

Körperpolitiken und -rechte rund um Geburt

Ein Gespräch mit Reproduktionsforscherin und Policy-Anthropologin Marie Fröhlich

Marie Fröhlich und Manuel Bolz

Dieses Gespräch fand im Juni 2025 im Anschluss an einen Vortrag statt, den Marie Fröhlich im Rahmen des Kolloquiums »Konturen des Kontemporären: Einblicke in laufende Forschungen« am Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie der Georg-August-Universität Göttingen hielt. Im Vortrag »Wer ist denn eigentlich verantwortlich hier? Reproduktionsregime-analytische Perspektiven auf Körper_Gesundheitspolitiken rund um Geburt« und in der anschließenden Diskussion traten zahlreiche Verbindungslinien zu den in diesem Sammelband versammelten Themen Recht, Familie und Sorge zutage, die wir in einem anschließenden Gespräch genauer beleuchteten. Im Nachgang wurde das Gespräch durch Literaturangaben angereichert und einige Stellen wurden für ein besseres Verständnis spezifiziert.

Manuel Bolz: Liebe Marie, du forschst aus kulturanthropologischer Perspektive zu geburtsbezogenen Gesundheits- und Körperpolitiken. Kannst du zu Beginn dein Forschungsfeld skizzieren? Welche Fragen treiben dich um? Und wie gehst du methodisch vor?

Marie Fröhlich: Ausgangspunkt meiner Forschung ist die Beobachtung, dass seit den 2010er Jahren Eltern sowie Akteur:innen aus Gesundheitswesen und Zivilgesellschaft verschiedene Entwicklungen in der geburtshilflichen Versorgung problematisiert haben, teilweise auch öffentlichkeitswirksam und in Form von Protest.¹ Das betrifft beispielsweise den Mangel an Hebammen, die

1 Ich danke Manuel Bolz für den spannenden Austausch. Für ihre hilfreichen Anmerkungen in der Verschriftlichung danke ich Julia Böcker und Felix Gaillinger.

Schließung von Kreißsälen oder hohe Interventionsraten, also medizinische Eingriffe unter der Geburt. Bereits am Anfang meiner wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Feld der Körper- und Gesundheitspolitiken rund um Geburt konnte ich zahlreiche Aushandlungsfelder der Regulierung von Geburt bzw. Geburtshilfe ausmachen, die sich infolge dieser Kritiken formierten. Doch gleichzeitig besserte sich die kritisierte Versorgungslage nicht, sondern schien sich über die Jahre sogar zu verschärfen. Dieser Gleichzeitigkeit nachzugehen war für mich forschungsleitend. In meiner Arbeit frage ich danach, *wer konkret welche Gesundheitspolitik rund um Geburt »macht«?* Dabei analysiere ich, wer und was in diesen Politiken zählt – welche Personengruppen, welche Rationalitäten, welche Normen? Aber auch: Im Namen welcher Interessen wird gehandelt? Was steht – für wen – auf dem Spiel?

In meinem Ansatz der *ethnografischen Reproduktionsregimeanalyse* verbinde ich Debatten der überwiegend englischsprachigen *anthropology of reproduction* (vgl. Ginsburg/Rapp 1995; Browner/Sargent 2011; Morgan/Roberts 2012; Han/Tomori 2021; Ross/Solinger 2017) mit analytischen Ansätzen der Regime- und Policyforschung (vgl. Gutekunst/Schwertl 2018; Hess/Schwertl 2009; Shore/Wright 2011; Adam/Vonderau 2014; Collier/Lakoff 2005). Damit lassen sich multiskalare, dezentrale, emergente und kontingente Assemblagen aus Akteuren^{*2}, Praktiken und Diskursen, Technologien, Materialitäten und Infrastrukturen empirisch und konzeptionell zusammendenken. Die Regimeanalyse legt ein radikalkonstruktivistisches Feld- und Forschungsdesign und ein praxeografisches Vorgehen nahe, das jeweils an Kämpfen, Konflikten und Problematisierungen ansetzt. Ethnografische Methoden wie die Teilnehmende Beobachtung und Interviews, ein genealogisches Vorgehen (vgl. Foucault 2004) und symptomatische Diskursanalysen sind für diesen Zugang geeignet (Tsianos/Hess 2010). Mein Forschungsfeld ist überwiegend im deutschen

-
- 2 Der Regime- und Policy-Forschung folgend verstehe ich in Anlehnung an das Symmetrieprinzip der Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) (vgl. Latour 2008) auch nicht-menschliche *Aktanten* als handlungswirksam, beispielsweise Institutionen, *policies*, wissenschaftliches Wissen, Materialitäten oder Infrastrukturen. Sind diese Entitäten oder mehr-als-menschliche Konstellationen gemeint, verwende ich den in der Regimeanalyse geläufigen Begriff der *Akteure* und kennzeichne diesen mit einem Asterisk*, um kenntlich zu machen, dass es sich hierbei nicht um das personenbezogene generische Maskulinum handelt (»Akteure* wie Berufsverbände und Krankenkassen«). Die genderinklusive Schreibweise Akteur:innen, verwende ich hingegen, um kenntlich zu machen, dass ich mich auf konkrete Personen oder Personengruppen beziehe (»Akteur:innen wie Hebammen und Ärzt:innen«).

Gesundheitswesen verortet, obwohl sich globale Bezüge erkennen lassen. Ich habe in den vergangenen Jahren Interviews mit Hebammen und Ärzt:innen, Berufspolitik:innen, Verbands- und Elternvertreter:innen, Wissenschaftler:innen und weiteren Akteur:innen aus dem Feld geführt. Bei Treffen von unterschiedlichen Netzwerken und Aktionsbündnissen, auf Fachtagen sowie medizin- und hebammenwissenschaftlichen Kongressen habe ich ebenso wie in Kreißsälen teilnehmend beobachtet. Außerdem habe ich mehrere thematisch fokussierte Policy- und Medienanalysen von politischen Programmen, medizinischen Leitlinien und journalistischer Berichterstattung durchgeführt.

Basierend auf diesem Material arbeite ich heraus, welche Versorgungsrationalitäten in »problematischen« Situationen auf je spezifische Weise mobilisiert und wie sie in »probat« erscheinende Maßnahmen umgesetzt werden (Collier/Lakoff 2005; Barry 2006). Mein Blick auf Geburt ist dabei denaturalisierend und deessentialisierend (Chadwick 2018). Als Forscherin geht es mir also nicht darum, ein ethisches Verständnis der »guten Geburt« zu entwickeln, sondern zu verstehen, wie Akteur:innen ihre Vorstellungen davon, was »gute« Versorgung ist, argumentieren, plausibilisieren und umsetzen möchten, wie diese mal konfliktieren und dann wieder harmonisch ineinandergreifen können.

Manuel Bolz: Welche Akteur:innen prägen die öffentlichen Auseinandersetzungen um Geburten, »machen« also die Gesundheitspolitiken rund um Geburt, die im Fokus deiner Forschung stehen?

Marie Fröhlich: Das ist wirklich ein sehr großes Feld. Es war nicht einfach, hier Orientierung zu finden. Neben der regimeanalytischen Perspektivierung des Feldes habe ich mit Mappings gearbeitet, um das Feld zu kartieren, Zuständigkeiten und Verantwortungen herauszuarbeiten und Machtverhältnisse sichtbar zu machen.

Die problematisierten Phänomene haben viele mögliche Ursachen. Allein der Hebammenmangel lässt sich auf mehrere Ursachen zurückführen, etwa eine enorme Arbeitsbelastung, niedrige Gehälter, hohe berufsbedingte Auslagen und die schlechte Vereinbarkeit mit privater Sorgearbeit, aber auch darauf, dass Hebammen unter den Bedingungen überfüllter Kreißsäle ihren professionellen Ansprüchen an eine »gute« Geburtshilfe nicht (mehr) gerecht werden können. Wenn man nach Verantwortlichkeiten für Vergütungs- und Entlohnungsfragen oder berufsbedingte Auslagen sucht, ist es

naheliegend, nach regulativen Zuständigkeiten im Gesundheitswesen zu fragen. Diese sichtbar zu machen ist leichter gefordert als getan: Denn es gibt keine politische oder administrative Instanz, die zentral für die Geburtshilfe zuständig ist. Wo fängt man da an? Die Institutionen des Bundes, wie das Gesundheitsministerium, sowie die Gesundheitspolitik der Parteien und Fraktionen, können vorrangig auf Ebene des legislativen Rahmens aktiv werden. Weitere Zuständigkeiten existieren auf Landesebene, so zum Beispiel die Krankenhausplanung. Das Gros der regulativen Arbeit, das wird schnell deutlich, liegt bei den Akteuren* der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Das sind zum Beispiel die Verbände der Berufsgruppen, der Krankenkassen und der Kranken- und Geburtshäuser. Hinzu kommen Institutionen aus dem Qualitätssicherungsbereich, wissenschaftliche Fachgesellschaften und viele weitere Akteure*. Alle sind sie jeweils in regulative Verhandlungen eingebunden. Über die Höhe der Vergütung von Hebammen beispielsweise verhandeln unterschiedliche Akteure*, je nachdem, ob sie angestellt oder freiberuflich arbeiten: Krankenhausgesellschaften, Gewerkschaften, Krankenhausträger (also Konzerne oder freigemeinnützige Träger), Hebammenverbände, der Spitzenverband der Krankenkassen... Daher ist es praktisch unmöglich, in einem einzigen Vorgang die Vergütung aller Hebammen anzuheben. Diese segmentierten und fragmentierten Zuständigkeiten sind ein Grund dafür, dass sich Kritik aus der Praxis oft nur knirschend in regulative Kontexte übersetzen lässt und Veränderungen schleppend vorangehen.

Eine Gruppe, die sich in den Aushandlungen der vergangenen 15 Jahre immer mehr Einfluss erarbeitet hat, sind Elterninitiativen. Ihre Perspektive bereichert die Debatten im Feld um die Dimension der Erfahrung und des Erlebens von Geburt. Ihre Perspektive kontextualisiert Geburt in biografischen und alltäglichen lebensweltlichen Zusammenhängen. Mit ihrem Engagement haben Elterninitiativen im Feld vieles in Bewegung gebracht und sind mit ihrem Mandat der Patient:innenvertretung mittlerweile aus Runden Tischen auf Landesebene, aus (wissenschafts-)politischen Projekten, wie der Entwicklung medizin- und hebammenwissenschaftlicher Leitlinien, oder auch aus den Prozessen der Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels *Gesundheit rund um die Geburt* kaum mehr wegzudenken. All diese politischen Foren gehen im Übrigen über die geschilderten regulativen Aushandlungen hinaus: In ihnen wird versucht, möglichst viele Beteiligte an einen Tisch zu bringen, um sowohl lokale Versorgungsstrukturen als auch grundsätzliche Fragen einer ‚guten‘ Geburtshilfe neu zu adressieren und verhandeln (Binder/Kretschel-Kratz/Mazukatov 2025).

Manuel Bolz: Wie werden klinische oder außerklinische Geburten in deiner Forschung bewertet? Spielen neben rechtlichen Aspekten auch weitere Dimensionen eine Rolle?

Marie Fröhlich: Ja, auf jeden Fall. Wenn wir die Berufsgruppen genauer anschauen, die Geburtshilfe praktizieren, also Hebammen und Ärzt:innen, dann können wir ein divergierendes Grundverständnis Geburt feststellen. Die Medizin hat ein eher *pathologisches* Verständnis von Geburt, die dort oft als »gefährlichste Stunde im Leben eines Menschen« bezeichnet wird. Risiken und ihre Vermeidung, etwa durch medizinische Intervention, stehen hier im Fokus. Hebammen hingegen sind an der *Salutogenese* orientiert. In dieser Lesart ist Geburt eine »natürliche Krise«, die in der Regel komplikationsfrei, also *physiologisch* verlaufen kann. Aus der Sicht von Hebammen steht die gebärende Person deutlicher im Fokus. Eine persönliche und vertraute Betreuung unter der Geburt, Zeit und die Möglichkeit, auf individuelle Bedürfnisse eingehen zu können, sind für Hebammen handlungsleitende Wertvorstellungen. Das heißt nicht, dass mögliche Risiken ignoriert werden, aber sie sind eben nicht der zentrale Ausgangspunkt des Handelns. In der Praxis konnte ich auch beobachten, dass und wie sich diese Logiken durchaus verschränken können, und konnte verschiedene Varianten von »abgesicherter Natürlichkeit« (Rose/Schmied-Knittel 2011) feststellen, zum Beispiel, wenn eine gebärende Person den medizinisch abgesicherten Kreißsaal als Geburtsort wählt und dort das sogenannte *Hypno-Birthing* praktiziert, also eine Form von Selbsthypnose, die schmerzlindernd wirken soll. Vor diesem Hintergrund erklärt sich jedoch auch, warum beispielsweise die Hausgeburt der einen Lesart nach als fahrlässige Praxis bewertet wird, aus der anderen hingegen eine probate Möglichkeit zu gebären sein kann. Das setzt sich dann auch in den regulativen Aushandlungen fort, zum Beispiel bei der Festlegung von Ausschlusskriterien für außerklinische Geburten.

Manuel Bolz: Wie wirken sich ökonomische Bedingungen auf Geburtspolitiken in Deutschland aus, ich denke beispielsweise an Klinikschließungen, Versicherungspflichten oder Fallpauschalen?

Marie Fröhlich: Viele der problematisierten Entwicklungen lassen sich auch auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zurückführen, die sich in Folge des *New Public Management* besonders ab den 1990er Jahren intensivierte. In meiner Forschung wurde deutlich, dass diese neben der Gewinnorientierung

auch eine »numeropolitische« (Martin /Lynch 2009) »Durchraisterung« (Beck 2007) des Feldes mit anderen »qualkulativen« (Callon/Law 2005) Logiken mit sich brachte, die wir auch aus Debatten um eine *audit culture* kennen (vgl. Shore/Wright 2015; Strathern 2000). Entsprechend dieser ökonomischen Logik muss Geburt sich lohnen. Ihre klinischen Rahmenbedingungen sind auf Effizienz ausgerichtet. Das System der Fallpauschalen, das du ansprichst, ist in diesem Zusammenhang ein zentrales regulatives Instrument. Es steht sehr in der Kritik, unter anderem von Hebammen und Ärzt:innen, die damit begründet wird, dass vor allem medizinische Interventionen gut abrechenbar seien, nicht aber die interventionsfreie Begleitung von Gebärenden (Jung 2017). Gerade wenn eine Geburt lange dauert und räumliche sowie personale Ressourcen bindet, zahlen Kliniken schnell drauf. Vor allem kleinere Institutionen und ihre Träger können bzw. wollen das nicht auf Dauer leisten. Eine Folge ist: Kreißsäle werden geschlossen. Ein Kaiserschnitt hingegen bringt dem Fallpauschalsystem nach mehr Geld ein als eine »natürliche« Geburt und ist zeitlich besser planbar, Operation und Personalbedarf sind kalkulierbar. Das sind Bedingungen, die eine Indikation zur Sectio eher nahelegen. Auch dies trägt zu den hohen Interventionsraten bei. Die Angst der Ärzt:innen und Einrichtungen vor Haftungsklagen tut ihr Übriges – darauf kommen wir gleich sicherlich noch einmal.

Die unterschiedlichen Rationalitäten beinhalten also spezifische Orientierungen, was eine »gute« Geburt auszeichnet. Mal ist sie medizinisch abgesichert oder bedürfnisorientiert begleitet, mal soll sie besonders rentabel oder rechtssicher sein. In meiner Dissertation arbeite ich dies heraus und zeige, wie Geburt als *numeropolitisch-medico-legaler Nexus* von einer Vielzahl von Akteuren* in situativen Konfigurationen unter Bezug auf diese Rationalitäten fortwährend neu hervorgebracht und herausgefordert wird. Hier manifestiert sich eine weitere Eigenschaft des Feldes, nämlich dass die Akteur*innen höchst unterschiedliche Problem- und Lösungsverständnisse entwickeln, je nachdem, worum es konkret geht und wessen Interessen sie vertreten. Die Frage nach Vorhandensein und Ausmaß eines Hebammenmangels etwa wird von den Krankenkassen ganz anders beantwortet als von den Vertreter:innen geburtshilflicher Professionen. Auch in Bezug auf Kreißsaalschließungen wird dies deutlich: Während Elternvertreter:innen die Schließung kleiner Kreißsäle im ländlichen Raum problematisieren, wird diese Entwicklung zugunsten der Entstehung großer Perinatalzentren von Akteuren* aus dem Gesundheitswesen im Namen von Qualitätssicherung aktiv befürwortet und unter anderem auf den Ärzt:innenkongressen beworben, die ich besucht habe.

Manuel Bolz: Welche rechtlichen Vorgaben und Rechtsvorstellungen strukturieren derzeit Geburt und Geburtshilfe in Deutschland? Wie wirkt sich das Recht auf den Arbeitsalltag von geburtsunterstützenden Akteur:innen aus?

Marie Fröhlich: In meinem empirischen Material spiegelt sich, dass Recht eine maßgebliche Rolle im Feld spielt. Es wird zu einer Ordnungsgröße für soziales und auch institutionelles Handeln. In meiner Analyse differenziere ich drei Arten von Recht:

Zur ersten Gruppe gehören Rechte und bindende Regelungen wie etwa die Hinzuziehungspflicht für Hebammen, der zufolge bei jeder Geburt eine Hebamme hinzugerufen werden muss (dies gilt übrigens nicht für Ärzt:innen, die nur bei sogenannten pathologischen Verläufen gerufen werden müssen).³ Dies sind Rechte, die konkret die Versorgungsansprüche und Zuständigkeiten in der Geburtshilfe regeln, zum Beispiel im Hebammengesetz oder im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Das Recht auf freie Wahl des Geburtsorts lässt sich hier hinzufügen, wenngleich sich daraus kein rechtlicher Anspruch ergibt. Dies ist ein Recht, das vielfach von Elterninitiativen eingefordert wird. Neben der Legislative spielt auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine große Rolle: Er erlässt Richtlinien unter anderem hinsichtlich von Anforderungen für die Versorgungspraxis, die rechtlich bindend sind. Sprich: Akteure* des Gesundheitswesens sind in der Pflicht, sie umzusetzen. Daher wird der G-BA oft auch als der »kleine Gesetzgeber« im Gesundheitswesen bezeichnet.

Als zweites gibt es das Schadens- und Haftungsrecht, das vor allem im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt ist. Es stellt einen wesentlichen Dreh- und Angelpunkt dar, an dem sich Politiken (*policies*), Regulierungen und das Handeln der geburtshilflichen Akteur:innen, ausrichten. Ich zeige, dass diese *governance through liability* (Baker 2010), also das Regieren durch Haftpflichtvorgaben, sich aus einem mehrstufigen Risikomanagement ergibt: Über die »natürlichen« Unwägbarkeiten der Geburt hinaus wird die geburtshilfliche Praxis als ein Risiko deklariert, denn Eingriffe bzw. Nichthandeln können potenziell zu einem »Schadensfall« führen, also gesundheitliche Folgen für die gebärende Person und das Neugeborene zeitigen, bis hin zum Tod. Daran schließt das Meta-Risiko der Haftungsklage an, bei dem es wiederum um eine potenzielle Verurteilung zu hohen Geldsummen geht, um unter anderem medizinische Kosten für entstandene »Schäden« zu begleichen. All dies soll abgesichert

3 Nach § 4 Hebammengesetz.

werden, was unter anderem durch sehr kleinteilige Praktiken der Risikoallokation und Qualitätssicherung umgesetzt werden soll. Diese wiederum stecken den Handlungsrahmen für geburtshilfliche Akteur:innen eng ab. Andererseits führt dies auch zu sehr hohen Haftpflichtversicherungsprämien, die für Krankenhäuser und freiberufliche Hebammen zum Problem werden können.

In diesem Bereich kann ich eine fortschreitende Juridifizierung, also Verrechtlichung, von Geburt und Geburtshilfe, feststellen. Der Eindruck, »immer mit einem Fuß im Knast zu stehen«, wie es im Feld oftmals heißt, führt dazu, dass immer mehr Bereiche der Geburt juristisch abgesichert bzw. versichertheilicht werden sollen. Das betrifft etwa die Aufklärung und informierte Einwilligung vor geburtshilflichen Interventionen, eine spezifische Form implementierter Rechtspraxis (vgl. das Interview mit Beate Binder et al. in diesem Band) in geburtshilflichen Kontexten. In diese Mobilisierung von Recht (vgl. Binder 2018) schreibt sich ein spezifisches Versprechen (vgl. Engel/Munger 2003; Merry 2006) ein, bestehende Probleme oder Unsicherheiten zu lösen. So wurde während meiner Feldforschung virulent diskutiert, ob nicht auch vor den Risiken einer interventionsfreien Geburt aufgeklärt werden müsste, um auch im Fall etwaiger Geburtsverletzungen rechtlich abgesichert zu sein. Gleichzeitig habe ich Prozesse, Praktiken und Politiken einer *reflexiven Juridifizierung* (Klausner 2021, siehe auch Binder 2018) sehen können, etwa wenn Elternnetzwerke, gemeinsam mit erfahrenen Anwält:innen Strategien entwickeln, wie sich auch geburtshilfliche Gewalt schadensrechtlich verfolgen lässt.

Diese Strategien lassen sich auch hinsichtlich der dritten Art von Rechten beobachten, die im Feld in Stellung gebracht werden, nämlich der Menschenrechte: Zum Beispiel gibt es eine Policy der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die *obstetric violence*, also Gewalt in der Geburtshilfe, als Verstoß gegen Menschenrechte ausweist (WHO 2014). Auch die CEDAW-Charta (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women), also die Frauenrechtskonvention der Vereinten Nationen, versteht Gesundheitsversorgung unter der Geburt als geschlechtsspezifisches Menschenrecht. Ich habe zivilgesellschaftliche Akteure* und Bündnisse im Feld begleitet, die versuchen über die Anrufung solcher internationalen Abkommen einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik rund um Geburt zu bewirken. Dies ist ein Trend, den wir in den vergangenen 10 bis 15 Jahren auch international beobachten können.

Manuel Bolz: Welche Rolle spielen vergeschlechtlichte juristische Konzepte, wie Elternschaft oder Kindeswohl, in den gesundheits- und körperpolitischen Debatten?

Marie Fröhlich: Das sogenannte Kindeswohl ist tatsächlich ein wiederkehrendes und gewichtiges Argument und Deutungsmuster. Zum Beispiel heißt es unter Ärzt:innen(-verbänden) oft, man habe es mit zwei Patient:innen zu tun: der gebärenden Person und dem Ungeborenen. Obwohl das Kind erst mit »Vollendung der Geburt«⁴ den Status als Rechtssubjekt (vgl. Lange/Liebig 2021) erlangt, wird die moralische und rechtliche Ordnungsgröße des Kindeswohl bereits pränatal in Wirkung gebracht. Dies hängt eng mit der in reproduktiven Feldern dominanten Orientierung am sogenannten »Schutz des ungeborenen Lebens« zusammen, die wir vom Schwangerschaftsabbruch kennen, und mit der stetigen Vorverlagerung der Grenze zur Überlebensfähigkeit von Frühgeborenen.

Ein Beispiel: Auf einer Hebammentagung referierte eine Juristin zur rechtlichen »Grauzone« Zwangssectio, also einem Kaiserschnitt ohne Einwilligung der gebärenden Person. Faktisch ist das eigentlich ein klarer Fall von justizabler Körperverletzung. Praktisch gestaltet sich dieser Aspekt komplizierter. Geschildert wurde das Szenario einer Geburt, in der die fetalen Herztöne über längere Zeit in einem als pathologisch bewerteten Bereich lagen. Aus Sorge vor gesundheitlichen Schäden des Ungeborenen rieten die Ärzt:innen zum eiligen Notkaiserschnitt. Doch die Gebärende lehnte dies ab und blieb bei ihrer Entscheidung für eine vaginale Geburt. Das geburtshilfliche Personal sah sich hier in einem ethischen Dilemma: Sollten sie den Wunsch der Frau achten oder im Sinne des Fötus handeln, der sich ihrer Sicht nach in einem lebensbedrohlichen Zustand befand? Die Juristin empfahl für solche Dilemmata das telefonische Einholen einer einstweiligen richterlichen Verfügung und eine umgehende Sectio: »Kein Gericht wird sie dafür später verurteilen.« Für Ärzt:innen und Hebammen sei also mit einer Klage zu rechnen, jedoch nicht mit anschließenden rechtlichen Konsequenzen. Potenziell können diese sich in der Folge der Verweigerung eines indizierten Kaiserschnittes allerdings aufgrund der definierten *Kindeswohlgefährdung* für die gebärende Person ergeben, etwa für ihre Sorgereberechtigung.

4 § 1 Bürgerliches Gesetzbuch.

Manuel Bolz: Welche Vorstellungen von Familie und Verwandtschaft artikulieren sich in deinem Forschungsfeld?

Marie Fröhlich: Geschlechtertheoretisch betrachtet fällt auf, dass das Feld sehr stark heteronormiert ist: Es gibt *die Mama, den Papa* und das Kind. Demgegenüber stehen als Geburtshelfer:innen zunächst die Hebammen, zu über 99 Prozent weiblich sozialisierte Personen. Hinsichtlich der Ärzt:innenschaft wird es ein bisschen komplexer. Auf Ebene der Berufseinsteigenden sind eindeutig Ärztinnen* in der Überzahl. Aufgrund der strukturellen Benachteiligung von Frauen* in Erwerbsarbeitskontexten, gelangen diese jedoch nur in wenigen Fällen auf die Chefärzt:innenebene bzw. auf entsprechende Professuren. Die Entscheidungsmacht liegt also in vielen Fällen bei den fast schon sprichwörtlichen »alten weißen Männern«. Betroffen sind dann hingegen in erster Linie junge Frauen*, sei es als Gebärende oder als geburtshilfliches Personal.

Wenn wir genauer auf die Gebärenden schauen, werden an diese noch immer die Maßstäbe »guter Mutterschaft« angelegt, die wir unter dem Stichwort Muttermythos kennen (Malich 2013; Malich/Weise 2022): Eine gute Mutter stellt ihre Bedürfnisse aus Liebe hintan, erduldet Härten klaglos und findet in der Sorge um ihr Kind eine Art Selbsterfüllung. Deutlich wird dies etwa in Aussprüchen Außenstehender wie: »Hauptsache, das Kind ist gesund« oder: »Sie wollten doch das Kind (also beklagen Sie sich nicht).« Solche Auffassungen spiegeln sich auch in dem oben angeführten Beispiel für eine Zwangssectio. Sie sprechen Gebärenden die Legitimität eigener körperlicher und psychischer Erfahrungen ab, und depolitisieren strukturelle Verhältnisse, indem sie sie als ausschließlich individuell zu bewältigende Erlebnisse umdeuten.

Queere Eltern und Partner:innenschaften kommen in meinem Feld kaum vor, das heißt: als Phänomen durchaus und immer öfter (vgl. Dionisius 2020; Kalender 2021), doch auf Ebene politischer und regulativer Aushandlungen sowie in versorgungspraktischen Ansätzen schlägt sich dies kaum nieder. In behördlichen Formularen werden Co-Mütter als »Vater« eingetragen. Es fehlt eine Sensibilität in der Ansprache und der Versorgung trans*, nicht-binärer oder queerer Gebärender, um Diskriminierungen und Stigmatisierungen abzubauen. Und Familien mit mehr als zwei sozialen Elternpositionen werden erst recht nicht mitgedacht.

Manuel Bolz: Spielen rechtspopulistische Mobilisierungen und Inbesitznahmen von Themen wie Familie und Vorstellungen von »richtigen Geburten« eine dominante Rolle in deinem Forschungsfeld?

Marie Fröhlich: Dominant: Nein, zumindest im Fall der Geburtshilfe noch nicht. Sie spielen jedoch durchaus eine Rolle, denn rechte Politiken fußen maßgeblich auf der Regulierung von Reproduktion. Daher ist es wichtig, Geburt nicht isoliert zu betrachten, sondern als Teil eines breiteren Spektrums an *Politiken der Reproduktion* (Fröhlich/Wolf/Schütz 2022), also reproduktiver Felder in ihren sozialen, ökonomischen, historischen und politischen Kontexten. Wir sehen aktuell einen gesellschaftlichen wie politischen Rückbau reproduktiver Rechte beispielsweise im Fall von Schwangerschaftsabbrüchen. Andere Beispiele, wie Verhütung, Reproduktionstechnologien, die Frage von Eltern-Kind-Zuordnungen (vgl. Simetzberger in diesem Band) und weitere familienrechtliche Belange, sind ebenso wichtige Felder, die, intersektional betrachtet, schon heute von zahlreichen rassistischen, klassistischen, gender-relevanten und weiteren Ausschlussachsen durchzogen sind (Bauer/Fröhlich 2024). Wer Kinder bekommen kann bzw. soll und unter welchen Bedingungen diese Kinder dann aufwachsen, ist von großem national-staatlichen und biopolitischem Interesse. Das Konzept der *Reproduktiven Gerechtigkeit* lenkt unseren Blick auf Ermöglichungs- und Verhinderungsräume reproduktiver Projekte und fordert auf, hier auch nach historischen Kontinuitäten zu fragen (Ross/Solinger 2017; Kyere 2021; Schultz 2021).

Angesichts einer ideologischen Vereinnahmung des Themas Geburt von rechts und im Umgang mit rechts(-populistischen) Argumentationslinien muss an die Regulierung von Geburten im NS-Staat erinnert werden (Lisner 2006): Auch wenn es bereits in den 1920er und frühen 1930er Jahren durchaus einen Trend zur Hospitalisierung gab, also die Zahl klinischer und medikalisierten Geburten zunahm, wurden Geburt und Mutterschaft durch die NS-Ideologie wieder zu »natürlichen« Phänomenen erklärt und im häuslichen Kontext verortet. Aus dieser Zeit stammt auch die sogenannte Hinzuziehungspflicht, der zufolge bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein muss. Das hatte in dem historischen Kontext politische Gründe, denn die Hebammen sollten den NS-Behörden die Geburt von Kindern melden, die nicht den völkischen Idealen entsprachen.

Wie eng die Kopplung von rechtem Gedankengut und der Vorstellung von der Geburt als etwas »Natürlichem« heute noch ist, zeigt beispielhaft die Vereinnahmung des Phänomens der *Alleingeburten*. Dabei handelt es sich um Geburten, die dem Wunsch der Gebärenden nach geplant außerklinisch und ohne Hebamme stattfinden. Dass es sehr riskant sein kann, wenn Geburten ohne fachkundige Begleitung stattfinden, ist Konsens unter Hebammen und Ärzt:innen. Eine insbesondere durch soziale Medien wachsende Community

sieht das anders. Hier werden Erfahrungen, Tipps, aber auch Videos von Alleingeburten geteilt. Viele der hier zirkulierenden Inhalte sind mit spirituellen Vorstellungen von Natürlichkeit und Ursprünglichkeit verknüpft. Zugleich gibt es hier ideologische Brücken in rechte Kreise, die Alleingeburten propagieren. Auch hier zählen Orientierungen wie Natürlichkeit, das fehlende Vertrauen in medizinische Infrastrukturen sowie deren Ablehnung. Alleingeburten scheinen mitunter mit dem Vorhaben verbunden zu sein, ein Kind gänzlich aus staatlichen Strukturen herauszuhalten: Bei einer Alleingeburt gibt keine Hebamme oder Klinik Daten an das Standesamt weiter, sodass ohne eigenes Zutun keine Geburtsurkunde ausgestellt wird. Anhand solcher Phänomene wird aufs Neue deutlich, dass die Umstände von Geburt immer auch mit Fragen des staatlichen Zugriffs auf die private Sphäre verbunden sind.

Was Geburt im Allgemeinen betrifft, ist meine These, dass auch die immer weiter nach rechts rückende »politische Mitte«, der gegenwärtige antifeministische Backlash und die fehlende Priorisierung reproduktionsrelevanter Gesundheitsversorgung ihre Effekte mittelbar auch in den Gesundheitspolitiken rund um Geburt zeitigen werden. Zum Beispiel in der politischen Wahrnehmungen davon, wie dringlich Handlungsbedarf besteht oder welche Versorgungssituationen als zumutbar normalisiert werden.

Manuel Bolz: Du hast Ausschlussachsen angesprochen. Welche Akteur:innen werden deiner Forschung zufolge ausgeschlossen, wenn es um Geburt geht? Welche Positionen werden also weniger berücksichtigt?

Marie Fröhlich: Das Thema queere Elternschaft kam ja bereits zur Sprache. Es gibt viele weitere Beispiele. Angefangen etwa bei allen Menschen, die sich in deutscher Sprache nicht gut verständigen können, zumal nicht in einer körperlich-emotionalen Ausnahmesituation, als die auch Schwangerschaft und Geburt gelten. In Kliniken gibt es keine Dolmetscher:innen. Wenn also eine gebärende Person und ihre Begleitung Sprachen sprechen, die die diensthabenden Ärzt:innen und Hebammen nicht beherrschen, kann zwar versucht werden, auf anderen Stationen, in der Pflege oder unter anderen Mitarbeitenden wie den Reinigungskräften eine – mutmaßlich völlig ungeschulte – Person zu finden, die übersetzen kann. Oder es kommen digitale Übersetzungstools zum Einsatz, die jedoch nur eine rudimentäre Kommunikation sichern. Wesentliche Details bleiben dennoch unvermittelbar, was beiderseits zu Unsicherhei-

ten führt, wie ich während meiner Feldforschung im Kreißsaal mehrfach beobachten konnte.

Dann greifen auch in der Geburtshilfe normative, rassistische und andere stereotypisierende Vorannahmen von gebärenden Körpern, Emotionen und Affekten wie Schmerz. Ein Beispiel ist die abwertende Bezeichnung »Morbus Bosporus« (Kim 2024), mit der Personen, die in irgendeiner Weise als »südländisch« gelesen werden, zugeschrieben wird, Schmerzen unverhältnismäßig »dramatisch« zu äußern. Hinsichtlich Schwarzer Gebärender kursieren noch immer Annahmen, dass sie weniger schmerzempfindlich seien als weiße Gebärende. Personen, die als »asiatisch« gelesen werden, könnten sich unter der Geburt nicht »gehen lassen« und so weiter (vgl. Winkler/Babac 2022; Kyere 2024). Eine andere Gruppe von Personen, die oft mit deutlich weniger Empathie behandelt werden, sind adipöse Gebärende, denen aufgrund ihrer Körperlichkeit Verantwortungslosigkeit und mangelnde Disziplin unterstellt wird, mal unterschwellig, mal ganz offen. Die Mobilisierung abwertender Stereotype und persönlicher Zuschreibungen wirkt sich auf die Behandlungsqualität aus, sowohl im zwischenmenschlichen Kontakt als auch hinsichtlich Art, Ausmaß und Zeitpunkt medizinischer Eingriffe oder Schmerzlinderung. Erst in jüngster Zeit werden Initiativen beispielsweise von Hebammennetzwerken sichtbar, im Rahmen von Fortbildungen oder in der Lehre für Diversität und Diskriminierung zu sensibilisieren.

Das sind nur einige der Ausschlüsse, die ich in der Praxis beobachten und identifizieren konnte. Und diese setzen sich in der Regulierung fort, denn Ausschlüsse werden dort kaum reflektiert. Eine der Paradoxien, die ich in meiner Arbeit herausarbeite, ist, wie diesbezüglich in der Regulierung von Geburt offenbar doppelte Standards greifen: Einerseits wird im Namen von Sicherheit und medizinischer wie rechtlicher Risikominimierung eine enorme Wissensproduktion betrieben, und werden ausdifferenzierte Vorgaben für allerlei Aspekte entwickelt. Andererseits bleibt beispielsweise unberücksichtigt, wie – an denselben Maßstäben gemessen – die fehlende sprachliche Kommunikation zum wesentlichen Risikofaktor wird. An all diesen kleinen Momenten und Mikropraktiken wird deutlich, wessen Wohlergehen, wessen reproduktive Projekte eigentlich befördert und welche vernachlässigt werden.

Manuel Bolz: Was genau hat es mit der von dir erwähnten Wissensproduktion auf sich? Welche Rolle spielt sie in deinem Feld, sowohl in Politiken als auch in der Geburtshilfe?

Marie Fröhlich: Gesundheits- und Körperpolitiken rund um Geburt sind *wisensbasierte* Politiken – auf allen Ebenen. Das zeigt sich empirisch zum Beispiel, wenn ein Landesministerium prüfen möchte, ob im Bundesland ein Hebammenmangel besteht und einen eigenen Handlungsbedarf vom Vorliegen entsprechender Daten abhängig macht, die es in dem von mir betrachteten Fall übrigens nicht gibt. Oder wenn studienbasierte Maßgaben eine Umstrukturierung der Kreißsaalinfrastruktur befördern. Ein Schlüsselbeispiel meiner Dissertation ist die Entwicklung medizin- und hebammenwissenschaftlicher Leitlinien. Diese sind, vereinfacht gesagt, studienbasierte Handlungsempfehlungen, die nach bestimmten methodischen Protokollen der evidenzbasierten Medizin (EbM) (vgl. Raspe 2011, 2018; Stevens 2018) erstellt werden. Ab 2015 wurden zwei Leitlinien entwickelt, um die Geburtshilfe zu standardisieren (vgl. Welz 2014; Timmermans 2005). Ich habe mich diesen Projekten vor allem in Momenten ihrer (berufs-)politischen Aushandlungen angenähert, zum Beispiel auf Fachkongressen.

Leitlinien werden im Feld als »Goldstandard des Wissens« mit Objektivitäts- und Faktizitätsansprüchen verbunden. In meinem Material zeigt sich, wie die Herstellung von Evidenz ein Ergebnis zahlreicher *qualitativer* »categorical judgements« (Martin/Lynch 2005) ist, also von Normierungs-, Priorisierungs-, Bewertungs- und Entscheidungsprozessen. Ich analysiere die Leitlinien als Politiken, also als durchzogen von politischen Projekten, Intentionen und Effekten, deren Legitimation und Autorität gerade auf ihrer vermeintlichen objektiven Güte beruht. Zum Beispiel intendieren Ärzt:innen- und Hebammenverbände mit den Leitlinien nicht nur eine Standardisierung der Geburtshilfe selbst, sondern sie streben die umfassende politisch-administrative Rekonfiguration der Regulierung von Geburten entlang der Vorzeichen von evidenzbasierter Medizin an. Dabei dienen die Leitlinien auch als Autorisierungsform und Instrument der Professionalisierung in inner- und interprofessionellen Aushandlungen.

Auch beteiligte Elterninitiativen eignen sich die Leitlinienprojekte an. Ihnen gelingt es, ihre politischen Forderungen in Logiken der ebM zu übersetzen und einzubringen. Ich verstehe diese Dynamiken als *evidenzbasiert-reflexive Re-Medikalisierung* (Knecht/Hess 2008). Gleichzeitig können Leitlinien wiederum auch rechtliche Wirkung entfalten: Denn in einem »Schadensfall« orientieren sich Gerichte in ihrer Urteilsfindung immer auch am Status Quo »guter Praxis«, ein Anspruch, der ja auch an Leitlinien geknüpft ist. Dies fand in der Leitlinienentwicklung Berücksichtigung. Zugleich handelt es sich um *Prozesse reflexiver Juridifizierung* (Klausner 2021).

Ich konturiere außerdem Leerstellen, die aus den Biases der Kommissionmitglieder entstanden sein dürften und die deutlich werden, wenn man die Leitlinien aus Perspektive reproduktiver Gerechtigkeit gegenliest. Das verdeutlicht abermals, dass diese als stabil und objektiv imaginierten Wissensprojekte durch gesellschaftspolitische Macht- und Repräsentationsverhältnisse und sozio-politischen Positioniertheiten durchdrungen sind – und diese ihrerseits reproduzieren.

Manuel Bolz: Abschließend noch eine Frage: Welche politischen Diskurse um das Thema Geburt sind aktuell besonders präsent?

Marie Fröhlich: Nach wie vor spielt die Versorgungslage eine wichtige Rolle in den Debatten. Aktuell steht dabei die Vergütungssituation für freiberuflich geburtshilflich tätige Hebammen im Fokus, denn durch eine Änderung in den Rahmenverträgen zwischen Krankenkassen- und Hebammenverbänden ist zu befürchten, dass Hebammen durch diese Änderungen massiv an Einkommen einbüßen werden. Es bleibt abzuwarten, was das für die personelle Situation in den Kreißsälen bedeuten wird.

Ein großes Thema, auch international, ist das der bereits angesprochenen *obstetric violence*, also der geschlechtsspezifischen Gewalt in geburtshilflichen Einrichtungen, die auch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Frauenrechtscharta der UN zufolge als *gender based violence* bewertet und kritisiert wird. Unter anderem über die Anrufung dieser menschenrechtlichen Normen versuchen mehrere Bündnisse seit einigen Jahren ein Umdenken in der Gesundheitspolitik zu bewirken. Sie fordern einen »Kulturwandel«, einen »Paradigmenwechsel« im Verständnis Geburt. Tatsächlich kann ich über die vergangenen Jahre meiner Beschäftigung mit diesem Politikfeld Diskursverschiebungen, also einen deutlichen Wandel in Rhetorik und Ausrichtung entsprechender Politiken, feststellen. Zugleich ist Geburt im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Bundesregierung 2025 wieder zum randständigen Thema geworden, nachdem im Koalitionsvertrag der vorherigen Ampel-Koalition (SPD, FDP und Bündnis 90/DIE GRÜNEN) noch ein Aktionsplan zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels »Gesundheit rund um die Geburt« festgehalten worden war (Koalitionsvertrag 2021: 67). Dieser Aktionsplan wurde kurz vor Ende der Legislaturperiode sogar noch ins Leben gerufen, hier bleibt abzuwarten, ob und wie er auch fortgeführt wird. Ungebrochen bleibt die Aktualität, die Wissen in der Praxis wie auch in regulativen und politischen Ver- und Aushandlungen zukommt.

Was mir jetzt, eine Weile nach meiner aktiven Zeit im Feld, immer wieder auffällt, ist, dass es gar nicht so leicht ist, von »außen« nachzuvollziehen, was genau passiert. Denn die wenigsten politisch-administrativen Projekte werden durch Pressemitteilungen angekündigt oder über andere Medienkanäle bekannt gegeben, und es reicht auch nicht, bei zwei, drei Personen nachzufragen, um zu erfahren, was gerade so los ist. Das bringt mich also zum Abschluss unseres Austauschs nochmal zu einem Plädoyer für meinen methodologisch-methodischen Zuschnitt der ethnografischen Reproduktionsregimeanalyse. Denn durch diese bin ich ja gleichzeitig in sehr unterschiedliche Bereiche und Skalierungen des Felds gegangen und konnte eine große Bandbreite von Akteuren*, Praktiken, Diskursen, Technologien usw. kartieren und punktuell in die Tiefe gehen. In der Zusammenschau all dieser Daten konnte ich ein tiefgreifendes Verständnis der emergenten Dynamiken meines Feldes zur Zeit meiner Forschung gewinnen. Mit etwas zeitlichem Abstand kann ich nun in der Rückschau aufzeigen, welche Verschiebungen, Transformationen und Effekte diese im Heute zeitigen. Das betrifft neben den gerade genannten Aspekten beispielsweise die Professionalisierung von Hebammen, die infolge der Akademisierung des Berufs als wissenschaftlich relevante Instanz an Einfluss gewonnen haben und Politiken dadurch anders prägen konnten.

Vor allem ist es unerlässlich, ein Feld wie die Körper- und Gesundheitspolitiken rund um Geburt als Teil eines größeren Spektrums an gesellschaftlich hergestellten und vermachteten Politiken der Reproduktion zu verstehen und auch in der Zusammenschau danach zu fragen, wie sich aktuelle Transformationen auf Fragen rund um Geschlecht und Rechte auswirken und welche politischen Kämpfe gekämpft werden müssen.

Foren für einen solidarischen und intersektional-feministischen Austausch sind beispielsweise das Forscher:innennetzwerk *Prina. Politiken der Reproduktion*. Das Göttinger *Labor Politiken der Reproduktion* ist auch ein solcher Ort. Mit Kolleg:innen an der Universität und städtischen zivilgesellschaftlichen Akteuren habe ich es ins Leben gerufen, um an der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis in Austausch zu kommen und sowohl politisch wie auch praktisch intervenieren zu können: generiertes Wissen aufzubereiten und zugänglich zu machen, Leerstellen zu zeigen, die Praxis zu verändern. Solche Netzwerke werden im Zuge der gesellschaftspolitischen Transformationen in reproduktionsrelevanten Themenfeldern absehbar noch wichtiger werden, ebenso wie im Kontext gegenwärtiger Fachdebatten in der Kultur-anthropologie, die mehr engagiert-aktivistische und solidarische Praktiken (*Public Anthropology*) des Intervenierens, Eingreifens und Veränderns fordern.

Literatur

- Adam, Jens/Vonderau, Asta (Hg.) (2014): Formationen des Politischen. Anthropologie politischer Felder, Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839422632>
- Baker, Tom (2010): »Insurance in Socio-legal Research«, in: Annual Review of Law and Social Science 6, S. 433–447. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1604101>
- Barry, Andrew (2006): »Technological Zones«, in: European Journal of Social Theory 9, S. 239–253. <https://doi.org/10.1177/1368431006063343>
- Bauer, Sophie/Fröhlich, Marie (2024): Reproduktion neu denken. Zur Demokratisierung reproduktiver Selbstbestimmung. Policy Paper der Reihe »Körper – Kinder – Kassensturz – Handlungsempfehlungen für die künftige Regierung«, Berlin: Gunda Werner Institut der Heinrich Böll Stiftung und PRiNa – Politiken der Reproduktion, interdisziplinäre Nachwuchsforscher*innennetzwerk. <https://www.gwi-boell.de/sites/default/files/2024-12/e-paper-reproduktion-neu-denken.pdf> [Zugriff: 12.12.2025].
- Beck, Stefan (2007): »Globalisierte Reproduktionsregimes. Anmerkungen zur Emergenz biopolitischer Handlungsräume«, in: Berliner Blätter 42, S. 12–31.
- Binder, Beate (2014): »Troubling Policies. Gender- und Queertheoretische Interventionen in die Anthropology of Policy«, in: Jens Adam/Asta Vonderau (Hg.), Formationen des Politischen. Anthropologie politischer Felder, Bielefeld: transcript, S. 363–386. <https://doi.org/10.1515/transcript.9783839422632.363>
- Binder, Beate (2018): »Rechtsmobilisierung. Zur Produktivität der Rechtsanthropologie für eine Kulturanthropologie des Politischen«, in: Johanna Rolshoven/Ingo Schneider (Hg.), Dimensionen des Politischen: Ansprüche und Herausforderungen der Empirischen Kulturwissenschaft, Berlin: Neofelis, S. 51–62.
- Binder, Beate/Kretschel-Kratz, Michelle/Mazukatow, Alik (2025): »Gemeinwohl mobilisieren. Verhandlungen um die infrastrukturelle Neuordnung von Geburtshilfe und städtischer Mobilität«. in: Forschungsgruppe Recht – Geschlecht – Kollektivität (Hg.), Recht umkämpft. Feministische Perspektiven auf ein neues Gemeinsames, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 44–71. <https://doi.org/10.2307/jj.27775874.6>

- Browner, Carole/Sargent, Carolyn (Hg.) (2011): *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, Durham: Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11smhz8>
- Bstieler, Michaela/Schmidt, Stephanie/Angeli, Camilla (2024): »Verletzbarkeit und Institutionen: eine Einleitung«. in: Camilla Angeli/Michaela Bstieler/Stephanie Schmidt (Hg.), *Schauplätze der Verletzbarkeit. Kritische Perspektiven aus den Geistes- und Sozialwissenschaften*, Berlin: De Gruyter, S. 1–23. <https://doi.org/10.1515/9783110988819-001>
- Callon, Michel/Law, John (2005): »On Qualculation, Agency, and Otherness«, in: *Environment and Planning D: Society and Space* 23, S. 717–733. <https://doi.org/10.1068/d343t>
- Chadwick, Rachele (2018): *Bodies that birth*, Abingdon/New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315648910>
- Collier, Stephen/Lakoff, Andrew (2005): »On Regimes of Living«. in: Aihwa Ong/Stephen Collier (Hg.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, London: Blackwell, S. 22–39. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch2>
- Dionisius, Sarah (2020): »Zwischen trans* Empowerment und Cisnormativität: leibliches Elternwerden in Grenzbereichen«, in: Almut Peukert/Julia Teschlade/Christine Wimbauer/Mona Motakef/Elisabeth Holzleithner (Hg.), *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit*, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 78–91. <https://doi.org/10.2307/j.ctv15r56vn.7>
- Engel, David M./Munger, Frank W. (2003): *Rights of Inclusion. Law and Identity in the Life Stories of Americans with Disabilities*, Chicago: Chicago University Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226208343.001.0001>
- Fröhlich, Marie/Schütz, Ronja/Wolf, Katharina (Hg.) (2022): *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*, Bielefeld: transcript. <https://doi.org/10.1515/9783839452721>
- Ginsburg, Faye/Rapp, Rayna (1991): »The politics of reproduction«, in: *Annual Review of Anthropology* 20, S. 311–343. <http://www.jstor.org/stable/2155804>
- Ginsburg, Faye/Rapp, Rayna (1995): *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Berkeley: University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520915442>
- Gutekunst, Miriam/Schwertl, Maria (2018): »Politiken ethnographieren. Die ethnographische Regimeanalyse als situierter Forschungsmodus entlang

- von Aushandlungen, Kämpfen und Situationen«. in: Johanna Rolshoven/Ingo Schneider (Hg.), Dimensionen des Politischen. Ansprüche und Herausforderungen der Empirischen Kulturwissenschaft, Berlin: Neofelis, S. 83–107.
- Han, Sallie/Tomori, Cecília (Hg.) (2022): *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, Abingdon/New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003216452>
- Hess, Sabine/Schwertl, Maria (2013): »Vom ›Feld‹ zur ›Assemblage‹? Perspektiven europäisch-ethnologischer Methodenentwicklung – eine Hinleitung«. in: Sabine Hess/Johannes Moser/Maria Schwertl (Hg.), *Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte*, Berlin: Reimer, S. 13–38.
- Jung, Tina (2017): »Die ›gute Geburt‹ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems«, in: *GENDER. Journal for Gender, Culture and Society* 9, S. 30–45. <https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03>
- Kalender, Ute (2021): »Technopionier_innen, Rohstoffarbeiter_innen oder neue Eugeniker_innen? Queere Perspektiven auf Reproduktionstechnologien«, in: Gülden Ediger/Anthea Kyere/Ute Kalender/Valle Mazzaferro (Hg.), *Reproduktionstechnologien. Queere Perspektiven und reproduktive Gerechtigkeit*, Göttingen: Wallstein, S. 33–50. <https://doi.org/10.5771/9783835347199-33>
- Kim, Tae Jun (2024): »Rassismus in der Gesundheitsversorgung: Ergebnisse des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors«, in: Heike Winzenried/Lilian Abike Ayoola (Hg.), *Migrationsgesellschaftliche Öffnung im Kontext von Gesundheit und Behinderung. Herausforderungen und Perspektiven*, Siegen: Universitätsverlag, S. 21–29.
- Klausner, Martina (2021): »Das Format ›Beteiligung‹ als Arbeit am Verhältnis von Recht und Politik«, in: *Hamburger Journal für Kulturanthropologie* 13, S. 635–642.
- Knecht, Michi/Hess, Sabine (2008): »Reflexive Medikalisierung im Feld moderner Reproduktionsmedizin: Zum aktiven Einsatz von Wissensressourcen in gendertheoretischer Perspektive«, in: Susanne Blumesberger/Michaela Haibl/Nikola Langreiter/Klara Löffler/Elisabeth Timm (Hg.), *Wissen und Geschlecht*, Institut für Europäische Ethnologie Wien: Universitätsverlag Wien, S. 169–194.

- Kyere Anthea (2021): »Kämpfe verbinden. Reproductive Justice auf deutsche Verhältnisse übertragen«, in: Kitchen Politics (Hg.), Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit, Münster: edition assemblage, S. 61–72.
- Kyere, Anthea (2024): »Rassismus. Strukturell, institutionell, alltäglich«, in: Deutsche Hebammen Zeitschrift 76, S. 14–20.
- Lange, Jan/Liebig, Manuel (2021): »Rechtssubjekt werden: Zur Aneignung des Rechts aus der Perspektive der Migration«, in: Dagmar Hänel/Ove Sutter/Ruth D. Eggel/Fabio Freiberg/Andrea Graf/Victoria Huszka/Kerstin Wolff (Hg.): Planen. Hoffen. Fürchten. Zur Gegenwart der Zukunft im Alltag, Münster: Waxmann, S. 139–154.
- Latour, Bruno (2008): Wir sind nie modern gewesen: Versuch einer symmetrischen Anthropologie, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lisner, Wiebke (2006): Hüterinnen der Nation. Hebammen im Nationalsozialismus, Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Malich, Lisa/Weise, Susanne (2022): »Historische Mutterschaftsdiskurse«, in: Lisa Y. Haller/Alicia Schlender (Hg.), Handbuch Feministische Elternschaft, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 39–57. <https://doi.org/10.2307/j.ctv25c4z9b.5>
- Martin, Aryn/Lynch, Michael (2009): »Counting Things and People: The Practices and Politics of Counting«, in: Social Problems 56, S. 243–266. <https://doi.org/10.1525/sp.2009.56.2.243>
- Merry, Sally E. (2005): Human Rights and Gender Violence. Translating International Law into Local Justice, Chicago: University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226520759.001.0001>
- Morgan, Lynn/Roberts, Elizabeth (2012): »Reproductive governance in Latin America«, in: Anthropology & Medicine 19, S. 241–254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Ong, Aihwa/Collier, Stephen (Hg.) (2005): Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems, Oxford: Blackwell.
- Raspe, Heiner (2011): »Konzept und Methoden der Evidenz-basierten Medizin. Besonderheiten, Stärken, Grenzen, Schwächen und Kritik«. in: Annemarie Gethmann-Siefert/Felix Thiele (Hg.), Ökonomie und Medizinethik, München/Paderborn: Fink, S. 207–253. <https://doi.org/10.25162/medhist-2018-0004>
- Raspe, Heiner (2018): »Eine kurze Geschichte der Evidenz-basierten Medizin in Deutschland«, in: Medizinhistorisches Journal 53, S. 71–82. <https://www.jstor.org/stable/44985833>

- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina (2011): »Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biographischem Event und kritischem Ereignis«. in: Paula-Irene Villa/Stephan Moebius/Barbara Thiessen (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 75–100.
- Ross, Loretta/Solinger, Rickie (2017): *Reproductive justice: An introduction*, Berkeley: University of California Press.
- Schultz, Susanne (2022): »Reproduktive Gerechtigkeit«, in: Lisa Y. Haller/Alicia Schlender (Hg.), *Handbuch Feministische Perspektiven*, Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 363–374. <https://doi.org/10.2307/j.ctv25c4z9b.31>
- Shore, Cris/Wright, Susan (2011): »Introduction. Conceptualizing Policy. Technologies of Governance and the Politics of Visibility«, in: Cris Shore/Susan Wright/Davide Però (Hg.), *Policy Worlds. Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*, New York: Berghahn, S. 1–26.
- Shore, Cris/Wright, Susan (2015): »Audit Culture Revisited. Rankings, Ratings, and the Reassembling of Society«, in: *Current Anthropology* 56, S. 421–431. <https://doi.org/10.1086/681534>
- Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD)/Bündnis 90/Die Grünen/Freie Demokraten (FDP) (2021): *Koalitionsvertrag Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP)*. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [Zugriff: 12.12.2025].
- Stevens, Hallam (2018): »Evidence-based medicine from a social science perspective«, in: *Australian Journal of General Practice* 47. <https://doi.org/10.31128/AJGP-03-18-4528>
- Strathern, Marilyn (2000): *Audit Cultures: Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy*, Abingdon/New York: Routledge.
- Timmermans, Stefan (2005): »From Autonomy to Accountability. The role of clinical practice guidelines to professional power«, in: *Perspectives in Biology and Medicine* 48, S. 490–501. <https://doi.org/10.1353/pbm.2005.0096>
- Tsianos, Vassilis/Hess, Sabine (2010): »Ethnographische Grenzregimeanalyse. Eine Methodologie der Autonomie der Migration«, in: Sabine Hess/Bernd Kasperek (Hg.), *Grenzregime. Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa*, Berlin: Assoziation A, S. 243–264.

- Welz, Gisela (2021): »Assemblage«, in: Peter Hinrichs/Martina Röthl/Manfred Seifert (Hg.): Theoretische Perspektiven. Perspektiven der Europäischen Ethnologie, Berlin: Reimer, S. 161–176. <https://doi.org/10.5771/9783496030560-161>
- Winkler, Christiane/Babac, Emine (2022): »Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft«, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 47, S. 31–58. <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00472-5>