

Gewalt in der Geburtshilfe als Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen

Begriff, Konzept und Verständnisweisen

Tina Jung

Gewalt in der Geburtshilfe, hier zunächst ganz allgemein verstanden als Formen von Gewalt, die vor, während und nach der Geburt gegenüber Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern/Eltern ausgeübt werden, ist kein neues Phänomen.¹ Berichte über gewaltsame Aspekte in der Geburtshilfe gibt es seit dem 16. Jahrhundert.² In den 1950er-Jahren berichteten Frauen in einer Vielzahl von Leser*innenbriefen über ihre Widerfahrnisse bei der Geburt, nachdem die Krankenschwester Gladys Denny Schultz unter dem Titel »Cruelty in the maternity wards« in einer Zeitschrift über geburtshilfliche Praktiken geschrieben hatte.³ Sheila Kitzinger analysierte 1992 geburtshilfliche Gewalt explizit als Gewalt gegen Frauen⁴ und auch Aktivist*innen der Zweiten Frauenbewegung im Globalen Norden kritisierten autoritäre, entwürdigende und sexistische Strukturen in Gynäkologie und Geburtshilfe.

Neu ist jedoch, dass und wie Gewalt in der Geburtshilfe seit etwa der Jahrtausendwende und insbesondere seit den 2010er-Jahren in Wissenschaft, Recht, Politik und Öffentlichkeit diskutiert wird.

-
- 1 Für Anmerkungen und Hinweise danke ich Katharina Hartmann, Michèle Kretschel, Eva Labouvie und Erik Richter.
 - 2 Vgl. Eva Labouvie: *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt*, 2., durchges. Aufl., Köln/Weimar/Wien: Böhlau 2000; Eva Labouvie: *Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550–1910)*, Frankfurt a. M./New York: Campus 1999; Michelle Sadler/Mário JDS Santos/Dolores Ruiz-Berdún u. a.: »Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence«, in: *Reproductive Health Matters. An international journal on sexual and reproductive health and rights* 24 (2016), H. 47, S. 47–55.
 - 3 Vgl. Rachele Chadwick: »The politics of naming: contested vocabularies of birth violence«, in: Amrita Pande (Hg.), *Birth controlled. Selective reproduction and neoliberal eugenics in South Africa and India*, Manchester: University Press 2022, S. 182–209.
 - 4 Vgl. Sheila Kitzinger: »Birth and violence against women: generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth«, in: Helen Roberts (Hg.), *Women's Health Matters*, London/New York: Routledge 1992, S. 63–80.

Es ist sichtbar geworden, dass Gewalt in der Geburtshilfe eine weltweit verbreitete, systemisch verankerte Form der Verletzung »des Rechts der Frauen (und Gebärenden) auf eine respektvolle Versorgung«⁵ darstellt und als Verstoß gegen deren »Recht auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit und das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung«⁶ gewertet werden kann. Waren und sind es zunächst Frauenbewegungen und Geburtsaktivist*innen, die – ausgehend von Lateinamerika – ab den 2000er-Jahren über die Gewalt in Kreißsälen und teilweise auch in der außerklinischen Geburtshilfe öffentlich und kollektiv Zeugnis ablegten, ist Gewalt in der Geburtshilfe inzwischen zu einem Gegenstand der Kritik nationaler und supranationaler Akteure aus den Feldern der Menschenrechts-, Gesundheits- und Frauenpolitik sowie inzwischen unzähliger wissenschaftlicher Prävalenz-, Ursachen- und Wirkungsstudien geworden.

Eine maßgebliche Rolle spielte hierbei die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die »die Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen« seit 2014 als Schwerpunktthema auf ihre Agenda gesetzt hat.⁷ Seit 2019 sind die Generalversammlung der Vereinten Nationen, der Europarat sowie verschiedene nationale Regierungen mit eigenen Berichten, Beschlüssen, Resolutionen und Gesetzesinitiativen aktiv geworden. In diesem Kontext wird Gewalt in der Geburtshilfe unter anderem als Form von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen sowie als geschlechtsspezifische Diskriminierung gefasst.

Obwohl einerseits eine Pluralisierung der Thematisierung von Gewalt in der Geburtshilfe in zivilgesellschaftlicher Öffentlichkeit, Medien, Politik, Recht und Wissenschaft zu verzeichnen ist, finden in weiten Teilen der Debatte Ursachen- und Entstehungskontexte von Gewalt in der Geburtshilfe, die nicht genuin mit Aspekten des Gesundheits- und Geburtshilfesystems im Zusammenhang stehen, vergleichsweise wenig Beachtung. Dies gilt vor allem für gesamtgesellschaftlich verankerte Macht- und Herrschaftsstrukturen im Geschlechterverhältnis sowie mit ihnen verbundene, intersektional wirksame Diskriminierung und Ungleichheiten.

Ich möchte darlegen, dass und wie dies unter anderem ein Effekt der Nutzung unterschiedlicher Begriffe und Framings und deren Verortung in verschiedenen Wissenschafts- und Politikansätzen ist. Vor allem im Kontext von Public-Health-Studien werden zur Beschreibung und Analyse des Phänomens Begriffe wie »Respektlosigkeit und Missbrauch« (»disrespect and abuse«) sowie »Misshandlung« (»mistreatment«) genutzt. Diese werden teils synonym zu »Gewalt« in der Geburtshilfe gebraucht, markieren aus wissenschaftlicher Perspektive jedoch in vielerlei Hinsicht unterschiedliche analytische Akzentuierungen und Reichweiten, die in aller Regel nicht systematisch ausbuchstabiert werden. Dies gilt in ähnlicher Weise für die damit verbundenen theoretisch-konzeptionellen »Framings« von Gewalt in der Geburtshilfe – etwa als Public-Health-Problem, als Menschenrechtsverletzung und/oder als Form von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen.

5 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen, URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf;sequence=22, Stand 7.10.2022.

6 Ebd.

7 Ebd.

Der Begriff ›Gewalt‹ in der Geburtshilfe scheint seinerseits stärker noch als ›Respektlosigkeit‹ vielfach Unbehagen auszulösen. Er wird teilweise als provokativ, schuldzuweisend oder anklagend wahrgenommen und vor diesem Hintergrund mitunter abgelehnt – wobei die Grenzen zwischen einer eher ›strategischen‹ Vermeidung des Begriffs ›Gewalt‹ einerseits und der Bagatellisierung oder Leugnung der Existenz von Gewalt in der Geburtshilfe andererseits nicht immer klar sind. So gehört zu den häufigen Einwänden gegen die Verwendung des Gewaltbegriffs in der Geburtshilfe, dass Geburt von Natur aus ›gewaltig‹⁸ sei, dass es im Kreißaal manchmal eben »rustikal« zugehen müsse⁹ beziehungsweise die Thematik eine »alarmistische Stimmung«¹⁰ verbreite, die werdende Eltern verunsichere. Ich werde demgegenüber im Folgenden argumentieren, dass der Begriff ›Gewalt‹ in der Geburtshilfe erheblich stärker als die Begriffe ›Respektlosigkeit‹, ›Missbrauch‹ und ›Misshandlung‹ geeignet ist, die konzeptionell-analytischen Verkürzungen auf ein Phänomen des Gesundheitswesens unter Auslassung (geschlechtsspezifischer) Macht- und Ungleichheitsverhältnisse zu vermeiden und die Komplexität der Verschränkung von verschiedenen Dimensionen, Entstehungs- und Ursachenzusammenhängen von Gewalt in der Geburtshilfe zu fassen.

Im deutschsprachigen Raum ist die Bewegung gegen Gewalt in der Geburtshilfe zudem Teil einer breiteren aktivistischen Landschaft, die auf einen Wandel der Geburtskultur zielt.¹¹ In diesem Kontext spielen Medikalisierungskritik und Wiederaufwertung der ›natürlichen‹ beziehungsweise physiologischen Geburt¹² einerseits sowie die Anerkennung der Zentralität kontinuierlicher Eins-zu-eins-Geburtsbegleitung für ein positives subjektives Geburtserleben – und damit einhergehend der Rolle von Hebammen in der Geburtsbegleitung – andererseits eine große Rolle. Dem möchte ich im Folgenden aus intersektionaler Perspektive den Verweis auf diejenigen Entstehungs- und Ursachenkontexte von Gewalt in der Geburtshilfe zur Seite stellen, die nicht vorrangig Ausdruck und Ergebnis von Medikalisierung, sondern von Diskriminierung entlang verschiedener Achsen der Differenz sind – und somit nicht allein dem Gesundheitswesen entspringen, sondern darüber hinausgehenden gesellschaftlichen Macht- und Ungleichheitsstrukturen. Insgesamt ist es Anliegen des vorliegenden Beitrags, zu einer Klärung, Reflexion und Ausdifferenzierung des Verständnisses von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ beizutragen und einen eigenen konzeptionellen Vorschlag zu formulieren,

-
- 8 Vgl. Wolf Lütje: »Gewaltiges und Gewalttätliches in der Geburtshilfe: Versuch einer Abgrenzung«, in: *Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin* 16 (2021), H. 4, S. 222–226.
- 9 So äußerte sich ein Chefarzt im MDR-Radiobeitrag zu Gewalt in der Geburtshilfe im September 2021, URL: <https://www.mdr.de/nachrichten/podcast/reportage/audio-gewalt-geburtshilfe-trauma100.html>, Stand 7.10.2022.
- 10 Vgl. Meredith Haaf: »Fass mich nicht an!«, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 5. Mai 2018, URL: <https://www.sueddeutsche.de/leben/geburtshilfe-fass-mich-nicht-an-1.3930451>, Stand 7.10.2022.
- 11 Vgl. dazu z. B. das Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden beim Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e. V. zur Einberufung eines nationalen Geburtshilfepipfels, URL: <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2021/02/Strategiepapier-des-Runden-Tisches-Elternwerden-beim-AKF-e.V.-4.pdf>, Stand 7.10.2022.
- 12 Feministische Kritik an essentialisierenden Konstruktionen von ›Natur‹ aufgreifend hat sich in der deutschsprachigen Hebammenwissenschaft inzwischen der Begriff der ›physiologischen Geburt‹ (statt der ›natürlichen‹) durchgesetzt.

der offen für die verschiedenen Entstehungsursachen und Formen von Gewalt in der Geburtshilfe ist. Zugleich werde ich über den Ausweis seiner analytischen, konzeptionellen und theoretischen Tragfähigkeit begründen, dass und warum der Terminus ›Gewalt‹ für wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Gegenstand – auch in Abgrenzung zu anderen Termini – hilfreich ist.

Hierzu skizziere ich zunächst das Vorkommen und die Verbreitung von Gewalt in der Geburtshilfe und die in der internationalen Forschung verwendeten Kategorien, nach denen Phänomene geburtshilflicher Gewalt klassifiziert werden. Danach erörtere ich die Entstehungs- und Verwendungsweisen der verschiedenen Begriffe, die zur Beschreibung und Analyse von geburtshilflicher Gewalt verbreitet sind und diskutiere zugleich deren jeweilige Reichweite sowie Ein- und Ausschlüsse. Dies betrifft die Begriffe ›Respektlosigkeit und Missbrauch‹ (›disrespect and abuse‹) sowie ›Misshandlung‹ (›mistreatment‹) als Termini, die vor allem im Kontext von Public-Health-Forschungsarbeiten Anwendung finden. Anschließend lege ich die Entstehung und Verwendung des Begriffs ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ (›obstetric violence‹) dar, der von lateinamerikanischen Frauenbewegungen geprägt worden ist und vor allem in den Gender Studies und feministischer Theoriebildung genutzt wird. Schließlich zeige ich auf, wie Gewalt in der Geburtshilfe (als Phänomen) in verschiedenen Dokumenten und in der Umsetzung (inter- und trans-)nationalen Rechts und der Politik aufgenommen worden ist.

Im Anschluss arbeite ich Diskurskonstellationen um Gewalt in der Geburtshilfe auf, wie sie vor allem im deutschsprachigen Raum anzutreffen sind. Gewalt in der Geburtshilfe erscheint hier häufig als Resultat von Medikalisierung und Gegenstand von Frauengesundheit. Mit Rückgriff auf intersektionale Perspektiven möchte ich zeigen, dass Medikalisierung als (möglicher) Entstehungskontext von Gewalt in der Geburtshilfe einer (geopolitischen) Einordnung als Erfahrung vor allem weißer (Mittelstands-)Frauen des Globalen Nordens bedarf. Ergänzt und erweitert werden sollte das Verständnis von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ zudem um den differenzierten Einbezug von (cis-/hetero-)sexistischer, klassistischer und rassistischer Diskriminierungen. Abschließend werden verschiedene Formen von Gewalt in der Geburtshilfe aufgezeigt, und es wird für eine Analyseperspektive plädiert, die die Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe zu fokussieren in der Lage ist.

Vorkommen und gängige Typisierungen von Gewalt in der Geburtshilfe

Laut WHO sind Frauen und gebärende Personen weltweit verschiedenen Formen von Geringschätzung und Misshandlung während der Geburt ausgesetzt, darunter

»körperliche Misshandlung, tiefe Demütigung und verbale Beleidigung, aufgezwungene oder ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommene medizinische Eingriffe (darin eingeschlossen die Sterilisation), Missachtung der Schweigepflicht, Nichteinholung einer vollumfänglich informierten Einverständniserklärung, Verweigerung der Schmerzbehandlung, grobe Verletzung der Intimsphäre, Verweigerung der Aufnahme in medizinische Einrichtungen, Vernachlässigung von Frauen unter der Geburt, was bei diesen zu lebensbedrohlichen, vermeidbaren Komplikationen geführt hat sowie das

Festhalten von Frauen und ihren Neugeborenen in geburtshilflichen Einrichtungen nach der Geburt, da diese nicht zur Zahlung von Gebühren in der Lage waren«. ¹³

Trotz der weltweit vorhandenen Evidenz (z. B. in Form von Berichten) sind Daten zu Verbreitung und Vorkommen von Gewalt in der Geburtshilfe insbesondere im Globalen Norden hingegen noch eher rar. Im Rahmen einer Onlinebefragung¹⁴ gaben in Deutschland mehr als 77 % der Studienteilnehmer*innen an, mindestens eine Form von Misshandlung bei der Geburt erlebt zu haben; nicht eingewilligte Handlungen waren darunter die am häufigsten genannte Form, gefolgt von körperlicher Gewalt, Verletzung der Privatsphäre sowie verbaler Gewalt. Eine Studie in Spanien¹⁵ aus dem Jahr 2021 ergab, dass mehr als zwei Drittel der Befragten (67,4 %) von geburtshilflicher Gewalt berichteten. Über die Hälfte berichtete von körperlicher Gewalt, über ein Drittel der Befragten von psychischer, und ein Viertel der Befragten nannte verbale Gewalt. In einer im Jahr 2016 in den USA durchgeführten Umfrage zu Erfahrungen von Frauen und gebärenden Personen während Schwangerschaft und Geburt¹⁶ gaben 17,3 % der 2138 Befragten an, eine oder mehrere Formen von Misshandlung während der Geburt erlebt zu haben. Frauen und gebärende Personen afroamerikanischer oder hispanischer Herkunft mit sozioökonomischer oder gesundheitlicher Benachteiligung und solche, die in Kliniken geboren hatten, waren davon besonders betroffen.

Auch für Deutschland liegen zahlreiche Berichte und Dokumentationen geburtshilflicher Gewalt vor, wie sie seit 2013 im Rahmen der »Roses Revolution« dokumentiert werden. Die »Roses Revolution« versteht sich selbst als internationale Graswurzelbewegung gegen Gewalt in der Geburtshilfe: Am Tag des Internationalen Tags zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen, dem 25. November, legen Betroffene rosafarbene Rosen vor den geburtshilflichen Einrichtungen nieder, in denen ihnen während der Geburt Gewalt widerfahren ist. Fotos der Rosenniederlegungen sowie begleitende Geburtsberichte werden zugleich in anonymisierter Form von Geburtsaktivist*innen auf gleichnamigen Plattformen in den sozialen Medien veröffentlicht – und so als systemisch verankerte Form von Gewalt gegen Gebärende sichtbar gemacht.

Diana Bowser und Kathleen Hill¹⁷ haben 2010 eine Typologie der verschiedenen Formen von Respektlosigkeit und Missbrauch in der Geburtshilfe vorgelegt. Zu den sieben

-
- 13 WHO: Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen.
 - 14 Vgl. Claudia Limmer/Saraswathi Vedam/Julia Leinweber u. a.: »Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country: Development and Validation of a German Self-Report Tool«, Research Square 2021, URL: <https://www.researchsquare.com/article/rs-445905/v1>, Stand 29.9.2022.
 - 15 Vgl. Juan Miguel Martínez-Galiano/Sergio Martínez-Vázquez/Julián Rodríguez-Almagro u. a.: »The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study«, in: *Women and Birth* 34 (2021), H. 5, S. e526–e536, URL: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>, Stand 29.9.2022.
 - 16 Saraswathi Vedam/Kathrin Stoll/Nicholas Rubashkin u. a.: »The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth«, in: *SSM – Population Health* 3 (2017), S. 201–210, URL: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>, Stand 29.9.2022.
 - 17 Vgl. Diana Bowser/Kathleen Hill: *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*, Harvard: School of Public Health

Kategorien zählen: »physical abuse, non-consented care, non-confidential care, nondignified care, discrimination based on specific patient attributes, abandonment of care, and detention in facilities.«¹⁸

Davon ausgehend, dass diese Kategorien nicht alle Formen von Respektlosigkeit und Missbrauch in der Geburtshilfe charakterisieren können, hat eine Forschungsgruppe im Auftrag der WHO 2015 den Begriff »mistreatment« unter Bezugnahme auf das subjektive Erleben der Gebärenden eingeführt: Die evidenzbasierte Typologie von Meghan A. Bohren und Kolleg*innen umfasst sieben Kategorien auf drei Ebenen; auf der ersten, allgemeinsten Ebene die folgenden: »(1) physical abuse, (2) sexual abuse, (3) verbal abuse, (4) stigma and discrimination, (5) failure to meet professional standards of care, (6) poor relationship between health professionals and women, and (7) health system conditions and limitations.«¹⁹

Lynn P. Freedman und Margaret E. Kruk haben 2014²⁰ einen Definitionsvorschlag entwickelt, der beansprucht, in der Lage zu sein, sowohl die individuellen, von Geburtshelfer*innen ausgeübten Formen von Respektlosigkeit und Missbrauch als auch die strukturellen Formen dessen zu erfassen. Unterschieden werden in dem Modell daher nicht nur »Individual level«, »Structural level« und »Policy level«, sondern darüber hinaus sind auf diesen Ebenen jeweils noch potenzielle Diskrepanzen in der Wahrnehmung und dem subjektiven Erleben berücksichtigt. Wie unterschiedlich und voneinander abweichend die Wahrnehmung von Gewalt im Kontext Geburt sein kann, hat Lynn P. Freedman mit einem Forschungsteam 2018²¹ sodann in einer vergleichenden Mixed-Methods-Studie bestätigt, in der das Vorkommen von Gewalt in der Geburtshilfe in zwei Kreißsälen in Tansania untersucht worden ist: zum einen auf Grundlage der Dokumentation geschulter Beobachter*innen (die nicht zum Kreißsaalteam gehörten), zum anderen auf Grundlage der Selbstauskunft der Gebärenden. Die Häufigkeit von Gewalt in der Geburtshilfe wurde von den Beobachter*innen als sehr viel höher dokumentiert, als die Gebärenden es selbst wahrgenommen haben. Die große Diskrepanz in der (Nicht-)Wahrnehmung unterschiedlicher Formen von Gewalt während der Geburt erklären Freedman u. a. mit einer starken Internalisierung und Normalisierung von Gewalt in der Geburtshilfe – bei allen Beteiligten.

Forschungsarbeiten zeigen eindrücklich und mit großer Prävalenz auf, dass über unterschiedlichste geopolitische, kulturelle und strukturelle Rahmenbedingungen hinweg Frauen und gebärende Personen weltweit ähnliche gewaltsame Erfahrungen machen,

2010, URL: https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf, Stand 14.11.2022.

18 Ebd., S. 9.

19 Meghan A. Bohren/Joshua P. Vogel/Erin C. Hunter u. a.: »The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review«, in: *PLOS Medicine* 12 (2015), H. 6, URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>, Stand 7.10.2022.

20 Vgl. Lynn P. Freedman/Margaret E. Kruk: »Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas«, in: *The Lancet* 384 (2014), H. 9948, S. e42–e44, URL: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X), Stand 10.10.2022.

21 Vgl. Lynn P. Freedman/Stephanie A. Kujawski/Selemani Mbuyita u. a.: »Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth«, in: *Reproductive Health Matters* 26 (2018), H. 53, S. 107–122.

»based on similar themes of feeling disconnected and relationally alienated from health-care providers«. ²² Wie die Themenanalyse des systematischen Reviews für die Region Sub-Sahara-Afrika von Bradley u. a. 2016 ²³ zeigt, geht es – so unterschiedlich die konkreten Manifestationen von Gewalt in der Geburtshilfe im Einzelnen sein können – zumeist um Macht und Kontrolle (über Körper, Wissen, Schmerz, Informationen, »Widerstand«) sowie um die Sicherung des Status von Geburtshelfer*innen. Zudem spielen Prozesse sozialer Distanzierung und »Othering«, Ungleichheitsverhältnisse sowie sexuelle/sexualisierte Beschämungen eine große Rolle.

»Similar to women in northern contexts (...), women (in southern contexts) reported being upset by negative attitudes (i.e. impatience, hostility, condescension) from healthcare workers (...), being neglected and ignored (...), and being inhumanely treated. Inhumane treatment included, for example, having pain denied, being threatened, bullied and coerced into accepting birth control devices, being treated rudely and physically abused.« ²⁴

Unterschiede bestehen jedoch sowohl bezüglich der Begriffe, die zur Bezeichnung des betreffenden Phänomens genutzt werden, als auch bezüglich der Framings, innerhalb derer es verortet wird. Diese werden im Folgenden skizziert.

Begriffe und Framings von geburtshilflicher Gewalt: Respektlosigkeit und Missbrauch in der Geburtshilfe

Die Begriffe »Respektlosigkeit« (>disrespect«), »Missbrauch« (>abuse«) und »Misshandlung« (>mistreatment«) werden in Forschungsarbeiten aus den Bereichen Public Health, Medizin und Hebammenwissenschaft stark rezipiert. Eine große Anzahl von Studien zielt auf die Erfassung der Prävalenz des betrachteten Phänomens, wobei inzwischen auch qualitative und Mixed-Methods-Designs zum vertieften Verständnis der Ursachen und der Wahrnehmung durch Gebärende und Geburtshelfer*innen an Bedeutung gewinnen. ²⁵

In der Gesamtschau von publizierten Public-Health-Studien zum Thema überwiegen zudem solche, die Gewalt in der Geburtshilfe in Ländern und Regionen des Globalen Südens zum Gegenstand haben. Als Kriterien spielen hier vor allem geburtshilfliche Indikatoren (insbesondere mütterliche Morbiditäts- und Mortalitätsraten) und ein biomedizinisches Verständnis evidenzbasierter Forschung eine große Rolle. Respektlosigkeit, Missbrauch und Misshandlung erscheinen vor allem als zentrale Hindernisse für

22 Rachel Chadwick: The politics of Naming, S. 194.

23 Vgl. Susan Bradley u. a.: Midwives' perspectives on (dis)respectful intrapartum.

24 Rachel Chadwick: The politics of Naming, S. 192.

25 Vgl. hier z. B. Susan Bradley/Christine McCourt/Juliet Rayment u. a.: »Midwives' perspectives on (dis)respectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and meta-synthesis«, in: Reproductive Health 116 (2019), H. 16, URL: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0773-y>, Stand 10.10.2022; Dies.: »Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences«, in: Social Science & Medicine 169 (2016), S. 157–170.

höhere Hospitalisierungsraten: Weil Schwangere negative oder gewaltsame Erfahrungen in geburtshilflichen Einrichtungen gemacht haben oder von anderen davon wissen, suchen sie diese nicht oder selten/spät auf. Die Verhütung und Beseitigung des behandelten Phänomens steht hier im Kontext des Ziels, einen besseren Zugang für Frauen und gebärende Personen zu Gesundheitseinrichtungen im Globalen Süden zu fördern: »Improving the quality of maternal health care is critical to reduce mortality and improve women's experiences. Mistreatment during childbirth in health facilities can be an important barrier for women when considering facility-based childbirth.«²⁶

Inzwischen intensivieren sich auch im Globalen Norden Forschungsbemühungen zur Prävalenz von Respektlosigkeit und Missbrauch beziehungsweise zum subjektiven Geburtserleben sowohl der Gebärenden als auch der professionellen Geburtshelfer*innen. Anders als im Globalen Süden werden Prävalenz und Auswirkungen von Gewalt in der Geburtshilfe auf die Mutter-Kind-Gesundheit in Forschungsarbeiten, die Länder und Regionen des Globalen Nordens untersuchen, vergleichsweise häufig mit dem Begriff der »traumatischen Geburten« (für Gebärende und geburtshilfliches Personal) und der Risikofaktoren für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) infolge dieser verhandelt.²⁷ Zumeist fußen diese Arbeiten auf einem biomedizinisch-psychiatrischen, symptomorientierten Verständnis von Trauma, teilweise unter Auslassung von Gewalt in der Geburtshilfe als potenzieller Ursache.²⁸ Kerstin Weidner, Susan Garthus-Niegel und Juliane Junge-Hoffmeister benennen in ihrem Übersichtsbeitrag zu traumatischen Geburtsverläufen z. B. vorangegangene oder noch bestehende Gewaltformen (etwa häusliche Gewalt) als Risikofaktor für traumatische Geburten, nicht jedoch Gewalt während der Geburt; insoweit die Geburt selbst als primäre Traumatisierung beschrieben wird, wird die »Diskrepanz zwischen Erwartungen und realem Geburtsverlauf«²⁹ benannt, also letztlich in die »Enttäuschung« der Gebärenden aufgrund eines nicht zutreffenden Erwartungshorizonts zurückverlagert.

Somit unterscheiden sich hier durchaus auch die Framings der Public-Health-Arbeiten dahingehend, mit welchem Ziel Gewalt in der Geburtshilfe als vermeidbar erscheint: Während im Globalen Süden der Zugang zu geburtshilflichen Versorgungsstrukturen verbessert werden soll, steht im Globalen Norden die Vermeidung von Traumata beziehungsweise von gesundheitlichen Folgewirkungen gewaltsam erlebter Geburten im Fokus des Interesses.³⁰

26 Thae Maung Maung/Kyaw Lwin Show/Nwe Oo Mon u. a.: »A qualitative study on acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Myanmar«, in: *Reproductive Health* 56 (2020), H. 17, URL: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0907-2>, Stand 10.10.2022.

27 Vgl. Julia Leinweber/Tina Jung/Katharina Hartmann u. a.: »Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit«, in: *Public Health Forum* 29 (2021), H. 2, S. 97–100, URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0040>, Stand 10.10.2022.

28 Vgl. Kerstin Weidner/Susan Garthus-Niegel/Juliane Junge-Hoffmeister: »Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und vermeiden«, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 222 (2018), H. 5, S. 189–196, URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0641-6584>, Stand 10.10.2022.

29 Ebd., S. 191.

30 Vgl. Rachelle Chadwick: *The politics of Naming*.

Die biomedizinischen und Public-Health-Studien, die mehrheitlich mit den Begriffen ›Respektlosigkeit‹, ›Missbrauch‹ und ›Misshandlung‹ arbeiten, liefern wichtige Grundlagen für die Analyse von Gewalt in der Geburtshilfe. Häufig haben sie allerdings Schwächen in der Erfassung struktureller Dimensionen von Gewalt in der Geburtshilfe. ›Respektlosigkeit‹, ›Missbrauch‹ und ›Misshandlung‹ legen in ihrer Terminologie nahe, dass es sich um Formen des Fehlverhaltens von Personen oder um Defizite handelt, die durch Trainings, bessere Ausbildung und ähnliche Maßnahmen verbessert werden können. Damit einhergehend adressiert die zugrunde liegende Public-Health-Forschungsperspektive den Gegenstand als ein (alleiniges) Problem des Gesundheitssektors. Die Rolle und Bedeutung von (gesamtgesellschaftlichen) Geschlechterverhältnissen und anderen strukturellen Machtverhältnissen für die Entstehung, Ursachen und (Nicht-)Wahrnehmungsweisen von Gewalt in der Geburtshilfe bleiben jedoch weitgehend unbenannt und unterthematziert.³¹

»(W)hat is typically missing from these accounts, studies, and reports is an explicit articulation of mistreatment or trauma as rooted in gender/racialised violence and any critical understanding of the global systems of interlocking and historical power relations that produce the conditions for these forms of violence.«³²

Dieser Bias im Verständnis von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ wird zum Teil auch in Forschungsarbeiten reproduziert, die explizit mit dem Begriff ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ (›obstetric violence‹) arbeiten, diesen aber eher synonym zu Respektlosigkeit und Missbrauch beziehungsweise Misshandlung nutzen. So kennzeichnen Ferrão u. a.³³ Gewalt in der Geburtshilfe auf Basis einer Review-Studie als auf den ungleichen Machtverhältnissen insbesondere zwischen den Gebärenden (und ihren Begleitpersonen) und den Geburtshelfer*innen (Hebammen und/oder Ärzt*innen) beruhend, auf der Hierarchisierung und Wertung von Erfahrungs- und Körperwissen, professionellen (wissenschaftlichen, fachlichen) Wissensbeständen und auf der autoritativen Macht, die der Institution Klinik und den geburtshilflichen Professionen gesellschaftlich zugesprochen wird.

Das sind wichtige und relevante Faktoren; der ebenfalls relevante Zusammenhang mit gesamtgesellschaftlichen misogynen, (cis-, hetero-)sexistischen Zuschreibungen und Stereotypen sowie den systemisch verankerten Ungleichheits-, Hierarchie- und Machtverhältnissen sowohl im Geschlechterverhältnis als auch in anderen ungleichheitsrelevanten Dimensionen (wie geschlechtlicher und sexueller Identität, sozialer Herkunft, ›race‹, körperlicher Befähigung, medizinischem Status) bleibt jedoch ausgeblendet. Anders ist dies beim nachfolgend vorgestellten Entstehungskontext des Begriffs ›Gewalt in der Geburtshilfe‹, wie er insbesondere von Frauenbewegungen geprägt und popularisiert worden ist – und inzwischen seinerseits auch Eingang vor allem in die internationale feministische Theoriediskussion eher geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlicher Provenienz gefunden hat.

31 Vgl. hierzu z. B. Michelle Sadler u. a.: Moving beyond disrespect and abuse.

32 Rachele Chadwick: The politics of Naming, S. 192–193.

33 Vgl. Ana Cristina Ferrão/Margarida Sim-Sim/Vanda Sofia Almeida u. a.: »Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol«, in: Journal of Personalized Medicine 12 (2022), H. 7, S. 1090, URL: <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>, Stand 10.10.2022.

Begriffe und Framings von geburtshilflicher Gewalt:

›Gewalt in der Geburtshilfe‹

Obleich der Begriff ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ bereits seit dem 19. Jahrhundert vereinzelt genutzt wurde, hat er seine Prägung im lateinamerikanischen Geburtsaktivismus und in transnational gewordenen Frauenbewegungen erfahren. 1993 wurde in Brasilien das »Network for the Humanization of Labour and Birth« (ReHuNa) gegründet; 2000 folgte die »First International Conference for the Humanization of Birth«, aus der heraus Aktivist*innen, Wissenschaftler*innen und Geburtshelfer*innen RELACAHUPAN (›Latin American and Caribbean Network for the Humanization of Childbirth‹) gründeten.³⁴ Seit 2014 etablierten sich hiervon ausgehend in verschiedenen Ländern der Welt »Obstetric Violence Observatories«, zentrale Melde- und Beobachtungsstellen von Gewalt in der Geburtshilfe; so etwa in Chile, Spanien, Argentinien, Kolumbien, Frankreich und Italien.

Das hier geprägte Verständnis von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ (›obstetric violence‹) adressiert entmenschlichende Praktiken im Feld der Geburtshilfe, die als spezifischer Teil medizinisch-gesundheitsbezogener Wissensbestände, Traditionen und Machtverhältnisse in den Blick kommen. Zugleich, und hier besteht ein großer Unterschied zu den theoretisch-konzeptionellen Framings der Public-Health-Arbeiten unter den Begriffen ›Respektlosigkeit und Missbrauch‹ (›disrespect and abuse‹) beziehungsweise ›Misshandlung‹ (›mistreatment‹), wird geburtshilfliche Gewalt im weiteren Kontext von strukturellen Ungleichheits- und Machtssystemen im Geschlechterverhältnis sowie als spezifische Form von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen konzipiert. Diese doppelte Konzeptionalisierung ist von Relevanz, um geburtshilfliche Gewalt von anderen Formen von Missbrauch und Verletzung von Patient*innenrechten im Gesundheitssystem unterscheiden zu können:

»It is of the utmost importance to analyse obstetric violence separately from other forms of medical violence, acknowledging the differences between the mistreatment of women in childbirth and the overall mistreatment of patients. Obstetric violence has particular features demanding a distinct analysis: it is a feminist issue, a case of gender violence; labouring women are generally healthy and not pathological; and labour and birth can be framed as sexual events, with obstetric violence being frequently experienced and interpreted as rape. Biomedicine is a social and cultural system, a complex historical construction with a consistent set of internal beliefs, rules and practices, which responds to and reproduces gender ideologies across health professions, the legal system and the state.«³⁵

Diese konzeptionelle Anschlussfähigkeit hat es auch ermöglicht, dass die Skandalisierung und Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe im Kontext der transnationalen

34 Vgl. Michelle Sadler: Moving beyond disrespect and abuse; Hannah Laako: »Understanding contested women's rights in development: the Latin American campaign for the humanisation of birth and the challenge of midwifery in Mexico«, in: Third World Quarterly 38 (2017), H. 2, S. 379–396.

35 Michelle Sadler: Moving beyond disrespect and abuse, S. 50.

Frauenbewegungen nicht Gegenstand einer »Single-Issue-Bewegung« geblieben ist,³⁶ sondern in den feministischen Streik eingegangen ist: Nachdem 2015 die ersten großen Protestmärsche in Argentinien in Städten anlässlich des Femizids an Daiana García stattgefunden hatten (allein in Buenos Aires gingen 200 000 Menschen auf die Straße), rief die Gruppe NiUnaMenos am 8. März 2016 zum ersten feministischen Massenstreik auf. Die Bewegung wurde in den Folgejahren transnational: 2017 wurde unter anderem in den USA und in europäischen Städten mobilisiert. Am 8. März 2018 fand in diesem Zeichen in Spanien der größte Streik »nicht nur in der Geschichte des Landes, sondern in ganz Europa statt (...). Sechs Millionen Frauen (und auch Männer) beteiligten sich in über 300 Städten in ganz Spanien am feministischen Streik.«³⁷ Der feministische Streik wurde zugleich thematisch breiter und als politisches Instrument gegen Gewalt gegen Frauen in einen breiten ökonomischen und soziopolitischen Kontext gestellt. Im Kontext des feministischen Streiks wird unter anderem auch Gewalt in der Geburtshilfe explizit thematisiert, diese jedoch in Zusammenhang mit anderen Formen von Gewalt und diskriminierenden Politiken gegen Lesben, trans* Personen und queere Frauen in allen Lebens- und Tätigkeitsbereichen gestellt. Verónica Gago fokussiert in ihrer politischen Theorie des feministischen Streiks auf »die Beziehung zwischen sexueller Gewalt und finanzieller Gewalt, zwischen Gewalt am Arbeitsplatz und rassistischer Gewalt, zwischen Polizeigewalt und geburtshilflicher Gewalt«.³⁸

Der feministische Streik basiert auf der Annahme, dass Gewalt gegen Frauen sich durch alle Bereiche ihres Lebens zieht und dergestalt politisiert werden soll. Eine Bekämpfung dieser Gewalt folglich bedeutet, die »gesamte soziale, politische und ökonomische Ordnung zur Diskussion zu stellen, und obendrein die symbolische und kulturelle«.³⁹ Damit wird zugleich eine Reduzierung der von Gewalt in der Geburtshilfe und anderen Formen von Gewalt Betroffenen auf den Status des Opfers verweigert: Neben Trauer, Verletzung und Ohnmacht (wie sie im Globalen Norden vor allem in den Begriffen ›Trauma‹ und ›Traumafolgestörungen‹ verhandelt werden) treten Wut und der »brennende Wunsch, alles zu verändern«.⁴⁰ Das Subjekt des feministischen Streiks wird hier als mit Handlungsmacht ausgestattet verstanden. Analytisch wird es damit auch möglich, nicht nur personal ausgeübte Gewalt, also solche Gewalt, die durch einzelne

36 Im deutschsprachigen Diskurs ist Gewalt in der Geburtshilfe weit überwiegend als Frage des Geburtshilfesystems im engeren Sinn (und der damit befassten wissenschaftlichen Disziplinen und Professionen) sowie als Frage von ›Frauengesundheit‹ gefasst, vgl. hierzu etwa die Position des Deutschen Frauenrats, URL: <https://www.frauenrat.de/praevention-von-gewalt-in-der-geburtshilfe/>, Stand 10.10.2022.

37 Isabell Lorey: »8M – Der große feministische Streik. Vorwort«, in: Verónica Gago/Raquel Gutiérrez Aguilar/Susana Draper u. a., 8M – Der große feministische Streik. Konstellationen des 8. März, Wien: transversal texts 2018, S. 9–24, hier S. 18.

38 Verónica Gago: Für eine feministische Internationale. Wie wir alles verändern, Berlin: Unrast 2021, S. 16.

39 Marina Montanelli: »Das unvorhergesehene Subjekt des feministischen Streiks«, in: Verónica Gago/Raquel Gutiérrez Aguilar/Susana Draper u. a., 8M Der große feministische Streik. Konstellationen des 8. März, Wien: transversal texts 2018, S. 107–128, hier S. 122.

40 Verónica Gago: Für eine feministische Internationale.

Geburtshelfer*innen ausgeübt wird, sondern die institutionellen, strukturellen und gesamtgesellschaftlichen Dimensionen von Gewalt in der Geburtshilfe in den Blick zu nehmen und in Beziehung zu anderen Formen von Gewalt gegen Frauen zu setzen.

Im Kontext der Begriffsverwendung von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ wurde darüber hinaus ein zentrales Definitionsmerkmal des ›klassischen‹ Verständnisses von ›Gewalt‹ weiterentwickelt: Das Merkmal Intentionalität, also das Vorliegen einer Absicht als konstituierendes Kennzeichen von Gewalt, wie es zum Beispiel die WHO in ihrem Weltbericht »Gewalt und Gesundheit« von 2003 noch ausgewiesen hatte. Hier war im Wortlaut der WHO-Definition von einem »absichtliche(n) Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft« die Rede.⁴¹ Nicht an der Absicht als gewaltdefinierendem Aspekt festzuhalten, bedeutet zugleich, die große Bandbreite an Formen anzuerkennen, in denen sich Gewalt in der Geburtshilfe manifestieren kann: Wenn aufgrund von Personalmangel eine Hebamme allein mehrere Gebärende gleichzeitig betreuen muss, kann dieser Hebamme nicht per se Absicht unterstellt werden, wenn sie in einer solchen Situation keine adäquate Geburtshilfe leisten kann. Dennoch bleibt für diejenigen Gebärenden, die in einer für sie existenziellen Situation ungewollt allein gelassen werden, die Situation eine gewaltsame – und eine Verletzung ihrer Würde.

Weiter ist anzuführen, dass zunehmend (ehemalige) Hebammenschüler*innen und -student*innen die Normalisierung von Gewalt (gegen Gebärende, aber auch gegen sie selbst als Form von ›workplace violence‹) während ihrer Ausbildung als Initiation in die Profession reflektieren. Die Benennung dessen als ›Gewalt‹ bietet zugleich einen wichtigen Zugang, um eigene Erfahrungen und die erlebte Kluft zwischen dem, was ›theoretisch‹ vermittelt, und dem, was ›praktisch‹ im Kreißaal davon stark abweichend erfahren wird, zu thematisieren.⁴²

Begriffe und Framings von geburtshilflicher Gewalt: (Inter-)nationale Rechtsnormen

Angesichts der skizzierten Thematisierungsweisen von Gewalt in der Geburtshilfe überrascht es zunächst nicht, dass die ersten Rechtsnormen zur Verhütung von Gewalt in der Geburtshilfe ebenfalls in lateinamerikanischen Staaten und Regionen (Venezuela, Argentinien, Bolivien, Panama und Mexico City) geschaffen wurden. Gemeinsam ist ihnen, dass ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ verstanden wird als eine Verbindung von geschlechtsspezifischer Gewalt auf der einen Seite und Gewalt im Bereich des Gesundheitssystems

41 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Kopenhagen 2003, S. 6, URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42512/9241545623_ger.pdf.js, Stand 29.9.2022.

42 Vgl. Rodante van der Waal/Veronica Mitchell/Inge van Nistelrooij/Vivienne Bozalek: »Obstetric violence within students' rite of passage: The reproduction of the obstetricsubject and its racialised (m)other«, in: Agenda, 35 (2021), H. 3, S. 36–53.

auf der anderen Seite.⁴³ Das erste Gesetz dieser Art trat 2007 in Venezuela in Kraft. Im »Gesetz auf das Recht von Frauen auf ein gewaltfreies Leben« werden insgesamt 19 Formen von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen behandelt. In Artikel 15 wird Gewalt in der Geburtshilfe definiert als:

»die Aneignung der Körper und der reproduktiven Prozesse von Frauen durch das geburtshilfliche Personal, die sich in entmenschlichender Behandlung, im Missbrauch von Medikalisierung, in der Pathologisierung natürlicher Prozesse, in einem Verlust von Autonomie und im Verlust der freien Entscheidungsmöglichkeiten der Frauen über ihre Körper und Sexualität zeigen und in insgesamt negativen Auswirkungen auf ihre Lebensqualität münden.«⁴⁴

»Gewalt in der Geburtshilfe« wurde darüber hinaus insbesondere in der vergangenen Dekade immer stärker im Kontext von Menschenrechtsverletzungen konzipiert. Bezüge zu Menschenrechten und Aspekten der reproduktiven Rechte sowie die Bekämpfung von Müttersterblichkeit und der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben Eingang gefunden sowohl in Entwicklungs- wie auch in globale Nachhaltigkeitspolitiken (hier vor allem zunächst in den Millennium Development Goals, seit 2016 im Rahmen der Sustainable Development Goals). Also solche werden sie durchaus ambivalent diskutiert: Während einige hier vor allem die sich dadurch eröffnenden Chancen für Beteiligung sehen, kritisieren andere eher den universalistischen Anspruch. Im Kontext von »Gewalt in der Geburtshilfe« gestaltet sich die Situation durchaus different: Menschenrechte als Framing von Forschungsarbeiten finden sich sowohl im Kontext von Public-Health-Studien, die auf die Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe als Voraussetzung für höhere Hospitalisierungsraten von Geburten im Globalen Süden setzen. Man trifft aber ebenso auf sie im Kontext von Frauenbewegungen, die auf eine radikale Veränderung geburtshilflicher Strukturen wie auch die jeweils dominanten Perspektiven auf Schwangerschaft und Geburten zielen. Aus feministischer Perspektive zeigen sich Menschenrechte daher als lokales, universalistisches und umkämpftes Terrain.⁴⁵

In Bezug auf die Verhandlung von »Gewalt in der Geburtshilfe« als Gegenstand inter- und transnationaler Politik hat, wie eingangs bereits skizziert, die WHO eine entscheidende Vorreiterrolle eingenommen, als sie 2014 »Gewalt in der Geburtshilfe« als Schwerpunktthema gesetzt hat. In der WHO-Erklärung, die 2015 in deutscher Sprache erschienen ist, wird festgestellt: »Viele Frauen in aller Welt erfahren unter der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen eine missbräuchliche und vernachlässigende Behandlung.«⁴⁶ 2019 legte die UN-Sonderberichterstatterin für »Gewalt gegen Frauen«, Dr. Dubravka Šimonović, der UN-Generalversammlung einen Bericht zu geburtshilflicher Gewalt vor,

43 Vgl. Caitlin R. Williams/Celeste Jerez/Karen Klein u. a.: »Obstetric Violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth«, in: BJOG. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 125 (2018), H. 10, S. 1208–1211.

44 Rogelio Pérez D'Gregorio: »Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela«, in: International Journal of Gynaecology & Obstetrics 111 (2010), H. 3, S. 201–202, hier S. 201 (Übersetzung: Tina Jung).

45 Vgl. Hanna Laako: Understanding contested women's rights in development.

46 Weltgesundheitsorganisation (WHO): Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen.

der sich auf mehr als 130 Eingaben aus aller Welt und regionale Reporte (darunter einer aus Deutschland, eingereicht von der Bundeselterninitiative Mother Hood e. V.) stützt.⁴⁷

Ebenfalls im Jahr 2019 hat die Parlamentarische Versammlung des Europarats in der Resolution 2306 »Obstetrical and gynaecological violence« eben solche geburtshilfliche und gynäkologische Gewalt als geschlechtsspezifische Gewalt, Menschenrechtsverletzung und Diskriminierung scharf verurteilt.⁴⁸ Der Europarat bekräftigte darin seine Unterstützung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, die sogenannte Istanbul-Konvention, die in Resolution 2289 bestätigt worden war und in Deutschland seit dem 1. Februar 2018 im Status eines Bundesgesetzes unmittelbar geltendes Recht ist.⁴⁹

Dies ist insofern eine bedeutsame Kontextualisierung seitens des Europarates, als zwar im Wortlaut der Istanbul-Konvention »Gewalt in der Geburtshilfe« nicht explizit benannt ist; das Dokument stammt aus dem Jahr 2011, also aus einer Zeit, in der im europäischen Raum »Gewalt in der Geburtshilfe« gerade erst seinen Anfang als »emerging topic« genommen hat (die erste Aktion gegen Gewalt in der Geburtshilfe wurde 2011 in Spanien organisiert, in Deutschland fand die »Roses Revolution« erstmals im Jahr 2013 statt). Jedoch ist in Artikel 2 Absatz 1 der Istanbul-Konvention festgeschrieben: »Dieses Übereinkommen findet Anwendung auf alle Formen von Gewalt gegen Frauen.«⁵⁰ In der Resolution von 2019 erkennt der Europarat Gewalt in der Geburtshilfe als eine solche Form von geschlechtsspezifischer Gewalt und als Diskriminierung von Frauen an. Als solche kann Gewalt in der Geburtshilfe durchaus als in den Geltungsbereich der Istanbul-Konvention fallend verstanden werden.

Intersektionale Perspektiven: Medikalisierung und Diskriminierung als Entstehungsfaktoren von Gewalt in der Geburtshilfe

Die »Roses Revolution« und die Skandalisierung von Gewalt in der Geburtshilfe waren und sind Teil einer breiteren aktivistischen Landschaft, die sich in Deutschland seit etwa den 2010er-Jahren aus dem Kontext von Mütter- und Elterninitiativen, Protesten von Hebammen und Geburtsaktivist*innen entwickelt hat, inzwischen breite Bündnisse unterschiedlicher Akteur*innen aus geburtshilflichen Professionen, Wissenschaft, Politik und Gesellschaft bildet und auf einen allgemeineren Wandel der Geburtskultur abzielt.

47 Vgl. UN General Assembly: A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, New York 2019, URL: <https://www.ohchr.org/en/statements/2019/10/statement-human-rights-based-approach-mistreatment-and-violence-against-women>, Stand 10.10.2022.

48 Vgl. Parliamentary Assembly (PACE): Obstetrical and gynaecological violence, Resolution 2306 (2019), URL: <https://pace.coe.int/en/files/28236/html>, Stand 29.9.2022.

49 Vgl. Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Auszug aus dem Bundesgesetzblatt Jg. 2017, Teil II, Nr. 19, ausgegeben zu Bonn am 26.7.2017, URL: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl217s1026.pdf%27%5D__1665406585465, Stand 10.10.2022.

50 Ebd., S. 1029.

Waren zunächst die steigenden Haftpflichtprämien für freiberufliche Hebammen Anlass der Auseinandersetzungen, kamen zunehmend die Versorgungsstrukturen in der Geburtshilfe sowie die herrschende Geburtshilfekultur in den Fokus – hier vor allem mit kritischem Blick auf die starke Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt sowie die drastisch gestiegenen Interventionsraten bei gleichzeitiger Ausweitung eines Risikodiskurses, der auch gesunde Schwangere mehrheitlich als Risikopatient*innen klassifiziert. Mit der Ökonomisierung des Gesundheitssystems und hier insbesondere mit der Einführung des DRG-Systems (Fallpauschalensystems) 2004 und der politischen Orientierung an der Zentralisierung der Krankenhauslandschaft hatte eine Entwicklung eingesetzt, die große Auswirkungen auf die Geburtshilfe hat: Der Zugang zu und die Wahlfreiheit von geburtshilflichen Versorgungsangeboten, Geburtsorten und -settings werden teilweise eingeschränkt; die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe ist nicht überall und nicht für alle Gebärenden gewährleistet. In den verbleibenden Geburtskliniken herrschen vielfach Personalmangel, Zeitnot, Überbelastung, und insbesondere die hochfrequentierten städtischen Perinatalzentren können in einer Mehrheit der Fälle keine an den Bedürfnissen individueller Gebärender orientierte Betreuung gewährleisten (was unter anderem eine kontinuierliche Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme voraussetzen würde). Besondere Aufmerksamkeit haben dabei die stark gestiegenen Interventionsraten in der Geburtshilfe bekommen; die quasi Verdopplung der Kaiserschnitttrate seit den 1990er-Jahren ist hier eine prominente Bezugsgröße.⁵¹

»Es ist nicht egal, wie wir geboren werden – es ist nicht egal, wie wir gebären«, so lautet ein Motto der Elterninitiativen für Geburtshilfe. Diese »neue« Aufmerksamkeit für Gebären und Geburtshilfe geht dabei einher mit gesellschaftlichen Veränderungen von Vorstellungen einer »guten« Geburt.⁵² Dazu gehört zum einen die (Wieder-)Aufwertung von »Natürlichkeit« beziehungsweise physiologischer Geburt (in der Regel ausbuchstabiert als möglichst interventionsfreie Geburt mit anschließender Stillzeit etc.) sowie – damit einhergehend – die Anerkennung der Relevanz einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Geburtsbegleitung durch eine Hebamme. Ähnlich waren bereits die Bestrebungen der Frauengesundheitsbewegung, aus deren Kritik an der autoritär-sexistischen Geburtshilfe sich in den 1980er- und 1990er-Jahren eine Revitalisierung der Hausgeburtshilfe, die »Erfindung« von Geburtshäusern neuen Typs sowie die Etablierung von Geburtsvorbereitungskursen vollzogen haben.⁵³ Damals wie heute ist die

51 Vgl. Tina Jung: »Ökonomisierung des Gesundheitswesens und Auswirkungen auf die Geburtshilfe«, in: Julia Dück/Julia Garscha (Hg.), *Aus Sorge kämpfen. Von Krankenhausstreiks, Sicherheit von Patient*innen und guter Geburt*, Berlin: Rosa Luxemburg-Stiftung 2022, S. 59–76; URL: https://www.rosalux.de/fileadmin/images/Dossiers/pflege_gesundheit/lux_beitr_9_AusSorgeKaempfen_2te_korr_Aufl_web.pdf, Stand 29.9.2022; Dies.: »Geburt«, in: Lisa Haller/Alicia Schlender (Hg.), *Handbuch feministische Perspektiven auf Elternschaft*, Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich 2021, S. 347–362.

52 Vgl. Sabine Flick/Franziska Marek/Friederike M. Hesse: »Cultures of birthing in transition«, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 47 (2022), H. 1, S. 1–8.

53 Vgl. Tina Jung: »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 (2017), H. 2, S. 30–45.

Forderung nach einer ›Humanisierung der Geburt‹ auch mit einer starken Medikalisierungskritik verbunden; und in vielen Fällen sind Berichte über widerfahrene Gewalt in der Geburtshilfe an Situationen geknüpft, die durch verschiedene Formen von Medikalisierung entstanden sind (z. B. durch nicht eingewilligte Interventionen in die Geburt, Einschränkungen und Störungen des Geburtsverlaufs durch ärztliche Überwachungs-routinen etc.). Dadurch entsteht mitunter der Eindruck, Gewalt in der Geburtshilfe entstehe (allein) durch Medikalisierung – und Medikalisierungskritik beziehungsweise die Orientierung an einer möglichst interventionsfreien, ›natürlichen‹ beziehungsweise physiologischen Geburt sei gleichbedeutend mit der Verhütung und Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe.

Auch in der Wissenschaft finden sich Vorschläge zur Definition und Konzeption von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹, die diese vornehmlich als nicht informierte, nicht eingewilligte Intervention seitens der Geburtshelfer*innen fassen.⁵⁴ Sowohl die Medikalisierung (und ihre Kritik) als auch die Bezugnahme auf den ›informed consent‹ sowie die damit einhergehende liberale Vorstellung eines autonomen Subjekts entsprechen vor allem der Problematisierung von Erfahrungen, wie sie von ›weißen‹ Frauen und gebärenden Personen des Mittelstands im Globalen Norden gemacht werden.⁵⁵ Diese Erfahrungen müssen im Verständnis von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ als relevanter Faktor abgebildet sein, stellen jedoch nur ein Puzzleteil eines komplexeren Gesamtzusammenhangs dar. Eine ausschließliche oder vornehmliche Fokussierung auf Medikalisierung(skritik) stellt aus mehreren Gründen eine analytische Verkürzung im Verständnis von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ dar.

Zunächst ist die Rolle von Medikalisierung als Entstehungskontext von Gewalt in der Geburtshilfe selbst zu kontextualisieren: Der Zugang zu geburtshilflicher Versorgung ist global gesehen von einem starken Gefälle gezeichnet, das prägnant in der Kurzformel ›too much, too soon‹ für die Medikalisierung der Geburt im Globalen Norden, ›too little, too late‹ für die Versorgung während der Geburt im Globalen Süden gefasst ist.⁵⁶ Im Zuge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems sind in Deutschland dabei überdies nicht nur Strukturen der Überversorgung, sondern auch solche der Unterversorgung entstanden; beides kann zu potenziell gewaltvollen Situationen führen. Gewalt kann sich – auch inmitten hoch technisierter Geburtskliniken – nicht nur durch ein Zuviel an Intervention und Überwachung, sondern auch durch ein Zuwenig, durch Vernachlässigung, Nicht-Beachten und Ignorieren zeigen. Gewalt in der Geburtshilfe kann entsprechend nicht nur Handlungen und Interventionen, sondern auch Versäumnisse und Unterlassungen beinhalten.⁵⁷

54 Vgl. z. B. Lorraine M. Garcia: »A concept analysis of obstetric violence in the United States of America«, in: *Nursing Forum. An Independent Voice for Nursing* 55 (2020), H. 4, S. 654–663, hier S. 654, URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/17446198/2020/55/4>, Stand 29.9.2022.

55 Vgl. Rachele Chadwick: *The politics of Naming*.

56 Vgl. Suellen Miller/Edgardo Abalos/Monica Chamillard u. a.: »Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide«, in: *The Lancet* 388 (2016), H. 10056, S. 2176–2192.

57 Vgl. hierzu auch Claudia Limmer/Sabine Striebich/Dorothea Tegethoff u. a.: »Disrespect and abuse during childbirth«, in: *GMS. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 8 (2020), H. 2, S. 46–48, URL: [doi: https://dx.doi.org/10.3205/zhwio00019](https://dx.doi.org/10.3205/zhwio00019), Stand 29.9.2022.

Nicht nur die geburtshilfliche Versorgungsstruktur, sondern auch stereotype und diskriminierende Konstruktionen von Gebärenden und deren von Geburtshelfer*innen unterstellter Bedarf an professioneller Hilfe und Versorgung sind dabei von Relevanz. Schwangerschaft, Geburt sowie das erste Lebensjahr des Kindes mitsamt den damit verbundenen Fragen von Stillen/Säuglingsernährung, Betreuung, innerfamiliärer Arbeitsteilung etc. sind in hohem Maße normativ aufgeladen – und als solche nicht frei von gesellschaftlich verankerten (cis-, hetero-)sexistischen, rassistischen, klassistischen und ableistischen Vorurteilen, Ressentiments und Überzeugungen, die unter anderem auch Eingang in professionelles Handeln von Geburtshelfer*innen finden.

Wie Rachele Chadwick herausarbeitet, basieren etwa die Ausführungen von Grantly Dick-Reads bis heute populärer Geburtsphilosophie auf rassifizierenden Unterscheidungen zwischen der ›primitiven‹ und der ›kultivierten‹ Frau. ›Schwarzen‹ Frauen und marginalisierten Frauen wurde zugewiesen, animalischer, der Natur näher und damit besser in der Lage zu sein, vergleichsweise leicht zu gebären. Geburtskomplikationen und Schwierigkeiten, mit Schmerz umzugehen, wurden demgegenüber vor allem weißen und Mittelstandsfrauen zugesprochen – als (zugeschriebenes) Ergebnis eines höheren Grades an Kultiviertheit und zivilisatorischem Fortschritt: »Even in contemporary discourse about home births and unassisted birth, the myth of the ›third-world‹ woman, who births with ease, continues to be used as evidence for women's inherent capacity to birth without medical intervention.«⁵⁸ Für Deutschland belegt der Afro-Zensus, dass schwarze, afrikanische und afrodiasporische Patient*innen im Gesundheitssystem diskriminiert werden: Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden.⁵⁹ Daten über rassistische Diskriminierungen speziell während der Schwangerschaft und der Geburt liegen in Deutschland noch nicht vor;⁶⁰ 2022 belegte eine Untersuchung den systematischen Rassismus im Geburtshilfesystem Großbritanniens.⁶¹

Das Maß an Medikalisierung variiert weiter je nach sozioökonomischem Status von Frauen und gebärenden Personen auch innerhalb Deutschlands. So weisen Gebärende mit niedrigem sozialem Status und/oder geringerer Bildung eine überdurchschnittlich hohe Kaiserschnittquote auf.⁶² Eine Befragung zum Thema ›queer und schwanger sein‹ hat ergeben, dass

58 Rachele Chadwick: *The politics of Naming*, S. 185.

59 Muna AnNisa Aikins/Teresa Bremberger/Joshua Kwesi Aikins u. a.: *Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*, Berlin 2021, S. 142, URL: <https://afrozensus.de/reports/2020/>, Stand 10.10.2022.

60 Christiane Winkler/Emine Babac: »Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft«, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 47 (2022), S. 31–58, URL: <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00472-5>, Stand 29.9.2022.

61 *Birthrights: Systemic racism, not broken bodies. An inquiry into racial injustice and human rights in UK maternity care. Executive summary*, o. O. 2022, URL: <https://www.birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2022/05/Birthrights-inquiry-systemic-racism-May-22-web-1.pdf>, Stand 10.10.2022.

62 Vgl. Anita Kottwitz/Christa Katharina Spieß/Gert Georg Wagner: »Die Geburt im Kontext der Zeit kurz davor und danach – eine repräsentative empirische Beschreibung der Situation in Deutschland auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)«, in: Paula-Irene Villa/Stephan Moebi-

»(v)on denjenigen, die ihr Kind in einer Klinik geboren hatten, (...) jede fünfte cis-geschlechtliche Person (21,4 %) berichtete, dabei Gewalt bzw. Diskriminierung erfahren zu haben – unabhängig von der sexuellen Orientierung (...). Von den trans* bzw. intergeschlechtlichen Personen berichtete sogar über die Hälfte (53,8 %) von solchen Erfahrungen.«⁶³

Diese Befunde sind von Bedeutung auch für Definitions- und Konzeptionsvorschläge des Begriffs ›Gewalt in der Geburtshilfe‹ – genauer, für die Vermeidung eines weißen, hetero/cisnormativen (Mittelstands-)Bias in Definitionen von ›Gewalt in der Geburtshilfe‹. Unter anderem sollten nicht nur Handlungen und Interventionen, sondern auch Unterlassungen, Versäumnisse und (strukturelle) Diskriminierung im Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung in der Geburtshilfe als Erscheinungsformen von Gewalt in der Geburtshilfe berücksichtigt werden. Dabei sind als grundlegende Bezugsnormen nicht der Geburtsmodus (also etwa eine physiologische Geburt), sondern die Bedarfe, die Würde und die Rechte der Frauen und gebärenden Personen anzunehmen. Diskriminierungsmuster, wie sie auch gesamtgesellschaftlich vorherrschen, spielen eine eigenständige Rolle als Ursachen von Gewalt in der Geburtshilfe. Entsprechend ist die Entstehung von Gewalt weder allein innerhalb des Gesundheitssystems und seiner Logiken zu verorten, noch ist Gewalt in der Geburtshilfe notwendigerweise Ausdruck und Ergebnis der Medikalisierung von Geburt beziehungsweise ›unnötiger‹ Eingriffe in der Geburtshilfe.⁶⁴ Daher ist umgekehrt die Orientierung professionellen Handelns am Leitbild physiologischer Geburten oder die Umsetzung einer Eins-zu-eins-Begleitung während der Geburt nicht per se gleichzusetzen mit der Verhütung und Bekämpfung von Gewalt in der Geburtshilfe.⁶⁵

Gewalt in der Geburtshilfe zeigt sich als mehrdimensional und häufig als Ergebnis komplexer, sich wechselseitig durchdringender unterschiedlicher Entstehungs- und Ursachenkontexte, wie im Folgenden dargelegt werden soll.

Formen und Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe im Zusammenhang: ein konzeptioneller Vorschlag

Um die verschiedenen Formen und Entstehungskontexte von Gewalt in der Geburtshilfe abbilden zu können, wird nachfolgend ein Modell zur Veranschaulichung präsentiert, das im Forschungsprojekt »Gewalt gegen Frauen während der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen (GFGE) – Begriff, Ursachen, Entstehungskontext« auf Basis eigener

us/Barbara Thiessen (Hg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, Frankfurt a. M./New York: Campus 2011, S. 129–154.

63 Ska Salden/Netzwerk queere Schwangerschaften: *Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung*. Policy Paper, Berlin: Heinrich Böll Stiftung 2022, S. 9.

64 Vgl. hierzu Tina Jung: *Ökonomisierung des Gesundheitswesens*.

65 Dafür sprechen schon allein die Rosen im Rahmen des jährlichen Aktionstags gegen Gewalt in der Geburtshilfe, die von Betroffenen am eigenen Bett (im Falle von Hausgeburten) oder vor Geburtshäusern abgelegt worden sind – beides Geburtssettings, in denen im Unterschied zur Klinikgeburt üblicherweise eine Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen gewährleistet ist.

empirischer Ergebnisse entwickelt wurde. Das Forschungsprojekt wurde vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst (HMWK) von 2018 bis 2019 an der Justus-Liebig-Universität Gießen gefördert und von mir geleitet. Im Rahmen des Projekts wurde die internationale Forschungsliteratur zur Thematik gesichtet und hinsichtlich der Begriffsverwendungsweisen analysiert sowie leitfadengestützte Interviews mit Müttern, die Gewalt in der Geburtshilfe erfahren haben, sowie mit Geburtshelfer*innen geführt.

Ausgangspunkt der Veranschaulichung stellt das Anliegen dar, die unterschiedlichen Formen von Gewalt, die in der Geburtshilfe eine Rolle spielen, a) systematisch auszudifferenzieren und sie b) miteinander in Bezug zu setzen. Dabei fußt die Darstellung auf dem Befund, dass Gewalt in der Geburtshilfe stark kontextbezogen und situationsabhängig ist; weiter sind einzelne gewaltsame Situationen in der Regel nicht nur einer Form von Gewalt zuzuordnen, sondern berühren mehrere Ausprägungen von Gewalt gleichzeitig. Als Beispiel kann hier der Einsatz des sogenannten Kristeller-Handgriffs genannt werden: In den Interviews wurde der Kristeller-Handgriff von den betroffenen Frauen, an denen er durchgeführt worden war, übereinstimmend als körperlicher Gewaltakt beschrieben. Zugleich jedoch zeigte sich, dass auch verbale Demütigung, die Verletzung der Privatsphäre und institutionelle Hierarchien während der benannten Situation, in der der Kristeller-Handgriff angewendet worden war, eine durch die Überkreuzung verschiedener Formen von Gewalt innerhalb einer einzigen Situation gleichfalls hochbedeutsame Rolle für die widerfahrene Schwere der Gewalt gespielt haben.

Im Folgenden werden zunächst anhand eines Schaubildes die Kontexte dargestellt, in die eine geburtshilfliche Situation eingebettet ist. Da die überwältigende Mehrheit der Geburten in Deutschland in Kreißsälen stattfindet, ist dieses Setting, die Kreißsaalgeburt, als Bezugspunkt der nachfolgenden Ausführungen gewählt. Weiter steht in den folgenden Erläuterungen zum Schaubild vor allem das Geschehen während der Geburt im Fokus, und zwar im Sinne einer konkreten Situation, in der eine Schwangere beziehungsweise Gebärende im Kreißsaal ist, mit Geburtshelfer*innen und gegebenenfalls Begleitpersonen interagiert und ein (beziehungsweise mehrere) Kinder zur Welt bringt. Es liegt auf der Hand, dass Gewalt im Kontext der Geburtshilfe jedoch auch an anderen Orten (z. B. gynäkologischen Praxen, außerklinischen Geburtshilfe-Einrichtungen, Beratungsstellen, Wochenbettstationen, Kinderkliniken) als nur im Kreißsaal stattfinden kann; und Gewalt kann nicht nur während, sondern auch vor und nach der Geburt stattfinden. In einigen Fällen des empirischen Materials wird sehr deutlich, dass es sich bei Gewalt in der Geburtshilfe nicht um ein einmaliges, besonders hervorgehobenes, übergreifig-gewaltsames Ereignis rund um das unmittelbare Geburtsgeschehen handelt, sondern um Handlungen und Verhaltensweisen mit häufig eher sequenziellem Charakter. Der Begriff ›sequenziell‹ ist hier angelehnt an das von Hans Keilson⁶⁶ in einer Studie zur Traumatisierung von jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden entwickelte und von David Becker⁶⁷ mit Bezug auf Flucht und Folter erweiterte Konzept

66 Vgl. Hans Keilson: *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*, Gießen: Psychosozial-Verlag 2005 (ND der Ausgabe Stuttgart: Enke 1979).

67 Vgl. David Becker: *Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten*, 2. Aufl., Gießen: Psychosozial-Verlag 2014.

der ›sequenziellen Traumatisierung‹. Darunter wird die Abfolge von traumatisierenden und/oder traumaverstärkenden Erfahrungen im Sinne eines massiv-kumulativen Charakters von Gewalterleben verstanden. In Kritik an der symptomorientierten Einengung des Traumbegriffs in biomedizinischen und psychiatrischen Diskursen – wie sie unter anderem auch für die Geburtshilfe vorliegen – nehmen Traumakonzepte im Anschluss an Keilson und Becker über eine individualisierende und pathologisierende Perspektive hinausgehend stärker die sozialpolitischen Rahmenbedingungen in den Fokus, unter denen Traumatisierung von Menschen überhaupt erst geschieht.

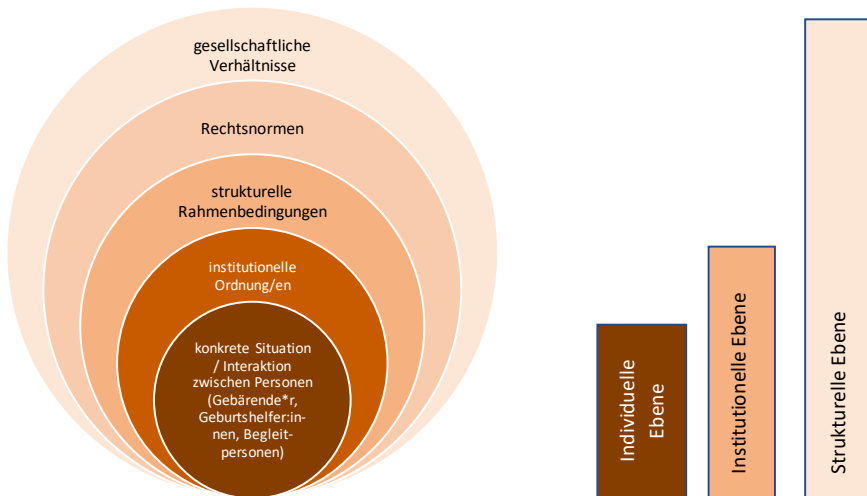
In Übernahme einer solchen Perspektive, die auf die Analyse der politischen und gesellschaftlichen Vermitteltheit von Gewalt und Trauma zielt,⁶⁸ sollen nunmehr zunächst die für Gewalt in der Geburtshilfe relevanten Kontexte skizziert werden, wie sie sich aus der Literaturdurchsicht sowie aus eigenem empirischen Material abzeichnen (Abb. 34: Kontextbedingungen geburtshilflicher Gewalt). Sodann wird in einem weiteren Schaubild aufgezeigt, welche Formen von Gewalt jeweils damit verbunden sein können. Zugleich soll die Grafik abbilden, dass in einer einzigen Situation beziehungsweise Abfolge von gewaltsamen Widerfahrnissen mehrere Gewaltformen gleichzeitig oder im Wechsel vorherrschen können beziehungsweise diese sich wechselseitig durchdringen, bedingen und co-konstituieren (Abb. 35: Formen und Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe). Eingangs benannte Typologien von Gewalt in der Geburtshilfe aus dem Bereich der Public-Health-Studien werden dahingehend erweitert und transformiert, als Gewalt in der Geburtshilfe nicht nur als ursächlich im Kontext des Gesundheitswesens, sondern auch als Ausdruck und Ergebnis gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse verstanden wird, die ihrerseits komplexe Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Achsen der Ungleichheit (entlang Geschlecht, sozialer und ethnischer Herkunft, sexueller Orientierung, ›ability‹ und medizinischem Status, Alter) aufweisen.

Abbildung 34 zeigt zunächst im inneren Oval die konkrete geburtshilfliche Situation, in der Schwangere beziehungsweise Gebärende, gegebenenfalls Begleitpersonen der Gebärenden und geburtshilfliches Personal unter je spezifischen Bedingungen ›ankommen‹: Es treffen in einem räumlich und zeitlich konkreten Setting Menschen mit unterschiedlichen biografischen und professionellen Situierungen, Vorerfahrungen, Normen und Ressourcen aufeinander, die miteinander interagieren (oder schlechterdings auch nicht, aber auch das hat Wirkung). Dieses Aufeinandertreffen findet unter bestimmten räumlichen und institutionellen Bedingungen statt, insoweit ein Kreißaal – als Teil eines Klinikums – eigene Logiken, professionelle Handlungs- und Deutungsroutrinen und eine je spezifische institutionelle Kultur aufweist, die z. B. durch die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Mediziner*innen und Hebammen geprägt ist (zweites Oval). Bis zu einem bestimmten Grad sind die Rahmenbedingungen, unter denen im Kreißaal gearbeitet wird, sowie die jeweilige Geburtskultur individuell innerhalb des jeweiligen Hauses gestaltbar (so z. B. von Führungskräften verschiedener

68 Vgl. dazu Ariane Brensell: »Politische Dimensionen von Trauma. Zur gesellschaftlichen Vermitteltheit von Gewaltfolgen«, in: Monika Jäckle/Bettina Wuttig/Christian Fuchs (Hg.), Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule, Bielefeld: transcript 2017, S. 133–146.

Ebenen der Institution Krankenhaus oder vom geburtshilflichen Team). Darüber hinaus jedoch sind strukturelle Rahmenbedingungen der klinischen Geburtshilfe (gesundheits-, sozial- und arbeits-)politisch reguliert sowie durch ökonomische und (versicherungs-, arbeits-)rechtliche Kontexte bedingt (drittes Oval). Diese sind ihrerseits formal an nationale und internationale Rechtsnormen wie z. B. Patient*innenrechte, Grund- und Menschenrechte gebunden (viertes Oval). Als Teil gesamtgesellschaftlicher Verhältnisse, die alle bisher genannten Ebenen umgeben (fünftes Oval), durchwirken die mit ihnen verbundenen Machtstrukturen sowie die jeweils vorherrschenden Werte, Normen und Diskurse die verschiedenen Ebenen und ihre Wechselwirkungen zueinander.

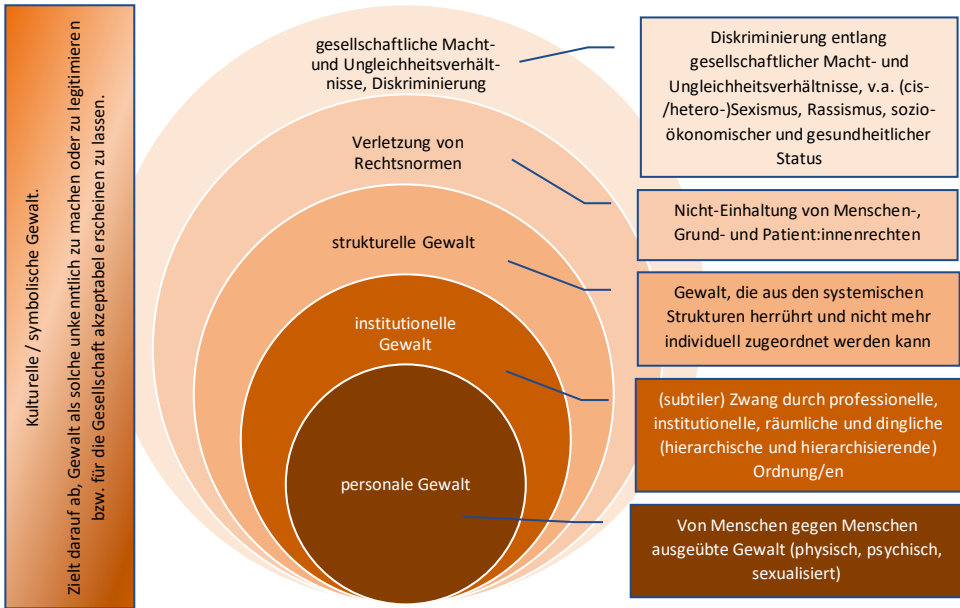
Abb. 34: Kontextbedingungen geburtshilflicher Gewalt



Alle diese Ebenen sind von Menschen gestaltet und somit auch veränderbar. Bereits institutionelle oder strukturelle Aspekte sind jedoch häufig nicht mehr individuell zu-rechenbar beziehungsweise individuell verantwortlich – obgleich gesellschaftliche, normative, rechtliche, strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen ihrerseits die Handlungsfähigkeit und -reichweite Einzelner in der konkreten Gebärsituation einerseits konstituieren und durchwirken, andererseits begrenzen und behindern (vgl. dazu die Pfeile am rechten Rand der Abb. 34).

Auf allen Ebenen, die in den Ovalen der Abbildung 34 dargestellt sind, kann Gewalt in der Geburtshilfe entstehen beziehungsweise mit anderen Gewaltdimensionen in komplexe Wechselwirkungen treten (vgl. im Folgenden Abb. 35).

Abb. 35: Formen und Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe



Auf all diesen Ebenen kann sich Gewalt in der Geburtshilfe manifestieren. In der konkreten Interaktion kann personale Gewalt (innerstes Oval) entstehen, die psychische, physische und/oder sexualisierte Formen annehmen kann. Dabei bleibt sie jedoch an die Leiblichkeit und Sozialität des Menschen gebunden und resultiert aus der existenziellen Verletzlichkeit des Menschen. Auf der institutionellen Ebene kann Gewalt aus der Struktur und den Handlungslogiken der geburtshilflichen Einrichtung hervorgehen; dazu gehören z. B. Effekte stark hierarchischer und hierarchisierender Beziehungen zwischen beteiligten Professionen und Gebärenden, die auf Unterordnung und Kontrollausübung zielen. Auch die Räumlichkeiten eines Kreißsaals (und zugeordneter Räume, wie Operationssaal, Wochenbettstation etc.) selbst und die auf die Funktionsweise der Institution (statt auf die Bedarfe von Gebärenden) ausgerichteten Logiken können mehr oder weniger subtilen Zwang ausüben sowie Handlungsmöglichkeiten einschränken (zweites Oval).

›Strukturelle Gewalt‹ (drittes Oval) ist ein Begriff, der von Johan Galtung⁶⁹ geprägt wurde. Hier geht es um eine Gewalt, die aus den systemischen Strukturen herrührt, die zwar von Menschen gemacht und zu verantworten sind, aber individuell nicht mehr zu-rechenbar sind. Strukturelle Gewalt ist demnach immer dann gegeben, »wenn es keinen direkten Täter, aber doch einen Dauerzustand von Gewalt gibt, die Gewalt also in die sozialen Strukturen einer Gesellschaft oder eines Systems eingebaut sein muss«. ⁷⁰

69 Vgl. Johan Galtung: Strukturelle Gewalt – Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1975.

70 Peter Imbusch: »Der Gewaltbegriff«, in: Wilhelm Heitmeyer/John Hagan (Hg.), Internationales Handbuch der Gewaltforschung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2002, S. 26–57, hier S. 39.

Strukturelle Gewalt ist demnach, »wenn Menschen so beeinflusst werden, daß ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung«. ⁷¹ Geburtshilfliche Gewalt nimmt dabei nicht selten die Form eines Verstoßes gegen rechtliche Normen und Standards an (viertes Oval); so etwa als Verstoß gegen Aufklärungs- und Einwilligungsrechte, wie sie im bundesdeutschen Patientenrechtsgesetz von 2013 festgeschrieben sind und/oder als Verletzung von Frauen- und Menschenrechten, wie sie oben bereits eingehender dargelegt worden sind. Im äußersten Oval sind es die gesellschaftlichen Ungleichheits- und Machtverhältnisse, aus denen Gewalt hervorgeht und sich z. B. in Diskriminierung äußert, die ihrerseits wiederum sowohl strukturelle als auch personal ausgeübte Dimensionen annehmen kann. Quer zu diesen Formen und Dimensionen von Gewalt liegt eine Form von Gewalt, die an dieser Stelle als »symbolische Gewalt« bezeichnet wird (es wird noch zu prüfen sein, inwieweit hier die Adaption des Begriffs »epistemischer Gewalt« stimmig/er ist – dies erfolgt an anderer Stelle). Symbolische Gewalt zielt darauf ab, andere Formen von Gewalt (wie direkte personale Gewalt, institutionelle oder strukturelle Gewalt oder Rechtsverletzungen) zu legitimieren, sie nicht als Unrecht erscheinen zu lassen beziehungsweise als spezifische Form von Gewalt unsichtbar zu machen. Träger dieser Gewalt sind etwa Medien, Wissenschaft, Religion, Ideologien, Sprache und Kunst, insofern diese Macht- und Herrschaftsverhältnisse sowie die in ihnen eingelagerten Gewaltstrukturen beschönigen, unkenntlich machen oder verklären. Im Kontext Geburtshilfe sind es unter anderem die Behauptung medizinischer Notwendigkeit, die Naturalisierung und Normalisierung von Gewalt als Teil des Geburtsprozesses sowie die Anrufung von Mütterlichkeits- und Weiblichkeitsstereotypen, eigene Bedarfe hinter denen des Kindes zurückzustellen, die eine solche Funktion symbolischer Gewalt einnehmen.

Name it! Zum konzeptionellen Verständnis von »Gewalt in der Geburtshilfe«

Es wird durchaus kritisch diskutiert, dass der Begriff »Gewalt« auch abschreckende Wirkung für Geburtshelfer*innen und Akteur*innen des Gesundheitssystems haben kann. ⁷² Dabei ist allerdings häufig ein Alltagsverständnis von »Gewalt« zugrunde gelegt, das absichtsvolles verletzendes Handeln Einzelner meint. Aus (sozial-)wissenschaftlicher Perspektive jedoch erweist sich der Begriff als mit großer analytischer Tiefe und Anschlussfähigkeit für Diskurse um Menschenrechte, Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen, geschlechtsspezifische Gewalt sowie um intersektionale Perspektiven auf Diskriminierung und Ungleichheit ausgestattet. Vor diesem Hintergrund wird hier für die Verwendung des Begriffs »Gewalt in der Geburtshilfe« (»obstetric violence«) plädiert:

Der Begriff zielt in erster Linie auf die Perspektive derer, die Gewalt erfahren haben, ohne diese jedoch auf den Status von Opfern zu beschränken und stellt die Vermeidung der (potenziellen) Verletzung ins Zentrum. »Gewalt in der Geburtshilfe« wird sowohl als

71 Johan Galtung: Strukturelle Gewalt, S. 9.

72 Vgl. Sylvie Lévesque/Audrey Ferron-Parayre: »To Use or Not to Use the Term »Obstetric Violence«: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman«, in: Violence Against Women 27 (2021), H. 8, S. 1–10.

Form von Gewalt im Geburtshilfe- und Gesundheitssystem konzipiert als auch im weiteren Kontext geschlechtsspezifischer Ungleichheits- und Machtverhältnisse und als Form von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen gefasst. Insoweit wird es möglich, den vergeschlechtlichten, (hetero-)sexistischen und systemischen Charakter zu reflektieren und Genderaspekte als zentrale Einflussfaktoren von Gewalt in der Geburtshilfe aufzuzeigen; ebenso kann es so gelingen, deren Verquickung mit spezifischen Hierarchien, Autoritäten und professionellen Wissensbeständen (und den ihnen eingelagerten Konstruktionen über gebärende Körper) zu untersuchen. Mit einem weiten Fokus auf Gewalt in der Geburtshilfe als Form von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen kommen zugleich die Beziehungen zu anderen Formen von Gewalt und Unterdrückung von Frauen wie auch die wechselseitige Durchdringung unterschiedlicher Achsen der Differenz (entlang ›race‹, ›class‹, ›ability‹, geschlechtlicher und sexueller Identität, medizinischem Status, Religion) in den Blick. Die Bezugnahme auf eine menschenrechtsbasierte Perspektive scheint mir – unter Einbeziehung der kritischen Diskussion dazu – sinnvoll, weil sie wichtige und starke normative Anschlussmöglichkeiten auch für politische und rechtliche Handlungsperspektiven bietet.