

Reproduktive Normen und zeitliche Aspekte

Elif Gül, Doris Leibetseder

»Reproduction is not just a matter of individual choice. Reproductive health policy affects the status of entire groups. It reflects which people are valued in our society; who is deemed worthy to bear children and capable of making decisions for themselves. Reproductive decisions are made within a social context, including inequalities of wealth and power.«

(Roberts 2000, zitiert in Nixon 2013, S. 73)

Einleitung

Im Folgenden sollen sich verändernde Normen in der menschlichen Reproduktion näher beleuchtet werden. Dies wird exemplarisch an zwei Beispielen aufgezeigt, die gemäß dem reproduktiven Ablauf angeordnet sind. Zunächst wird die queere¹ und trans² Reproduktion mittels Assistierten Reproduktionstechnologien (ART) betrachtet. Hierbei werden Ergebnisse aus der Marie Skłodowska-Curie Actions Fellowship (Horizon 2020: Excellent Science; QTReproART: Grant Agreement ID 749218) *Towards an Inclusive Common European Framework for Assisted Reproductive Technologies (ART): Queer & Transgender Reproduction in the Age of ART* (Uppsala University, 2017–2019) herangezogen. Darauf folgt das zweite Beispiel, das sich sowohl der gerechten Geburt als auch jenem Aktivismus widmet, der sich darum bemüht die Normen rund um die Geburt in einer Klinik zu verändern und geburtshilfliche Gewalt zu verhindern. Beide Fälle werden durch das Projekt *Reproduktive Gerechtigkeit im Rahmen von Queer und Trans* Reproduktion* des Elisabeth List Fellowships der Universität Graz bearbeitet.

Als Normen werden »gemeinsam geteilte Erwartungen, dass in bestimmten Situationen ein bestimmtes Verhalten gewählt werden soll und, dass abweichendes Verhalten mit Sanktionen beantwortet wird« (Tutić et al. 2015, S. 627) beschrieben. Im ersten Fall geht es um die heteronormative und cis Norm der Reproduktion, die die Fruchtbarkeit von heterosexuellen und cis Personen als wertvoll anerkennt und diese als erhaltenswert erachtet. Falls eine Erhaltung nicht möglich ist, sollen nach dieser Norm diesen Personen ein möglichst einfacher Zugang zu

-
- 1 Queere Personen passen nicht in traditionelle Geschlechter- und Sexualitätsnormen. Üblicherweise beschreibt *queer* Personen, die nicht heterosexuell oder cisgender sind. Es wird als Dachbegriff für LGBTIQ* Personen benützt, obwohl sich manche schwule oder lesbische Personen selbst nicht als *queer* beschreiben.
 - 2 Trans ist jemand/jemensch »who does not feel comfortable in the gender role they were attributed with at birth, or who has a gender identity at odds with the labels ›man‹ or ›woman‹ credited to them by formal authorities« (Whittle 2006, S. xi).

Reproduktionstechnologien und zur offiziellen Elternschaft sowie den benötigten Dokumenten gewährt sein. Deren Reproduktionswunsch und Elternschaft zählt aufgrund der genannten Norm als gutes Leben, wohingegen queere und trans Reproduktion und deren Kinderwunsch erst langsam gesellschaftlich anerkannt und akzeptiert werden. Oft, wenn überhaupt möglich, erfolgt mit der queeren und trans Reproduktion eine Assimilierung an die heterosexuellen und cis Normen. Dies kreiert einige Hürden und Herausforderungen. Hier hilft das Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit, um die Ausgangslage für hetero/cis Personen und queere/trans Personen gleich zu gestalten und strukturellen Diskriminierungen von letztgenannten entgegenzuwirken.

Im letzteren Fall, der gerechten Geburt, geht es um Normen im Krankenhaussystem, die eine starke Disziplinierung von Körpern und dem Geburtsprozess verlangen, um in Bezug auf die Gesundheit des Kindes und der Mutter möglichst wenige Risiken einzugehen. Das können zum Beispiel Medikamente sein, die eine Geburt verlangsamen oder beschleunigen, das (lange) Nutzen von CTG (Kardiotokografie)³ und routinierte vaginale Untersuchungen. Eine weitere Herausforderung ist oft, dass keine Eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt im Krankenhaus möglich ist, weil zu wenig Personal vor Ort ist.

In diesem Beitrag wird Reproduktive Gerechtigkeit als Konzept vorgestellt und anschließend Ungerechtigkeiten in Bezug auf trans und queere Reproduktion und deren zeitlichen Aspekte aufgegriffen. Anschließend wird das Konzept von *Birth Justice* vorgestellt und zeitliche Aspekte bei der Geburt näher beleuchtet. Somit zeigen wir auf, welche Normen sich aktuell verändern.

Reproduktive Gerechtigkeit als neue Norm?

Reproduktive Gerechtigkeit (RG) ist ein theoretisches, analytisches und auch aktivistisches Konzept und wird als anti-essentialistisch und in-

3 Dabei werden die Uteruskontraktionen und die Herzfrequenz des Kindes aufgezeichnet.

tersektionaler Zusammenschluss aus Wissenschaft, Aktivismus, Recht und Kunst verstanden oder ausgelegt. Es kombiniert die soziale Gerechtigkeit mit den sexuellen und reproduktiven Rechten und wurde in den 1990er Jahren von Schwarzen Feminist*innen als Antwort auf die Frauen*gesundheitsbewegung, die sich hauptsächlich mit den Problemen von *weißen*⁴ Frauen beschäftigte, beschrieben (Kitchen Politics 2021; Sister Song o.D.; Ross, Solinger 2017; Ross 2021; Kyere 2021; Heinrich Böll Stiftung 2023).

Die Kernforderungen der Bewegung sind:

- a) das Recht, sich für Kinder zu entscheiden und die Formen der Schwangerschaftsversorgung und Geburtshilfe selbstbestimmt wählen zu können;
- b) das Recht, keine Kinder zu bekommen und sicheren Zugang zu Verhütungs- und Abtreibungsmöglichkeiten zu haben;
- c) das Recht, Kinder in selbst gewählten Umständen aufziehen zu können – frei von institutioneller, struktureller und interpersoneller Gewalt sowie unter guten sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Bedingungen;
- d) das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, das sexuelle Autonomie, geschlechtliche Selbstbestimmung und sexuelle Lust beinhaltet (Kyere 2021; Ross 2021).

Die Forderungen und auch die Möglichkeiten des Konzepts haben sich mit der feministischen Bewegung und auch mit den technologischen und wissenschaftlichen Neuerungen in der Gesellschaft und in der Reproduktionsmedizin verändert. Durch RG soll ein gutes Leben möglich sein, indem reproduktive Möglichkeiten selbst gewählt werden können. Die Möglichkeit der generellen Entscheidung für oder gegen eine Reproduktion und die Option Reproduktions- oder Verhütungs-

4 In diesem Beitrag wird ›*weiß*‹ kursiv und klein und ›Schwarz‹ großgeschrieben, um in der Schreibweise die miteinzubeziehende soziale Konstruktion von Macht in Bezug auf Rassismus aufzuzeigen.

methoden selbst auswählen zu können, trägt zu einem erfüllten und selbstermächtigten Leben bei.

Das Individuum fühlt sich in einer Gesellschaft akzeptiert, in der es Autonomie über die eigene Reproduktion und Reproduktionsmöglichkeiten hat. Gleichzeitig hat es auch das Potential zur Reproduktion dieser Gesellschaft und somit auch zur Zukunft und dem Fortbestehen derselben beizutragen. Das Individuum ist daher ein integrativer Bestandteil und kann mitbestimmen, wer reproduziert wird und wie sich jemensch fortpflanzen kann beziehungsweise unter welchen Umständen dies geschehen soll. Sarah Franklin schreibt in ihrer Einführung zur zweiten Ausgabe von *Embodied Progress* (2023) darüber, dass dadurch wie Menschen Reproduktion ermöglichen und arrangieren einiges über deren gesellschaftliche Struktur und Kontext offengelegt wird, und dass Elternwerden davon abhängt, welcher sozialer Status eingenommen wird und wie eng verbunden mensch mit dieser Gesellschaft ist (Franklin 2023, S. 1 und S. 5–6). Zusammenfassend schreibt sie dazu:

»Normative pressures are experienced differently depending on who you are and how you are socially located: while some people are under considerable pressure to have children, others are forced or encouraged to have fewer offspring – or none at all – and still others have their children taken away, undergo forced sterilisation or a legally prohibited from becoming parents.« (ebd., S. 6)

Die RG als neue Norm will diese Ungerechtigkeiten beseitigen. Im nächsten Abschnitt wird angeführt, wo Forderungen der RG für queere und trans Personen noch nicht erfüllt sind und welche Rolle zeitliche Angelegenheiten spielen.

Ungerechte queer und trans Reproduktion mittels ART

Die Lebensrealität für queere und trans Personen und deren Reproduktionsmöglichkeiten sind in vielen Fällen von reproduktiver Ungerechtig-

keit geprägt und bereits die erste Kernforderung der RG ist oft nicht erfüllt: Kinder unter selbst gewählten Bedingungen zu bekommen.

Zum Beispiel existiert das Sterilisationsgesetz für trans Personen in manchen Staaten Europas noch immer (Transrightsmap 2024).⁵ Das Beispiel Polen zeigt, dass sogar ohne ein Sterilisationsgesetz eigene Kinder zu bekommen für trans Personen verunmöglicht werden kann: In Polen ist eine Gerichtsverhandlung für die offizielle Geschlechtsanerkennung notwendig, in der auch die bereits erwachsene trans Person die eigenen Eltern anzeigt und diese der Geschlechtsanerkennung zustimmen müssen. Die Gerichtsverhandlung kann sich über mehrere Jahre erstrecken und sehr entmenschlichend sein. Das Urteil hängt des Weiteren davon ab, ob die trans Person bereits in deren Geschlechtsidentität erkennbar ist (also *passen* kann). Dies ist teilweise durch Hormongabe erreichbar, die nur von wenigen Ärzt*innen, wenn überhaupt, bewilligt wird und im Falle von trans Frauen einer Sterilisation gleichkommt. Eine Äußerung eines Reproduktionswunsches (d.h. auch der Wunsch nach Fruchtbarkeitsbehandlungen vor Hormongaben oder Operationen) würde das Urteil negativ beeinflussen.

Im Fall, dass Kinder nach der legalen Transition gezeugt/gebärt werden, besteht die Gefahr, dass das Urteil und somit die legale Geschlechtsanerkennung wieder rückgängig gemacht und aberkannt wird; auch wenn bereits Kinder vor der Transition vorhanden sind, besteht die Gefahr, dass durch die erzwungene⁶ Scheidung während der Transition, die elterliche Obhut und das Sorgerecht für die Kinder verloren geht (ILGA Europe 2022).⁷ Durch diese indirekten Gesetze, wird

5 Diese Staaten sind Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Lettland, Montenegro, Rumänien, Serbien, Slowakei, Tschechien.

6 ›Erzwungen‹ deshalb, weil in manchen Staaten mit der Transition gesetzlich einhergeht, dass eine Scheidung durchgeführt werden muss, z.B. besonders wenn von einer heterosexuellen auf eine gleichgeschlechtliche Ehe gewechselt werde und eine gleichgeschlechtliche Ehe in diesem Staat nicht erlaubt ist.

7 Ein besonders tragischer Fall ist der eines Transmanns, der nach der Transition vergewaltigt wurde und ein Kind geboren hatte, und dem mit der Aberkennung der offiziellen Geschlechtsanerkennung gedroht wurde und ihm aber durch fehlende/inkorrekte Geburtsdokumente die Freigabe zur Adoption fast verun-

den trans Personen ein Recht auf leibliche Kinder entzogen. Welche Rolle zeitliche Aspekte für die Reproduktion von trans Personen spielen, legen wir weiter unten dar.

Auch für queere Personen ist diese erste Kernforderung der RG oft nicht gegeben, da nationale Gesetze häufig den Zugang zu gewissen Reproduktionstechnologien nur unter bestimmten Bedingungen (Altersgrenze, Heirat und/oder Staatsbürger*innenschaft, die Kosten sind meistens selbst zu tragen) erlauben, oft jedoch auch einschränken oder gänzlich verbieten. Falls genügend finanzielle Mittel und eine gewisse zeitliche Flexibilität im Job zur Verfügung stehen, können im Fall einer Einschränkung oder eines Verbots im Heimatland auch teilweise ART im Ausland in Anspruch genommen werden. Elternschaft und die Staatsbürger*innenschaft für das Kind zu bekommen ist mit Hürden verbunden – auch sogar, wenn ART im Inland angewandt wurde – und es ist nicht immer gegeben, dass in den Dokumenten dazu die richtige Terminologie (zwei Mütter oder ein gebärender Vater in der Geburtsurkunde) verwendet wird. Die verschiedenen nationalen Gesetze können auch dazu führen, dass internationale queere und trans Familien zusätzliche Hürden bestehen müssen, oder Gefahr laufen, im Falle einer Reise oder eines Umzugs in ein anderes Land (auch innerhalb der EU) die Elternschaft aberkannt zu bekommen. Eine Delegitimierung kann auch durch eine Gesetzesänderung im eigenen Land erfolgen, wie z.B. gerade in Italien diskutiert wird, dass LGBTIQ-Eltern, die bereits das Obsorgerecht haben, dieses Recht wieder entzogen werden soll (Di Donfrancesco 2023).

Die erste Kernforderung der RG ist somit nur für gewisse queere Personen, die genügend finanzielle Mittel und zeitliche Ressourcen besitzen, realisierbar. Meist sind das *weiße* lesbische cis Frauenpaare mit mittlerem bis oberem Einkommen (Dahl 2018, Twine et al. 2021). Jedoch läuft auch diese Personengruppe wieder in Gefahr diese Rechte zu verlieren, da ART-, Familien-, Staatsbürger*innenschaftsgesetze

möglichst wurde. Dieser Fall wurde der 2. Autorin in einem Zoom-Gespräch mit einer polnischen Forscherin mitgeteilt. Leider können nicht mehr Details dazu wegen der Anonymisierung der betroffenen Person veröffentlicht werden.

und LGBTIQ-Rechte änderbar sind und durch einen Umzug ins Ausland wieder andere nationale Gesetze und Rechte gelten.

Die dritte Forderung der RG, Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung frei von individueller und staatlicher Gewalt großzuziehen, ist für queere und trans Familien oft nicht gegeben. Interpersonale Mikroaggressionen und Diskriminierung existieren ebenso wie strukturelle Diskriminierungen und staatliche Gewalt (z.B. das Sterilisationsgesetz) gegen queer und trans Familien.

Auch die vierte und später hinzugefügte Forderung nach sexueller Autonomie, geschlechtlicher Selbstbestimmung und sexueller Lust ist für queere und trans Personen häufig nicht erfüllt, wenn Reproduktionsmöglichkeiten eingefordert werden.

Zeitliche Aspekte

Was die Abschaffung des Sterilisationsgesetz für trans Personen betrifft, gab es im deutschsprachigen Raum folgende markante Jahreszahlen: in Österreich galt dieses Gesetz bis 2009 (Verwaltungsgerichtshof 2009, Ziffer 2008/17/0054). In der Schweiz und in Deutschland galt es bis 2011, wobei es in Deutschland nur ausgesetzt wurde und im TSG (Transsexuellengesetz, Paragraph 8) noch bis 2024 vorhanden war (BVerfG 2011, 1 BvR 3295/07). Der Gesetzesentwurf, in dem das TSG durch das Selbstbestimmungsgesetz ersetzt wird, wurde am 12. April 2024 verabschiedet. Das neue Gesetz beinhaltet keine Regelung zu geschlechtsangleichenden medizinischen Maßnahmen (BMFSFJ 2024). Wichtig ist zu betonen, dass eine Sterilisation irreversibel ist und somit eine lebenslange zeitliche Auswirkung impliziert. Laut eines Interviewberichts mit einem Betroffenen sind in Deutschland zwischen 1981 und 2011 ca. 10.000 trans Personen zwangssterilisiert worden (Balov 2019). Für die Personenstandsänderung war die geschlechtsangleichende Operation verpflichtend und der Betroffene hinterfragte diese Vorgangsweise auch nicht. Er wollte lediglich alle Bestimmungen für die Transition erfüllen, aber als er den OP-Bericht las und erfuhr, dass sich in der entfernten Gebärmutter auch eine Eizelle befand, wurde ihm bewusst, was passiert war: »Meine Eizelle, mein Geschenk, Leben

weiterzugeben – weg, für immer« (ebd.). Dieses Trauma und die damit verbundene Trauer über den erlebten Verlust, wird ihn »sein ganzes Leben lang begleiten« (ebd). Er und viele andere Betroffene fordern gemeinsam mit dem Bundesverband Trans* Entschädigungen vom Staat. Diese Entschädigungen werden in Schweden, wo Zwangssterilisation zwischen 1972 und 2013 durchgeführt wurde, bereits seit 2018 ausbezahlt. Eine betroffene Person bekommt ca. umgerechnet 22 500 Euro und ca. 600–700 Personen haben Anspruch auf Entschädigung (RFSL 2018; Alaattinoğlu and Rubio-Marín 2019).

Aber auch in Staaten, in denen der Sterilisationszwang abgeschafft wurde, bestehen noch andere zeitliche Hindernisse für trans und queere Personen mit Reproduktionswunsch. Für trans Personen ist es wichtig, dass sie vor einer Hormon- oder chirurgischen Behandlung zeitgerecht über die Möglichkeiten zur Erhaltung ihrer Fruchtbarkeit informiert werden. Besonders trans Frauen laufen Gefahr, dass ihre Gameten durch eine längere Östrogengabe unfruchtbar werden und dies auch dann bleiben, wenn sie die Hormonbehandlung über längere Zeit gestoppt haben (UCSF Transgender Care 2020a). Trans Männer können auch nach längeren Testosteronbehandlungen fruchtbar sein, da die Menstruation nach Testosteronstopp oft wieder einsetzt. Trotzdem bleibt ein zeitliches Risiko, weil auch sie mit dem Alter weniger fruchtbar werden (UCSF Transgender Care 2020b).

Es gibt aber nicht nur eine biologische Dringlichkeit, sondern auch eine psychologisch-soziale. Dieser psychologisch-soziale Zeitdruck entsteht durch eine oft lange Wartezeit für die geschlechtsanerkennende Behandlung (Bartholomaeus und Riggs 2020), z. B. kann es in England bis zu sieben Jahre dauern, ein erstes medizinisches Gutachten zur geschlechtsanerkennenden Behandlung über die NHS (National Health Service) zu bekommen (Bullock 2023). Diese Wartezeit verlängert aber die psychologischen Probleme in der alltäglichen Gesellschaft, die dadurch entstehen, weil die trans Person nicht in deren Geschlechtsidentität *passen* kann, z. B. ohne Hormongaben. Somit ist auch die Selbstmordgefahr bei einigen trans Personen über längere Zeit erhöht (Trotsenburg 2024). Im Falle, dass es zusätzlich lange Wartezeiten für eine Fruchtbarkeitsbehandlung gibt, die vor einer geschlechtsanglei-

chenden Behandlung vollzogen werden soll, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass betroffene Personen die Fruchtbarkeitsbehandlung nicht in Anspruch nehmen wollen. Begründet ist dies darin, dass einige trans Personen einen frühen Beginn mit der geschlechtsanerkennenden medizinischen Behandlung bevorzugen (Payne und Erbenius 2018, S. 336–337). Eine australische Studie streicht hervor, dass eine Fruchtbarkeitsbehandlung so zeitnah wie möglich durchgeführt werden soll, damit die nachfolgende geschlechtsanerkennende Behandlung nicht unnötig verzögert wird (Bartholomaeus und Riggs 2019).

Dies zeigt, dass eine Priorisierung von trans Personen in Fruchtbarkeitskliniken notwendig ist. Das gilt in besonderen Maßen im Nachgang der Covid 19-Pandemie, in der sich die Wartezeiten auf alle medizinischen Behandlungen und insbesondere auch in trans Kliniken durch Personalmangel und finanziellen Einsparungen verlängert haben (Fedorko et al. 2021). Zeitgleich verlängerten sich die Wartezeiten für Fruchtbarkeitsbehandlungen, weil es zu einem Engpass von Gametenspenden kam (SVT 2021). Dieser Covid-Engpass ist auch für queere Personen spürbar, die auf Spermien, Eizellspenden oder Leihmutterchaften angewiesen sind, wie zum Beispiel in Schweden, wo es je nach Stadt und Wohnort eine mehrjährige Wartezeit auf Spermien geben kann (ebd).

Queeren Wunschertern, die altersmäßig nahe an der obersten Altersgrenze zur Fruchtbarkeitsbehandlung liegen, kann bei einer solchen Wartezeit die Zeit zu knapp werden, vor allem wenn, wie es oft der Fall ist, mehrere Versuche für eine erfolgreiche Schwangerschaft notwendig sind. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen auf eine Auslandsbehandlung in einem Land ausweichen, in dem es eine höhere Altersgrenze gibt oder dazu, dass sie die Hoffnung auf biologischen Nachwuchs gänzlich aufgeben.

Gerechte Geburt & *Birth Justice*

Das Konzept der gerechten Geburt sowie die *Birth Justice* Bewegung haben in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen und spiegelt

sich in den Anforderungen an die Geburtshilfe sowie auch an Gebärende wider. Das grobe Ziel eines körperlich gesunden lebenden Kindes und einer körperlich gesunden lebenden Mutter war, wie oben dargestellt, einst die Norm und wird heute stark in Frage gestellt und als unzureichend diskutiert. In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, dass diese Norm im Diskurs um Gewalt in der Geburtshilfe und die feministische Frauen*gesundheitsbewegung durch unterschiedlichste Akteur*innen aktuell einem Wandel unterliegt. Heute besteht immer mehr der Wunsch nach einer gerechten Geburt und somit einem guten Start ins Leben. Genauso wird auch ein intersektional ausgerichteter, queerfeministischer Wunsch nach gerechter Geburt im Rahmen von queerer und trans Geburt lauter (Yam und Fixmer-Oraiz 2023). Auch wenn Gewalt in der Geburtshilfe und während der Geburt kein neues Phänomen ist, wird erst durch die genannte Bewegung seit relativ kurzer Zeit in hinreichendem Maße darauf aufmerksam gemacht ist (Winkler und Babac 2022).

Die Akteur*innen, die sich in diesem Feld bewegen, sind viele: Hebammen, Doulas, Ärzt*innen, Gebärende, Frauen, Krankenhäuser, Geburtshäuser, Partner*innen, die Weltgesundheitsorganisation, Aktivist*innen (in und außerhalb der sozialen Medien), Forschende, uvm.

Aktivist*innen rund um die Geburtshilfe haben mit der *Roses Revolution* 2011 in Spanien begonnen, Rosen an die Türen von Krankenhäusern zu legen, in welchen sie wussten, dass es zu Gewalt während der Geburt gekommen war (UN Women 2018). Initiiert von der Aktivistin Jesusa Ricoy wird jährlich zum 25. November am Tag gegen Gewalt an Frauen und Mädchen die *Roses Revolution* aktiv (Frauenmuseum Hittisau, o.D.). Als Symbol eines stillen Aufstandes, als Rückmeldung oder Antwort auf die Zustände in Krankenhäusern soll dies auf die Missstände in der Geburtshilfe aufmerksam machen (Roses Revolution Deutschland, o.D.).

Angestoßen dadurch begannen viele Mütter und Gebärende in den sozialen Medien über ihre Geburtserfahrungen zu berichten, wodurch viele andere Medien aufmerksam auf Gewalt in der Geburtshilfe wurden (siehe z.B. Kern 2022; Zinke und Gučanin 2018). Ebenfalls wurde und wird das Thema immer häufiger wissenschaftlich aufgegriffen und auch

im Kontext von geschlechterbezogener Gewalt diskutiert und erforscht (Barata et al. 2023; IPPF 2022). In der Geschlechterforschung sowie auch anderen feministischen Diskursen innerhalb der Wissenschaft gibt es bereits eine längere Auseinandersetzung mit Machtstrukturen innerhalb der Gynäkologie und Geburtshilfe. Bereits in den 1950er Jahren wurden durch die Frauen*gesundheitsbewegung das ›Management der Geburt und das Erscheinen des männlichen Geburtshelfers als Arzt sowie das Verdrängen von Hebammen in den Hintergrund kritisiert (Jung 2017; Vallverdú und Boix 2019; van der Waal et al. 2022).

Weitere aktivistische Organisationen und Initiativen für *Birth Justice* oder auch gerechte Geburt sind zum Beispiel die *Geburtenallianz* in Österreich, *Gerechte Geburt* in Deutschland, *Birth Rights* im Vereinigten Königreich. Im Jahr 2014 kam das Thema auch bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, die ein Statement veröffentlichte, in dem unter Gewalt in der Geburtshilfe folgendes gefasst wird:

»outright physical abuse, profound humiliation and verbal abuse, coercive or unconsented medical procedures (including sterilization), lack of confidentiality, failure to get fully informed consent, refusal to give pain medication, gross violations of privacy, refusal of admission to health facilities, neglecting women during childbirth to suffer life-threatening, avoidable complications.« (WHO 2014, S. 1)

Da die WHO eine wichtige Institution im Gesundheitswesen darstellt, bringt dieses Statement einen gewissen Druck für Geburtshilfeeinrichtungen mit sich, dieses Thema ernst zu nehmen und aktiv dagegen vorzugehen. Hier ist wichtig zu erwähnen, dass die WHO nur von Frauen spricht und andere Gebärende in ihrer Sprache nicht einschließt und gleichzeitig auch den englischen Begriff ›obstetric violence‹ nicht nutzt.

Genauso schreibt der Menschenrechtsrat der Vereinten Nationen (UNHRC) im Jahr 2019 erstmals in seinem Bericht zu Gewalt gegen Frauen über geburtshilfliche Gewalt, wobei sie sich auf globale Berichte stützt und geburtshilfliche Gewalt als eine Menschenrechtsverletzung benennt. Hier wird wiederum nur von Frauen gesprochen und Beson-

derheiten für zum Beispiel migrantische Personen oder auch trans und nicht-binäre Gebärende nicht erwähnt.

Wichtig ist jedoch in der *Birth Justice* Bewegung, dass sie stark durch die Erfahrungen marginalisierter Frauen und Gebärender geprägt ist (Winkler & Babac 2022). In den USA starben 2,6-mal mehr Schwarze Gebärende an Schwangerschaftskomplikationen, Geburt und Wochenbett, als weiße Personen (Hoyert 2021). Dies wird unter »obstetric racism« oder geburtshilflichem Rassismus zusammengefasst. Außerdem wird in Zusammenhang mit geburtshilflicher Gewalt auch immer wieder auf epistemische Gewalt im Kontext von Geburt hingewiesen (Massó Guijarro 2023; Chadwick 2020).

Im Diskurs um Gewalt in der Geburtshilfe wird viel über die (nicht-)Nutzung bestimmter Begriffe diskutiert, wie zum Beispiel den Gewaltbegriff im Deutschen oder »obstetric violence« und »violence during childbirth« im Englischen. Besonders intensiv diskutiert wurde dies, nachdem Lappeman und Swartz (2021) den Begriff »obstetric violence« kritisiert hatten und als unpassend beschrieben hatten. Sie argumentieren, dass in der Geburtshilfe an erster Stelle geholfen würde und der Begriff der Gewalt zu breit genutzt würde und somit die Gebärenden als Opfer und das Krankenhauspersonal als Täter*innen beschreiben würde. Viele aus dem Feld der reproduktiven Gerechtigkeit und *Birth Justice* Bewegung haben daraufhin Antworten auf diesen Artikel verfasst, um auf die Wichtigkeit des Gewaltbegriffs hinzuweisen (z. B. Burnette 2021; Salter et al. 2021; Lévesque und Ferron-Parayre 2021; Chadwick 2023).

Einige der Kernforderungen der *Birth Justice* Bewegung leiten sich von den Forderungen der Reproduktiven Gerechtigkeit ab, werden ergänzt und sind zusammengefasst die Folgenden:

- das Recht zu entscheiden, ob eine Schwangerschaft ausgetragen wird oder nicht;
- das Recht zu entscheiden wo, wie, wann, und mit wem die Geburt stattfinden soll;
- Zugang zu Hebammen, Doulas, indigenen Geburtshelfer*innen;
- Unterstützung in der Stillphase (Southern Birth Justice, o.D.)

Je nach Wohnort ist es nicht immer möglich zu entscheiden, ob eine Schwangerschaft ausgetragen wird oder nicht (USA, Polen usw.) beziehungsweise unter welchen Bedingungen sie beendet wird. Genauso ist es nicht immer möglich zu entscheiden, wo eine Geburt oder auch ein Schwangerschaftsabbruch stattfinden soll. In Vorarlberg war im Jahr 2023 unklar, ob es noch eine Möglichkeit für Schwangerschaftsabbrüche geben wird, nachdem der einzige praktizierende Arzt in Pension ging (Walther 2023). Wie eine Geburt stattfindet, ist stark von der gegebenen Infrastruktur abhängig und dem, was das Krankenhaus oder auch das Geburtshaus ermöglicht. Eine Hausgeburt und auch eine Geburt im Geburtshaus sind oft – zum Beispiel in Österreich – nur mit ausreichend finanziellen Mitteln möglich. Auch ist es mit zusätzlichen Kosten verbunden eine Wahlhebamme in eine Klinik mitzunehmen, vorausgesetzt dies ist in der Klinik möglich, in der die Geburt stattfinden soll. In vielen Kliniken ist es außerdem Usus maximal eine Begleitperson bei einer Geburt zuzulassen (siehe z.B. geburtsinfo.wien). Viele Gesetze, Leitlinien und Richtlinien in Krankenhäusern und die eigenen sozioökonomischen Möglichkeiten verunmöglichen bereits einige ›Entscheidungen‹ für Gebärende.

Zeitlichkeit

Aus den Interviews und Erzählungen von und mit Gebärenden, Hebammen und Ärzt*innen in Österreich stellten sich einige Fragen in Bezug auf Zeitlichkeit während des Geburtsprozesses. Gebärende werden nicht immer beim ersten ›Versuch‹ im Krankenhaus aufgenommen, zum Beispiel weil die Cervix sich noch nicht ausreichend geöffnet hat und nicht ausreichend Personal oder Betten vorhanden sind. Das geht einerseits aus Medienberichten und Beschwerden von Gebärenden hervor (siehe ORF 2014; Salzburger Nachrichten 2017), und stellt gleichzeitig auch ein Bestreben des Krankenhauses oder der Hebammen dar, die Geburt erst in der aktiven Phase im Krankenhaus zu übernehmen (Kühberger 2020). Die Zervix sollte sich eine bestimmte Anzahl von Zentimeter pro Stunde öffnen, wenn nicht, ist eine Indikation für Interventionen gegeben – die von den geltenden Leitlinien abhängig ist. Jedoch haben Studien er-

geben, dass der Normbereich sehr breit zu fassen ist (Rutherford et al. 2019).

Statistisch ist ersichtlich, dass zum Beispiel in Wien mehr Kinder an Freitagen geboren werden (Stadt Wien 2020) und am wenigsten an Sonn- und Feiertagen, was teilweise an geplanten Kaiserschnitten liegen kann, aber auch an den Arbeitszeiten von Krankenhauspersonal. Wie im Jahr 2024 veröffentlichten Bericht der EU zusammengefasst gibt es dazu Studien aus Spanien und Österreich, die belegen, dass Kaiserschnitte in der Nacht häufiger vorkamen, als zu anderen Uhrzeiten und besonders vor Feiertagen (European Parliament 2024:35; Costa-Ramon et al. 2018; Halla et al. 2020).

Die Antwort mancher Krankenhäuser auf die *Birth Justice* Bewegung ist es, Leitlinien gegen Gewalt in der Geburtshilfe für ihre eigenen Institutionen zu erstellen (European Parliament 2024:94). Außerdem werden Positionspapiere von Vereinigungen wie zum Beispiel dem Hebammengremium (2023) geschrieben. Wie diese eingehalten werden oder ob sie manchmal auch als eine Art *justice-washing* klassifiziert werden könnten, muss erst erforscht und untersucht werden. Leitlinien gegen Gewalt in der Geburtshilfe können ein erster Schritt in der Implementierung neuer Begleitung von Geburt sein und die Normveränderung hin zu einer feministischen oder gerechten Geburtshilfe weiter forcieren. Dennoch werden auch heute Konferenzen von Mediziner*innen zu Trauma und Frauengesundheit organisiert, ohne Beiträge zur Gewalt in der Geburtshilfe zu beinhalten, wie zum Beispiel bei der 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPPF 2024). Die Europäische Kommission hat sich auch erstmals 2024 mit einer Veröffentlichung zu *Obstetric Violence* zum Thema und dessen Relevanz in der EU sowie auch den Forschungslücken geäußert und einen Bericht veröffentlicht (European Commission 2024).

Fazit

Sowohl in der Nutzung, Verfügbarkeit und gesetzlichen Rahmung von Reproduktionstechnologien als auch in der geburtshilflichen Praxis sind

Reproduktive Gerechtigkeit und deren Forderungen von zentraler Bedeutung. Marginalisierte Gruppen wie zum Beispiel trans oder queere Personen sind sowohl in dem Zugang zu Reproduktionsmöglichkeiten als auch in der Betreuung während und nach einer Schwangerschaft und Geburt besonders oft von Ungerechtigkeiten betroffen. Besonders den zeitlichen Aspekten in der queeren und trans ART und während der Geburt wurde bisher noch zu wenig Augenmerk geschenkt, wobei die Fruchtbarkeitsbehandlung von trans Personen priorisiert werden muss. Trotz vermehrten Zugangs zu ART für queere und trans Personen, verhindern vor allem Alters-, Staatsbürgerschafts-, Bildungs- und Einkommensnormen gerechte Reproduktionsmöglichkeiten.

Die *Reproductive Justice* Bewegung kann als ein Beispiel dafür herangezogen werden, wie durch Aktivismus Normen innerhalb der Gesellschaft, der medizinischen Behandlung (wie z.B. dass eine gesunde lebende gebärende Person und Kind nicht das alleinige Ziel sein soll, sondern auf eine gerechte und gewaltfreie Geburt geachtet werden soll, während der die Entscheidungsmöglichkeiten der gebärenden Person nicht eingeschränkt werden dürfen) und die Verfügbarkeit von Technologien verbessert werden können oder zumindest wie auf die Missstände aufmerksam gemacht werden kann.

Literatur

- Alaattinoğlu, Daniela, und Ruth Rubio-Marín. 2019. Redress for Involuntarily Sterilised Trans People in Sweden against Evolving Human Rights Standards: A Critical Appraisal. *Human Rights Law Review* 19 (4): 705–732.
- Balov, Paula. 2019. Zwangssterilisation von trans* Personen. *Siegessäule Magazin*. <https://www.siegessaule.de/magazin/4527-zwangssterilisation-von-trans-personen/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Barata, Catarina, Vania Simões, und Francisca Soromenho. 2023. Obstetric Violence: A Form of Gender-Based Violence. In *The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women's Acts of Violence*, Hg. S. Banwel, L. Black, D.K. Cecil, Y.K. Djamba, S.R. Kimuna, E.

- Milne, L. Seal, and E.Y. Tenkorang, 203–217. Leeds: Emerald Publishing Limited.
- Bartholomaeus, Clare, und Damian Riggs. 2020. Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health & Sexuality* 22 (2): 129–145.
- BMFSFJ. 2024. Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf Geschlechtseintrag (SBGG). <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/queerpolitik-und-geschlechtliche-vielfalt/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sb-gg--199332>. Zugegriffen am 16.06.2024.
- Bullock, Clara. 2023. Trans people can wait seven years for NHS initial assessment. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/uk-england-bristol-61605588>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Bundesverfassungsgericht. 2011. 1 BvR 3295/07. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2011/01/rs20110111_1bvr329507.htm. Zugegriffen am 10.05.2024.
- Burnett, Camille. 2021. Commentary on the Article »How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word ›Violence‹ in Obstetric Settings« Reframed Within a Critical Discourse Orientation. *Violence Against Women* 27 (8): 1001–1008.
- Costa-Ramón, Ana María, Ana Rodríguez-González, Miquel Serra-Burriel, und Carlos Campillo-Artero. 2018. It's about time: Cesarean sections and neonatal health. *Journal of Health Economics* 59: 46–59. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.03.004>.
- Chadwick, Rachelle. 2020. Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence. In *Childbirth, Vulnerability and Law*, Hg. Camilla Pickles und Jonathan Herring, 30–48. London: Routledge.
- Chadwick, Rachelle. 2023. The Dangers of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women* 29 (9): 1899–1908.
- Dahl, Ulrike. 2018. Becoming fertile in the land of organic milk: Lesbian and queer reproductions of femininity and motherhood in Sweden. *Sexualities* 21 (7): 1021–1038.
- Di Donfrancesco, Gabriele. 2023. Italiens Regierung greift Elternrechte von LGBTQ-Paaren an. *Euronews*. <https://de.euronews.com/my-eur>

- ope/2023/03/17/italiens-regierung-greift-elternrechte-von-lgbtq-paaren-an. Zugegriffen am 11.05.2024.
- DGPFG. 2024. Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe. <https://dgpfg.de/weiterbildung/jahrestagung-dgpfg-2024/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, Quattrocchi, P. 2024. Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations, Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>. Zugegriffen am 16.07.2024.
- European Parliament. Directorate General for Internal Policies of the Union. 2024. Obstetric and Gynaecological Violence in the EU: Prevalence, Legal Frameworks and Educational Guidelines for Prevention and Elimination. LU: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2861/32832> (1. Juli 2024).
- Franklin, Sarah. 2023. Introduction. In *Embodied progress: a cultural account of assisted conception*, 1–17. London/New York: Routledge.
- Fedoroko, Boglarka; Anwar Ogrm und Sanjar Kurmanov. 2021. *Impact Assessment: COVID-19 and trans people in Europe and Central Asia*. TGEU.
- Frauenmuseum Hittisau. 2018. Roses Revolution. <https://unwomen.de/roses-revolution/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Halla, Martin, Harald Mayr, Gerald J. Pruckner, und Pilar García-Gómez. 2020. Cutting Fertility? Effects of Cesarean Deliveries on Subsequent Fertility and Maternal Labor Supply. *Journal of Health Economics* 72: 102325. doi: 10.1016/j.jhealeco.2020.102325.
- Heinrich Böll Stiftung. 2023. Reproduktive Gerechtigkeit. <https://www.boell.de/de/reproduktive-gerechtigkeit>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Hebammengremium Österreich. 2023. Positionspapiere. <https://hebammen.at/gremium/positionspapiere/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Hoyert Donna L. 2023. Maternal mortality rates in the United States, 2021. *NCHS Health E-Stats*. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:124678>.
- Jung, Tina. 2017. Die »gute Geburt« – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 9 (2): 30–45.

- Kern, Vera. 2022. Gewalt in der Geburtshilfe. *SWR 2 Wissen*. <https://www.swr.de/swr2/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe-swr2-wissen-2020-11-25-100.html>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Kitchen Politics. Hg. 2021. *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Münster: edition assemblage.
- Kühberger, Josy. 2020. Latenzphase: die geschenkte Zeit. *Österreichische Hebammenzeitung* 20–23. Online: <https://zeitung.hebammen.at/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/HZ-3.2020-FIN-Josy-Latenzphase.pdf>. Zugegriffen am 08.07.2024
- Kyere, Anthea. 2021. An Introduction to Reproductive Justice. *Heinrich Böll Stiftung*. <https://www.gwi-boell.de/en/2021/03/15/an-introduction-to-reproductive-justice>. Zugegriffen am 23.5.2024.
- ILGA Europe. 2022. Family comes first. https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/09/pl_family_comes_first.pdf. Zugegriffen am 16.6.2024.
- IPPF 2022. Gynaecological & obstetric violence. <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>. Zugegriffen am 29.05.2024.
- Lappeman, Maura, und Leslie Swartz. 2021. How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word »Violence« in Obstetric Settings. *Violence Against Women* 27 (8): 987–1000.
- Lévesque, Sylvie, und Audrey Ferron-Parayre. 2021. To Use or Not to Use the Term »Obstetric Violence«: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. *Violence Against Women* 27 (8): 1009–1018.
- Massó Guijarro, Ester. 2023. La violencia obstétrica como injusticia epistémica: el parto en disputa [Obstetric Violence as Epistemic Injustice: Childbirth Trouble]. *Salud Colectiva* 19: e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>.
- Nixon, Laura. 2013. The Right to (Trans) Parent: A Reproductive Justice Approach to Reproductive Rights, Fertility, and Family-Building Issues Facing Transgender People. *William & Mary Journal of Women and the Law: Special Issue: Reproductive Justice* 20 (1): 73–102.
- ORF. 2014. AKH: Frau vor Geburt abgewiesen? <https://wien.orf.at/v2/news/stories/2679891/>. Zugegriffen am 07.07.2024.

- Payne, Jenny, und Theo Erbenius. 2018. Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine* 25 (3): 329–343.
- RFSL. 2018. Historic Victory for Trans People – the Swedish Parliament Decides on Compensation for Forced Sterilization. <https://www.rfsl.se/en/aktuell/historic-victory-trans-people-swedish-parliament-decides-compensation-forced-sterilizations/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Roberts, Dorothy. 2000. Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty: Building a Social Justice Vision of Reproductive Freedom, Vortrag am *Public Forum* (Othmer Institute).
- Roses Revolution Deutschland. o.D. <https://www.rosesrevolutiondeutschland.de/Ueber-uns/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Ross, Loretta J., und Rickie Solinger. 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Oakland: University of California Press.
- Ross, Loretta J. 2021. Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*, Hg. Kitchen Politics, 17–60. Münster: edition assemblage.
- Rutherford, Julianne, Ifeyinwa Asiodu, und Kylea Liese. 2019. Reintegrating modern birth practice within ancient birth process: What high cesarean rates ignore about physiologic birth. *Am J Hum Biol* 31: e23229. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23229>.
- Salter, Cynthia L., Abisola Olaniyan, Dara D. Mendez, und Judy C. Chang. 2021. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence Against Women* 27(8):1019-1027.
- Salzburger Nachrichten. 2017. Kein Platz im Spital: Schwangere wurden abgewiesen. <https://www.sn.at/salzburg/politik/kein-platz-im-spital-schwangere-wurden-abgewiesen-14566978>. Zugegriffen am 07.07.2024
- Sister Song. o.D. <https://www.sistersong.net/reproductive-justice>. Zugegriffen am 12.05.2024.

- Southern Birth Justice. o.D. <https://southernbirthjustice.org/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- SVT. 2021. Spermabrist efter pandemin – ännu längre väntetid för barnlängtande. (Spermamangel nach der Pandemie – jetzt noch längere Wartezeit). <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/skane/langa-koerfor-barnlangtande-efter-corona>. Zugegriffen am 10.05.2024.
- SVT. 2021. Stor brist på spermier: Nytt labb i Solna ska få fler att donera. (Großer Mangel an Spermien: Neues Lab in Solna sollte Mehrere zum Spenden anregen). <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/stor-brist-pa-spermier-och-agg-fler-donatorer-behovs>. Zugegriffen am 10.05.2024.
- Trans Rights Map. 2024. Sterilisation. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/legal-gender-recognition/sterilisation>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Transsexuellengesetz (TSG). o.D. https://www.gesetze-im-internet.de/tsg/_8.html. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Trotsenburg, van Mick. 2024. Trans* Reproduction and Fertility from a medical perspective. Talk at symposium *Reproductive Justice. In the context of queer and trans reproduction with assisted reproductive technologies*. University of Graz. 23.02.2024.
- Tutić, Andreas, Johannes Zschache und Thomas Voss. 2015. Soziale Normen. In *Handbuch Modellbildung und Simulation in den Sozialwissenschaften*, Hg. Norman Braun und Nicole Saam, 627–662. Wiesbaden: Springer VS.
- Winddance Twine, France, und Marcin Smietana. 2021. The racial contours of queer reproduction. In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, Hg. Sallie Han und Cecilia Tomori, 289–304. Abingdon: Routledge.
- UCSF Transgender Care. 2020a. Information on Estrogen Hormone Therapy. <https://transcare.ucsf.edu/article/information-estrogen-hormone-therapy>. Zugegriffen am 16.06.2024.
- UCSF Transgender Care. 2020b. Information on Testosterone Hormone Therapy. <https://transcare.ucsf.edu/article/information-testosterone-hormone-therapy>. Zugegriffen am 16.06.2024.

- UN Women. 2018. <https://unwomen.de/roses-revolution/>. Zugegriffen am 12.05.2024.
- UNHRC. 2019. Report on a human-rights based approach to mistreatment and obstetric violence during childbirth. <https://undocs.org/Home/Mobile?FinalSymbol=A%2F74%2F137&Language=E&DeviceType=Desktop&LangRequested=False>. Zugegriffen am 20.05.2024.
- Vallverdú, Jordi, und Sarah Boix. 2019. Ectogenesis as the Dilution of Sex or the End of Females? In *Feminist Philosophy of Technology* Bd. 2, Hg. Janina Loh und Mark Coeckelbergh, 105–122. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Van der Waal, Rodante, Kaveri Mayra, Anna Horn und Rachelle Chadwick. 2022. Obstetric Violence: An Intersectional Refraction through Abolition Feminism. *Feminist Anthropology* 4: 91–114.
- Verwaltungsgerichtshof. 2009. 2008/17/0054. https://www.ris.bka.gv.at/JudikaturEntscheidung.wxe?Abfrage=Vwgh&Dokumentnummer=JWR_2008170054_20090227X01&ShowPrintPreview=True. Zugegriffen am 12.05.2024.
- Walther, Konstanze. 2023. Abtreibungen im Ländle: Gegner treiben Politik vor sich her. *Wiener Zeitung*. <https://www.wienerzeitung.at/a/abtreibungen-im-laendle-gegner-treiben-politik-vor-sich-her>. Zugegriffen am 07.07.2024.
- Whittle, Stephen. 2006. Foreword. In *The Transgender Studies Reader*, Hg. Stephen Stryker und Susan Whittle, xi–xvi. New York: Routledge.
- Winkler, Christiane, und Emine Babac. 2022. Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 47 (1): 31–58.
- Stadt Wien. 2020. Die (un)beliebtesten Geburtstage in Wien <https://wien1x1.at/geburtsstage-wien/>. Zugegriffen am 07.07.2024.
- World Health Organization. 2014. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Zugegriffen am 31.05.2024.
- Yam, Shui-yin Sharon, und Natalie Fixmer-Oraiz. 2023. Against Gender Essentialism: Reproductive Justice Doulas and Gender Inclusivity in Pregnancy and Birth Discourse. *Women's Studies in Communication* 46 (1): 1–22. doi:10.1080/07491409.2022.2147616.

Zinke, Anika, und Jelena Gučanin. 2018. Gewalt während der Geburt: #metoo im Kreißsaal. <https://www.torial.com/arnika.zinke/portfolio/324297>. Zugegriffen am 30.06.2024.

