Erläuterung über die Festlegung des Schwellenwerts von 20% erfolgt in Kapitel 3.3.1.

medikamentösen Schmerztherapie. Insbesondere im Kontext des Kaiserschnitts decken sich diese Ergebnisse mit anderen empirischen Daten, die zeigen, dass dieser Eingriff im klinischen Setting zunehmend häufig vorgenommen wird und in Deutschland sowie Österreich die von der WHO empfohlene Grenze von 15% überschreitet. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den vorliegenden Daten wider. In der Kategorie der „medizinisch notwendigen, individuell belastenden Eingriffe“ treten drei Maßnahmen gehäuft auf, nämlich Vorgaben zum Pressen, vaginale Untersuchungen sowie das Nähen im Intimbereich. In dieser Kategorie ist jedoch eine reine Betrachtung der Häufigkeit nicht ausreichend, da es sich um Eingriffe handelt, die unter bestimmten medizinischen und situativen Umständen notwendig sein können und daher einer differenzierten Interpretation durch die subjektive Wahrnehmung der Gebärenden bedürfen: Ob eine Person einen Eingriff als gewaltvoll erlebt hat oder nicht, hängt nämlich auch maßgeblich vom individuellen Empfinden und der konkreten Situation ab.<sup>14</sup>

Für die Darstellung der Häufigkeit negativer Wahrnehmungen von medizinischen Eingriffen wurden in der folgenden Tabelle nur jene drei Eingriffe herangezogen, die in der vorherigen Auswertung den Schwellenwert von 20% überschritten haben, da ihnen somit eine gewisse strukturelle Relevanz als wiederkehrende Erfahrungen zugeschrieben werden kann. Da für die vorliegende Auswertung insbesondere das negative Erleben der medizinischen Eingriffe von Relevanz ist, wird in der folgenden Darstellung ausschließlich dieses berücksichtigt. Das positiv erlebte Antwortspektrum ergibt sich entsprechend komplementär aus der Differenz zum negativ erlebten Anteil (n negativ erlebt) und kann somit logisch abgeleitet werden. Die Anzahl der durchgeführten Eingriffe (n durchgeführt) bildet dabei jeweils die Bezugsgröße von 100 %.

**Tabelle 3:**

*Häufigkeit negativer Wahrnehmung von medizinischen Eingriffen, Quelle: Eigene Darstellung.*

<b>Eingriff</b>	<b>n durchgeführt</b>	<b>% durchgeführt</b>	<b>n negativ erlebt</b>	<b>% negativ erlebt</b>
Vorgaben zum Pressen	144	85	46	30
Vag. Untersuchungen	118	69	47	39
Nähen im Intimbereich	88	25	22	25

*Hinweis:* n = absolute Häufigkeit; % = relative Häufigkeit bezogen auf die spezifische Stichprobe

<sup>14</sup> Die Bedeutung der subjektiven Einschätzung von potenziell gewaltvollen Handlungen wird näher in Kapitel 3 erläutert.

Zur Erfassung negativ erlebter medizinischer Eingriffe wurden die Befragten zunächst gefragt, ob ein bestimmter Eingriff bei ihnen durchgeführt worden war. Bei einer bejahenden Antwort folgte eine weitere Frage, ob dieser Eingriff als besonders schmerzhaft oder insgesamt als negativ erlebt wurde. In Fällen, in denen auch dies bestätigt wurde, konnten die Befragten ihre Erfahrungen zusätzlich in einem offenen Antwortfeld näher beschreiben. Diese qualitative Ergänzung wurde von einem Großteil der Befragten genutzt und ermöglichte eine vertiefte Kontextualisierung der quantitativen Angaben.

Am Beispiel des Nähens im Intimbereich lässt sich das Vorgehen exemplarisch verdeutlichen: Von den Personen, die diesen Eingriff berichtet und zugleich als negativ erlebt hatten ( $n = 22$ ), führten 41% ihre negative Erfahrung explizit auf eine unzureichende oder fehlende Betäubung und das damit verbundene starke Schmerzempfinden zurück. Werden nur jene Befragten betrachtet, die ihr negatives Erleben in einem offenen Antwortfeld näher begründet haben, zeigt sich, dass 95% von ihnen fehlende oder unzureichend Betäubung als Ursache angaben. Lediglich ein geringer Anteil der Betroffenen berichtete zwar eine negative Erfahrung, nannte jedoch keinen konkreten Grund dafür.

Auf die Nachfrage, ob medizinisches Personal auf das geäußerten Schmerzempfinden während vaginaler Untersuchungen eingegangen ist, antworteten 19% der Befragten mit „nein“. Weitere 20% gaben an, dass sie ihr Schmerzempfinden nicht äußern konnten oder wollten, obwohl sie die Untersuchung als schmerzhaft erlebten.

Ein möglicher Einwand gegen die Interpretation der Ergebnisse besteht darin, dass Schmerzen während der Geburt und die damit verbundenen medizinischen Interventionen prinzipiell als unangenehm oder belastend erlebt werden, insbesondere wenn die Gebärenden diese Schmerzen nicht in der erwarteten Intensität antizipiert haben. Die vorliegenden Daten deuten jedoch darauf hin, dass das subjektive Erleben von Schmerz und Belastung nicht ausschließlich von der medizinischen Maßnahme selbst, sondern in erheblichem Maße von der Qualität der Betreuung beeinflusst wird. Diese Beobachtung stützt sich auch auf die Studie von Scopesi, Zanobini und Carossino (1997), die zeigt, dass eine kontinuierliche Betreuung und das Gefühl von Kontrolle während der Geburt entscheidend für das subjektive Wohlbefinden sind und das Geburtserlebnis maßgeblich prägen. In der Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, die während der Geburt empfundene Schmerzintensität auf einer Skala von 1 (moderat) bis 10 (sehr stark) einzuschätzen. Auf dieser Basis wurde deskriptiv untersucht, ob sich Unterschiede im berichteten Schmerzempfinden zwischen Personen zeigen, die ihre Betreuung als weniger gut bewerteten und jenen, die sich gut betreut fühlten. Zur besseren Übersicht werden die

Ergebnisse in einem Balkendiagramm dargestellt, das die Verteilung der angegebenen Werte auf der Schmerzintensitätsskala getrennt nach dem subjektiven Betreuungserleben während der Geburt abbildet. Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse in einem Balkendiagramm dargestellt, das die Verteilung der angegebenen Werte auf der Schmerzintensitätsskala getrennt nach dem subjektiven Betreuungserleben während der Geburt abbildet, wobei die Kategorie „ja“ Personen umfasst, die sich gut betreut fühlten, und die Kategorie „nein“ Personen, die sich nicht gut betreut fühlten.

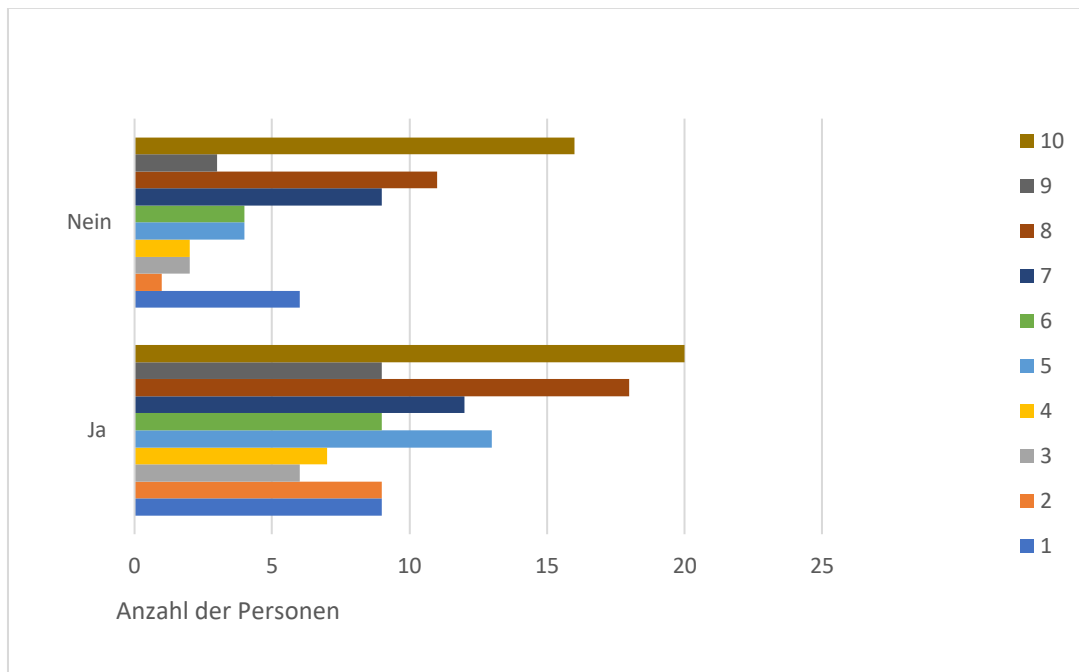


Abb 2: Korrelation zwischen Betreuungsqualität und Schmerzempfinden unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung.

Personen, die sich gut betreut fühlten, gaben im Durchschnitt eine geringere Schmerzintensität an (6,26) als diejenigen, die eine unzureichende Betreuung erlebt hatten (6,97). Auch wenn das vorliegende Studiendesign keine kausalen Schlussfolgerungen zulässt, zeigen die Daten eine Korrelation zwischen der Qualität der Betreuung und dem individuelle Belastungserleben. In der geburtshilflichen Forschung ist belegt, dass Faktoren wie Sicherheitsgefühl, kontinuierliche Betreuung und kommunikative Begleitung die Schmerzverarbeitung die Entbindung maßgeblich beeinflussen (vgl. Scopesi et al., 1997). Vor diesem Hintergrund kann das subjektive Schmerzempfinden als ein sensibler Indikator für die wahrgenommene Betreuungsqualität unter der Geburt interpretiert werden. Das subjektive Schmerzempfinden fungiert damit nicht als Beweis im kausalen Sinne, sondern als plausibler, theoretisch

begründeter Parameter, der Rückschlüsse auf das Erleben von Unterstützung, Sicherheit und Kontrolle während der Geburt zulässt.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit den Annahmen von Scopesi et al. (1997), wonach kontinuierliche Unterstützung und ein Gefühl von Sicherheit zu einer Reduktion subjektiver Belastung beitragen und das Erleben intensiver Schmerzen modifizieren können. Das subjektive Schmerzempfinden kann also als Indikator dafür interpretiert werden, wie unterstützend und sicher eine Behandlung bzw. Betreuung während der Geburt wahrgenommen wurde - auch vor dem Hintergrund, dass Geburt grundsätzlich mit Schmerzen verbunden ist.

### **5.1.2.1. Auswirkungen des Erlebens von Gewalt unter der Geburt**

Welche Auswirkungen negative Geburtserfahrungen auch direkt auf medizinische Einrichtungen haben können, zeigen folgende Ergebnisse: Insgesamt gaben 27% der Befragten an, dass sie nicht erneut in derselben Einrichtung gebären würden. Von diesen Personen erklärten 85%, dass diese Entscheidung direkt mit dem in der Umfrage beschriebenen Geburtserlebnis zusammenhängt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass negative oder gewaltvoll erlebte Erfahrungen eine deutliche Auswirkung auf die zukünftige Inanspruchnahme geburtshilflicher Leistungen haben. Für die geburtshilfliche Versorgung bedeutet dies, dass strukturelle, kommunikative und interventionelle Faktoren, die von Gebärenden als gewaltvoll oder belastend wahrgenommen werden, das Vertrauen in die Institution nachhaltig beeinträchtigen können.

In dieser Arbeit erfolgt keine umfangreiche statistische Auswertung der quantitativen Daten. Entsprechend lassen sich auf Grundlage der vorliegenden Daten keine kausalen Zusammenhänge ableiten. Ziel der Analyse ist vielmehr eine explorative Betrachtung möglicher Zusammenhänge, um zu prüfen, inwiefern sich in der vorliegenden Stichprobe Tendenzen abzeichnen, die mit den Befunden vorangegangener Studien übereinstimmen. Die dargestellten Zusammenhänge besitzen für sich genommen keine eigenständige Erklärungskraft, sondern entfalten ihre Bedeutung im Zusammenspiel mit den qualitativen Daten sowie im Kontext der theoretischen Rahmung dieser Arbeit. Entsprechend werden die Ergebnisse im Folgenden explorativ dargestellt und mit bestehenden Forschungsergebnissen in Beziehung gesetzt.

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt, sind das Erleben von Sicherheit, das Gefühl, ausreichend informiert zu sein, sowie die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an

Entscheidungen wesentliche Faktoren für ein positives und selbstbestimmtes Geburtserleben. Studien zeigen, dass ein stabiles Sicherheitsgefühl für die subjektiv positive Bewertung des Geburtserlebens oftmals wichtiger ist als die Anzahl medizinischer Eingriffe, solange Gebärende den Eindruck haben, Entscheidungen nachvollziehen und mittragen zu können (vgl. Scopesi, Zanobini & Carossino, 1997).

Im Rahmen der Datenerhebung für diese Arbeit wurden Situationen erfasst, die die Aufklärung und die Entscheidungsmöglichkeiten von Gebärenden betreffen. Dazu zählen sowohl Handlungen, die Gebärende aktiv selbst durchführen können, wie die eigenständige Vorbereitung auf die Geburt, als auch Handlungen, die die Einwilligung der Gebärenden erfordern, etwa im Rahmen von Untersuchungen am eigenen Körper oder am Kind, sowie grundsätzliche Informationen über das Recht auf freie Wahl des Geburtortes. Die Befragten wurden dabei gebeten anzugeben, ob sie eine entsprechende Aufklärung erhalten hatten (ja) oder nicht (nein). Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Anzahl der Personen, die die jeweilige Frage beantwortet haben (n), da nicht alle der 170 Teilnehmenden jede Frage beantworten konnten – beispielsweise trafen Fragen zu Geburten unter COVID-Bedingungen nur auf die Betroffenen zu. Für jede Kategorie entspricht n „gesamt“ daher der Summe aus n „ja“ und n „nein“. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf n „gesamt“ und nicht auf die Gesamtstichprobe, auch wenn dies in manchen Fällen deckungsgleich ist.

**Tabelle 4:**

*Häufigkeit des Gefühls von Selbstbestimmung unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung.*

<b>Abgefragter Parameter</b>	<b>n ja</b>	<b>% ja</b>	<b>n nein</b>	<b>% nein</b>	<b>n gesamt</b>
Ausführliche Aufklärung und Kenntnis über die besonderen Umstände der Geburt während Covid19	18	78	5	22	23
Eigenständige Vorbereitung auf Geburt	136	80	34	20	170
Wissen und Aufklärung über Recht auf freie Wahl des Geburtsortes und Kenntnisse über verschiedene Angebote	105	62	65	38	170
Wissen und Aufklärung über durchgeführte vaginale Untersuchungen	80	68	38	32	118
Inkenntnissetzung über Untersuchung des Kindes nach der Geburt	149	88	9	5	158

*Hinweis:* n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit bezogen auf die spezifische Stichprobe

Aus den Daten in der Tabelle lässt sich ablesen, dass sich ein großer Teil der Personen, über Untersuchungen und dem Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes informiert gefühlt haben. Dennoch haben bei vier von fünf abgefragten Situationen über 20% der Personen kein Gefühl von Selbstbestimmung gehabt.

Scopesi, Zanobini & Carossino (1997) zeigen, dass ein geringeres Gefühl von Kontrolle während der Geburt mit einem verminderten Sicherheits- und Betreuungserleben einhergehen kann. Vor diesem Hintergrund werden in der folgenden Tabelle deskriptiv die Daten derjenigen Personen ausgewertet, die in Tabelle 4 mit „nein“ geantwortet haben und somit kein Gefühl der Selbstbestimmung unter der Geburt angaben. Diese Ergebnisse werden im Anschluss in Bezug gesetzt zu den Angaben derselben Personen auf die Frage, ob sie sich während der Geburt gut betreut fühlten. 100% beziehen sich dabei nicht auf die gesamte Stichprobe, sondern ausschließlich auf die für diese Auswertung relevanten Teilnehmenden und setzen sich jeweils aus n „ja“ und n „nein“ zusammen.

**Tabelle 5:**

*Zusammenhang zwischen dem fehlenden Gefühl von Selbstbestimmung und dem Gefühl von guter Betreuung unter der Geburt, Quelle: Eigene Darstellung.*

Grund des Gefühls der fehlenden Selbstbestimmung unter der Geburt	Gefühl der guten Betreuung unter der Geburt			
	<i>n ja</i>	<i>% ja</i>	<i>n nein</i>	<i>% nein</i>
Fehlende Aufklärung über Geburtsumstände unter Covid19	3	60	2	40
Keine eigenständige Geburtsvorbereitung	19	56	15	44
Kein Wissen oder Aufklärung über Recht auf freie Wahl des Geburtsortes	39	60	26	40
Kein Wissen oder Aufklärung über vaginale Untersuchung	18	47	20	53
Keine Kenntnis über Untersuchung des Kindes nach der Geburt	5	55	4	44

*Hinweis:* n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit bezogen auf die relative Stichprobe

Wie in der Tabelle dargestellt, zeigt die Auswertung, dass ein eingeschränktes Gefühl von Selbstbestimmung nicht in allen Fällen mit einem negativen Betreuungserleben einhergeht. Zwar berichtet ein erheblicher Anteil der Befragten in diesem Zusammenhang von einer schlechten Betreuung, zugleich gibt jedoch eine Mehrheit an, die Betreuung trotz

eingeschränkter Selbstbestimmung als gut empfunden hat. Diese Daten jedoch auch wieder deskriptiv interpretiert.

Im Rahmen dieser Arbeit werden die empirischen Ergebnisse fortlaufend in Bezug zu einschlägiger Fachliteratur gesetzt, um eine fundierte Einordnung der Befunde zu ermöglichen und sie über die vorliegende Stichprobe hinaus einzuordnen. Auch im folgenden Abschnitt erfolgt eine solche Kontextualisierung: Scopesi et al. (1997) zeigen, dass eine als unzureichend wahrgenommene Betreuung während der Geburt mit einem beeinträchtigten psychischen Wohlbefinden der Gebärenden in der postpartalen Phase einhergeht. In der folgenden Tabelle werden also, wieder deskriptiv, jene Daten ausgewertet, die Hinweise auf einen entsprechenden Zusammenhang geben. Die Prozentangaben beziehen sich dabei wieder im Verhältnis auf die Gesamtstichprobe.

**Tabelle 6:**

*Zusammenhang zwischen dem Gefühl von guter Betreuung unter der Geburt und der psychischen Belastung postpartum, Quelle: Eigene Darstellung.*

<b>Haben Sie sich während der Geburt gut betreut gefühlt?</b>	<b>Haben Sie sich nach der Geburt psychisch belastet gefühlt?</b>				
	<i>n ja</i>	<i>% ja</i>	<i>n nein</i>	<i>% nein</i>	<i>n gesamt (Zeile)</i>
Ja	40	24	72	42	112
Nein	31	18	27	16	58
n gesamt (Spalte)	71	42	99	58	170

*Hinweis:* n = absolute Häufigkeit, % = relative Häufigkeit bezogen auf die Gesamtstichprobe

Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass Personen, die sich unter der Geburt schlecht betreut gefühlt haben, sich im Verhältnis häufiger nach der Geburt psychisch belastet gefühlt haben als Personen, die sich gut unter der Geburt betreut gefühlt haben.

Die Ergebnisse der quantitativen Datenauswertung in dieser Arbeit deuten darauf hin, dass negative oder als gewaltvoll erlebte Geburtserfahrungen auch Auswirkungen auf die zukünftige Familienplanung von betroffenen Gebärenden haben können. Von den insgesamt 170 befragten Personen gaben 64 (38 %) an, aufgrund ihres Geburtserlebens kein weiteres Kind bekommen zu wollen. Innerhalb dieser Gruppe benannten 8 Personen das in der Umfrage thematisierte

Geburtserlebnis ausdrücklich als ausschlaggebenden Grund für diesen Wunsch. Bezogen auf die Gesamtstichprobe entspricht dies einem Anteil von 4,7 %.

Eine wichtige Rolle für das Erleben der Geburt spielt die anwesende Begleitperson, die die Gebärende emotional unterstützt. 92% der Befragten gaben an, dass ihre Partner\*in während der Geburt anwesend war. Zusätzlich hatten 5% ein weiteres Familienmitglied als Begleitperson dabei, während 2% eine andere Person, wie beispielsweise eine Doula, angaben. Insgesamt berichteten 77% der Befragten, dass die anwesende Begleitperson ihr Geburtserlebnis positiv unterstützt habe. Zugleich gaben 7% an, sich eine weitere oder eine andere Begleitperson gewünscht zu haben. Innerhalb dieser Gruppe äußerten 36% den Wunsch nach einer Doula, während 29% angaben, gerne (zusätzlich) ein (weiteres) Familienmitglied dabeigehabt zu haben.

## 5.2. Qualitative Datenauswertung

Zur Ergänzung und Vertiefung der quantitativen Untersuchung wurden im Rahmen dieser Arbeit zwei leitfadengestützte, qualitative Interviews durchgeführt. Gesprächspartnerinnen waren eine Hebamme aus Österreich sowie eine gynäkologische Assistenzärztin aus Deutschland. Beide Interviews dienen dazu, die Perspektive des medizinischen Personals einzubeziehen und die quantitativen Ergebnisse in einen breiteren Kontext einzubetten. Dadurch soll sichtbar werden, wie Fachpersonen innerhalb des geburtshilflichen Settings Erfahrungen, Einschätzungen und strukturelle Rahmenbedingungen wahrnehmen, die potenziell mit Formen von Gewalt in der Geburtshilfe zusammenhängen.

Die Interviews sollen im Rahmen dieser Arbeit als explorativer Impuls verstanden werden, der aufzeigt, wie ein möglicher Nachweis struktureller Gewalt in der Geburtshilfe ausgestaltet werden könnte. Die Einbeziehung der Perspektive des medizinischen Personals ist dabei von zentraler Bedeutung, da strukturelle Dynamiken nur durch das Zusammenspiel verschiedener Ebenen adäquat analysiert werden können.

Für die qualitative Datenerhebung wurden zwei leitfadengestützte Interviews durchgeführt – eines in einem persönlichen Gespräch und eines digital per Videokonferenz. Beide Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartnerinnen aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert. Wie in Kapitel 4.3.2. dargelegt, erfolgte die Auswertung in Anlehnung an Mayring als deduktive, themenorientierte qualitative Inhaltsanalyse. Ziel war es, zentrale Codes aus dem Material heraus zu entwickeln. Folgende inhaltsnahe Codes konnten dabei

gebildet werden: *Struktureller Aufbau, Systemkritik, Aufteilung Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Richtlinien, Kulturelle Aspekte, Positive Gestaltung der Geburt* sowie *Positives am System*. Im Anschluss wurden diese Codes verglichen und verdichtet. Durch den systematischen Abgleich der beiden Interviews ließen sich mehrere übergeordnete Themen rekonstruieren, die für die Fragestellung dieser Arbeit zentral sind. Diese folgenden Hauptthemen gingen schließlich aus der Codierung hervor: *Personalschlüssel (Personalmangel), Dokumentation, Begleitperson, Verantwortung, kulturelle Abhängigkeit von Geburt, Skepsis gegenüber dem medizinischen System* sowie *Einbeziehung der Gebärenden*.

In den folgenden Unterkapiteln werden diese Themen strukturiert dargestellt und anhand ausgewählter Interviewaussagen erläutert, um die Sichtweisen des medizinischen Personals auf mögliche Ausdrucksformen struktureller Gewalt in der Geburtshilfe nachvollziehbar zu machen.

### **5.2.1. Personalschlüssel und Personalmangel**

In beiden Interviews wurde zunächst der Personalschlüssel in den jeweiligen Arbeitsbereichen thematisiert. Die Assistenzärztin berichtet, dass in ihrer Abteilung derzeit zwölf Assistenzärztinnen und -ärzte, sechs bis sieben Oberärztinnen und -ärzte sowie ein Chefarzt tätig sind. Mit diesem Personalbestand müssen mehrere Bereiche gleichzeitig abgedeckt werden: der Kreißsaal, die gynäkologische und die geburtshilfliche Station, die gynäkologische, geburtshilfliche und onkologische Ambulanz sowie zwei Operationssäle. Im Tagdienst sind grundsätzlich alle verfügbaren Mitarbeitenden eingesetzt, ausgenommen jene, die sich im Urlaub, im Krankenstand oder im Nachtdienst befinden (vgl. Interview Ärztin: Z 26-33).

Im Nachtdienst ist die personelle Situation deutlich reduziert: In der Regel befindet sich nur eine Assistenzärztin bzw. ein Assistenzarzt im Haus, während eine Oberärztin bzw. ein Oberarzt in Rufbereitschaft zur Verfügung steht (vgl. Interview Ärztin: Z 41-43). Als Ursache für die allgemeine personelle Unterbesetzung nennt die Ärztin insbesondere eine unzureichende Bezahlung und belastende Arbeitsbedingungen. Dies bringt sie wie folgt zum Ausdruck:

„Also es ist wirklich immer eine Frage der Besetzung. Also ärztliches Personal ist wirklich immer am unteren Limit besetzt. Und [...] dadurch ist das natürlich bei einer Unterbesetzung echt schwierig und echt schlecht und da fühlt man sich auch nicht gut betreut [...]. Also beim pflegerischen Personal liegt's an der Bezahlung [...]. Und beim ärztlichen Personal, tu ich mir immer ein bisschen schwer zu sagen an der Bezahlung, aber letztendlich irgendwie bisschen auch. Auch an der Wertschätzung, dass...ja man keinen Kompensationsausgleich

kriegt und für die Bereitschaft wirklich sehr rar nur bezahlt wird, wo man sich aber schlecht beschweren kann, weil im soliden Grundgehalt. Auch alles nicht so einfach [...]. Also einfach die Arbeitsbedingungen in der Klinik. Andere Länder zeigen, dass es besser geht. Ich finde, da könnte man sich dran orientieren.“ (Interview Ärztin: Z 452-518)

Auch die Hebamme beschreibt ein grundsätzlich knapp bemessenes Personalaufkommen. Ihr Team ist gleichzeitig für die Betreuung der Wochenbettstation und des Kreißsaales zuständig. Letzterer ist nach ihrer Aussage in der Regel mit drei Hebammen besetzt (vgl. Interview Hebamme: Z 17-19). Personelle Engpässe entstünden vor allem bei Krankenständen, wodurch die Arbeitsbelastung deutlich ansteigen könne (vgl. Interview Hebamme: Z 38-39).

Beide Gesprächspartnerinnen weisen also darauf hin, dass die personelle Ausstattung in ihrem Arbeitsbereich unzureichend ist und die daraus resultierende Unterbesetzung im klinischen Alltag häufig zu organisatorischen Herausforderungen führt.

### **5.2.2. Dokumentation**

In beiden Interviews wurde die Dokumentation als bedeutender Bestandteil des Arbeitsalltags beschrieben. Die Assistenzärztin berichtet, dass Dokumentationsaufgaben einen erheblichen Zeitaufwand erfordern und im klinischen Alltag viel Raum einnehmen (vgl. Interview Ärztin: Z 365-370). Sie kritisiert insbesondere die fehleranfällige technische Infrastruktur in ihrem Krankenhaus sowie die aus ihrer Sicht nur schleppend voranschreitende Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem (vgl. Interview Ärztin: Z 426-429).

„[...] die Befunde kriegen wir auch alle noch schriftlich, die müssen dann eingescannt werden, es ist eine ganz wilde Sache. Wir müssen auch teilweise noch Sachen im Haus faxen, von A nach B faxen, [...]. Da muss auf jeden Fall ganz ganz ganz viel passieren, weil ich finde das auch immer ne große Fehlerquelle.“ (Interview Ärztin: Z 434-438)

Nach ihrer Einschätzung ist nicht immer eindeutig nachvollziehbar, an welchen Stellen welche Informationen abgelegt sind oder gefunden werden können. Zudem weist sie auf Unterschiede zwischen privaten und öffentlichen Einrichtungen hin, insbesondere hinsichtlich der technischen Ausstattung und Arbeitsabläufe, was sie problematisch findet (vgl. Interview Ärztin: Z 430-438).

Auch die Hebamme schildert, dass ihr Arbeitsalltag ohne den umfangreichen Dokumentationsaufwand deutlich einfacher wäre (vgl. Interview Hebamme: Z 273). Sie betont zwar den positiven Nutzen der Dokumentation, etwa um Kolleginnen einen transparenten Überblick über den Verlauf und den aktuellen Stand einer Geburt zu ermöglichen (vgl. Interview Hebamme: Z 260-261). Gleichzeitig beschreibt sie Dokumentationsaufgaben als

mühsam, insbesondere bei hoher Auslastung und wenn parallel mehrere Aufgaben zu bewältigen sind (vgl. Interview Hebamme: Z 257-258). Nach ihrer Einschätzung kann darunter zeitweise auch die unmittelbare Betreuung der Gebärenden leiden.

„Also mein Leben wäre sehr viel einfacher, wenn’s ich nicht dokumentieren müsste...oder mein Arbeitsalltag. Das wäre einfach...also man könnte viel freier betreuen, man muss dann nicht die ganze Zeit denken, ah das muss ich noch aufschreiben, ich gehe jetzt kurz raus. Man geht schon sehr viel raus oder man schaut dann auch im Kreißsaal auf den Computer, das finde ich ein bisschen schade.“ (Interview Hebamme: Z 273-277)

Sowohl eine Erleichterung der Dokumentationspflichten als auch zusätzliche personelle Unterstützung werden als wünschenswert beschrieben (vgl. Interview Ärztin: Z 493-500). Gleichzeitig wird die Dokumentation als unverzichtbar für die forensische Absicherung medizinischer Entscheidungen hervorgehoben- (vgl. Interview Hebamme: Z 259-260).

### **5.2.3. Verantwortung und medizinische Eingriffe**

An die Bedeutung der Dokumentation für die forensische Absicherung schließt sich die Frage nach der Verantwortungsverteilung im geburtshilflichen Setting an. Die Hebamme hält fest, dass die juristische Hauptverantwortung im Krankenhaus bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen liegt (vgl. Interview Hebamme: Z 486). Zwar tragen Hebammen ebenfalls eine fachliche Verantwortung während der Geburt, jedoch sind sie gesetzlich verpflichtet, eine Ärztin oder einen Arzt hinzuzuziehen, sobald sich ein pathologischer Verlauf abzeichnet oder Komplikationen auftreten (vgl. Interview Hebamme: Z 559-565). Die Hebamme schildert die gesetzliche Hinzuziehungspflicht eines Arztes bei pathologischen Auffälligkeiten folgendermaßen:

„Ja aber wenn ich das zu spät mache, kann ich vor Gericht ein Problem bekommen. [...] Also ich [bin] gesetzlich nur für die Physiologie verantwortlich. Sobald eine Pathologie auftritt, muss ich wen dazu rufen, eine Ärzt\*in.“ (Interview Hebamme: Z 559-565)

Diese gesetzliche Vorgabe führt dazu, dass die rechtliche Hauptverantwortung in kritischen Situationen bei der ärztlichen Berufsgruppe verortet ist. Die Hebamme äußert daher Verständnis dafür, dass die damit verbundene Verantwortung sowie die Sorge, im Schadensfall haftbar gemacht zu werden, Einfluss auf das medizinische Handeln haben können. Aus ihrer Sicht kann dies dazu beitragen, dass ärztliche Interventionen häufig frühzeitig oder vorsorglich erfolgen, um potenzielle Risiken zu minimieren (vgl. Interview Hebamme: Z 636-638).

### **5.2.3. Begleitperson**

In beiden Interviews wurde die Rolle und Bedeutung der Begleitperson während der Geburt thematisiert. Die Assistenzärztin berichtet, dass in ihrem Krankenhaus grundsätzlich eine Begleitperson zugelassen ist (vgl. Interview Ärztin: Z 107-108). Nach ihrer Erfahrung wählen die meisten Gebärenden ihre – meist männlichen – Partner\*innen als Unterstützung. Daneben komme es vor, dass Frauen die Geburt allein bewältigen oder dass die Mutter der Gebärenden als Begleitperson anwesend ist. Freundinnen oder andere Bezugspersonen würden hingegen seltener als Begleitpersonen gewählt (vgl. Interview Ärztin: Z 155-166). Aus Sicht der Ärztin ist die Wahl der Begleitperson stark vom kulturellen Verständnis und den individuellen Wertvorstellungen der Gebärenden geprägt (vgl. Interview Ärztin: Z 172-178).

Sie schildert zudem, dass männliche Begleitpersonen in bestimmten Situationen durch ihr Verhalten eher einschränkend auf die Gebärende wirken könnten. Dies beobachte sie insbesondere in Kontexten, in denen kulturelle oder familiäre Strukturen stärker patriarchal geprägt sind (vgl. Interview Ärztin: Z 204-211).

Die Hebamme bestätigt diese Einschätzung. Auch sie berichtet, dass Begleitpersonen in Partnerschaften mit ausgeprägten hierarchischen Rollenbildern eher als belastend denn als unterstützend wahrgenommen werden können (vgl. Interview Hebamme: Z 219-222). Darüber hinaus äußert sie den Eindruck, dass auf Gebärende teilweise ein kultureller oder sozialer Erwartungsdruck lastet, den – meist männlichen – Partner zur Geburt mitzunehmen, selbst wenn dieser nicht jener Person entspricht, von der sie während der Geburt die größte Sicherheit oder Unterstützung erwarten würden (vgl. Interview Hebamme: Z 160-161). Sie macht dies am folgenden Beispiel deutlich: „Also ich sehe schon sehr viele Partner/Männer, die sehr abwesend sind [...]. Diese Abwesenheit beobachte ich vor allem bei Männern, ja“ (Interview Hebamme: Z 201-213).

### **5.2.4. Sozio-kulturelle Abhängigkeit von Geburt**

Die beiden Interviewpartnerinnen äußerten unterschiedliche Einschätzungen zur Bedeutung kultureller Faktoren während der Geburt. Nach Ansicht der Assistenzärztin ist es nicht der Fall, dass das kulturelle Umfeld einen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten von Gebärenden während der Geburt hat. Sie geht dabei vor allem auf das aktive Verhalten an sich ein, indem sie sagt: „Ne unter der Geburt sind eigentlich alle recht ähnlich“ (Interview Ärztin: Z 236).

Die Hebamme hingegen betont, dass Kultur durchaus eine Rolle spielen könne. Sie weist auf die Existenz verschiedener Gebärkulturen und unterschiedlicher Vorstellungen darüber hin, was als „richtiges“ oder „gutes“ Gebären betrachtet werde. Sie sagt zu den unterschiedlichen Einstellungen:

„[...] das hat vielleicht schon was mit Kultur zu tun, würde ich sagen, also es gibt schon auch Gebärkulturen, das erlebt man auch. Ich kann trotzdem nicht sagen, jede Person, die von da und da her kommt gebärt so und jede so, aber es gibt schon gewisse Gebärkulturen [...].“ (Interview Hebamme: Z 392-396)

Darüber hinaus sieht sie mangelndes Wissen über den Geburtsprozess als ein zentrales soziokulturelles Problem. Ihrer Einschätzung nach wird in der Gesellschaft generell zu wenig über Geburt gesprochen, und es bestehe nur wenig Gelegenheit, sich darüber auszutauschen. Sie sagt dazu,

„[...] dass Geburten ein Tabuthema ist. Leute beschäftigen sich [...] nicht damit. Und reden aber auch nicht so viel darüber. [...] Ich glaube es wäre cool, wenn das generell [...] ein bisschen weniger tabu ist, ein wenig normalisiert wird darüber zu reden. Weil was schon ist: Ich sehe, dass Leute nicht darauf vorbereitet sind, wie schmerzhaft oder dass eine Geburt tatsächlich schmerzhaft ist.“ (Interview Hebamme: Z 351-361)

Die Hebamme weist darauf hin, dass Geburtsvorbereitungskurse dazu beitragen könnten, diese Lücke zu schließen. Sie kritisiert jedoch, dass diese Kurse in Österreich nicht von den Krankenkassen übernommen werden, was den Zugang zu entsprechender Vorbereitung einschränke (vgl. Interview Hebamme: Z 332-333).

### **5.2.5. Skepsis gegenüber dem medizinischen System**

Die Hebamme berichtet, dass sie bei Patient\*innen, einschließlich Gebärenden, eine erhöhte Skepsis gegenüber medizinischen Institutionen und dem medizinischen Personal wahrnimmt. Ihrer Einschätzung nach kann dies den Arbeitsalltag mitunter erschweren, da Unsicherheiten oder Misstrauen die Kommunikation und Zusammenarbeit beeinflussen können (vgl. Interview Hebamme: Z 599-608). Sie fühlt sich von den Anfeindungen, gerade auch aus der feministischen Community angegriffen:

„Was ich sehr schade finde, also Hebamme ist für mich ein extrem feministischer Beruf oder ein grundfeministischer Beruf, also wenn man jetzt binär denkt, dann sind es Frauen, die Frauen helfen, das ist so der Urbegriff von Female Solidarity für mich und das ist so schon ein wichtiger Teil von Feminismus und das finde ich schon sehr schade.“ (Interview Hebammen: Z 621-625)

Die Ablehnung gegen ihren Beruf, wie er laut ihr gerade manchmal auf Social Media geteilt wird, kann sie daher nicht verstehen (vgl. Interview Hebamme: Z 613-615).

### **5.2.6. Positive Gestaltung des Geburtserlebnisses**

Beide Interviewpartnerinnen betonen, dass sie bestrebt sind, ein möglichst positives Umfeld für die Gebärenden zu schaffen. Sowohl die Assistenzärztin als auch die Hebamme berichten, dass sie versuchen, die Gebärenden aktiv in den Geburtsprozess einzubeziehen und ihre Wünsche und Bedürfnisse soweit möglich zu berücksichtigen. Ziel sei es, die Geburt so unterstützend und angenehm wie möglich zu gestalten, um eine positive Erfahrung für die Frauen zu ermöglichen (vgl. Interview Hebamme: Z 166-186, 295/Interview Ärztin: 128-142).

## **6. Diskussion der Ergebnisse**

Der folgende Diskussionsteil setzt sich mit den im empirischen Teil gewonnenen Ergebnissen vor dem Hintergrund des Gewaltdreiecks nach Johan Galtung auseinander (vgl. Kapitel 3.2.3.). Ziel ist es, die beobachteten Formen von Gewalt in der Geburtshilfe nicht als isolierte Einzelereignisse zu betrachten, sondern sie in ihren strukturellen und kulturellen Bedingungsbeziehungen zu analysieren.

Ausgehend von Galtungs Unterscheidung zwischen direkter, struktureller und kultureller Gewalt wird untersucht, inwiefern Übergriffe in der Geburtshilfe Ausdruck tiefer liegender institutioneller und gesellschaftlicher Machtverhältnisse sind. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf struktureller und kultureller Gewalt, da diese Ebenen die Voraussetzungen schaffen, unter denen direkte Gewalt entstehen, legitimiert und reproduziert werden kann.

### **6.1. Strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe**

Im theoretischen Teil vorliegender Arbeit wurde bereits dargestellt, wie sich das Hebammenwesen in Deutschland historisch entwickelt hat. Deutlich wurde dabei, dass es sich von Beginn an um einen Beruf von Frauen\* für Frauen\* handelte, der über lange Zeiträume hinweg in weiblicher\* Expertise und in weiblichen\* Erfahrungsräumen verankert war. Diese eigenständige Position innerhalb eines patriarchal geprägten Gesellschaftssystems führte jedoch dazu, dass männlich gelesene staatlich-institutionelle Akteure zunehmend Einfluss

nahmen und versuchten, die Geburtshilfe stärker unter ihre Kontrolle zu bringen. In der Folge setzte ein Prozess der wachsenden Regulierung und Institutionalisierung ein, der schließlich dazu führte, dass das Hebammenwesen seit den 1960er Jahren vollständig in medizinische Strukturen eingegliedert wurde. Diese Entwicklung brachte zwar eine stärkere Professionalisierung mit sich, wirft jedoch zugleich die Frage auf, inwiefern die Qualität der Geburtshilfe unter der zunehmenden medizinischen Dominanz und der damit verbundenen Verdrängung traditioneller Hebammenarbeit gelitten hat. In einem patriarchal geprägten System werden weiblich gelesene Personen nicht mehr als Subjekte, sondern als Objekte gesehen und damit strukturell in den Hintergrund gedrängt (vgl. wie in Kapitel 2.1. erläutert/Duden, 2016). Besonders in der Geburtshilfe, ein Bereich, der sich essenziell um weiblich gelesene Personen dreht, wird das zum Problem. Dies konnte mit den ausgewerteten Daten des Fragebogens aufgezeigt werden. In Kombination mit den aus den Interviews gewonnenen professionellen Perspektiven – insbesondere zu strukturellen Problemlagen wie Personalmangel, Arbeitsverdichtung und institutionelle Rahmenbedingungen – bildet dies die Grundlage für die folgende Diskussion struktureller Bedingungen in der Geburtshilfe, die das Entstehen von Gewalt begünstigen können.

Wie in Kapitel 2.3. dargestellt, haben Studien wie jene von Scopesi et al. (1997) gezeigt, dass geburtshilfliche Betreuung nicht allein nach medizinischen Maßstäben bewertet werden darf. Essenziell für eine gute Versorgung ist neben der medizinischen Sicherheit auch die psychische Unterstützung und Begleitung der Gebärenden. In der vorliegenden Studie gaben 34% der befragten Personen an, dass sie sich unter der Geburt nicht gut betreut gefühlt haben. Wie ebenfalls in der Datenauswertung gezeigt werden konnte, geht ein negatives Betreuungserleben mit einem höheren subjektiven Schmerzempfinden unter der Geburt sowie einem erhöhten Risiko psychischer Belastung postpartum einher (vgl. Kapitel 5.1.2.1.). Auch diese Befunde stehen in Einklang mit den Studienergebnissen von Scopesi et al. (1997). Für ein positives Betreuungserleben während der Geburt sind eine inklusive, transparente Kommunikation sowie das Erleben von Selbstbestimmung zentrale Voraussetzungen (vgl. Kapitel 2.3.). Dazu gehört, dass Gebärende über medizinische Maßnahmen und deren Notwendigkeit aufgeklärt werden, ihre informierte Zustimmung eingeholt wird und dass ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden. Ebenso wesentlich ist die Möglichkeit, aktiv in Entscheidungen einbezogen zu sein, etwa bei der Wahl der Gebärposition oder anderer geburtsrelevanter Aspekte.

Die quantitative Auswertung zeigt jedoch, dass insbesondere im Zusammenhang mit vaginalen Untersuchungen und der freien Wahl des Geburtsortes ein erheblicher Teil der Befragten

Defizite wahrnahm: Über 30% gaben an, sich in diesen Bereichen nicht ausreichend informiert oder einbezogen gefühlt zu haben (vgl. Kapitel 5.1.2.1.). Aus den Interviewaussagen wird deutlich, dass das medizinische Personal nachvollziehen kann, warum Gebärende ihre Betreuung teilweise als unzureichend erleben (vgl. Interview Ärztin: Z 462-463). Personalmangel und die daraus resultierende Unterbesetzung erschweren es, eine umfassende und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Häufig müssen mehrere Gebärende gleichzeitig von zu wenig Personal betreut werden, wodurch ein erheblicher Zeitdruck entsteht (vgl. Kapitel 5.2.1.). Dieser wird zusätzlich durch umfangreiche Dokumentationspflichten verstärkt, die die direkte Betreuungszeit weiter reduzieren (vgl. Kapitel 5.2.2.). Zeitdruck und Stress wirken sich nachweislich negativ auf empathisches Handeln aus, wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt wurde, und beeinträchtigen somit die Qualität der Versorgung (vgl. Kapitel 3.3.2.). Dabei handelt es sich nicht um zufällige Belastungen, sondern um strukturell erzeugte Bedingungen, die sowohl durch institutionelle Anforderungen wie Dokumentationsvorgaben als auch durch eine dauerhaft knappe Personalbesetzung entstehen. Wie die Ärztin im Interview betont, arbeitet insbesondere das ärztliche Personal häufig am unteren Besetzungslimit (vgl. Kapitel 5.2.1.). Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung von Kliniken lassen sich diese Zustände als Ergebnis wirtschaftlicher Sparmaßnahmen interpretieren, die zulasten des Patient\*innenwohls (oder in diesem Fall dem Wohl der Gebärenden) gehen und somit als Ausdruck struktureller Gewalt verstanden werden können.

Die Dokumentationspflicht stellt in diesem Zusammenhang einen ambivalenten Faktor dar. Einerseits nimmt sie einen erheblichen Teil der Arbeitszeit in Anspruch, der folglich in der direkten Betreuung der Gebärenden fehlt. Andererseits wurde im Interview mit der Hebamme deutlich, dass Dokumentation auch eine wichtige Funktion erfüllt, da sie der Informationsweitergabe im Team dient und zur Sicherheit sowie zu einem reibungslosen Ablauf im klinischen Alltag beiträgt (vgl. Kapitel 5.2.2.). Darüber hinaus dient sie dem medizinischen Personal als rechtliche Absicherung, da Fachkräfte persönlich für Komplikationen während der Geburt haftbar gemacht werden können (vgl. ebd.). Es lässt sich sagen, dass diese Form der Haftbarkeit einen zusätzlichen Stressfaktor darstellt und daher eine defensive Handlungspraxis begünstigen könnte, bei der Interventionen eher frühzeitig als zurückhaltend eingesetzt werden. In der Folge werden Geburten zunehmend interventionslastiger, was wiederum Auswirkungen auf das Erleben von Selbstbestimmung und Betreuung seitens der Gebärenden haben kann (vgl. Kapitel 5.1.2.).

Diese erhöhte Interventionsdichte spiegelt sich auch in den erhobenen Daten wider. Bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde auf die von der WHO empfohlene Kaiserschnitttrate von unter 15% hingewiesen. Für Deutschland und Österreich zeigen verfügbare Statistiken jedoch deutlich höhere Raten (vgl. Kapitel 2.3.). Auch die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen quantitativen Daten bestätigen dieses Bild, da die ermittelte Kaiserschnitttrate ebenfalls klar über der von der WHO empfohlenen Schwelle liegt (vgl. Kapitel 5.1.2.). Vor dem Hintergrund der bereits beschriebenen Faktoren – wie Personalmangel, der Stress erzeugt, und der Druck, sich forensisch abzusichern – ist eine Zunahme von Interventionen wenig überraschend. Die Zunahme beschneidet jedoch auch das Selbstbestimmungserleben der Gebärenden. Wie die Daten zeigen, nahmen über 25% der Befragten auffällig gehäufte Interventionen als negativ wahr. Für einen Teil der Befragten waren die Erlebnisse während der Geburt derart belastend, dass 8% angaben, aufgrund dieser Erfahrung kein weiteres Kind mehr gebären zu wollen (vgl. Kapitel 5.1.2.1.). Dies lässt sich als schwerwiegende Einschnitte in die individuelle Freiheit und Selbstbestimmung interpretieren und als eine Form von Gewalt verstehen, die aus strukturellen und situativen Bedingungen der Geburtshilfe resultiert.

Wenn die Dokumentationspflicht aus forensischen und institutionellen Gründen weder wegfallen noch wesentlich reduziert werden kann, sie jedoch gleichzeitig Zeit bindet, die in der Betreuung der Gebärenden fehlt, und zusätzlichen Zeitdruck erzeugt, der sich negativ auf die Handlungsmöglichkeiten des Personals auswirkt, stellt sich die Frage nach strukturellen Lösungsansätzen. Eine mögliche Entlastung besteht – insbesondere im deutschen Kontext, wie die Ärztin im Interview hervorhob – in einer konsequenten Weiterentwicklung der Digitalisierung (vgl. Interview Ärztin: Z 426). Die unzureichende digitale Infrastruktur im Gesundheitssystem führt nicht nur zu ineffizienten Arbeitsabläufen, sondern erzeugt zusätzliche Fehlerquellen, etwa durch parallele analoge und digitale Dokumentationssysteme (vgl. Kapitel 5.2.2.). Dass in einem zentralen Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge wie dem Gesundheitswesen an funktionierenden digitalen Strukturen gespart wird oder deren Umsetzung durch bürokratische Hürden verzögert wird, ist kritisch zu hinterfragen. Diese strukturellen Versäumnisse können die Versorgungsqualität beeinträchtigen und stellen damit ebenfalls einen potenziellen Ausdruck institutioneller Verantwortungslosigkeit dar, die sich mittelbar auf das Erleben von Betreuung und Sicherheit während der Geburt auswirkt.

Die zentrale Entlastung sowohl für das medizinische Personal als auch für die Gebärenden bliebe also weiterhin die Aufstockung des Personals, sowohl in Österreich als auch in Deutschland. Wie die Ärztin im Interview anmerkte, könnte eine verbesserte personelle Ausstattung nicht nur die direkte Betreuungssituation verbessern, sondern auch zu einer

Entlastung im Bereich der Dokumentation beitragen (vgl. Kapitel 5.2.1.). Eine höhere Personaldecke würde es ermöglichen, Aufgaben breiter zu verteilen, Zeitdruck zu reduzieren und die Qualität der Versorgung insgesamt zu erhöhen. Davon würden sowohl die Gebärenden durch eine intensivere und kontinuierlichere Betreuung als auch das medizinische Personal durch verbesserte Arbeitsbedingungen profitieren.

## **6.2. Kulturelle Gewalt in der Geburtshilfe**

Die belastenden Bedingungen im Gesundheitssystem bleiben auch auf gesellschaftlicher Ebene nicht folgenlos. Wie bereits in Kapitel 2.3. herausgearbeitet wurde, entladen sich Ängste, Unsicherheiten und eine wachsende Skepsis gegenüber dem System häufig in unmittelbar zugänglichen Institutionen wie Gesundheitseinrichtungen. Die Hebamme berichtet im Interview, dass sie diese Entwicklung auch in ihrem beruflichen Alltag deutlich wahrnimmt. Sie hat den Eindruck, dass Anfeindungen gegenüber ihrem Beruf zugenommen haben und die Zusammenarbeit mit Patient\*innen beziehungsweise Gebärenden zunehmend herausfordernder wird. Dies empfindet sie als besonders belastend, da sie einen Beruf ausübt, der auf Unterstützung und Begleitung ausgerichtet ist (vgl. Kapitel 5.2.5.). Ein schwindendes Vertrauen in klinische Institutionen seitens der Patientinnen/Gebärenden und die daraus resultierende Frustration auf Seiten des Personals können sich gegenseitig verstärken und eine Abwärtsspirale erzeugen, die die Versorgungssituation weiter verschlechtert. Gleichzeitig weist die weiterhin hohe Quote klinischer Geburten darauf hin, dass grundsätzlich noch ein vergleichsweise hohes Vertrauen in medizinische Einrichtungen besteht (vgl. Kapitel 5.1.1.). Diese Beobachtung ist jedoch ambivalent zu bewerten, da die hohe Inanspruchnahme klinischer Geburten auch Ausdruck eines Mangels an alternativen Versorgungsangeboten sein kann und nicht zwingend auf eine bewusste Vertrauensentscheidung zurückzuführen ist.

Wie in Kapitel 3 dargestellt, wird der Vorwurf von Gewalt im medizinischen Kontext von Teilen des Personals als ungerechtfertigter Angriff wahrgenommen. Unabhängig davon, dass die begriffliche Legitimität dieses Gewaltverständnisses bereits geklärt wurde, zeigen die erhobenen quantitativen Daten, dass eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen geburtshilflicher Gewalt trotz bestehender Vorbehalte notwendig ist. In diesem Zusammenhang ist auch ein Argument zu berücksichtigen, das seitens des medizinischen Personals wiederholt angeführt wird: der Verweis auf die Eigenverantwortung der Gebärenden. Die Hebamme thematisiert diesen Aspekt insbesondere im Zusammenhang mit selbstständiger Informationsbeschaffung und verweist dabei auf die fehlende Kostenübernahme von

Geburtsvorbereitungskursen durch die Krankenkassen in Österreich, was sie kritisiert. Sowohl sie als auch die Ärztin betonen, dass Aufklärung und Wissensaneignung während der Schwangerschaft zentral seien, da viele Gebärende mitunter unrealistischen Erwartungen in die Geburt gingen (vgl. Kapitel 5.2.4.). Diese Argumentation ist jedoch ambivalent zu bewerten. Wie bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit herausgearbeitet wurde, wird die Schwangere im Kontext neoliberaler Gesundheitslogiken zunehmend zum eigenverantwortlichen, ökonomischen Subjekt gemacht (vgl. Kapitel 2.1.). Gleichzeitig ist Eigenverantwortung stets an soziale und ökonomische Ressourcen gebunden und verstärkt damit bestehende Klassenungleichheiten. Darüber hinaus zeigt die quantitative Auswertung dieser Arbeit, dass in Deutschland, wo Geburtsvorbereitungskurse von den Krankenkassen finanziert werden, und 80% der Befragten angaben, sich aktiv auf die Geburt vorbereitet zu haben, dennoch viele beschrieben, den Geburtsverlauf als belastend oder traumatisch wahrgenommen zu haben. Mangelnde Aufklärung ist also nicht der Grund, dass Geburtserfahrungen als negativ oder gewaltvoll eingeordnet werden.

Die Hebamme benannte jedoch nicht nur eine unzureichende formale Aufklärung, etwa im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen, als problematisch, sondern verwies darüber hinaus auf die geringe gesellschaftliche Präsenz des Themas Geburt (vgl. Kapitel 5.2.4.). Damit spricht sie einen zentralen Aspekt an. Wie anhand der exemplarischen Darstellung der Entwicklung der Geburtshilfe in Deutschland in Kapitel 2.2. gezeigt wurde, hat sich Geburt im Laufe der Zeit von einem gemeinschaftlich eingebetteten, vorwiegend weiblich\* geprägten Ereignis zunehmend in den klinischen Raum verlagert. Dort ist sie heute stark reglementiert und auf einen begrenzten Personenkreis beschränkt. Wie dieser Rahmen individuell erlebt wird, ist unterschiedlich und kann von manchen durchaus als entlastend empfunden werden. Gleichzeitig führt diese Verlagerung jedoch dazu, dass Geburt zunehmend aus der alltäglichen gesellschaftlichen Lebensrealität verschwindet. Wie die Hebamme im Interview betont, fehlt es dadurch an Räumen für Austausch und Reflexion (vgl. Kapitel 5.2.4.). Dies betrifft sowohl Menschen, die selbst geboren haben und Möglichkeiten zur Verarbeitung benötigen, als insgesamt die Realität von Geburt wieder zurück in die Mitte der Gesellschaft zu holen. Der gesellschaftliche Bedeutungsverlust von Geburt erschwert somit eine realistische Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem Geburtsgeschehen insgesamt, was durchaus langfristig auch Erwartungen und Erleben von Geburt beeinflussen kann.

Mit dem normativen Wandel rund um die Geburt hat sich auch verändert, wer beim Übergang vom ungeborenen zum geborenen Leben anwesend sein darf. Während früher ausschließlich weiblich gelesene Personen diesen Prozess begleiteten, nehmen heute die meisten Gebärenden

ihren (meist männlichen) Partner mit, wie sowohl die Interviews als auch die quantitative Datenauswertung zeigen. Die Mehrheit scheint damit zufrieden zu sein, dennoch geben 8% an, lieber eine andere Person dabei gehabt zu haben. Außerdem wünschen sich 7% im Nachhinein eine andere oder zusätzliche Begleitperson wie etwa eine Doula. Diese Daten stimmen mit den Aussagen aus den Interviews überein. Ärztin und Hebamme berichten, dass die mitgebrachten männlichen Partner in einigen Fällen eher hinderlich sein können. Die Hebamme führt dies auf patriarchale Strukturen zurück, in denen Männer\* weniger Fürsorge gelernt hätten, was in Extremsituationen wie der Geburt – einem eigentlich eher matriarchal geprägten Prozess – besonders deutlich werde. Sie plädiert dafür, die kulturellen Erwartungen zu lockern, da dies vielen Gebärenden Erleichterung bringen könnte (vgl. Kapitel 5.2.3.).

Im Kontext kultureller Gewalt ist zudem ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen, der bereits in Kapitel 3.2. zur geschlechtsspezifischen Gewalt thematisiert wurde. In der quantitativen Auswertung gaben 19% der Befragten, die beispielsweise vaginal untersucht wurden, an, dass ihre Schmerzäußerungen während der Geburt nicht ernst genommen wurden. Wie im theoretischen Teil bereits ausgeführt wurde, ist es ein generell strukturelles Problem der Medizin, dass das Schmerzempfinden weiblich gelesener Personen häufig relativiert oder nicht ausreichend ernst genommen wird. Diese Praxis ist tief in soziokulturellen Deutungsmustern verankert und wirkt sich in der Geburtshilfe in besonderer Weise aus (vgl. Kapitel 3.2.1.1.). Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die insgesamt geringe gesellschaftliche und institutionelle Investition in den geburtshilflichen Bereich als Ausdruck struktureller Gewalt interpretieren, die vor dem Hintergrund geschlechtsdiskriminierender Macht- und Wertungsstrukturen entstanden ist und bis heute fortwirkt.

### **6.3. Gewalt in der Geburtshilfe analysiert nach dem Gewaltdreieck von Johan Galtung**

Die im geburtshilflichen Kontext beobachteten Gewaltformen lassen sich im Sinne des Gewaltdreiecks nach Johan Galtung nur im Zusammenspiel von direkter, struktureller und kultureller Gewalt verstehen.

Direkte Gewalt manifestiert sich, wie in dieser Arbeit herausgearbeitet werden konnte, in Übergriffen des medizinischen Personals auf Gebärende, etwa durch verbale Abwertung, das Ignorieren von Bedürfnissen oder durch übermäßige medizinische Interventionen. Diese Handlungen stellen unmittelbare Gewalteinwirkungen dar, deren Ursachen jedoch nicht

ausschließlich auf individuelles Fehlverhalten zurückgeführt werden können. Vielmehr konnte aufgezeigt werden, dass direkte Gewalt eng mit Formen struktureller Gewalt verknüpft ist. Die Analyse zeigt, dass Zeitdruck, Personalmangel, hohe Dokumentationsanforderungen sowie der ständige forensische Absicherungsdruck Arbeitsbedingungen erzeugen, unter denen empathische und zugewandte Begleitung erschwert wird. Diese strukturellen Rahmenbedingungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Gebärende nicht als handelnde Subjekte wahrgenommen werden, sondern funktionalisiert werden, um institutionelle Prozesse effizient „abzuarbeiten“.

Kulturelle Deutungsmuster prägen, welche Erfahrungen als glaubwürdig gelten und wessen Wahrnehmungen gesellschaftlich anerkannt werden. Zugleich fungieren sie als Legitimationsrahmen, innerhalb dessen sowohl strukturelle Überlastungen als auch direkte Grenzüberschreitungen normalisiert werden können. Die Vorstellung von Geburt als primär medizinischem Ereignis sowie ihre starke Institutionalisierung im Krankenhaus tragen zur Stabilisierung bestehender Machtverhältnisse bei. Auch das Verständnis dessen, was als „sichere“ Geburt gilt – etwa der dominante Fokus auf die physische Unversehrtheit von Mutter und Kind bei gleichzeitiger Vernachlässigung emotionaler Bedürfnisse und psychischer Integrität – ist kulturell geprägt und spielt eine zentrale Rolle bei der Ausgestaltung klinischer Vorschriften und struktureller Rahmenbedingungen. Problematische Strukturen können zudem fortbestehen, weil durch die Verlagerung der Geburt in den klinischen Raum der gesellschaftliche Austausch und damit ein kollektives Bewusstsein für Geburt weitgehend aus der alltäglichen Lebensrealität verschwunden ist. Gleichzeitig wirken kulturelle Normvorstellungen auch innerhalb klinischer Strukturen fort, etwa in der verbreiteten Tendenz, Schmerzen weiblich gelesener Personen nicht ernst zu nehmen, ihre Schmerzwahrnehmung zu relativieren oder zu pathologisieren. Diese Praxis lässt sich als Ausdruck kulturell internalisierter Annahmen verstehen, nach denen weiblich gelesene Personen als „schwächer“, weniger schmerzresistent und psychisch labiler konstruiert werden. In der Folge erfahren ihre Beschwerden im medizinischen Bereich häufig geringere Aufmerksamkeit und werden als weniger behandlungsbedürftig anerkannt. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die vergleichsweise geringe gesellschaftliche und institutionelle Investition in die Geburtshilfe als Form struktureller Gewalt interpretieren, die aus historisch gewachsenen, geschlechtsdiskriminierenden Macht- und Wertungsstrukturen hervorgegangen ist und jene Bedingungen reproduziert, unter denen direkte Gewalt entstehen kann.

## 7. Conclusio

Ziel dieser Arbeit war es, der Frage nachzugehen, inwiefern die Berichte von Gebärenden sowie die Perspektiven medizinischer Fachkräfte Merkmale struktureller Gewalt in der Geburtshilfe widerspiegeln. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Auswertung zeigen übereinstimmend, dass Gewalt in der Geburtshilfe nicht primär als individuelles Fehlverhalten einzelner Akteur\*innen verstanden werden kann, sondern maßgeblich in strukturellen und kulturellen Rahmenbedingungen verankert ist. Damit rückt weniger das Handeln Einzelner als vielmehr das Zusammenspiel institutioneller, gesellschaftlicher und normativer Faktoren in den Fokus.

Die Berichte der Gebärenden machen deutlich, dass gewaltvolle oder potenziell gewaltvolle Erfahrungen unter der Geburt keine Ausnahme darstellen, sondern in unterschiedlicher Ausprägung häufig vorkommen. Ein erheblicher Anteil der Befragten schilderte psychische Gewalt, als negativ erlebte medizinische Interventionen, Defizite in der Kommunikation sowie Einschränkungen der Selbstbestimmung. Diese Erfahrungen standen in Zusammenhang mit einem erhöhten Schmerzempfinden, psychischer Belastung nach der Geburt sowie mit einem Vertrauensverlust gegenüber geburtshilflichen Einrichtungen. Die Ergebnisse verdeutlichen somit, dass Gewalt unter der Geburt nicht nur kurzfristige Belastungen verursacht, sondern weitreichende individuelle und institutionelle Folgen haben kann.

Die Perspektiven der befragten Hebamme und Ärztin zeigen ergänzend, dass diese Erfahrungen in einem strukturell hochbelasteten Arbeitsumfeld entstehen. Personalmangel, Zeitdruck, umfangreiche Dokumentationspflichten sowie der Druck forensischer Absicherung prägen den klinischen Alltag und schränken die Möglichkeiten empathischer, kontinuierlicher Betreuung erheblich ein. Diese Rahmenbedingungen begünstigen interventionslastige Geburtsverläufe und erschweren eine partizipative Einbindung der Gebärenden. Zugleich verdeutlichen die Interviews, dass medizinische Fachkräfte sich dieser Problematik bewusst sind, jedoch innerhalb der bestehenden Strukturen nur über begrenzte Handlungsspielräume verfügen und selbst Teil der strukturellen Zwänge werden.

Im Sinne des Gewaltdreiecks nach Johan Galtung lassen sich diese Befunde als Ausdruck struktureller Gewalt interpretieren, die durch institutionelle Rahmenbedingungen erzeugt wird und direkte Gewaltformen begünstigt. Ergänzt wird diese Ebene durch kulturelle Gewalt, die sich in gesellschaftlichen Deutungsmustern über Geburt, Geschlecht und medizinische Autorität manifestiert. Die starke Institutionalisierung der Geburt im klinischen Raum, die gesellschaftliche Marginalisierung von Geburt als Thema sowie kulturell verankerte Annahmen

über Schmerz, Verantwortung und Sicherheit legitimieren bestehende Strukturen und tragen dazu bei, dass problematische Praktiken normalisiert werden. Besonders deutlich zeigt sich dies in der Relativierung des Schmerzempfindens weiblich gelesener Personen sowie in normativen Vorstellungen darüber, wer als geeignete Begleitperson gilt und wessen Bedürfnisse im Geburtsprozess als prioritär betrachtet werden.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass politische und institutionelle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Reduktion direkter Gewalt abzielen, nicht ausreichen. Die in Deutschland eingeführte Regelung zur 1:1-Betreuung unter der Geburt stellt zwar einen wichtigen Schritt dar, greift jedoch zu kurz, da sie die zugrunde liegenden strukturellen und kulturellen Ursachen nicht umfassend adressiert. Zwar lassen sich bereits Verbesserungen durch etwas eine stärkere Rückbesinnung auf die individuellen Bedürfnisse der Gebärenden erkennen, mit dem Ziel, traumatische Geburtserfahrungen zu vermeiden und Selbstbestimmung zu fördern. Das bestehende System der Geburtshilfe lässt die konsequente Umsetzung dieser Ansätze jedoch, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, nur bedingt zu. Ohne eine nachhaltige Verbesserung des Personalschlüssels, bessere Arbeitsbedingungen und substanzielle Investitionen in die Geburtshilfe bleibt eine kontinuierliche, bedürfnisorientierte Betreuung schwer realisierbar, und strukturelle Überlastung besteht fort.

Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine nachhaltige Veränderung der Geburtshilfe auch eine gesellschaftliche Neubewertung von Geburt erfordert. Geburt muss wieder stärker als sozial bedeutsamer Prozess in den öffentlichen Diskurs eingebunden werden. Dies schließt ein kritisches Hinterfragen der ausschließlichen Verortung von Geburt im klinischen Setting ebenso ein wie die Anerkennung unterschiedlicher Betreuungsmodelle und Begleitpersonen. Nur wenn kulturelle Erwartungen, institutionelle Strukturen und politische Rahmenbedingungen gemeinsam in den Blick genommen und verändert werden, kann Gewalt in der Geburtshilfe im Sinne Galtungs langfristig reduziert werden.

Vor diesem Hintergrund lassen sich zugleich Perspektiven für weiterführende Forschung ableiten. Für eine vertiefende Untersuchung, etwa im Rahmen einer Dissertation, wäre es sinnvoll, die Datengrundlage durch zusätzliche oder anders zusammengesetzte Datensätze zu erweitern. Der Mixed-Methods-Ansatz aus quantitativer Erhebung und qualitativen Interviews hat sich für die Fragestellung als geeignet erwiesen und könnte in einem größeren Forschungsprojekt beibehalten werden. Voraussetzung hierfür wäre jedoch eine erhebliche Vergrößerung der quantitativen Stichprobe, eine gezielte Diversifizierung der Teilnehmenden sowie eine Vertiefung der qualitativen Daten durch weitere Expert\*inneninterviews. Dabei

wäre es insbesondere relevant, soziale Ungleichheitsdimensionen wie Rassismus, Ableismus oder Klassenungleichheit systematisch in die Analyse einzubeziehen, da diese Faktoren das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und geburtshilflicher Versorgung maßgeblich prägen können (vgl. Winkler und Babac, 2022). Ergänzend könnten Interviews mit Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem, mit Leitungen geburtshilflicher Abteilungen oder mit gesundheitspolitischen Akteurinnen und Akteuren dazu beitragen, strukturelle Rahmenbedingungen noch differenzierter zu analysieren.

Trotz der genannten Limitationen liefert die vorliegende Studie wertvolle Hinweise darauf, wie strukturelle Faktoren das Erleben von Geburt prägen. Sie macht deutlich, dass Gewalt in der Geburtshilfe nicht als Randphänomen verstanden werden darf, sondern als Ausdruck tieferliegender struktureller und kultureller Problemlagen. Gleichzeitig zeigt sie auf, an welchen Stellen weiterführende Forschung ansetzen sollte, um systematische Ungleichheiten und strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe differenziert zu erfassen und langfristig zu reduzieren.

## Literaturverzeichnis

- Baberowski, Jörg (2008): „Gewalt verstehen“, In: *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*. Online-Ausgabe 5/1.
- Blömer, Fritzi (o.J.): „Gefährdet ein neues Honorarsystem die Versorgung Schwangerer und ihrer Kinder?“ ndr.de. [https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/oldenburg\\_ostfriesland/Neuer-Vertrag-fuer-Hebammen-Fatale-Folgen-fuer-Schwangere-und-Babys,hebammen370.html](https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/oldenburg_ostfriesland/Neuer-Vertrag-fuer-Hebammen-Fatale-Folgen-fuer-Schwangere-und-Babys,hebammen370.html). [Letzter Zugriff: 10. November 2025].
- Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, u. a. (2015): „The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review“. In: *PLoS Medicine* (United States) 12, Nr. 6: e1001847.
- Böhme, Gernot (1980): *Alternativen der Wissenschaft*. 1. Aufl. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 334: Wissenschaftsforschung. Suhrkamp, Berlin.
- bpb (o.J.): „Gewalt“. bpb.de <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/politiklexikon/17566/gewalt/> [Letzter Zugriff: 23. November 2025].
- Bundestag (2019): *Zur Arbeitssituation von Hebammen in der stationären Geburtshilfe Vergleich der Situation in Deutschland mit der in ausgewählten europäischen Ländern*. Sachstand. Bundestag, 2019. <https://www.bundestag.de/resource/blob/657234/bf2a2d181ac4a2e39649f32253e95369/WD-9-040-19-pdf-data.pdf> [Letzter Zugriff: 30. November 2025].
- Christley, Lisbeth (2025): „Österreichisches Hebammengremium: Fehlende Hebammenberatung im Eltern-Kind-Pass gefährdet vulnerable Mütter und Kinder“. 13. November 2025. *Österreichisches Hebammengremium*, <https://hebammen.at/gremium/presse/> [Letzter Zugriff: 15. November 2025].
- Davis-Floyd, Robbie (2022 [1. Auflage 1991]): *Birth as an American Ride of passage* (3. Auflage), Routledge, London und New York.
- De Maio, Fernando, und David Ansell (2018): „As Natural as the Air Around Us: On the Origin and Development of the Concept of Structural Violence in Health Research“. In: *International Journal of Health Services* 48, Nr. 4: 749–59. <https://doi.org/10.1177/0020731418792825>.
- Der Spiegel (2025): „Hebamme über Berufsaussichten: Fast jede zweite denkt ans Aufhören“. Job & Karriere. 30. Oktober 2025. <https://www.spiegel.de/karriere/hebamme-ueber-berufsaussichten-fast-jede-zweite-denkt-ans-aufhoeren-a-c5c5e7fe-d609-4716-a532-cddc2ac66039> [Letzter Zugriff: 02. Jänner 2025].

- Deutscher Hebammenverband (2024): „Nüchtern betrachtet: Zahlen, Daten & Fakten zur Geburtshilfe in Deutschland“, Deutscher Hebammenverband. [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/06/2024\\_DHV\\_Parl.Aabend\\_Zahlen-Daten-Fakten.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/06/2024_DHV_Parl.Aabend_Zahlen-Daten-Fakten.pdf). [Letzter Zugriff: 01. Jänner 2026].
- Die Techniker (2025): „Schwangerschaften: 80 Prozent gelten als risikobehaftet – Online-Umfrage bis 10. Juli | Die Techniker - Presse & Politik“. Die Techniker, 4. Juli 2025. <https://www.tk.de/presse/themen/gesundheitsystem/innovationen/femar-umfrage-risikofaktoren-schwangerschaft-2198920> [Letzter Zugriff: 01. Dezember 2025].
- Diniz, Simone Grilo, Heloisa de Oliveira Salgado, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, u. a. (2015): „Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention“. In: *Journal of Human Growth and Development* 25, Nr. 3 (2015): 377–82. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
- Duden, Barbara (2016): *Der Frauenleib als öffentlicher Ort : vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. (3. Auflage). Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Echterhoff, Gerald (2013): „Quantitative Erhebungsmethoden“, In: *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* herausgegeben von Margrit Schreier, Gerald Echterhoff, Jana Bauer, Nicole Weydmann und Walter Hussy, (2. Auflage), Springer Verlag, Berlin.
- Eckardt, Sarah (2020): *Die unbekannte Geburt: Subjektivierungsweisen von gebärenden Frauen zwischen individueller Praxis und öffentlichem Diskurs*. 1st ed. Gender Studies. Transcript Verlag, Bielefeld.
- Espinoza-Reyes, Ester, und Marlene Solís (2020): *Decolonizing the Womb: Agency against Obstetric Violence in Tijuana, Mexico*. 21, Nr. 7.
- Europarat (o.J.): *Obstetrical and gynaecological violence*. Euoparat. <https://pace.coe.int/en/files/28108/html> [Letzter Zugriff: 19. Dezember 2025].
- Ferrão, Ana Cristina, Margarida Sim-Sim, Vanda Sofia Almeida, und Maria Otilia Zangão (2022): „Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol“. In: *Journal of Personalized Medicine* 12, Nr. 7: 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>.
- Flick, Uwe (2011): *Triangulation: Eine Einführung*. 3rd ed. 2011. Aus der Reihe Qualitative Sozialforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Förster, Christine (2015 [1. Auflage 2008]): *Gewalt in der institutionellen Altenpflege: welche biographischen und sozialen Konstellationen wirken fördernd auf die Ausübung von Gewalt in der institutionellen Altenpflege, und welche Ressourcen spielen zur Reduktion der Gewalt eine Rolle?* 2. Aufl. Bonner Schriftenreihe „Gewalt im Alter“; 16. Mabuse-Verl., Frankfurt am Main.

- Galtung, Johan (1969): „Violence, Peace, and Peace Research“. In: *Journal of Peace Research* 6, Nr. 3: 167–91.
- Galtung, Johan (1977): *Strukturelle Gewalt: Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung*. Erstausg., 14.-16. Tsd. Rororo 1877: Rororo aktuell. Rowohlt, Hamburg.
- Galtung, Johan (1993): „Kulturelle Gewalt. Zur direkten und strukturellen Gewalt tritt die kulturelle Gewalt“, In: *Der Bürger im Staat*, 43(2), 106ff.
- Gläser, Jochen und Grit Laudel (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Lehrbuch. VS Verlag, Wiesbaden.
- Gesundheitsforschung-bmfr (2011): „Natürliche Geburt in der Klinik - ganz ohne Arzt - Hebammenkreißsäle machen es möglich - DLR Gesundheitsforschung“. Deutsche Zentrum für Luft und Raumfahrt e.V. - DLR Gesundheitsforschung. Juli 2011. <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/natuerliche-geburt-in-der-klinik-ganz-ohne-arzt-hebammenkreissale-machen-es-moeglich-2738.php> [Letzter Zugriff: 20. November 2025].
- Gesundheit.gv.at (o.J.): „APGAR“. Gesundheitsportal. <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/A/apgar.html> [Letzter Zugriff: 19. Dezember 2025].
- GKV-Spitzenverband (o.J.): „Hebammenhilfe-Vertrag“. GKV-Spitzenverband, GKV-Spitzenverband. [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante\\_leistungen/hebammen\\_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp) [Letzter Zugriff: 20. November 2025].
- Grote Westrick Marion und Eckhard Volbracht (2020): „Das Problem der Überversorgung“. In: *Überversorgung – eine Spurensuche* herausgegeben von der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh.
- Gröning, Katharina (2004): „Institutionelle Anomie. Ein modernes Phänomen im Pflegeheim“, In: *Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags* herausgegeben von Karl-Heinz Henze. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Gudehus, Christian (2022): „Gewaltforschung“. In: *Kulturpsychologie* herausgegeben von Uwe Wolfradt, Lars Allolio-Näcke und Paul Sebastian Ruppel. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Gudehus, Christian, und Michaela Christ (2013): *Gewalt: Ein interdisziplinäres Handbuch*. J.B. Metzler, Heidelberg.
- Hoffmann Diane und Anita Tarzian (2001): *The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain*. *J Law Med Ethics*. 2001 Spring;29(1):13-27

- Helios-gesundheit (o.J.): „About Helios“. helios-gesundheit. [https://www.helios-international.com/about-helios?utm\\_source=chatgpt.com&isDMU=true](https://www.helios-international.com/about-helios?utm_source=chatgpt.com&isDMU=true) [Letzter Zugriff: 20. November 2025].
- Hövel, Jörg (2022): „Kreißsaal in Not: 2.700 Hebammen in Warteposition“. 5. Mai 2022. *Deutscher Hebammenverband*. <https://hebammenverband.de/pm-kreissaal-in-not> [Letzter Zugriff: 05. Dezember 2025].
- Institut für Menschenrechte (o.J.): „Geschlechtsspezifische Gewalt“. Institut für Menschenrechte, <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/themen/geschlechtsspezifische-gewalt> [Letzter Zugriff: 27. November 2025].
- Jaberg, Sabine (2019): „Die kulturelle Dimension von Gewalt und Frieden bei Johan Galtung“. In: *Kulturelle Vielfalt Als Dimension des Gerechten Friedens* herausgegeben von Sarah Jäger und André Munzinger. Springer Vieweg. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Jährling, Ulrike (2020): „Gewalt in der Geburtshilfe - Wenn Sie jetzt schon so schreien, wird das hier nichts“. 23. November 2020. Deutschlandfunk Kultur. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/gewalt-in-der-geburtshilfe-wenn-sie-jetzt-schon-so-schreien-100.html> [Letzter Zugriff: 12. Dezember 2025].
- Jerusalem, Matthias (1990): *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Verlag für Psychiatrie, Göttingen.
- Jung, Tina (2017): „Die ‚gute Geburt‘ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems“. In: *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 9, Nr. 2: 30–45. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>.
- Jünger, Julia (o.J.): „Aktuelles zum neuen Hebammenhilfvertrag“. *Deutscher Hebammenverband*. <https://hebammenverband.de/aktuelles-zum-hebammenhilfvertrag>. [Letzter Zugriff: 20. November 2025].
- Kaiser, Robert (2021): „Die Ergebnisse qualitativer Experteninterviews: Auswertung und Interpretation“. In: *Qualitative Experteninterviews*. Elemente der Politik. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kanya, Evelyn (2016): „Österreichs erste männliche Hebamme“. 10. Juni 2016. Wien ORF. <https://wien.orf.at/v2/news/stories/2779498/> [Letzter Zugriff: 07. November 2025].
- Kuckartz, Udo (2014): *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. 1st ed. 2014. Springer Fachmedien Wiesbaden : Imprint: Springer VS, Wiesbaden.

- Lamm, Lisa (2022): „Medizingeschichte: Hebammen und ihr jahrhundertelanger Kampf um Anerkennung“. 18. November 2022. *National Geographic*.  
<https://nationalgeographic.de/geschichte-und-kultur/2022/11/medizingeschichte-hebammen-und-ihr-jahrhundertelanger-kampf-um-erkennung/> [Letzter Zugriff: 04. Dezember 2025].
- Landa, Manuel de (1997): *A Thousand Years of Nonlinear History*. Zone Books, New York.
- Lemmer, Gunnar, und Mario Gollwitzer (2018): „Quantitative Forschung“. In: *Sozialpsychologie und Sozialtheorie* herausgegeben von Oliver Decker. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Lüdemann, Jasmin und Ariane Otto (2019): „Reflexionen theoretischer und forschungspraktischer Herausforderungen – eine Einleitung“ In: *Triangulation und Mixed-Methods - Reflexionen theoretischer und forschungspraktischer Herausforderungen* herausgegeben von Jasmin Lüdemann und Ariane Otto. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Mayring, Philipp (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 13., Überarbeitete Auflage. Beltz.
- McKim, Courtney A. (2017): „The Value of Mixed Methods Research: A Mixed Methods Study“. In: *Journal of Mixed Methods Research* (Los Angeles, CA) 11, Nr. 2: 202–22.
- Metz-Becker, Marita (2013): „Hebammen und medizinische Geburtshilfe im 18./19. Jahrhundert“, In: *die hochschule. journal für wissenschaft und bildung* herausgegeben von Peer Pasternack, 1/2023. Universität Halle.
- Miedl-Rissner, Marie (2023): „Pionier: Männliche Hebamme: Er ist ein steirisches Unikat“. 3. November 2023. Kleine Zeitung.  
<https://www.kleinezeitung.at/steiermark/17787400/maennliche-hebamme-er-ist-ein-steirisches-unikat>. [Letzter Zugriff: 30. November 2025].
- Nanaya (o.J.): „Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern (in Wien) | Nanaya“. Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern.  
<https://www.nanaya.at/>. [Letzter Zugriff: 20. November 2025].
- Österreichisches Hebammengremium (o.J.): „Geburtsbegleitung mit eigener Hebamme“. *Österreichisches Hebammengremium*,  
<https://hebammen.at/eltern/geburt/geburtsbegleitung/> [Letzter Zugriff: 29. November 2025].
- Placzek, Maria (2024): *Ich. Hebamme. Mittäterin*, Goldegg Verlag, Wien.
- Protschka, Johanna (2012): „Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld“. 23. Dezember 2012. Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/behandlungsfehler-die-angst->

[vor-der-schuld-66a1fb71-5b0d-4438-abae-d0137bf4f3e3](#) [Letzter Zugriff: 24. November 2025].

Quattrocchi, Patrizia (2024): *Obstetric Violence in the European Union: Situational Analysis and Policy Recommendations*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>.

Raithel, Jürgen (2008): *Quantitative Forschung: Ein Praxiskurs*. 2., Durchgesehene Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Richter-Kuhlmann, Eva (2023): „Tobias Richter: Männliche Hebamme wirbt für Diversität im Beruf“. 15. Juni 2023. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/tobias-richter-maennliche-hebamme-wirbt-fuer-diversitaet-im-beruf-a1c1999b-259c-4c39-861d-05f3e13a225a> [Letzter Zugriff: 10. Dezember 2025].

Rose, Lotte (2022): „Gebären will gelernt sein! – Bildungsangebote zur Geburt zwischen emanzipatorischer Befähigung und neoliberaler Indienstrafe“. In: *ÖZS. Österreichische Zeitschrift für Soziologie* (Wiesbaden) 47, Nr. 1: 9–29.

Roses Revolution Deutschland (o.J.): „Roses Revolution Deutschland - Start“. Roses Revolution Deutschland. <http://510927753.swh.strato-hosting.eu/Start/>. [Letzter Zugriff: 20. November 2025].

Schäfer, Thomas (2010): *Statistik I: Deskriptive und Explorative Datenanalyse*. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Schneider, Henning, Peter-Wolf Husslein und Karl Theo Maria Schneider (2011): *Die Geburtshilfe*. 4., Durchgesehene Auflage. Springer Verlag, Berlin.

Scopesi, Alda, Mirella Zanobini, und Paolo Carossino (1997): „Childbirth in Different Cultures: Psychophysical Reactions of Women Delivering in US, German, French and Italian Hospitals“. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (Abingdon) 15, Nr. 1: 9–30.

Severin, Thorsten (o.A.): „Bürokratie Gesundheitssystem“. AOK. <https://www.aok.de/pp/gg/magazine/gesundheit-gesellschaft-11-2025/buerokratie-gesundheitssystem/>. [Letzter Zugriff: 19. Dezember 2025].

Statistisches Bundesamt (2025): „Fast ein Drittel aller Geburten im Jahr 2023 durch Kaiserschnitt“. Statistisches Bundesamt. 5. Mai 2025. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/05/PD25\\_N024\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/05/PD25_N024_23.html) [Letzter Zugriff: 19. Dezember 2025].

WHO (2018): *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. 1st ed. World Health Organization 2018.

Wichmann, Angela (2019): *Quantitative und Qualitative Forschung im Vergleich: Denkweisen, Zielsetzungen und Arbeitsprozesse*. 1st ed. 2019. Psychologie für Studium und Beruf. Springer Berlin Heidelberg: Imprint: Springer.

Winkler, Christiane, und Emine Babac (2022): „Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft“. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 47, Nr. 1: 31–58. <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00472-5>.