

Risikonarrative in der Geburtshilfe: Datenüberwachung, Intuition und die normative Figur der „guten Geburt“

Clara Jacobi, Ute Lange, Melita Grieshop

Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert Geburtshilfe als ein Feld intensiver Datenüberwachung und körperbezogener Surveillance. Diese gelten als Best Practice zur Sicherung einer Geburt, die als normatives Leitbild als „gute Geburt“ bezeichnet wird. Sie formen spezifische Risikonarrative, in denen Risiko primär als statistisch messbare Abweichung vom Normalverlauf erscheint. Intuition als epistemische Gegenfigur verweist auf Risiken, welche durch Datenüberwachung erzeugt oder unsichtbar gemacht werden. Auf Grundlage einer qualitativen Analyse eines wissenschaftlichen Diskurses untersucht der Beitrag, wie sich unter den drei zentralen Dynamiken der Medikalisierung, Selbstoptimierung und Feminisierung in der Geburtshilfe unterschiedliche Risikonarrative herausbilden und miteinander konkurrieren, indem sie historische und situative Erzählungen generieren. Es wird gezeigt, dass Datenüberwachung und Intuition weniger antagonistische Zielsetzungen verfolgen als vielmehr um Deutungshoheit über die normative Figur der „guten Geburt“ ringen.

1. Einleitung

Schwangerschaft und Geburt stellen Ausnahmesituationen im Leben von Frauen dar. Die Geburt bildet End- sowie Höhepunkt eines Prozesses und fungiert zugleich als biografisches Schlüsselereignis. Dieses Ereignis soll als „gute Geburt“ gelingen, ein normatives Ziel, das ebenso unbestimmt wie wirkkräftig ist. Was jedoch als „gute Geburt“ gilt, wird durch verschiedene Risikonarrative ausgehandelt. Narrative Ordnungen entwerfen Schwangerschaft und Geburt und deren potenzielle Gefährdungen und legitimieren Interventionspunkte. Schwangerschaft und Geburt werden kulturell, historisch und situativ eingebettet und setzen die Handlungsfähigkeit der betei-

lichten Akteur:innen – Schwangere, Hebammen, Ärzt:innen - in ein Verhältnis zueinander, welches nach deren Handlungsfähigkeiten, Entscheidungsprozessen und Verantwortungsübernahmen fragt.

Die hegemonial dominante Auflösung von Risiken der Schwangerschaft und Geburt erfolgt gegenwärtig über eine detaillierte Datenüberwachung. Geburt und Schwangerschaft stellen in Deutschland den häufigsten Grund für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Frauen dar, wobei ein Großteil dieser Leistungen präventiv erfolgt. Mittels strukturierter, individualisierter und epidemiologisch ausgeweiteter Datenerhebung soll der Zeitpunkt festgestellt werden, zu dem Präventionen und Interventionen notwendig erscheinen, um die körperliche Integrität der Mutter und des Ungeborenen zu sichern, etwa durch die Aufzeichnung der Muttermundseröffnung in Zentimetern während der Geburt. Durch eine vaginale Untersuchung wird dieser innerkörperliche Prozess festgestellt und erst dadurch sichtbar und vergleichbar gemacht.

Datafizierung stellt damit einen dominanten Zugang zum Geburtsprozess dar. Die deutliche Reduktion der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im 20. Jahrhundert, wie sie etwa in den Daten der bevölkerungswissenschaftlichen Forschung sichtbar wird (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung - BiB 2023), stellt einen Beleg für die Wirksamkeit der Medikalisierung durch engmaschige Überwachung, standardisierte Vorsorgeprogramme, technische Innovationen und epidemiologische Modelle dar.

Die Datenüberwachung stellt eine zentrale Dynamik des Schwangerschafts- und Geburtsprozesses dar. Die zugrunde liegende Logik ist eine der Standardisierung, in der das Ergebnis der guten Geburt zahlenförmig festlegbar ist. Quantifizierungen machen Abweichungen von der Norm frühzeitig erkennbar, stellen diese als zu korrigierende Abläufe dar und machen dadurch Interventionszeitpunkte klar erkennbar. Risiken werden in der Datafizierung durch Grenzwerte und daher klare Entscheidungswerte benannt.

Die Datenüberwachung mündet in einer Datafizierung des schwangeren und gebärenden Körpers und des Fetus - etwa über Ultraschall, Herztonüberwachung, Laborparameter oder komplexe Risiko-Scores – und hat den Handlungsspielraum der Geburtshilfe zweifellos erweitert und die Antizipation von Komplikationen verbessert. Der weibliche Körper, der ab Beginn der Reproduktion einer Überwachung unterzogen wird (Maihofer 2021), erlebt somit ab Beginn der Schwangerschaft eine datenförmige Überwachung, welche ihren Höhepunkt unter Geburt erfährt, in der eine teilweise minutiöse Dokumentation vorgeschrieben ist. Durch probabilisti-

sche Einschätzungen, beispielsweise zu den kindlichen Herztönen, welche unter Geburt einen Indikator für das Wohlbefinden des Kindes darstellen, wird deren lebensbedrohlicher Charakter abgeschwächt und durch Vorhersehbarkeit handhabbar gemacht (Seehaus 2015).

Intuition stellt dabei einen epistemischen Zugang dar, der nach Gigerenzer auf drei Voraussetzungen beruht

- „Based on long experience
- That appears quickly in one’s consciousness, and
- Whose underlying rationale is unconscious” (Gigerenzer 2023, S. 3)

Damit hat Intuition auch einen Stellenwert in der Arbeit von Hebammen und wird dort erweitert um die Vorbedingungen „Wissen, Erfahrung und Empathie des Personals, eine unklare Datenlage und eine unsichere, schwer einschätzbare aktuelle Situation“ (Mändle und Opitz-Kreuter 2014, S. 393). Intuition unterscheidet sich von der Datafizierbarkeit des Geburtsprozesses, indem sie gezielt auf Erfahrung setzt und gleichzeitig diese subjektiv fokussiert, so dass Schwellwerte zur Identifizierung des Risikos nicht mehr spontan und direkt nachvollziehbar sind. Intuition stellt dabei eine epistemische Gegenfigur zur Datafizierung dar, welche als Kampf um die Deutungshoheit der „guten Geburt“ die unterschiedlichen narrativen Zugänge zur körperlichen Unversehrtheit von Mutter und Kind, die soziale Verantwortung in Entscheidungsprozessen und die politische Diskussion der Handlungsfähigkeit von Frauen verhandelt. Unter diesen drei Spannungsbögen der körperlichen, sozialen und politischen Dimensionen des Risikonarrativs und dessen normativen Leitbilder der Geburt soll im Folgenden die Analyse dargestellt werden.

Theoretisch knüpft die Analyse an eine wissenssoziologische Perspektive nach Keller an (Keller 2011; Keller/Truschkat 2013), die es ermöglicht, Geburtshilfe als diskursives Feld zu fassen, an dem unterschiedliche Wissensformen - Entscheidungsfindung anhand von biomedizinischer Evidenz, quantifizierter Dokumentation, erfahrungsgeleitetem Hebammenwissen und intuitive Deutungen - miteinander um Deutungshoheit konkurrieren.

Für die Analyse wurden 44 wissenschaftliche Publikationen zur Rolle von Intuition in der Geburtshilfe aus den Jahren 1996 bis 2024 mithilfe der Grounded-Theory-Methodologie nach Charmaz (Charmaz 2025) ausgewertet, die aufgrund ihrer Indexierung in PubMed, einer international etablierten biomedizinischen Literaturdatenbank, ausgewählt wurden. Berücksichtigt wurden Studien, Essays und Stellungnahmen, wobei davon

ausgegangen wurde, dass diese Publikationen aufgrund ihres Publikationsortes und ihrer Sichtbarkeit einen Einfluss auf den Diskurs entfalten.

2. Hierarchisierung von Wissensbeständen in der Medikalisierung des Körpers

Die erste narrative Struktur formt sich im Kontext der Medikalisierung der Geburtshilfe. Sie verweist auf die sukzessive Einbettung des Geburtsgeschehens in eine klinische, ärztlich dominierte Infrastruktur, welche die Datafizierung des Geburtsprozesses erst möglich machte. Historische Analysen der europäischen Geburtshilfe zeigen, wie sich seit dem 18. Jahrhundert eine zunehmende Verwissenschaftlichung, Professionalisierung und Verrechtlichung vollzieht, in deren Zuge Geburt von einem häuslichen, von Hebammen getragenen Geschehen in einen technisch-apparativen, gynäkologisch kontrollierten Prozess transformiert wird, was heute als evidenzbasierte Medizin verhandelt wird (Hilber 2021; Lundgren 2022). Foucault hat diese Verschiebung als Entstehung eines spezifischen klinischen Blicks beschrieben, der den Körper in seiner Sichtbarkeit und Messbarkeit zum zentralen Objekt des Wissens und der Macht werden lässt (Foucault 1973). Dieses Risikonarrativ etabliert damit eine spezifische Sichtweise auf Geburt, in der Gefährdung primär über Sichtbarkeit, Messbarkeit und Klassifizierbarkeit konstruiert wird.

Im Kontext der Gegenwartsgesellschaften setzt sich diese Entwicklung in Form einer umfassenden Datafizierung fort. Die Datenüberwachung erzeugt Klassifikationen wie „risikoarm“/ „risikoreich“ oder „interventionsbedürftig“/„physiologisch“, die in klinischen Routinen und Entscheidungsprozessen verankert sind. Schwangerschaft und Geburt sind von dichter Überwachung durchzogen: Standardisierte Vorsorgeprogramme, Risikomodelle und detaillierte Verlaufsdokumentationen suggerieren, dass sich die Unbestimmtheit des Gebärens zumindest asymptotisch in Planbarkeit überführen lasse. Risiko wird in diesem Narrativ primär als statistische Abweichung von Normverläufen erzählt, die es frühzeitig zu identifizieren und zu korrigieren gilt. Eine „gute Geburt“ ist damit eine physiologische Geburt ohne Abweichungen.

Der gegengerichtete Pol dieser Dynamik ist die Verleiblichung. In hebammenwissenschaftlichen Diskursen wird betont, dass Geburt ein verkörpertes und relationales Geschehen ist, das sich nicht vollständig durch numerische Parameter erfassen und vor allem bewerten lässt (Berg 2005;

Hunter 2008; Savage 2006). Die häufig als „Intuition“ bezeichnete Kompetenz von Hebammen und erfahrenen Pflegekräften wird dabei als Form impliziten, inkorporierten Wissens konzeptualisiert, welches nicht nur Hebammen, sondern auch Gebärenden vorliegt. Dies kann als Ressource genutzt werden, welche geburtliche Entwicklungen antizipiert und diese relational einbettet, um so die normative Zielbestimmung immer wieder an der leiblichen Ko-Präsenz zu orientieren. Da es aber oft nur in anekdotischer Evidenz oder subjektgebunden kommuniziert werden kann, erfährt es weniger Beachtung als standardisierte Vorgaben und bleibt damit eine unkommunizierbare Wissensressource (Viisainen 2001, S. 1116). Dies führt dazu, dass in einer evidenzorientierten Medizin, welche Datenquerschnitte als Entscheidungsgrundlage nutzt, diese Ressource ungenutzt bleibt und die Wertung des Geburtsprozesses hauptsächlich anhand von Datenabweichungen vorgenommen wird.

Intuition als Wertung der leiblichen Qualität des Geburtsprozesses bedeutet in diesem Sinne nicht eine Abwendung von Rationalität, sondern eine epistemische Verschiebung: Entscheidungsgrundlagen werden nicht ausschließlich aus apparativer und objektifizierbarer Messung, sondern auch aus der leiblichen Ko-Präsenz und der in der Praxis erworbenen Urteilskraft gewonnen (Dörpinghaus 2021). Damit formiert sich ein alternatives Risikonarrativ, indem Gefährdung nicht ausschließlich über numerische Abweichung, sondern über qualitative Veränderung und relationale Dynamik wahrgenommen wird. Zugleich ist zu betonen, dass auch diese Wissensform - wie die philosophische und psychologische Intuitionsforschung argumentiert (Kahneman 2012; Mamin 2020) - anfällig für Verzerrungen, Vorannahmen und situative Überlastungen ist. Intuition kann kulturelle Normen, Hierarchien und implizite Vorurteile reproduzieren, ohne diese zu reflektieren.

Entscheidend ist, dass Medikalisierung und Verleiblichung kein divergierendes Telos verfolgen. Beide sind auf die Sicherung der körperlichen Unversehrtheit von Mutter und Kind ausgerichtet. Die Differenz der beiden Risikonarrative liegt in ihrer epistemischen Grundlage: Während Datenüberwachung bestimmte Risiken mit großer Präzision sichtbar machen kann, reduziert sie den Geburtsprozess tendenziell auf das Messbare und fokussiert auf eine zahlenbasierte Visibilisierung, welche Risiken fassbar zu machen scheint. Intuition erweitert das Spektrum um relational-situative und körperliche Wissensstrukturen, welche durch alle Beteiligten erzeugt werden und damit die Deutungshoheit über das „richtige“ Wissen in Frage stellt. Damit entsteht jedoch die Gefahr, dass Intuition blind gegenüber

asymptomatischen Pathologien wird, die über technisch generierte Daten früh erkannt werden können. Demzufolge lassen sich die vielfältigen Risiken der Geburt erst durch komplementäre Wissensformen angemessen adressieren, was allerdings in der Priorisierung quantifizierter Wissensbestände versäumt wird.

3. Feminisierung und die politische Aushandlung weiblicher Handlungsfähigkeit

Das zweite Risikonarrativ betrifft die Feminisierung der Medizin und die Frage nach der Anerkennung der Hebammenprofession, welche durch Hebammen selbst als Frage der Geschlechtergerechtigkeit verhandelt wird (Beaufäys 1997). In diesem Risikonarrativ wird die Handlungsfähigkeit von Frauen und Hebammen auf das Geburtsergebnis als vulnerabel und als Teil politischer Aushandlungsprozesse verstanden, welche durch Datafizierung beeinflusst und limitiert werden.

Die Feminisierung medizinischen und reproduktiven Handelns verweist auf die historische Sichtbarmachung reproduktiver Körper und Tätigkeiten als Gegenstand medizinischen Handelns: Geburt wird nicht mehr als private Angelegenheit betrachtet, sondern ist Gegenstand medizinischer, rechtlicher und politischer Auseinandersetzungen, welche über datenformige und quantifizierte Darstellungen erfolgen. Diese Sichtbarkeit hat zur Etablierung eigener Wissensbestände, Professionen und Rechtsansprüche geführt und ist etwa in der eigenen Verbandsarbeit, der Akademisierung und der Gründung wissenschaftlicher Fachgesellschaften institutionell dokumentiert. Zugleich entsteht durch die institutionelle Fokussierung auf das „Weibliche“ ein Risikonarrativ, in dem der weibliche Körper als potenziell störanfällig und regulierungsbedürftig erzählt wird, dessen Abweichungen frühzeitig identifiziert werden müssen. Gleichzeitig hat die Feminisierung reproduktiven Handelns den weiblichen Körper zu einem Objekt spezifischer Normierung und Überwachung gemacht, welcher nicht nur die Reproduktion, sondern auch den physiologischen Prozess der Geburt als störanfällig und interventionsbedürftig liest. Durch Datenüberwachung und Standardisierung entsteht eine disziplinierende Machtform, die „normal“ und „pathologisch“ klassifiziert, den Geburtsprozess entindividualisiert und damit die Handlungsmöglichkeiten und das Mitspracherecht der Gebärenden im Rahmen datengesteuerter Normierung einschränkt (Oakley 1980; Kortendiek u. a. 2017; Graumann 2003). So gilt die Öffnung

des Muttermundes als Hauptaussagefaktor für den Fortschritt der Geburt, anhand dessen die Betreuungsintensität, die Vergabe von Schmerzmitteln und der weitere Verlauf abgeschätzt werden. Das führt dazu, dass Frauen, welche sich mit Wehentätigkeit im Kreißaal melden, gegebenenfalls aufgrund einer sehr geringen Öffnung des Muttermunds wieder nach Hause geschickt werden – der weibliche Körper erhält seine Aussagekraft über quantifizierbare Datenerhebungen.

Hebammen nehmen in der Bewertung des weiblichen Körpers und der Handlungsfähigkeit eine ambivalente Position ein. Einerseits sehen sie sich in klinischen Kontexten mit deutlichen Einschränkungen ihrer Handlungsautonomie konfrontiert. Studien zur Entscheidungsfindung in der Hebammenpraxis zeigen, dass institutionelle Vorgaben und Leitlinien, aber auch hierarchische Strukturen maßgeblich beeinflussen, welche Handlungsoptionen faktisch zur Verfügung stehen: So wird bereits der Beginn der Geburt durch die Muttermundseröffnung bestimmt (Jefford u. a. 2010; Weltens u. a. 2019). Die Datenerhebung verschiebt somit den Fokus der Mitsprachemöglichkeit, indem sie diese über vermeintlich objektive Wissensbestände zu reglementieren versucht. Gleichzeitig übernehmen sie in diesem Kontext die Rolle als Anwältin der Frau und können hier eine normative Rolle beanspruchen, welche sie qua Amt in eine Fürsprecherposition rückt und ihnen damit Legitimation und Handlungsmacht im Geburtsprozess zuschreibt (James u. a. 2003, S. 820).

Intuition fungiert in dieser Konstellation als epistemische Ressource, mit der Hebammen versuchen, die eigene und gleichzeitig weibliche Handlungsmacht aufrechtzuerhalten, in einem medizinischen Überwachungssystem, welches als männliches Singularisierungsverständnis gedeutet und einem vermeintlich weiblichen, holistischen Verständnis gegenüber gesetzt wird (Parratt und Fahy 2008). Auch ohne den diskursiven und machtkritischen Rahmen explizit zu benennen, ermöglicht Intuition hier eine Form der Kritik an der Vereinnahmung weiblicher Entscheidungsfähigkeit, die durch die Subjektivierung vor allem körperlicher Wissensbestände erfolgt – und damit diese in einen naturalisierenden Dualismus männlich-datenförmig und weiblich-körperlich überführt. Die Gefahr besteht daher darin, Intuition als vermeintlich „weibliche“ oder „natürliche“ Kompetenz romanisierend zu überhöhen, was wiederum tradierte Geschlechterbilder stabilisiert und die diskursive Auseinandersetzung von Macht-Wissens-Asymmetrien zwischen den als weiblich und männlich gelesenen Professionen manifestiert. Die Anerkennung der Hebammenprofession erfordert daher

nicht nur die Aufwertung intuitiver Wissensformen als geschlechtsunabhängige Kompetenz.

Damit wird die Interventionsbedürftigkeit der „guten Geburt“ zu einer politisch gerahmten Risikozuschreibung, in der nicht nur der Zustand der Geburt bewertet wird, sondern zugleich ausgehandelt wird, wessen Wissen epistemische Autorität besitzt und wie die Handlungsfähigkeit von Hebammen und Gebärenden im Geburtsprozess verteilt ist.

4. Selbstoptimierung und Intersubjektivierung: Soziale Verantwortungszuschreibungen im reproduktiven Feld

Die dritte narrative Struktur entfaltet sich auf einer Spannungsachse von Selbstoptimierung und Intersubjektivierung, indem die Frage der Verantwortungszuschreibung des Risikos narrativ verhandelt wird.

Durch Selbstoptimierung wird der Anspruch formuliert, in dem (gesellschaftliche) Reproduktion als ein individuell planbares und zu optimierendes Projekt begriffen wird. In Anlehnung an Gouvernamentalitätsstudien lässt sich zeigen, dass Subjekte ökonomischer und biopolitischer Gegenwartsgesellschaften dazu angehalten sind, ihre Gesundheit und Reproduktion aktiv zu managen, Risiken zu antizipieren und „vernünftige“ Entscheidungen zu treffen, was eine Form der gesellschaftlichen Kontrolle und Machtausübung über das Individuum darstellt (Villa u. a. 2011).

Im Bereich der Geburtshilfe bedeutet dies, dass Schwangerschaft und Geburt in hohem Maße mit diskursiven Erwartungen an informierte, autonome und zugleich „verantwortliche“ Entscheidungspraxis aufgeladen sind. Frauen werden in diesem Risikonarrativ als rational abwägende Akteurinnen adressiert, die über Verhütung, Schwangerschaftszeitpunkt, Geburtsmodus, Vorsorgeuntersuchungen und Interventionen in Kenntnis und durch Verfügbarkeit aller relevanten Informationen zu entscheiden haben. Machtkritische Analysen und Diskussionen haben herausgearbeitet, dass dieser Selbstbestimmungsdiskurs mit einer starken Moralisierung einhergeht: Die „gute Geburt“ erscheint als Ergebnis „richtiger“ und rationaler Entscheidungen unter risikopolitischen und ökonomischen Bedingungen (Villa u. a. 2011; Seehaus 2015). Datensammlung entspricht in diesem Risikonarrativ der Singularisierung und Fokussierung des Risikos auf das Individuum, indem dieses als rationaler Akteur und zugleich als isoliertes Optimierungsprojekt begriffen wird. Die hohe moralische Aufladung der Reproduktion führt dazu, dass Fehlentwicklungen oder unerwünschte Verläufe

retrospektiv häufig auf individuelle Entscheidungen zurückgeführt werden, während strukturelle Faktoren – wie Personalmangel, ökonomisierte Kliniklogiken, regional ungleiche Versorgungsangebote oder sozial ungleiche Zugänge zu Information und Unterstützung – in den Hintergrund treten.

Die Intersubjektivierung von Risiko, wie sie in vielen Hebammenwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Arbeiten zum Gebären beschrieben wird, setzt dem ein alternatives Verständnis entgegen. In diesem alternativen Risikonarrativ wird Risiko nicht primär als Attribut des individuellen Körpers oder der individuellen Entscheidung verstanden, sondern als relationales Geschehen, das sich im Zusammenspiel der beteiligten Akteur:innen konstituiert. Studien zu „birth outside the system“ - im Sinne von nicht im Krankenhaus verorteten Geburten wie Haus- und Geburtshausgeburten - verweisen darauf, dass soziale Netzwerke und kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung die Wahrnehmung und Bewältigung von Risiken durch medizinisches Personal als auch Familien maßgeblich beeinflussen (Cheyney 2008; Lindgren u. a. 2006; Jouhki 2012; Bogossian 2007). Risiko erscheint hier nicht nur als medizinische Kategorie, sondern als moralisch gerahmtes Entscheidungsszenario, in dem die „gute Geburt“ als Resultat gemeinschaftlicher Aushandlungsprozesse konstruiert wird.

Selbstoptimierung und Intersubjektivierung verfolgen indes ein gemeinsames Ziel: Die verantwortliche Gestaltung von Schwangerschaft und Geburt. Die Differenz der beiden Risikonarrative liegt in der Frage, wie und wo Verantwortung für die „gute Geburt“ verortet wird. Während datenbasierte Selbstoptimierung die Verantwortung für die „gute Geburt“ als Ergebnis rationalen Handelns primär bei der Frau ansiedelt und die körperliche Unversehrtheit als geteilte Zielsetzung voraussetzt, verteilt die intersubjektive Perspektive Verantwortung zwischen den Beteiligten und verweist auf die Einbettung reproduktiver Entscheidungen in soziale und institutionelle Strukturen. Intuition vertritt hier, als nicht-rationale epistemische Grundlage, die Option, Wissen als beziehungsgesteuert zu verstehen und damit auch Entscheidungsfindungen daran auszurichten.

Allerdings gilt hier: Die intersubjektive, intuitive Perspektive ist kein Garant für egalitäre und reflektierte Entscheidungsprozesse. Machtasymmetrien, implizite Normen und kulturelle Vorstellungen können sich im „gemeinsamen Aushandeln“ ebenso fortschreiben wie in individualisierten Entscheidungsszenarien. Datensammlung entspricht in diesem Risikonarrativ der Singularisierung und Fokussierung des Risikos auf das Individuum, indem dieses als rationaler Akteur und gleichzeitig als individuell isoliertes, zu optimierendes Objekt begriffen wird.

5. Die „gute Geburt“ als umkämpfte und letztlich unbestimmte Norm

Vor dem Hintergrund dieser drei Spannungsachsen der Risikonarrative lässt sich Intuition als epistemische Gegenfigur zur datenbasierten Überwachung beschreiben. Risikonarrative der Geburt stellen sich als plural dar, in denen Familien, ärztliche und hebammenwissenschaftliche Fachgesellschaften, Hebammenverbände und Elterninitiativen um die Bestimmung der „guten Geburt“ ringen. Intuition stellt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ein auf Hebammenseite verortetes epistemisches Regime dar, welches weder rein irrational ist noch per se verlässlich, sondern eng an leibliche Ko-Präsenz, Erfahrung und situative Interaktion gebunden ist und dabei eigene narrative Strukturen evoziert (Davis-Floyd und Davis 1996; Barnfather 2013; Savage 2006). Damit besitzt sie das Potenzial, emotionale Dynamiken, Gewalt- und Ohnmachtserfahrungen (Siller u. a. 2022), psychosomatische Konstellationen (Hocke 2023; Brähler und Beutel 2014), räumliche und atmosphärische Aspekte (Dür 2025; Folmer u. a. 2019) sowie kultur- und traditionsbezogene Deutungen von Geburt (Bilgen Sivri und Karatas 2015; Güden 2022; Viisainen 2001) aufzunehmen. Auch wenn der Beitrag Intuition und Datenüberwachung als Gegenfiguren stilisiert hat, so schließen sich diese in der Praxis nicht aus, sondern greifen häufig ineinander und ergänzen sich. Wenn diese jedoch als argumentative Stützen für Entscheidungsprozesse unter Geburt angerufen werden, so laufen deren Deutungen der „guten Geburt“ jedoch auseinander. Die „gute Geburt“ ist körperlich auf Unversehrtheit, sozial auf verantwortliche Gestaltung und politisch auf die Wahrung von Handlungsfähigkeit ausgerichtet – ohne dass dies immer trennscharf bewertet werden kann. Die konfligierenden Risikonarrative beruhen nicht auf antagonistischen Zielsetzungen, sondern auf konkurrierenden Weisen, Risiko sichtbar zu machen, zu bewerten und mit Verantwortung zu verknüpfen. Eine kritisch-reflexive Geburtshilfe wird daher weder auf datenbasierte Überwachung verzichten können noch auf intuitive, verleblichte und intersubjektive Wissensformen. Entscheidend ist, die wechselseitigen blinden Flecken zu erkennen: die Tendenz der Datenüberwachung, das Nicht-Messbare zu marginalisieren, und die Tendenz der Intuition, implizite Normen und Machtverhältnisse zu naturalisieren. Die Herausforderung besteht darin, beide Zugänge nicht gegeneinander zu stellen, sondern in eine produktive Spannung zu bringen, in der das gemeinsame Ziel – eine sichere, verantwortete und subjektorientierte Geburt – zwischen den Akteur:innen gemeinsam ausgehandelt wird.

Genau in dieser Aushandlung wird sichtbar, dass Risiko in der Geburtshilfe nicht nur ein medizinischer Sachverhalt ist, sondern ein sozial, politisch und epistemisch situiertes Phänomen, das untrennbar mit der Frage verbunden bleibt, was „gute Geburt“ implizieren soll.

6. Epistemologischer Ausblick – Implikationen für das Studium

Die Analyse macht deutlich, dass Geburtshilfe ein normativ umkämpftes Feld darstellt, in dem sich konkurrierende Epistemologien in spezifischen Risikonarrativen darstellen. Diese Aushandlungen sind nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher und berufspolitischer Debatten, sondern wirken sich unmittelbar auf zukünftige Professionelle aus. Mit der Akademisierung der Hebammenausbildung geht eine Verschiebung hin zu standardisierten, empirisch fundierten und evidenzbasierten Wissensbeständen einher. Diese Entwicklung eröffnet das Potenzial, datenbasierte Risikonarrative nicht nur zu reproduzieren, sondern kritisch zu reflektieren und mit anderen Wissensformen – insbesondere erfahrungsgeleitetem und intuitivem Wissen – in Beziehung zu setzen, indem deren normative Implikationen mitverhandelt werden.

Zugleich ist absehbar, dass der zunehmende Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Geburtshilfe diese epistemischen Konstellationen erneut verschieben wird. KI-basierte Systeme operieren überwiegend auf probabilistischen Modellen, generieren risikobezogene Einschätzungen mit hoher Geschwindigkeit und erlauben eine bislang nicht gekannte Individualisierung datenbasierter Prognosen. Damit versprechen sie eine weitere Verdichtung der datenförmigen Rationalität in der Geburtshilfe. Gleichzeitig bleiben auch KI-gestützte Outputs interpretativ offen: Sie sind abhängig von Trainingsdaten und algorithmischen Vorannahmen und damit anfällig für Verzerrungen, Fehlklassifikationen und normativ aufgeladene Reproduktionen bestehender Macht- und Wissensordnungen.

Für die Primärqualifikation von Hebammen bedeutet dies, dass epistemische Reflexionsfähigkeit zu einer zentralen Schlüsselkompetenz werden muss. Künftige Hebammen und andere geburtshilfliche Akteur:innen benötigen nicht nur technisches und evidenzbasiertes Wissen, sondern auch die Fähigkeit, datenbasierte, intuitive und algorithmisch erzeugte Wissensangebote situativ einzuordnen, kritisch zu hinterfragen und verantwortungsvoll miteinander zu vermitteln (Kranz und Abele 2024). Ein reflexiv angelegtes Studium kann damit dazu beitragen, Intuition weder als irratio-

nales Residuum noch als naturalisierte „weibliche“ Kompetenz zu marginalisieren, sondern sie als professionelle sowie individuelle Urteilskraft in ein spannungsreiches, aber produktives Verhältnis zu datenbasierter und KI-gestützter Risikowahrnehmung zu setzen und damit auch das Mitspracherecht der Gebärenden auf Grundlage ihrer eigenen Wissensbestände zu stärken. Gerade vor dem Hintergrund zukünftiger technischer Entwicklungen wird damit deutlich, dass die „gute Geburt“ nicht algorithmisch festschreibbar ist, sondern weiterhin Ergebnis epistemischer, normativer und professioneller Aushandlungsprozesse bleibt. Datenerhebung und -verarbeitung kann nur unter Aushandlung der normativen Zielsetzungen und einer Verständigung über dadurch ausgelöste Entscheidungsprozesse erfolgen.

Literaturverzeichnis

- Barnfather, Tracey (2013): Can intuitive knowledge be taught in midwifery practice? In: *British Journal of Midwifery* 21 (2), S. 131–136. DOI: 10.12968/bjom.2013.21.2.131.
- Beaufaÿs, Sandra (1997): Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag (Springer eBook Collection Humanities).
- Berg, Marie (2005): A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. In: *The Journal of perinatal education* 14 (1), S. 9–21. DOI: 10.1624/105812405x23577.
- BiB (2023): Müttersterblichkeit in Deutschland (1892–2023). Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB); Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.bib.bund.de/Permalink.html?permaid=1217688>, zuletzt geprüft am 28.11.2025.
- Bilgen Sivri, Birsen; Karatas, Nimet (2015): Cultural Aspect of the Society: Traditional Practices of Mother and Baby Care during Post-Partum Period and the Relevant Examples from the World. In: *The Journal of Current Pediatrics* 13 (3), S. 183–193. DOI: 10.4274/jcp.50479.
- Bogossian, Fiona E. (2007): Social support: proposing a conceptual model for application to midwifery practice. In: *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 20 (4), S. 169–173. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.08.003.
- Brähler, Elmar; Beutel, Manfred (2014): Themen der Psychosomatischen Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der PPM. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64 (8), S. 295–296. DOI: 10.1055/s-0034-1370295.
- Charmaz, Kathy (2025): Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: Sage Publications Ltd (Introducing Qualitative Methods Series).
- Cheyney, Melissa J. (2008): Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. In: *Qualitative health research* 18 (2), S. 254–267. DOI: 10.1177/1049732307312393.

- Davis-Floyd, Robbie; Davis, Elizabeth (1996): Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. In: *Medical anthropology quarterly* 10 (2), S. 237–269. DOI: 10.1525/maq.1996.10.2.02a00080.
- Dörpinghaus, Sabine (2021): Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Dür, Anka (2025): Geburtsräume. In: *Hebamme* 38 (03), S. 162–166. DOI: 10.1055/a-2557-6642.
- Folmer, Mette Blicher; Jangaard, Karin; Buhl, Henrik (2019): Design of Genuine Birth Environment: Midwives Intuitively Think in Terms of Evidence-Based Design Thinking. In: *Health Environments Research & Design Journal* 12 (2), S. 71–86. DOI: 10.1177/1937586718796654.
- Foucault, Michel (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Hanser.
- Gigerenzer, Gerd (2023): The intelligence of intuition. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graumann, Sigrid (Hg.) (2003): Verkörperte Technik - Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. 1. Aufl. Frankfurt/Main: Campus-Verl. (Politik der Geschlechterverhältnisse, 22).
- Güden, Emel (2022): Traditional Midwifery in Turkey, Germany & Greece. In: *The International Journal of Prenatal and Life Sciences (IJPLS)*, S. 1–20. DOI: 10.24946/IJPLS/20.20.00.00.150322.
- Hilber, Marina (2021): "Nach den Regeln der Kunst". Leitmotive in der Geschichte der europäischen Geburtshilfe (18. – 20. Jahrhundert). In: Olivia Mitscherlich-Schönherr und Reiner Anselm (Hg.): Gelingende Geburt. Interdisziplinäre Erkundungen in Umstrittenen Terrains. Berlin, Boston: Walter de Gruyter GmbH (Grenzgänge: Studien in philosophischer Anthropologie, 2), S. 191–208.
- Hocke, Andrea (2023): Psychosomatisches Handeln in Gynäkologie und Geburtshilfe. In: *Gynäkologie* 56 (9), S. 623–632. DOI: 10.1007/s00129-023-05112-x.
- Hunter, Lauren P. (2008): A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. In: *Midwifery* 24 (4), S. 405–415. DOI: 10.1016/j.midw.2007.06.001.
- James, Dotti C.; Simpson, Kathleen Rice; Knox, G. Eric (2003): How do expert labor nurses view their role? In: *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 32 (6), S. 814–823. DOI: 10.1177/0884217503258548.
- Jefford, Elaine; Fahy, Kathleen; Sundin, Deborah (2010): A review of the literature: midwifery decision-making and birth. In: *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 23 (4), S. 127–134. DOI: 10.1016/j.wombi.2010.02.001.
- Jouhki, Maija-Riitta (2012): Choosing homebirth--the women's perspective. In: *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 25 (4), 56–61. DOI: 10.1016/j.wombi.2011.10.002.
- Kahneman, Daniel (2012): Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler Verlag.
- Kortendiek, Beate; Riegraf, Birgit; Sabisch, Katja (Hg.) (2017): Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Kranz, Angela; Abele, Harald (2024): The Impact of Artificial Intelligence (AI) on Midwifery Education: A Scoping Review. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 12 (11). DOI: 10.3390/healthcare12111082.
- Lindgren, Helena; Hildingsson, Ingegerd; Rådestad, Ingela (2006): A Swedish interview study: parents' assessment of risks in home births. In: *Midwifery* 22 (1), S. 15–22. DOI: 10.1016/j.midw.2005.04.002.
- Lundgren, Ingela (2022): Midwifery history in a Nordic and international perspective. In: Ingela Lundgren, Ellen Blix, Helga Gottfredsdottir, Anita Wikberg und Ellen Aagaard Nøhr (Hg.): *Theories and perspectives for midwifery. A Nordic view*. 1. Aufl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Maihofer, Andrea (2021): *Geschlecht als Existenzweise*. Ulrike Helmer Verlag, Roßdorf.
- Mamin, Cyrill (2020): Intuition als philosophische Methode. In: Cyrill Mamin (Hg.): *Intuition und Erkenntnis*: Brill | mentis, S. 169–192.
- Mändle, Christine; Opitz-Kreuter, Sonja (Hg.) (2014): *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. 6. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Oakley, Ann (1980): *Women confined. Towards a sociology of childbirth*. Oxford: Robertson.
- Parratt, Jenny A.; Fahy, Kathleen M. (2008): Including the nonrational is sensible midwifery. In: *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 21 (1), S. 37–42. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.12.002.
- Savage, Jane Staton (2006): The lived experience of knowing in childbirth. In: *The Journal of perinatal education* 15 (3), S. 10–24. DOI: 10.1624/105812406x118986.
- Seehaus, Rhea (2015): *Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt: Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen*. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften eV.
- Siller, Heidi; König-Bachmann, Martina; Perkhofer, Susanne; Hochleitner, Margarethe (2022): Midwives Perceiving and Dealing With Violence Against Women: Is It Mostly About Midwives Actively Protecting Women? A Modified Grounded Theory Study. In: *Journal of interpersonal violence* 37 (3-4), S. 1902–1932. DOI: 10.1177/0886260520927497.
- Viisainen, K. (2001): Negotiating control and meaning: home birth as a self-constructed choice in Finland. In: *Social science & medicine* 52 (7), S. 1109–1121. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00206-9.
- Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.) (2011): *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Unter Mitarbeit von Stefan Beck. Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Weltens, Meta; Nooijer, Jascha de; Nieuwenhuijze, Marianne J. (2019): Influencing factors in midwives' decision-making during childbirth: A qualitative study in the Netherlands. In: *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* 32 (2), 197–203. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.06.009.

Über die Autorinnen

Clara Jacobi

ist Wissenschaftliche Koordinatorin an der TU Dresden im Disruption and Societal Change Center TUDISC. Als ausgebildete Hebamme und M.A. Soziologin liegen ihre Forschungsschwerpunkte in der qualitativen Forschung zu Intuition als epistemischem Zugang im Kontext der Akademisierung der Hebammenarbeit. E-Mail: Clara.Jacobi@TU-Dresden.de

Prof. Dr. rer. medic. Ute Lange

ist seit 2015 Professorin für Hebammenwissenschaft mit dem Schwerpunkt Qualitative Forschungsmethoden an der Hochschule Bochum (ehemals Hochschule für Gesundheit). Sie ist Soziologin und Erziehungswissenschaftlerin (MA) und forscht schwerpunktmäßig zu Aspekten von chronischer Erkrankung, Behinderung sowie sozialer Ungleichheit in der Zeit der Geburt sowie Theoriebezügen in der Hebammenwissenschaft. E-Mail: Ute.Lange@HS-Bochum.de

Prof. Dr. rer. medic Melita Grieshop

ist seit 2014 Professorin für Hebammenwissenschaft an der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB). Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der postpartalen Versorgung von Frauen* und deren Familie, in der Didaktik der Hebammenarbeit und der Simulation in der Geburtshilfe. Seit 2023 ist sie Präsidentin des Hebammenwissenschaftlichen Fachbereichstags e. V. (HWFT). E-Mail: Melita.Grieshop@EH-Berlin.de

