



Phänomen: Gewalt unter der Geburt

Eine Auseinandersetzung mit objektivierte Gewaltdefinitionen
im Verhältnis zum subjektiven Erleben Gebärender

Verfasserin: Laurentia Nussbaum

Departement Gesundheit

Institut für Hebammen

Studienjahr: HB18

Eingereicht am: 03.05.2021

Begleitende Lehrperson: Karin Brendel

Abstract

Hintergrund: Gewalt unter der Geburt stellt vor dem Hintergrund von Menschenrechtsbestrebungen seit einigen Jahren international ein Thema mit zunehmender Relevanz dar.

Fragestellung und Methode: Der vorliegende Beitrag beschreibt anhand von Methoden der phänomenologischen Soziologie das Phänomen «Gewalt unter der Geburt» mit Blick subjektiv erlebte Erfahrung von Gebärenden vorderhand wertfrei und bearbeitet die Frage, weshalb Gewalt unter der Geburt «normal» ist, beziehungsweise weitläufig als erwart- und akzeptierbar gilt.

Ergebnisse: Im Zuge einer lebensweltlich ausgerichteten Definition von Gewalt wird ein breiteres Verständnis vom Phänomen «Gewalt unter der Geburt» für die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung insbesondere im deutschsprachigen Raum vorgeschlagen. Dieses Verständnis beinhaltet die Gewalthaftigkeit der Geburt an sich genauso wie die mutmasslich legitime «fürsorgliche Gewalt» durch Geburtshelferinnen und Geburtshelfer die rechtlich illegale/illegitime Gewalt. Diese drei Arten der Gewalt sind für Gebärende subjektiv nicht leicht zu unterscheiden und zudem gesellschaftlich unterschiedlich gedeutet und normalisiert, weshalb nicht alle Betroffenen sich auch betroffen fühlen.

Fazit: Im Spannungsfeld der Klinikgeburt und dem gesellschaftlich implizierten Ideal der «natürlichen Geburt» treffen unterschiedliche Erwartungen und Wertvorstellungen aneinander. Durch die zunehmende Zuschreibung von Entscheidungsfreiheit im medizinischen Kontext werden normalisierte und bisher legitimierte Betreuungsmodelle und Handlungen vermehrt in Frage gestellt. Forschung und Praxis könnten diese Entwicklung für eine Verbesserung der Geburtshilfe nutzbar machen.

Keywords: Gewalt; Geburt; Soziologie; geburtshilfliche Gewalt

«Willst du wirklich Hebamme werden? Du weißt, eine Geburt ist ein Gewaltakt!»,

meinte meine ehemalige Deutschlehrerin vom Gymnasium, als ich ihr von meinem Berufswunsch erzählte. Sie hatte einige Monate zuvor ihr zweites Kind zur Welt gebracht.

Diese Formulierung beschäftigt mich seither immer wieder.

Die Geburt an sich, ein Akt der Gewalt?

Vorwort

Geschätzte Leserin, geschätzter Leser. Für das Verfassen dieser Arbeit im Rahmen meines Hebammenstudiums habe ich mir aus urintrinsischem Interesse die Aufgabe gestellt, das Phänomen der Gewalt unter der Geburt, welche Frauen erleben und beschreiben, möglichst in seiner Tiefe verstehen zu versuchen. So gut es ging, schüttelte ich meine bisherigen Annahmen, Meinungen und Theorien ab, um mich dem Sinn der Worte, der Zusammenhänge und des Phänomens wertfrei und wissenschaftlich zu nähern. Ohne den Anspruch oder die Hoffnung, eine endgültige Antwort auf meine Frage zu finden, tauchte ich in das komplexe Phänomen ein wie beim Betreten eines nebligen Landstückes; meine Rundumsicht reichte nicht weiter als zwei Meter, die Weite nicht abzuschätzen, vermutete Fallstricke nicht sichtbar.

Nach und nach bahnte ich mir einen Pfad durch die sich mir erschliessende Landschaft, den nach wie vor dichten Nebel, mal zielstrebig, mal zweifelnd. Was, wenn ich mich in ein anderes Gebiet verirrt habe? Teilweise blieb ich an einem Ort stehen, überzeugt, schon am Ziel zu sein, nur um nach einer Weile die Fährte wieder aufzunehmen und an einem neuen Ort auf weitere Strukturen zu stossen. Diesen Weg habe ich in dieser Arbeit nachgezeichnet. Ist es auch ein unkonventioneller Zugang in den Kreisen der Hebammenwissenschaften, so hoffe ich trotzdem, dass die zusammengetragenen Erkenntnisse Ihnen ein neues Verständnis vom Phänomen der Gewalt unter der Geburt erschliessen.

Inhalt

1	Einleitung.....	2
2	Methode.....	6
2.1	Soziologie der Gewalt.....	6
2.2	Fallen in der Gewaltforschung.....	8
2.3	Phänomenologische Soziologie.....	9
2.4	Ausgangspunkt subjektives Alltagserleben.....	11
2.5	Thematische Eingrenzung und Limitationen.....	11
3	Theoretische Grundlagen.....	12
3.1	Gewalt als Phänomen.....	12
3.2	Geburt als Phänomen.....	15
3.2.1	Geburt als natürlicher Vorgang.....	16
3.2.2	Geburt als soziales, kulturelles und individuelles Ereignis.....	17
3.2.3	Dispositiv der Geburt.....	19
3.3	Rechtliche Grundlagen in der Geburtshilfe.....	22
3.4	Ethische Grundlagen in der Geburtshilfe.....	23
3.5	«Normal».....	24
3.6	Konsekutive Fragestellung.....	25
4	Forschungsstand.....	26
4.1	Geburtserleben.....	26
4.2	Gewalt in der Geburtshilfe.....	28
4.2.1	Formen der Gewalt in der Geburtshilfe.....	30
4.2.2	Ursachen.....	33
4.2.3	Häufigkeit.....	35
4.3	Gewalt unter der Geburt.....	36
4.4	Subjektive Deutung der Geburt.....	37
5	Phänomen: Gewalt unter der Geburt.....	43
5.1	Geburt als Gewalt.....	44
5.2	Fürsorgliche Gewalt.....	47
5.3	Illegitime Gewalt.....	50
6	Fazit.....	52
6.1	Gewalt unter Geburt ist normal.....	52
6.2	Normal, aber nicht in Ordnung.....	53
6.3	Ausblick.....	54
	Literaturverzeichnis.....	55

«Hilfe! Das ist die Hölle. Hören Sie auf, ich sterbe!»

Die erstgebärende Frau liegt in Steinschnittlage auf dem Gebärbett. Das CTG zeigt seit einiger Zeit immer schwerere, späte Dezelerationen an. Die Oberärztin ist gemeinsam mit der Assistenzärztin und der diplomierten Hebamme zum Schluss gekommen, dass das Kind per Vakuum-Extraktion schnellstmöglich zur Welt kommen soll.

«Ich weiss, es ist scheisse, aber das Baby muss jetzt kommen.»

Die Oberärztin führt die Pelotte ein und an das Köpfchen des Kindes, das sich in der Beckenmitte befindet.

Die diplomierte Hebamme steht hinter der Frau, mit ihren Händen am Fundus, um nach unten zu schieben. Ich, als Hebammenstudentin, stütze das rechte Bein der Frau, da nur eine Beinhalterung vorhanden ist. Der Mann steht neben der Frau und feuert sie an.

«Fest pressen, pressen, du hast es bald geschafft.»

Die Frau schafft es nicht, sie presst nicht, sie schreit, man solle aufhören, während das Kind von oben durch die Hebamme und von unten durch den Zug an der Glocke nach unten bewegt wird, bis kurz vor den Ausgang.

«Episiotomie!»

Die Assistenzärztin schneidet, einmal, zweimal, ein drittes Mal. Die Frau wimmert nunmehr. Mit der nächsten Wehe kommt das Kind, ohne ihr Zutun.

Auf dem Bauch der Mutter gelegt adaptiert es gut.

«Ihrem Kind ging es nicht so schlecht, wie es uns glauben machte.»

Die Assistenzärztin zeigt zufrieden den gemessenen Nabelschnur-pH vor.

«Ah, gut.», sagt die Frau. Apathisch lässt sie sich nähern.

Diese Situation habe ich in meinem ersten Praktikum in der Geburtenabteilung Anfang 2020 erlebt. «Das war eine ganz hässliche Geburt», sagte die diplomierte Hebamme danach. Die Frau sagte, sie sei froh, dass es dem Kind gut gehe. Ich war schockiert, mitgenommen von der Intensität dieser Erfahrung. Und erlaubte mir trotzdem nicht, emotional zu werden. Wir sind taff, halten solche Situationen aus, das gehört dazu, das ist in der Geburtshilfe normal.

Normal?

Das ist doch Gewalt.

Gewalt - über die Frau wird gewaltet, bestimmt, entgegen ihrem unmittelbaren Willen, mit physischer und verbaler Kraft wird sie gezwungen, sich dem hinzugeben, was mit ihr passiert. Zum Wohle des Kindes. Darum geht es doch bei der Geburt? Dass Mutter und Kind überleben.

Gewalt unter der Geburt ist scheinbar normal.

Wie kann das sein?

1 Einleitung

Die Thematik der Gewalt in der Geburtshilfe ist eine komplexe, multidimensionale Angelegenheit. Sie ist wissenschaftlicher Gegenstand der Rechts- und Politikwissenschaft sowie der Soziologie und fusst in nicht unumstrittenen Konzepten (Imbusch, 2002).

In der Öffentlichkeit ist Gewalt in der Geburtshilfe kaum bekannt. Betroffene Frauen¹ machen seit einigen Jahren auch in der Schweiz auf ihre Leidensgeschichten aufmerksam, indem sie jeweils am 25. November, am Tag gegen Gewalt an Frauen, Rosen vor den Gebärkliniken niederlegen (Roses Revolution CH, o.J.). Viele betroffene Frauen sind sich gar nicht bewusst, dass das, was sie erlebt haben, als Gewalt bezeichnet werden könnte. Es wird als normales Erleben einer normalen Geburt angenommen, selbst wenn sich Anzeichen für ein Trauma zeigen (Mundlos, 2015).

Auch Fachpersonen, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, weisen das Thema von sich (Stoffel, 2018). Wer Geburten begleitet, möchte sich selbst nicht als Gewalttäterin² oder Gewalttäter, sondern als HelferIn oder Helfer in der Not wahrnehmen. Es gleicht einer Kränkung, Geburtshelferinnen und Geburtshelfern, die unter schwierigen Bedingungen einen harten Job machen, die alltägliche Mittäterschaft zu unterstellen. Und doch gibt es immer wieder auch Fachkräfte, die selbst traumatisiert aus solchen Situationen

¹ In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der «Frau» für Menschen, die Geburtshilfe in Anspruch nehmen, verwendet. Die Assoziation, dass Frauen grundsätzlich gebären und Mütter werden (sollen), soll an dieser Stelle durch die Autorin bewusst abgelehnt werden.

² Zur Einhaltung der Geschlechtergerechten Sprache werden in der vorliegenden Arbeit Paarformen verwendet. Die Berufsbezeichnung der «Hebamme» wird für die in der Schweiz vorwiegend von weiblichen Personen ausgeübte Tätigkeit verwendet, soll hier aber männliche Geburtspfleger mit einschliessen.

gehen, sich schuldig und betroffen fühlen, den Beruf wechseln oder die Ausbildung abbrechen (Mundlos, 2017).

International und im deutschsprachigen Raum gibt es seit Beginn des neuen Jahrtausends immer mehr wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema, die auf das Ausmass dieser Problematik hinweisen: Miller und Lalonde (2015) schreiben von einer globalen Epidemie des Missbrauchs und der Missachtung gegenüber Müttern unter der Geburt. Dieses übergreifende Vorkommen legt nahe, dass es sich weniger um ein Phänomen der einzelnen, zwischenmenschlichen Beziehungen handelt, als vielmehr um eine Struktur und Systematik dahintersteht. Jedoch sind Kategorien der Gewalt in der Geburtshilfe unterschiedlich festgelegt, sodass sich Inzidenzen und Massnahmen zur Verhinderung schwierig gestalten. So liegen in der Schweiz bisher kaum Daten vor. In einem Preview einer Studie der Berner Fachhochschule vom Jahr 2020 wird der Schluss gezogen, dass vermutlich jede dritte Frau unter der Geburt informellen Zwang erfährt, welcher als Gewalt unter der Geburt eingeordnet werden kann. Eine nichtrepräsentative Studie zur Validierung von Untersuchungsinstrumenten von Limmer, welche im Volltext bis zum heutigen Tag noch nicht veröffentlicht ist, wies darauf hin, dass 42,8% der Frauen Interventionen ohne Einwilligungen und 33,6% physische Gewalt erfahren hatten. Das deutsche Ärzteblatt kommentierte daraufhin, dass «Gewalt in der Geburtshilfe ein Problem sein könnte» und kritisierte Limmer, dass konkret nach Gewalterlebnissen statt nach dem Geburtserleben gefragt wurde (Ärzteblatt, 2019). Das Problem solle nicht hochgekocht werden, bevor die subjektiv berichteten Empfindungen der Teilnehmerinnen nicht objektivierbar seien. Dies verdeutlicht erneut, dass die Operationalisierung und quantitative Ermittlung des Phänomens komplexer sind, als es manche wissenschaftlichen Publikationen vermitteln. Dennoch kann man nicht von der Hand weisen, dass für jede einzelne Frau, welche subjektiv ein entsprechendes Erlebnis hatte, dieses durchaus ein Problem darstellt.

Gewalt unter der Geburt ist Gewalt gegen Frauen. Diese wiederum ist eine Form von Menschenrechtsverletzung, die weltweit auffällig häufig vorkommt als Zwangsheirat minderjähriger Mädchen, der Abtreibung unerwünschter Töchter, der Verstümmelung der weiblichen Genitale und viele weitere (United Nations, 2015). In der feministischen Theorie seit den 1960er wird die weltweite Gewalt gegen Frauen erklärt durch die vorherrschende Konstruktion des binären Geschlechterverhältnisses, welches seit Jahrtausenden in vielen Kulturen zugunsten der Männer ausgelegt wird und in

patriarchalen Strukturen und einem männlichen Gewaltmonopol mündet (z.B. Mies 1998). Erziehungswissenschaftlerin Ulrike Prokop bemerkt dazu allerdings auch, dass «[...] die männliche Herrschaft als unmittelbare Gewaltherrschaft eine Fiktion [...]» sei; «[...] die Zurechnung von Schuld trifft mit der Kategorie des unmittelbar gewalttätigen Mannes nicht den Kern gesellschaftlicher Widersprüche, sondern ein «Fassadenproblem»» (zitiert nach Hollenstein, 2018, unterer Abschnitt). Gewalt aufgrund der vorherrschenden Geschlechterverhältnisse bedeutet also nicht, dass diese Gewalt ausschließlich Frauen betrifft und von Männern ausgeht. Auch Männer sind betroffen. Auch Frauen sind Täterinnen. In der Geburtshilfe sind es meist Frauen, die Gewalt gegen Frauen ausüben. Schätzungen vom Verein mother-hood e.V. (o.J.) in Deutschland gehen davon aus, dass etwa ein Drittel aller Gebärenden betroffen ist.

Als Hebammen, die wir mit der Begleitung und Überwachung der physiologisch gebärenden Frauen betraut sind und uns der Umsetzung des internationalen Ethikkodex für Hebammen verpflichten, darf uns das nicht egal sein. Als Frauen und Mütter, die selbst unter den schlechten Arbeitsbedingungen im Care-Bereich der «typischen Frauenberufen» leiden und im selben System gebären, sollten wir die Problematik persönlich nehmen. Als anteilnehmende Menschen müssen wir hinschauen, das Phänomen erforschen und es bekämpfen. Auch wenn es manchmal wehtut, weil wir vielleicht ein Teil des Problems sind.

Als indirekt Betroffene in meiner Rolle als Hebammenstudierende bin ich als auch Forschende emotional in das Thema involviert und habe diesbezüglich bereits viele Alltagstheorien entwickelt, wie sich auf den ersten vier Seiten dieses Dokuments unschwer erkennen lässt. In meiner Bachelorarbeit möchte ich dem Phänomen der Gewalt unter der Geburt themengeleitet aus einer wissenschaftlichen Perspektive auf den Grund gehen und dabei die Frage beantworten, die ich mir nach dem beschriebenen Erlebnis im Gebärsaal gestellt habe:

Weshalb ist Gewalt unter der Geburt «normal»?

Hierzu erachte ich es als notwendig, zunächst allgemeine Grundlagen der soziologischen Gewaltforschung und -theorien zu erarbeiten. Der Grundlagenteil zielt darauf, aus einer wertfreien Perspektive eine Definition von Gewalt, Normalität und Geburt für die weitere Arbeit festzulegen; die noch sehr breit gefasste Fragestellung wird

anschliessend an die Begriffserläuterungen präzisiert und das Erkenntnisinteresse verdeutlicht. In einem zweiten Schritt wird der aktuelle Forschungsstand zum Phänomen der Gewalt unter der Geburt dargestellt mit der Absicht, ein möglich ganzheitliches Verständnis für den Gegenstand zu generieren. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Vermeidung von Fallen in der Gewaltforschung, wobei auch die verwendete Literatur danach beurteilt wird. Ein weiterer Aspekt für die kritische Beurteilung der Quellen betrifft die Berufs- und Theorie-Zugehörigkeit der jeweiligen Autorinnen und Autoren. Der Zugang zur Literatur erfolgte über den Nebis-Verbund, internationale Datenbanken im Bereich Soziologie und Medizin sowie durch Recherchen im Internet, was Zeitungs- und Blogartikel sowie gegebenenfalls Beiträge in Foren miteinschliesst. Stichworte für die Suche waren «Gewalt», «Gewaltforschung», «Gewalt & Geburt», «Gewalt unter der Geburt», «Gewalt in der Geburtshilfe», «Gewalt & Normalisierung», «Gewalt & Tabu» sowie die äquivalenten Begriffe im Englischen.

Im Hauptteil der Arbeit werden zwei erlebte Situationen beschrieben, welche Aspekte von Gewalt unter der Geburt zum Ausdruck bringen. Diese werden anschliessend anhand von Methoden der phänomenologischen Soziologie hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellung analysiert.

Das Ziel der Arbeit ist es, ein möglichst ganzheitliches Verständnis des Phänomens der Gewalt in der Geburtshilfe zu erlangen, ohne vorschnell Aussagen und Schuldzuweisungen zu treffen. Insbesondere die Problematik der subjektiven und objektiven Betrachtungsweise des Phänomens kann dadurch besser nachvollzogen werden und es sollen darauf aufbauend konstruktive Vorschläge zum Umgang mit der Thematik formulieren werden. Das Ergebnis dient als Grundlage für weiterführende Überlegungen und empirischen Studien zum Thema dienen und gibt Hebammen und anderen Geburtshelferinnen und Geburtshelfern eine konstruktive Sprache zur Verbalisierung des Phänomens an die Hand.

2 Methode

Warum Gewalt unter der Geburt normal ist erwächst als Fragestellung aus eigenen Praxiserfahrungen und ist auf persönliche Beobachtungen zurückzuführen. Diese Beobachtungen sind gefärbt von der situativen Rollenzuteilung der Beteiligten, meinen alltagstheoretischen Erklärungen und subjektiven Wertevorstellungen. Um ein ganzheitliches Verständnis des Phänomens der Gewalt unter der Geburt anzustreben, ist eine Methode vonnöten, welche die möglichst wertfreie Auseinandersetzung damit ermöglicht und der Subjektivität des Erlebens Rechnung trägt.

Zur genaueren Spezifizierung der Fragestellung sowie zu deren Beantwortung werde ich daher in dieser themengeleiteten Arbeit soziologische Ansätze hinzuziehen. Einerseits orientiere ich mich an den Grundsätzen der Gewaltforschung, um häufige Fehlschlüsse möglichst zu erkennen und zu vermeiden. Andererseits leitet mich die Erkenntnis- und Handlungstheorie der phänomenologischen Soziologie. Dieser Ansatz eignet sich deshalb, weil er versucht, Sinnzusammenhänge zu erkennen und vom Subjekt in seiner Lebenswelt ausgeht. In den folgenden Abschnitten werden die methodologischen Grundlagen genauer erörtert.

2.1 Soziologie der Gewalt

Nur wenige wissenschaftliche Arbeiten zur Gewalt unter der Geburt operieren mit dem Begriff der Gewalt; häufig werden eher Formen oder Ausprägungen benannt und untersucht (z.B. Freedman et al., 2014; Meyer et al., 2020; Miller & Lalonde, 2015). Dies mag daran liegen, dass Gewalt als Phänomen vielfältig ist, es eine beträchtliche Spannweite an Definitionen gibt und der Begriff stark moralisch gefärbt ist oder auch daran, dass die Autorinnen und Autoren keinen Hintergrund der Sozialwissenschaften ausweisen. In der Soziologie wird Gewalt mitunter als Ergebnis sozialer Prozesse gehandelt, wobei neben Individuen auch gesellschaftliche Strukturen und Institutionen beteiligt sind. Um die Frage nach der Gewalt unter der Geburt zu beantworten, welche primär die Gebärenden betrifft, stellen die Methoden der phänomenologischen Soziologie eine Möglichkeit dar, um ein erweitertes Verständnis zu generieren.

Aus der Perspektive der Gewaltforschung soll eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Gewalt, egal in welchem Kontext, laut Müller-Salo (2018) nach drei

Aspekten fragen: Zuerst muss geklärt werden, was unter Gewalt verstanden wird, um diese spezifische Deutung zweitens in einem Zusammenhang mit dem gesellschaftliche Gefüge in Zusammenhang zu bringen und in einem dritten Schritt herauszuarbeiten, in welchen Situationen Gewalt moralisch erlaubt und legitimierbar sein kann. Diese drei Ausgangsfragen werden im Laufe dieser Arbeit in dieser entsprechenden Reihenfolge behandelt, wobei der zweite Aspekt vordergründig vom Subjekt, sprich der gebärenden Frau aus, beleuchtet wird.

Imbusch (2002) zählt überdies sieben Fragen auf, über welche sich Gewalt erschliessen lässt. Zunächst muss geklärt werden, (1) *wem die Gewalt gilt*, wer also als Opfer bezeichnet werden kann, und (2) *wer die Gewalt ausübt*, wer entsprechend Täter ist. Die Frage nach dem Phänomen der Gewalt adressiert, ausserdem (3) *was konkret im Prozess geschieht*, sodass weiterführend gefragt werden kann, (4) *wie die Handlung der Gewalt ausgeübt wird*, welche Mittel eingesetzt werden (Imbusch, 2002 S. 35ff). Hier wird auf das Potential der betreffenden Kultur und Zivilisation verwiesen; denn nicht nur zahlreiche Ressourcen, sondern auch Fortschritt in Forschung und Institutionalisierung begünstigen, dass Gewalt einfacher und effektiver angewendet werden kann. In diesem Zusammenhang werden aber auch der Kontext und allfällige dritte Parteien, die unmittelbar oder vermittelt in die Situation miteinbezogen sind berücksichtigt. Ein weiteres Interessensgebiet stellt die Frage dar, (5) *warum Gewalt ausgeübt wird*. Was sind Ursachen, welche Gründe führen dazu? In der Frage (6) *wozu?* spielen darüber hinaus der Zweck, die Interessen, Motivation und Ziele der beteiligten Akteurinnen und Akteuren und Institutionen eine Rolle. Schliesslich differenziert Imbusch (2002) noch die Frage nach dem *weshalb*, welche die Rechtfertigungsmuster und Legitimationsstrategien von Gewalt ins Auge fasst. Diese Fragen beziehen sich auf ein enges Verständnis von Gewalt, das, wie sich im Laufe der Arbeit zeigt, möglicherweise nicht hinreichend ist für das Phänomen der Gewalt unter der Geburt. Dennoch sollen diese Fragen im Laufe der Arbeit zur Sprache kommen.

Methodologisch muss zur Forschung über Gewalt angemerkt werden, dass die empirische Untersuchung von Gewaltphänomenen verschiedene Schwierigkeiten begegnet. Zum einen lässt sich reale Gewalt als unmittelbarer Vorgang häufig nicht beobachten, sodass die Validität nicht sichergestellt ist, zum anderen kann man bei Befragungen zum Thema nicht von einem einheitlichen Verständnis ausgehen, was die Reliabilität beeinträchtigt und des Weiteren ist durch die moralische Konnotation die

experimentelle Untersuchung schlicht nicht möglich. In den Sozialwissenschaften lässt sich in jüngerer Zeit eine Hinwendung zu einer «verstehenden Gewaltforschung» (Schnell, 2014, S. 19) feststellen, der sich die vorliegende Arbeit anschliesst. Die Werthaftigkeit des Begriffs zieht Herausforderungen für die Einhaltung der Objektivität mit sich, was im folgenden Kapitel verdeutlicht wird.

2.2 Fallen in der Gewaltforschung

Gewalt ist ein aufgeladener Begriff mit historischem Wert und moralischer Konnotation. Um sich auf einer wissenschaftlichen Ebene mit diesem Begriff zielführend auseinanderzusetzen, wurden im Laufe der Gewaltforschung sechs Stolperfallen in der Forschung beschrieben, welche es zu vermeiden gilt (Heitmeyer & Hagan, 2013). Der Versuch, diese Fallen zu vermeiden, soll in der vorliegenden Arbeit auch dazu dienen, die obengenannte Vermeidung von Vorurteilen sicherzustellen.

Mit der «**Umdeutungsfalle**» ist das exklusive Personalisieren und generelle Pathologisieren von Gewalt gemeint, welches soziale Wirkungszusammenhänge ausblendet und zur moralischen Selbstentlastung genutzt wird. Um die «**Skandalisierungsfalle**» zu umgehen soll auf spektakuläres und medienaufmerksamkeitsheischendes Vokabular verzichtet werden. Die «**Inflationfalle**» bezeichnet die argumentative Ausweitung des Gewaltbegriffs auf alle möglichen Lebenssituationen, welche den Eindruck hinterlässt, Gewalt sei omnipräsent. Die «**Moralisierungsfalle**» entsteht insbesondere in Betroffenendiskursen, die sich auf ein einfaches Täter-Opfer-Modell beschränken und Handlungen einem «Gut und Böse» zuordnen, wohingegen sich die «**Normalitätsfalle**» dort bemerkbar macht, wo Gewalt als natürliches, normales und somit verharmlostes Element gedeutet wird. Aufgrund der Fragestellung, welche eine gewisse «**Normalität**» der Gewalt unter der Geburt suggeriert, wird dieser Falle im Laufe der Arbeit ein besonderes Augenmerk geschenkt werden. Die «**Reduktionfalle**» schliesslich zeigt sich, wenn trotz der augenscheinlichen Komplexität des Phänomens Gewalt auf einfache Erklärungsschemata zurückgegriffen wird oder Gewalt gar Individuen als Eigenschaft zugeschrieben wird (Heitmeyer & Hagan, 2013, S. 15)

2.3 Phänomenologische Soziologie

Wissenschaftliche Auseinandersetzungen zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe orientieren sich zumeist an quantitativ-empirischen Forschungsmethoden. Daraus erwächst in vielen Fällen ein Objektiv-Machen einer subjektiv erlebten und verarbeiteten Wirklichkeit, was die Konsequenzen der Ergebnisse unklar lässt. So wurde beispielsweise Limmers Studie zur Validierung von Instrumenten zum Messen der erfahrenen Gewalt unter der Geburt, bei der viele Frauen teilgenommen und von entsprechenden Erfahrungen berichteten, vom deutschen Ärzteblatt (2019) als nicht belastbar und methodologisch nicht geeignet abgetan. Zwar könnte Gewalt in der Geburtshilfe ein Problem darstellen, jedoch sei die Prävalenz weiterhin nicht klar und daher müssen weitere Untersuchungen folgen.

Subjektiv ist aber die Gewalt für jede einzelne Frau, die diese erlebt, ein Problem und soll als solches anerkannt werden. Aus einer Hebammenperspektive macht es Sinn, nicht nur in der handelnden Praxis, sondern auch in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung die Frau ins Zentrum zu stellen, insbesondere bei Fragestellungen, welche sich auf das Verständnis des Geburtserlebnisses beziehen. Gewalt unter der Geburt stellt ein soziales Ereignis dar. Im Zentrum dessen steht neben des Zur-Welt-Kommens des Kindes das subjektive Erleben der Frauen, die gebären. Neben qualitativ-empirischen Methoden, welche den Rahmen dieser Bachelorarbeit sprengen würden, bietet sich eine theoretische Herangehensweise an, um das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit anzugehen. Die Methoden der phänomenologischen Soziologie eignen sich deshalb zur Beantwortung der Fragestellung, da diese zum Ziel hat, Begebenheiten aus der Lebenswelt von Subjekten verstehend zu erforschen und Handlungen und Verhalten zu analysieren (P. Fischer, 2012). Dabei ist wichtig zu betonen, dass die phänomenologische Soziologie im strengen Sinne nicht als empirische Wissenschaft gelten kann, da sie nicht Objektivität und Generalisierbarkeit, sondern vielmehr eine Erweiterung des Verständnisses für Phänomene und damit das Legen einer philosophischen und erkenntnistheoretischen Fundierung zum Ziel hat. Vor diesem Hintergrund muss von einer abschliessenden Beantwortung der Fragestellung abgesehen werden. Dennoch kann diese Methode einen Beitrag dazu leisten, das Phänomen der Gewalt unter der Geburt versteh- und verhandelbarer zu machen und als Grundlage für weitere wissenschaftliche Auseinandersetzungen dienen.

Zentrale Aspekte des phänomenologischen Ansatzes sind die Orientierung an dem, was unmittelbar beobachtbar ist und die Betonung der Subjektperspektive sowie die Ablehnung des Positivismus (P. Fischer, 2012). Erkenntnisse und Evidenz im Sinne der Phänomenologie ergeben sich aus der Beobachtung von Wahrnehmung, Bewertung und Handeln, wozu diese Beobachtung sich subjektiver und objektiver Vorurteile möglichst zu entledigen hat. Die Untersuchung von Dingen und Objekten beginnt mit der Beschreibung der subjektiven Erscheinung und ist vorerst a priori, ohne bereits Erklärungen von Gründen, hinzuzuziehen. Als Ausgangspunkt dient der Mensch mit seiner «natürlichen Weltanschauung» (P. Fischer, 2012, S. 12), die sich einerseits aus Erfahrungen der erlebbaren Sinneswahrnehmungen und andererseits aus deren Reflexion ergibt. Für die vorliegende Arbeit beziehe ich mich zur Anwendung der phänomenologischen Methodik auf die eingangs beschriebene Situation und weitere subjektive Erfahrungsbeschreibungen, die ich in meinem Praktikum erlebt habe. Die Evidenz der Richtigkeit der Sinndeutung ergibt sich aus der Reflexion des einführenden Nacherlebens, indem diese Erkenntnisse wertfrei unter rationalen Gesichtspunkten, vor dem Hintergrund bestehender Überlegungen und anhand verschiedener Methoden der phänomenologischen Soziologie analysiert werden (Eberle, 1984). Zu diesen Methoden zählen die *Konstitutionsanalyse*, anhand derer ein subjektives Erleben bezüglich seiner zeitlichen Struktur, den ihr zugrundeliegenden gesellschaftlichen und kulturellen Normen sowie Vorstellungen des Individuums eingeordnet werden und die *subjektive Wissenskonstruktion*, die unterschiedliche Erfahrungswelten untersucht und Handlungen zugrundeliegende Wissensbestände analysiert (P. Fischer, 2012, S.35ff). Mit der Methode des *Fremdverstehens* wird darüber hinaus nach den Motiven im Handeln des anderen gefragt und versucht, wenn auch segmentiert, die Sinndeutung des Gegenübers zu erschliessen. Anhand der Unterscheidung von Absicht und Ergebnis einer Handlung soll vom *subjektiven und objektiven Sinn des Handelns* sichtbar gemacht werden (P. Fischer, 2012, S. 48). Im Falle der vorliegenden Arbeit bedeutet dies, dass ich aus der Position der Hebammenstudentin heraustrete, indem ich mir meine bisherigen Thesen bewusst mache, bereits geleistete Forschung zum Thema zwar lese und zusammenfassend in der Arbeit darstelle, diese jedoch immer wieder ausblende, um unvoreingenommen zu bleiben und die gebärende Frau in meinen Überlegungen weiter ins Zentrum zu stellen.

2.4 Ausgangspunkt subjektives Alltagserleben

Die Arbeit wird sprachlich bebildert (kursiv gehaltene Texte, S. 1–2 und S. 36–37) durch zwei Praxissituationen, welche ich als Autorin im Rahmen meiner Ausbildungspraktika zur Hebamme als teilnehmende Beobachterin miterlebt und retrospektiv in diesen Texten verarbeitet habe. Die Beobachtungen und retrospektiven Deutungen geschahen spontan, subjektiv und selektiv, da ich als Beteiligte aktiv am Geschehen beteiligt war. Sie stellen den deskriptiven Ausgangspunkt zur Erschliessung von subjektivem Sinn und Bedeutung des Phänomens in seiner natürlichen Erscheinungsform in der Lebenswelt einer Hebamme in Ausbildung dar. Die beschriebenen Situationen sind nicht repräsentativ für Geburtsereignisse und stellen herausstechende Einzelfälle dar, welche als Ausgangspunkt für Überlegungen zum Phänomen der Gewalt unter der Geburt genutzt werden können. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit ist es leider nicht möglich, diese Beobachtungen systematisch zu analysieren und die gewonnenen Erkenntnisse damit in Verbindung zu bringen.

2.5 Thematische Eingrenzung und Limitationen

Die Überlegungen dieser Arbeit schliessen an jüngste Diskurse an, die besonders im europäischen Raum verhandelt werden und beziehen sich im Engeren auf die geburtshilfliche Situation in Deutschland und der Schweiz, wobei diese beiden Länder mit Einschränkungen vergleichbar sind (Beck et al., 2011; Eckardt, 2020; Mundlos, 2015). Das Phänomen der Gewalt unter der Geburt wird dabei nicht auf ein bestimmtes Betreuungsmodell oder bestimmte geburtshilfliche Institutionen reduziert. Die Perspektiven des Ungeborenen und des Partners oder der Partnerin der Gebärenden werden bewusst nicht berücksichtigt.

3 Theoretische Grundlagen

In der Fragestellung «Warum ist Gewalt unter der Geburt normal?» finden sich gleich drei Begriffe, welche nicht klar definiert und im Zusammenhang einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung ambig sind. Umso wichtiger ist es, das Verständnis der einzelnen Begriffe zu klären. Im Anschluss an dieses Kapitel wird unter Hinzuziehung der getroffenen Definitionen die Fragestellung genauer spezifiziert, da das Verständnis grundlegend für das Erkenntnisinteresse der Autorin der Arbeit ist. Die dargelegten Begriffsdefinitionen stellen im Rahmen der phänomenologischen Soziologie die Konstitutionsanalyse um das zu erforschende Phänomen dar.

3.1 Gewalt als Phänomen

«Gewalt» als deutsches Wort leitet sich vom althochdeutschen Wort «waltan» ab, welches etwa «Kraft haben» und «etwas beherrschen» bedeutete (Imbusch, 2002, S. 29). Anders als im Englischen wird das Wort «violence» gleichermassen für das zwangsmässige Durchsetzen von Etwas oder das Erfahren von Zwang als auch für die Zuschreibung der Macht in einem politischen Sinne bezeichnet (Imbusch, 2002; Müller-Salo, 2018). Das Wort «Gewalt» ist dementsprechend ein uneindeutiger Begriff. Möglicherweise wird im wissenschaftlichen Kontext deshalb häufig auf enger umrissene beziehungsweise einem bestimmten Gewaltverständnis untergeordnete Begriffe wie «Missachtung», «Misshandlung», «Zwang» zurückgegriffen (Schnell, 2014). In dieser Arbeit wird jedoch bewusst mit dem Begriff der Gewalt operiert, da dieser von den betroffenen Frauen in ihren Berichten häufig gewählt wird (*Frauen berichten über Gewalt im Kreißsaal während Geburt*, 2018; "Gewalt unter der Geburt - ein Erfahrungsbericht einer Leserin", 2017; Inga, 2020).

Der Gewaltbegriff überschneidet sich historisch insbesondere mit dem Machtbegriff (Imbusch, 2002). Im folgenden Abschnitt wird Gewalt als soziales Phänomen genauer betrachtet und sein Verhältnis zur Macht geklärt.

Die Deutung sozialer Vorkommnisse und menschlichen Erlebens unterliegt stets den historischen Begebenheiten, weshalb das Phänomen der Gewalt über die Zeit verschiedener Definitionen durchlief. Gewalt wird häufig als soziales Ereignis beschrieben, bei welchem eine gewisse Form von Einwirkung zur Erreichung eines neuen

Zustandes vonstattengeht. Gewalt kann als Handlung beziehungsweise Tätlichkeit, Prozess oder Erleben aufgefasst werden (Hitzler, 1999; Müller-Salo, 2018).

Eine mögliche Interpretation von einer Gewaltsituation umfasst einen oder mehrere Täter sowie ein oder mehrere Opfer, die durch erstere eine Beeinflussung im Sinne einer Androhung oder den Gebrauch von psychischer oder physischer Kraft erfahren und dadurch Verletzungen, Tod, psychischen oder physische Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation als Folge erleiden (Koch-Gromus & Pawils, 2016). Oder umgekehrt gesprochen wird der Wille dessen, über den oder die Gewalt ausgeübt wird, missachtet oder gebrochen. Gewalt im Sinne der handelnden Verletzungen der körperlichen oder seelischen Integrität finden in der Regel als Ausnützung, Etablierung oder Reproduktion eines bestehenden Machtgefälles statt. Der Soziologe Popitz (1986) konstatierte Gewalt als Machtausübung von Menschen über Menschen und als omnipräsente Handlungsoption im sozialen Miteinander. Die Möglichkeit, dass ein Mensch einem Menschen Gewalt, bis hin zur Tötung antut, sei latent immer vorhanden (Imbusch, 2002). Die Macht an sich bildet nach diesem Verständnis die Möglichkeit zur Gewalt, durch instrumentell ausgeführte Gewalt wird das Machtverhältnis wiederum bestätigt und reproduziert (Arendt, 1998). Im medizinischen Kontext zeigt sich dieses Potential auf eine besondere Weise: Die Patientinnen und gebärenden Frauen begeben sich in fachlich ausgebildete Hände, welche über die Informationsmacht bezüglich der physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge verfügen und die Verantwortung zumindest teilweise dafür übernehmen, mit ihrem Handeln den Körper von möglichen Leiden und Schäden zu heilen, zu verschonen und im Notfall richtig zu reagieren, um den Tod um möglichst jeden Preis zu verhindern. Mit der modernen Medizin stehen viele Instrumente, Geräte und Eingriffe zur Verfügung, die einerseits Leben retten, andererseits durch ihre Invasivität auch schnell und insbesondere bei unbedachtem, unsachgemäßem oder unnötigem Einsatz selbst zu Schäden, zusätzlichen Schmerzen und im schlimmsten Falle zum Tod führen können.

Arten der Gewalt. Unterschieden wird in der Gewaltforschung zwischen personaler, struktureller und kultureller Gewalt, wobei letztere Konzepte die indirekte Auslösung von Gewalt (die sich jedoch interpersonell zeigt) durch Bedingungen in Form von gesellschaftlichen Normen, Konventionen, Gesetzen, Institutionen und Systemen meint (Imbusch, 2002). Diese Sicht stark geprägt hat unter anderem der Friedensforscher Johan Galtung. Die strukturelle Gewalt soll sich indirekt äussern und nicht der

individuellen Handlungsintention des Akteurs oder der Akteurin zugeschrieben werden können. Sie fusst in Strukturen der gesellschaftlichen Ungleichheit und Machtverhältnisse und äussert sich in Rollenzuschreibungen, Handlungsmustern oder Hierarchien, welche sich in den Handlungen der Akteure und Akteurinnen manifestieren oder latent vorhanden sind (Galtung, 1975). Während sich die personale Gewalt in sozialen Situationen in der Regel beobachten und erfragen lässt, findet strukturelle Gewalt verdeckt und indirekt statt und ist dementsprechend empirisch schwieriger zugänglich (Imbusch, 2002).

Formen der Gewalt. Als Formen tätlicher Gewalt werden sowohl Handlungen physisch oder psychisch schädlicher Art sowie auch das Unterlassen zur Verhinderung der Schädigung des Individuums in Betracht gezogen. Als physische Gewalt werden körperliche und sexualisierte Handlungen wie Schlagen, Treten, Stechen, Vergewaltigen bis hin zur Tötung oder auch das Zerstören von Gegenständen beschrieben. Unter psychischer Gewalt werden Zwang oder Drohung, Einschüchterung durch Blicke, Gesten, Waffen oder - im Falle der Medizin – durch gefährlich wirkende Instrumente, Isolierung, den Selbstwert verletzende Kommentare oder Handlungen sowie in Form des Abstreitens und Bagatellisierens von vorgefallenen Misshandlungen aufgezählt (Imbusch, 2002; Müller-Salo, 2018).

Intendierte und nicht intendierte Gewalt. Was als Gewalt zwischen Menschen wahrgenommen wird, wird häufig im selben Schritt als moralisch falsch eingestuft. Für die Schuldzuweisung ist es von grosser Bedeutung, ob eine Handlung oder Tätlichkeit intendiert, also entsprechend geplant und gemeint ist, oder ob die agierende Person keine Intention zur Gewaltausübung hat beziehungsweise damit nicht die Schädigung oder vordergründige Demonstration ihrer Macht im Sinn hat (Müller-Salo, 2018). Auf der Ebene des Rechts widerspiegelt sich dies in einem allgemeinen Gewaltverbot und der Ahndung und Bestrafung von vorsätzlichen oder fahrlässigen Zuwiderhandlungen. Ausgenommen von diesem Verbot sind jedoch Gewalt im Rahmen von Notwehr, der Einsatz vom staatlichen Gewaltmonopol beispielsweise in Notstandssituationen sowie Tötlichkeiten und Körperverletzungen, die medizinisch gerechtfertigt und in der Regel der Einwilligung bedürfen (Schadtle, 2009). Auch hier wird sichtbar, dass die Anwendung von gewaltvollen Methoden im medizinischen und auch im geburtshilflichen Bereich nicht a priori unangebracht oder illegal sind.

Subjektive Wahrnehmung von Gewalt. Gewalt aus der Perspektive des Subjekts, also erlebte Gewalt, kann über die bereits ausgeführte Definition hinausgehen. So kann auch eine Naturkatastrophe wie ein Tsunami oder eine Lawine als gewaltvoll erlebt und gedeutet werden (Imbusch, 2002). Phänomenologisch kommt entscheidend hinzu, dass Gewalt als vielschichtiges Geschehen subjektiv erlebt und im Anschluss daran sinnhaft als solche gedeutet werden kann oder eben nicht. Die Konstitution der Zuschreibung von Gewalt im Erlebten oder Handeln eines anderen erfolgt also im Anschluss an das Erlebte in der Reflexion und dem gedanklichen Nacherleben begleitet mit deutenden Überlegungen. Dazu sei ausserdem erwähnt, dass bewusst erlebte Gewalt beispielsweise in Form von Dominanz und Aggression, wie es bei verschiedenen Kampfsportarten oder BDSM-Praktiken vorkommt, subjektiv auch dem Lustgewinn dienen können (Elbert et al., 2017).

3.2 Geburt als Phänomen

Der Begriff «Geburt» bezeichnet umgangssprachlich sowohl den Vorgang, in dem sich die Schwangere vom Beginn der Wehen bis zum Ankommen des Kindes befindet, als auch das Zur-Welt-Kommen des Kindes an sich. In der vorliegenden Arbeit wird unter dem Begriff «Geburt» anknüpfend an die lebensweltliche Definition der Frauen, der Prozess verstanden, unter welchem sich eine Schwangere ab Einsetzen der physiologischen Mechanismen zur Ausscheidung des Kindes mitsamt seiner Hülle und der Plazenta bis zu deren Eintreffen befindet.

Dieser Prozess kann soziologisch einerseits als Naturphänomen verstanden und anhand biologisch-naturwissenschaftlicher Parameter beobachtet und beschrieben werden. J. Fischer (2011) spricht hierbei vom evolutionsbiologischen Ansatz, der auf die Naturtheorie zurückzuführen ist. Andererseits ist die Geburt bei Menschen als gesellschaftlich, kulturell und sozial geprägtes Ereignis historischem Wandel unterlegen und stark mit den unterschiedlichen Entwicklungen einer Gesellschaft verknüpft. Dieser Zugang zur Geburt als sozial konstruiertes Phänomen lässt sich laut J. Fischer im gegenwärtigen Diskurs unter den Ansätzen der historischen Anthropologie. In den folgenden zwei Abschnitten werden wichtige Aspekte für die Beantwortung der Fragestellung beider Ansätze vorgestellt, wobei eine ausführliche Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

3.2.1 Geburt als natürlicher Vorgang

In der lebensweltlichen Darstellung von Geburt und der Ratgeberliteratur für Frauen wird häufig darauf referenziert, dass es sich bei der (menschlichen) Geburt um ein «Naturereignis» handle, welches anhand seiner inneren Logik automatisch ablaufe (Stadelmann, 2000, S. 151). Mit Blick auf das subjektive Erleben von Geburt stellt sich dabei die Frage, inwieweit von diesem Naturphänomen die Rede sein kann.

Eine Geburt als solche wird durch ein Zusammenspiel verschiedener Wirkmechanismen im Organismus ausgelöst und gesteuert. Grundsätzlich sind aus einer evolutionsbiologischen Perspektive diese Vorgänge so angelegt, dass eine erfolgreiche Reproduktion der Spezies ermöglicht wird (Warkentin, 1991). Das Überleben des gebärenden Muttertiers stellt vor allem bei Säugern, die als Einzelgängerinnen leben, eine Notwendigkeit dar, wenn keine Ammentiere vorhanden sind. Das Überleben der Neugeborenen ist aus dieser Perspektive nur dann sinnvoll, wenn ein gesundes Junges zur Welt gebracht wird. Auf der Ebene der körperlichen Vorgänge sind die Mechanismen der Geburt wie beispielsweise die biochemischen Vorgänge zum Auslösen der Geburtswehen wissenschaftlich nicht vollends geklärt. Jedoch kennt die Naturwissenschaft mittlerweile viele beteiligte Hormone, Reflexe und Mechanismen, welche bei einer Geburt ablaufen (Schneider et al., 2016). Diese Vorgänge sind aus körperlicher Sicht grösstenteils *unwillkürlich*, entziehen sich also der direkten Kontrolle des Individuums, sie stellt «[...] ein Angriff auf die Unversehrtheit der Frau [...] dar (Schmid, 2011, S. 9).

Um das Kind oder Jungtier zur Welt zu befördern, sind physikalische Kräfte vonnöten, welche von der Frau gleichermassen in ihrem Ursprung als auch in ihrer Wirkung wahrgenommen werden und auch das Kind einem gewissen Druck aussetzen. Um die Impulse der aktivierten Nozizeptoren, welche für die Schmerzwahrnehmung zuständig sind, auszugleichen, werden besonders in den Wehenpausen, wenn der Parasympathikus stärker aktiv wird, Endorphine ausgeschüttet, welche die Wahrnehmung der Gebärenden, aber auch des Kindes auf eine günstige Weise gegenüber der Schmerzwahrnehmung beeinflussen (Schmid, 2011).

Dass Menschen bei der Geburt zumindest im gesellschaftlichen Narrativ grössere Schmerzen und Mühen als andere gebärende Tiere wahrnehmen, wird in der Literatur ambivalent beschrieben und teilweise auf den aufrechten Gang sowie das grössere

Gehirn zurückgeführt, welches die Reize anders verarbeitet (SWRWissen & Paál, 2019; Warkentin, 1991).

Nicht nur aus der Perspektive der phänomenologischen Soziologie greift daher die Reduktion des Geburtserlebnisses auf die physiologischen Vorgänge zu kurz. Weiterführende Überlegungen gründen jedoch auf lebensweltlichen, wenig messbaren Konstrukten, sodass die im folgenden Abschnitt benannten historischen, sozialen, und kulturellen Aspekte des Phänomen Geburt primär auf theoretischen Zugängen, analytischen Schlussfolgerungen und unsystematischen Beobachtungen beruhen (Rose & Schmied-Knittel, 2011).

3.2.2 Geburt als soziales, kulturelles und individuelles Ereignis

J. Fischer (2011) beschreibt die Prozesse der Schwangerschaft und der Geburt beim Menschen als «exzentrische Positionalität» (S. 29). Gemeint ist damit die soziale Konstruktion des vorgegebenen Zustandes und Prozesses; die Natürlichkeit der biologischen Vorgänge dient als Grundlage für die Ausgestaltung auf einer sozialen und gesellschaftlichen Ebene. Erst dadurch erhält die Geburt und ihre einzelnen Aspekte eine tiefere Sinnstruktur und Bedeutung. So wird der ganze Geburtsprozess in seiner Bedeutung und Sinnhaftigkeit hinterfragbar.

Geburt als sozial relevantes Ereignis. Schwangerschaft und Geburt sind für den Erhalt einer Spezies, aber auch für den Fortbestand einer Gesellschaft essenziell (J. Fischer, 2011). Daher geht das Interesse an den Ergebnissen dieser Prozesse über das Subjekt hinaus; das neue Leben, das da kommt, soll einerseits gesund und geborgen sein, andererseits für die Ansprüche der Gesellschaft taugen und wenn möglich darüber hinaus die Welt zum Besseren verändern (Arendt, 1958). Mit dem Wandel der gesellschaftliche Bedeutung von Kindern in den vergangenen zweihundert Jahren, der rückläufigen Geburtenzahl pro Frau und der erhöhten Anforderungen an die Intelligenz und Anpassungsfähigkeit von gesellschaftstauglichen Individuen ging fraglos auch eine Veränderung der Wahrnehmung des Zur-Welt-Kommens einher (Rose & Schmied-Knittel, 2011).

Geburt als medizinisches Ereignis. Mit Blick auf den Wandel des geburtshilflichen Kontexts betonen Rose und Schmied-Knittel (2011) die Herauslösung von Schwangerschaft und Geburt aus dem weiblichen Zuständigkeitsbereich durch erfahrene Mütter

oder Hebammen und die Ablösung durch die Gynäkologie und Geburtshilfe als männlich dominiertes Fachgebiet. Durch die Etablierung der Klinikgeburt habe sich das Verständnis durchgesetzt, dass Geburt eine medizinische Lebenssituation darstelle. Damit gehe ein medizinisches Sicherheitsdispositiv einher, welches mit Methoden zur Risikoeinschätzung und technischen Geräten zur Überwachung Komplikationen nicht nur erfolgreich behandeln, sondern frühzeitig erkennen und verhindern will. Mit der gesellschaftlichen und technischen Entwicklung im letzten Jahrhundert wurden die entsprechenden Interventionen machbar und für die breite Masse auch bezahlbar. Das Ziel heutiger Geburtshilfe ist längst nicht mehr nur, die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind zu senken; das Überleben von Mutter und Kind werde gesamtgesellschaftlich heute bei einer Geburt grundsätzlich vorausgesetzt. Umso wichtiger ist es jedoch geworden, dass das Kind bei diesem Ereignis keine Schäden davonträgt, beispielsweise durch einen Sauerstoffmangel, welcher sich anhand des Nabelschnur-pHs zeigen kann oder auf eine Übertragung zurückgeführt werden könnte. Dies führt zu immer höheren Interventionsraten (Rose & Schmied-Knittel, 2011). Wie Mundlos schreibt, wurden 2013 76,3% aller Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften gehandelt, 22% aller Schwangeren eingeleitet und 40% aller Geburten medizinisch beschleunigt (Mundlos, 2015, S. 39). Mit der entwickelten Schmerzmedikation, welche das Kind (scheinbar)³ wenig belastet, schien der schmerzfreien Geburt für jede Frau zumindest aus Sicht einiger Ärzte nichts mehr im Wege zu stehen (z.B. Leboyer, 2007). Dadurch wurde der Geburtsschmerz teilweise als unnötig und wertlos und Geburt als medizinisches Ereignis durch Fachkräfte als plan- und handhabbar gekennzeichnet.

Geburt als natürliche, weibliche Körperlichkeit. Demgegenüber und anknüpfend an die relative Sicherheit für das Leben von Mutter und Kind, welches mittlerweile besteht, formierte sich ab den 1970er Jahren eine Bewegung aus Ärztinnen und Ärzte, Frauen und Hebammen, welche angesichts der medizinisch-technisierten Geburtshilfe die Rückkehr zur «natürlichen Geburt» forderte (Rose & Schmied-Knittel, 2011, S. 78). VertreterInnen stellten die emotionalen Aspekte von Schwangerschaft und Geburt in den Vordergrund und konstatierten, dass Schwangerschaft und Geburt und damit weibliche Körperlichkeit grundsätzlich pathologisiert würden. In der Folge erhielten

³ Eine PDA, welche bei vielen Gebärenden tatsächlich sehr gut schmerzhemmend wirkt, kann, wenn sie zu früh erfolgt, die natürliche Freisetzung von Endorphinen bei der Gebärenden hemmen. Diese Endorphine finden sich üblicherweise auch im Fruchtwasser und wirken dort gegebenenfalls auch schmerzlindernd auf das Kind (Schmid, 2011, S. 36).

hebammengeleitete Geburtshäuser, Narrative um spezielle Geburtsriten und ein neuer Weiblichkeitskult aufwind. Diese Perspektive vertritt die Ansicht, dass Geburtsschmerz ein wichtiger, sinnvoller und bewältigbarer Aspekt, Schmerzmittel dagegen häufig ein Störfaktor für die physiologische Geburt darstellt (Rose & Schmied-Knittel, 2011).

Geburt als biographisches Ereignis. In diesem Spannungsfeld der beiden Pole, dem Sicherheits- und dem Natürlichkeitsdispositiv, konsolidierten sich Schwangerschaft und Geburt als zentrales biographisches Ereignis für die schwangeren Frauen und zunehmend auch ihre Partner oder Partnerinnen (Rose & Schmied-Knittel, 2011). Mit der Verschiebung im medizinischen Kontext vom benevolenten Paternalismus⁴, der bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrtausends das übliche Modell darstellte, zum «Informed Consent», also der informierten Einwilligung, sehen sich Geburtshelferinnen und Geburtshelfer in der Pflicht, den Klientinnen alle notwendigen Informationen zu vermitteln (Tegethoff, 2011). Durch die grosse Auswahl an Möglichkeiten, wie eine Schwangerschaft entstehen, begleitet und überwacht werden kann, wie, wo, und unter wessen Obhut eine Geburt stattfinden kann, müssen Gebärwillige über viele Informationen verfügen. Geburtsvorbereitungskurse, Ratgeber zur Geburt und Mütterforen werden von Schwangeren gleichermassen genutzt in der Überzeugung, dadurch ihr eigenes Geburtserlebnis selbst kontrollieren und positiv gestalten zu können. Die Bandbreite der inhaltlichen Ausrichtung klafft in diesen Angeboten weit auseinander und hat eine entsprechende Auswirkung auf die Vorstellung, Erwartung und Hoffnung der Frauen. Insbesondere die erste Geburt einer Frau als Statuspassage in die Elternschaft stellt ein einmaliges, individuelles Ereignis dar, welches sich in seinem Ergebnis längst nicht nur an einem guten Ausgang im Sinne eines gesunden Überlebens von Mutter und Kind, sondern auch an seiner Erlebniswürdigkeit misst (Rose & Schmied-Knittel, 2011).

3.2.3 Dispositiv der Geburt

Die Soziologin Eckardt (2020) analysierte anhand der historischen Entwicklungen und aktuellen Begebenheiten das Dispositiv⁵, in dessen Rahmen Geburt in Deutschland

⁴ «Benevolenter Paternalismus» bezeichnet die wohlwollende vormundschaftliche Beziehung von Ärztinnen und Ärzten zu Patientinnen und Patienten (Eibach, 1997)

⁵ Der Begriff «Dispositiv» wird in der Soziologie ausgehend vom Soziologen Michael Foucault (1978) als Bezeichnung für die Gesamtheit aller Voraussetzungen, seien es ideelle, institutionelle, philosophische oder moralische, verstanden, innerhalb derer sich Diskurse und soziale Interaktionen ereignen.

aktuell stattfindet. Sie knüpft an obig genannte Diskurse der Anthropologie, der biomedizinischen und der sozialen Bedeutung von Geburt an und identifiziert zentrale Eigenheiten im geburtshilflichen Setting, welche sich für die Entfaltung der subjektiven Weltwahrnehmung und Handlungsoptionen als determinierend erweisen. Für die vorliegende Arbeit ist dies insofern von Nutzen, als dass das Phänomen der Gewalt unter der Geburt in einen Raum-Zeit-Kontext verortet werden kann, aus dem sich seine Sinnhaftigkeit erst ergibt. Ausserdem kann durch die geografische Nähe und den ähnlichen Entwicklungsstand der beiden Länder von einer gewissen Vergleichbarkeit mit der Schweiz ausgegangen werden. Die von Eckardt (2020) beschriebenen Diskursformationen in der modernen Geburtshilfe werden im Folgenden skizzenhaft dargestellt.

Der Diskurs um die zunehmende **Medikalisierung** (Eckardt, 2020., S.93) meint hinsichtlich der Geburtshilfe die Monopolstellung, welche Gesundheitsinstitutionen seit den 1950er-Jahren innehaben. Durch Messen, Überwachen und Vergleichen von Daten geht diese Entwicklung mit jenen der Normierung, der Objektivierung, der Pathologisierung und der Regulierung im Sinne präventiver Intervention einher. Die **Technisierung** in der Geburtsmedizin ist erkennbar durch die durchdringende Nutzung medizinisch-technischer Geräte wie dem Dopton, dem CTG, dem Gebärbett und komplexer Vorrichtungen für Vakuumextraktionen, welche objektive Werte liefern sollen und die manuelle Diagnostik und Intervention bis zu einem gewissen Punkt ersetzen. Das Verständnis um die Verwendung liegt beim fachlichen Personal. Die **Institutionalisierung** (Eckardt, 2020, S. 94), also die fast gänzliche Verlagerung von Geburtshilfe in die Institution Krankenhaus vollzog sich wie bereits an anderen Stellen erwähnt ebenfalls in den 1950er-Jahren. Geburt verschob sich von einem privaten zu einem quasi öffentlichen Ereignis. Im Diskurs um die **Humanisierung** (Eckardt, 2020, S. 94–95) lassen sich mehrere Aspekte verorten. Zum einen kann man die Bemühungen um Schmerzlinderung der physiologischen Geburt darunter fassen, zum andern werden seit den 1970er-Jahren im Zusammenhang der Humanisierung die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Frau ins Zentrum gerückt. Zudem hat sich die Möglichkeit bis hin zur sozialen Pflicht etabliert, dass der Kindsvater oder die Partnerin der Frau bei der Geburt dabei ist und der Gebärenden beistehen soll. Die **Ökonomisierung** (Eckardt, 2020, S. 95) ist auf Prozesse im letzten Jahrhundert zurückzuführen, bei welchen Leistungen der Schwangerschaftsvorsorge, der Geburt und des Wochenbetts in Leitlinien festgelegt und in Wert gesetzt wurden. Eine neuere Entwicklung stellt die Abrechnung

nach Fallpauschalen dar, die seit 2012 auch in der Schweiz üblich ist. Institutionen kommen dadurch in einen Kostendruck und müssen ihre Interessen entsprechend auch monetär positionieren. Im Zuge der **Professionalisierung** (Eckardt, 2020, S.96) entwickelt sich der Hebammenberuf zunehmend zu einem akademischen Beruf und die Geburtshilfe erfährt eine Verwissenschaftlichung. Die Ungleichheit im Sinne der Informationsmacht zwischen Gebärender und Hebamme wächst entsprechend. Gleichzeitig wird die medizinische Wissensautorität durch das Misstrauen gegenüber der Wissenschaft vermehrt infrage gestellt und mit alternativen Zugängen ersetzt. Das **Handlungswissen in der heutigen Geburtshilfe** beruft sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse nach einem positivistischen Paradigma⁶. Es orientiert sich an der paradoxen Auffassung der Geburt als physiologischem, natürlichem Vorgang einerseits und als komplikationsgefährdetes und potenziell lebensbedrohliches Ereignis andererseits. Aus letzterem Paradigma legitimiert sich die Geburtsmedizin, die mittels Messungen, Interventionen und Prophylaxen das erwartete Geburtsrisiko minimieren möchte. Mit der evidenzbasierten Medizin, welche seit den 1970er zur Überwindung der Kluft zwischen Theorie und Praxis eingeführt wurde, fanden wissenschaftliche Erkenntnisse vermehrt Eingang in klinische Entscheidungsprozesse (Eckardt, 2020). Dieses Wissen steht dem Erfahrungswissen und intuitiven Wissen von Fachpersonen, Patientinnen und Schwangeren gegenüber und erhebt durch wissenschaftliche Standards einen höheren Wahrheitsanspruch, andere Wissensformen werden also systematisch abgewertet (Eckardt, 2020, S. 100). In diesem Rahmen stehen sich auch die Werte der **Sicherheit und Natürlichkeit** gegenüber, welche in den vorhergehenden Kapiteln bereits thematisiert wurden. Das Konzept der **Selbstbestimmung** (Eckardt, 2020, S. 103ff) findet erst seit neuerer Zeit Eingang in den Diskurs um Geburtshilfe. Es wirft die Frage nach der Entscheidungsmacht und -pflicht sowie um das Tragen der Verantwortung auf. Selbstbestimmung ist gekoppelt an Vorwissen, Informationszugänglichkeit, Selbstbewusstsein und den Willen, Verantwortung und Konsequenzen zu tragen. Dies spiegelt sich auch in den Begriffen des «Informed Consent» beziehungsweise «Informed Choice», welche im medizinischen Kontext vermehrt gefordert werden. Als Konsequenz dieses Diskurses wird die schwangere Frau als Entscheidungs-subjekt konstruiert, das die Wahl der Vorbereitung, der Versorgung, des Geburtsortes

⁶ «Positivismus» bezeichnet die wissenschaftliche Erkenntnistheorie, nach der eine objektive Realität vorliegt, die anhand von Methoden genauso gemessen und abgebildet werden kann. Die Ergebnisse gelten als wahr und wertneutral (Eckardt, 2020).

und des Geburtsmodus selbst zu treffen und eine Mitverantwortung für das Outcome hat. Eckardt (2020) schlägt vor, die Arbeit um die Schwangeren- und Geburtsbegleitung entsprechend zweier Aspekte zu unterscheiden: Die **Geburtsmedizin**, welche einen medizinischen Fokus aufweist und mittels Praktiken der aktiven Leitung und Steuerung dem Geburtsprozess begegnet und die **Geburtshilfe**, welche als Unterstützung der aktiven Geburtsarbeit der Gebärenden aufgefasst werden kann (Eckardt, 2020, S. 115). Beide Aspekte haben das Wohlergehen von Mutter und Kind im Blick, wenn auch mit unterschiedlichen Grundpositionen, die teilweise unvereinbar erscheinen. Beide befassen sich mit den Gesichtspunkten des Zeitmanagements und dem Umgang mit dem Geburtsschmerz. Das Emotionsmanagement erhält im Aspekt der Geburtshilfe einen zentraleren Stellenwert. Praktiken des Messens erfolgen im Rahmen der Geburtsmedizin technisch-numerisch, während in der Geburtshilfe eher taktil-fühlend beurteilt wird. Das hegemoniale, sprich kulturell vorherrschende Dispositiv wird dem bio-medizinischen Verständnis von Geburt zugesprochen (Eckardt, 2020).

3.3 Rechtliche Grundlagen in der Geburtshilfe

Angesichts der zuvor erläuterten Kategorien von Gewalt stellt sich die Frage der Legitimierung dieser Handlungen. Eine Möglichkeit, diese zu deuten, liegt in der Frage nach der rechtlichen Legalität der (Be-)Handlung. Im Folgenden werden die rechtlichen Grundlagen in der Geburtshilfe kurz umrissen.

Die Frau als Patientin hat mitunter das Recht auf eine menschenwürdige und sorgfältige Behandlung, das Recht auf Informationen zu Befunden, Verlauf, vorgesehenen Behandlungen und Behandlungsalternativen sowie das Recht auf Selbstbestimmung. Letzteres bedeutet, dass kein Eingriff, auch wenn er lebensrettend ist, nicht ohne die aufgeklärte Einwilligung vorgenommen werden darf. Jedoch gibt es gesetzliche Ausnahmefälle, in welchen eine Zwangsbehandlung erlaubt ist. Zudem hat die Frau als Patientin die Pflicht, bei der Behandlung oder Betreuung mitzuwirken und den Umfang ihres Aufklärungsbedarfes aufzuzeigen (Pally Hofmann, 2013, S. 114). Dazu gehört auch die Duldung von Untersuchungen und Eingriffen. Bei der Begleitung unter der Geburt ist geburtshilfliches Personal haftbar für Schäden, welche möglicherweise entstehen; es übernimmt zumindest bis zu einem gewissen Punkt die Verantwortung für das Wohlergehen und das Leben der Mutter und des Ungeborenen. Hebammen, Ärztinnen und Ärzte haben die Pflicht, die Grundrechte wie Menschenwürde und das

Recht auf Leben zu wahren und ihre Handlungen entsprechend auszurichten (Pally Hofmann, 2013).

Dadurch, dass bei der Geburt im ungeborenen Kind eine relevante und nach gesellschaftlichem Gutachten eine besonders schützenswerte weitere Partie involviert ist, kommt es bei der Begleitung einer Geburt teilweise zu einem Interessenskonflikt. Dazu schreibt Pally Hofmann (2013, S.17): «Befindet sich das Leben des Ungeborenen in akuter Gefahr, darf das behandelnde Team gegen den Willen der Mutter keinen Eingriff vornehmen, der die Gesundheit und/oder das Leben des Ungeborenen retten könnte. Die Absicht, das Ungeborene zu behandeln, rechtfertigt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Mutter nicht.». Jedoch ist das Fachpersonal dazu verpflichtet, die Mutter von der Dringlichkeit zu überzeugen. Wird die Gebärenden als urteilsunfähig im Moment der Behandlung eingestuft und hat sie zuvor im urteilsfähigen Zustand keinen gegenteiligen Willen geäußert, kann das geburtshilfliche Team auch entgegen dem unmittelbaren Wunsch zugunsten des Ungeborenen handeln. Das Team kann sich in einem solchen Falle auch auf den mutmasslichen Willen der Frau, das Leben des Kindes über ihre Unversehrtheit zu stellen, berufen. Kommt es zu einem Verschulden, also einem Fehlverhalten, welches zu Schädigungen führt, der geburtshilflichen Fachpersonen, kann dieses als vorsätzlich oder fahrlässig beurteilt werden (Pally Hofmann, 2013), was im Falle der Gewalt unter der Geburt der intendierten und nicht intendierten Gewalt entspricht .

3.4 Ethische Grundlagen in der Geburtshilfe

Neben der rechtlichen Legitimität ist auch nach der moralischen Rechtfertigung von Handlungen oder Verhalten geburtshilflichen Personals gegenüber Gebärenden, den Ungeborenen und ihren Begleitpersonen zu fragen. Eine detaillierte Erörterung der möglichen ethischen Auslegungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, dennoch sollen hier die der Geburtshilfe zugrundeliegenden Leitlinien skizziert werden.

Weltweit werden in der Medizinethik derzeit besonders die Prinzipien der Schadensvermeidung, der Gerechtigkeit, des Nutzens im Sinne des Zum-Besseren-verändern und der Autonomie betont (von Engelhardt, 2005). Diesen vier Grundsätzen könnte im europäischen Raum zusätzlich die Werte der Würde, der Solidarität und der Tugend beigefügt werden. Im internationalen Ethikkodex für Hebammen werden unter vier

Unterthemen Leitsätze für Hebammen formuliert, die an die Prinzipien der Medizinethik anknüpfen und an welchen sich die Arbeit von Hebammen orientieren soll (*International Code of Ethics for Midwives*, 2014).

Nun handelt es sich bei diesen Schlagworten um grosse und komplexe Konstrukte, von welchen keine direkten Handlungsanweisungen und Umsetzungen, schon gar nicht unmittelbar, ableiten lassen. Die Umsetzung der ethischen Grundsätze vollzieht sich im gegebenen Kontext und stellt geburtshilfliches Personal insbesondere durch das Ungeborene als weitere, besonders schützenswert deklarierte Partie vor Dilemmata. Bezüglich der Autonomie gilt grundsätzlich die Pflicht zur Aufklärung und Einwilligung unter allen notwendigen Informationen, dennoch stellt der Ethikkodex fest, dass Hebammen mit ihrem Expertenstatus die Verantwortung für ihr Handeln und Nicht-Handeln tragen.

3.5 «Normal»

Die Fragestellung «Warum ist Gewalt unter der Geburt normal?» beruht auf der Prämisse, dass Gewalt unter der Geburt normal *ist*, beziehungsweise von mir dementsprechend, anschliessend an persönliche Erlebnisse, aufgefasst wurde. Auch der Begriff «normal» ist uneindeutig und muss daher im Sinne der Fragestellung genauer spezifiziert werden.

«Normal» wird im Alltagsgebrauch etwa mit «dem Erwartbaren», «auf die Mehrheit zutreffend», «üblich» oder «typisch» synonym verwendet (Marktl, 2001). Im medizinischen Kontext wird das Wort «normal» auch gebraucht, um einen gesunden Zustand im Gegensatz zur Krankheit zu beschreiben, wobei hierzu auf bestimmte Standards zurückgegriffen wird.

Die Soziologin Mundlos (2015) untertitelte ihr Buch «Gewalt unter der Geburt» mit «Der alltägliche Skandal» und bezog sich damit auf die statistische Häufigkeit, mit welcher Frauen mit gewaltvollen Situationen im Gebärsaal konfrontiert seien; schätzungsweise jede vierte ginge solchen Erfahrungen aus dem Geburtserlebnis. Hinsichtlich der geburtshilflichen Gewalt konstatiert Eckardt (2020), dass in ihren Interviews fünf von neun Frauen eine objektiv festgelegte Ausprägung von Gewalt während oder nach der Geburt erfahren haben. Jedoch deutete nur eine Frau dieses Erlebnis als Gewalt, und das auch nur deshalb, weil die nachbetreuende Hebamme die geschilderte Geburtsgeschichte der Frau

mit dem Attribut der Gewalt kommentiert hätte. Diese Umdeutung wiederum lässt das Geburtserlebnis der Frau retrospektiv in einem deutlich negativeren Licht zu erscheinen. Hat sie zuvor das Erlebte als schicksalhaft und akzeptierbar wahrgenommen, ordnet sie es danach als Ungerechtigkeit ein und fühlt sich als Opfer der Geburtshelfenden, ohne im Nachhinein etwas dagegen tun zu können (Eckardt, 2020). Diese Erkenntnis aus dem Interviewmaterial verdeutlicht die Diskrepanz zwischen objektiv festgelegten Kriterien geburtshilflicher Gewalt und deren subjektiven Einordnung. Die Überlegungen fassen jedoch auch auf meinen eigenen Erfahrungen in der Gebärabteilung, wo entsprechende Situationen kaum als aussergewöhnlich wahrgenommen und retrospektiv nicht besonders aufgearbeitet wurden. Von mir als betroffen wahrgenommene Frauen äusserten teilweise sogar grosse Dankbarkeit und schienen das Erlebte für üblich, hinnehmbar und überwindbar zu halten und keinesfalls als Gewalt zu deuten, teilweise obwohl sie mit Folgen zu kämpfen hatten. «Normal» bedeutet im Rahmen der Fragestellung also, dass Gewalt unter der Geburt prospektiv als erwartbar und retrospektiv als zu akzeptierbare Üblichkeit gedeutet und hingenommen wird.

3.6 Konsekutive Fragestellung

Mit dem Verständnis der erarbeiteten Sinnhaftigkeit der Begriffe lässt sich das Erkenntnisinteresse der Arbeit nun spezifischer formulieren:

Wie kommt es dazu, dass manche Frauen dieselben oder ähnliche Erlebnisse – welche objektiv als Gewalt beschrieben werden können – unter der Geburt subjektiv als Gewalt deuten und andere nicht?

Die Frage zielt also auf die Widersprüchlichkeit von objektiven, operationalisierbaren Erlebnis- und Handlungsmustern und die Wahrnehmung derselben anhand der Erwartungen, den Erlebnissen und deren kognitiven Einordnung im Moment und der retrospektiven Zuschreibungen beziehungsweise Deutung. Das Erkenntnisinteresse richtet sich darauf, das Phänomen der Gewalt unter der Geburt räumlich und zeitlich einordnen zu können, die Sinnzusammenhänge dahinter und seine Bedeutung für die Frauen und das geburtshilfliche Personal zu erkennen.

4 Forschungsstand

Das Erleben der Frau unter der Geburt sowie ihre rückblickenden Gefühle auf das Ereignis wurde wissenschaftlich bis vor ca. 40 Jahren kaum untersucht (Ringler, 2001). Ringler führte dies darauf zurück, dass Geburtserfahrungen in der modernen westlichen Gesellschaft einerseits rare und kurze Ereignisse für Frauen darstellten, die Zufriedenheit mit den Outcomes der modernen Geburtshilfe im Sinne der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie den Zugang zu Schmerzmitteln überwog und sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Geburtsgeschehen vorwiegend in einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Kontext abspielte. In den folgenden Kapiteln werden die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit dem Geburtserleben, auch im Zusammenhang mit dem Begriff der Gewalt, im letzten Jahrhundert bis heute nachgezeichnet und mitunter kritisch zueinander in Beziehung gestellt. Zugleich wird das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit methodisch und thematisch im Forschungskontext eingeordnet.

4.1 Geburtserleben

Mit der fast gänzlichen Verschiebung der Geburtshilfe aus dem heimischen Umfeld in die Klinik und der Orientierung am Risiko- und Sicherheitsdispositiv der Medizin wurde das Gebären im 20. Jahrhundert insofern sicherer für Mutter und Kind, als dass die Sterblichkeit beider zunehmend unwahrscheinlich wurde (Rose & Schmied-Knittel 2011). Gepaart mit der durchschnittlich niedrigeren Geburtsrate entstand vermutlich so die Möglichkeit, das Geburtsergebnis in einem anderen Licht zu betrachten; das emotionale und beziehungsorientierte Erleben der Geburt rückte zunehmend ins Blickfeld. In den 1970er-Jahren erschienen Werke zur «natürlichen», «angstfreien» und «sanften» Geburt von den Gynäkologen Dick-Read (1972), Leboyer (1974) und Odent (1979). Aus den Reihen der Hebammen wurde dieses Narrativ aufgegriffen und in seiner Ideologie teilweise stark vom klinisch-wissenschaftlichen Kontext entkoppelt, was beispielsweise im Titel des Buches «Spirituelles Hebamentum» der US-amerikanischen Hebamme Gaskin, welches 1977 erschien, deutlich wird. Erfahrungsberichte von Frauen werden vermehrt in Publikationen miteinbezogen, um die Glaubwürdigkeit der jeweiligen Ansätze zu bestärken. Eine systematische qualitativ-empirische Untersuchung derselben fand jedoch kaum statt. Im Sektor der Beratungsliteratur für Frauen, denen eine Geburt bevorsteht, hat dieses positiv deutende Narrativ des

Geburtserlebnisses bis heute Hochkonjunktur und gipfelt in der Beschreibung der orgasmischen Geburtserfahrung (Davis & Pascali-Bonaro, 2010).

Positiv konnotierte Geburtserlebnisse finden in der Forschung vorwiegend in den vergangenen zwanzig Jahren Beachtung. Kontrastiv dazu gelangte das Phänomen der traumatischen Geburtserfahrung ab den 1990er-Jahren in den Blick wissenschaftlicher Auseinandersetzung (bspw. Reynolds, 1997). Methodisch wurden für beide Aspekte qualitative Ansätze und weiterführend standardisierte Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden aus Psychologie und Sozialwissenschaften angewendet, um Ausprägungen, Voraussetzungen und Folgen der jeweiligen Geburtserfahrungen zu untersuchen.

Sorensen und Tschetter (2010) trugen aus verschiedenen Studien Faktoren zusammen, welche das als multidimensional aufgefasste Geburtserlebnis beeinflussen. Der Entbindungsmodus, die innere Haltung der Mutter, der wahrgenommene Schmerz, die Umgebung, die existentielle Angst um sich selbst und das Kind und die Kontrollüberzeugung werden ebenso genannt wie das Erreichen der Erwartungen, die erfolgreiche Adaption an unerwartete Verläufe und die medizinische Einmischung.

Taheri et. al. (2018) sammelten in einem systematischem Review von 20 Studien mit unterschiedlichen Schwerpunkten evidenzbasierte Aspekte, welche zu einem positiven Erleben der Geburt von Seiten der Frau beitragen. Dabei scheint die Anwesenheit einer vertrauten Person sowie deren emotionale Unterstützung eine wichtige Determinante zu sein. Während Schmerzhemmung sich nicht als effektive Variable für die Zufriedenheit mit der Geburt erwies, zeigten sich hinsichtlich Hypnosetechniken widersprüchliche Resultate. Insbesondere Massage und Musik unter der Geburt wurden in mehreren Studien als positiver Einfluss auf das Geburtserleben bestätigt. Auch die Vorbereitung auf die Geburt und das Erstellen eines Geburtsplanes wirkten sich gemäss der Studienlage positiv aus. Ein humanitäres Verhalten und gute Kommunikation des geburtshilflichen Personals sind von zentraler Bedeutung, jedoch betonen die Autorinnen, dass dies als Grundvoraussetzung gelten und nicht eine eigene Kategorie von Massnahmen darstellen solle. Im Review wird zudem darauf hingewiesen, dass für die postpartale Bearbeitung beispielsweise durch Gespräche noch keine eindeutigen Evidenzen für die Wirksamkeit vorliegen und sich daher Massnahmen vorderhand auf den Geburtsprozess selbst konzentrieren sollen (Taheri et al., 2018).

Als traumatische Geburt hingegen wird in der Fachliteratur das negative Erleben der Geburt mit anschliessender Symptomatik einer Depression oder gar posttraumatischen Belastungsstörung bezeichnet (Sorenson & Tschetter, 2010). In einem Literaturreview über 21 Artikel gingen Simpson und Catling (2016) der Ätiologie sowie den Folgen einer traumatischen Geburtserfahrung nach. Das Verhalten des geburtshilflichen Personals, verbal und nonverbal, zeigte sich als wichtiger Mediator für das Erleben der Geburt. Die negativsten Ergebnisse wiesen Frauen auf, die sich nach eigener Angabe ignoriert, nicht unterstützt oder verlassen fühlten. Auch aufgetretene Komplikationen unter der Geburt wie Notkaiserschnitte und neonatale Notfälle im Zusammenhang mit Kontrollverlust werden als Faktoren für eine traumatische Geburt beschrieben, wobei keine Angaben zur Kommunikation durch das geburtshilfliche Personal und deren allenfalls relativierende Wirkung gemacht werden. Auch der wahrgenommene Geburtsschmerz wurde in einer Studie als wichtige Variable ermittelt. Das Review schloss pränatale Risikofaktoren mit ein, wobei die Autorinnen betonten, dass das Berücksichtigen derselben in seiner Auswirkung auf ein besseres Geburtserleben weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung bedarf (Simpson & Catling, 2016). Als Risikofaktoren werden eine generell ängstliche Haltung gegenüber der Welt und damit potenziell bereits existierende psychische Schwierigkeiten oder Traumata in der Lebensgeschichte genannt. Einige Studien implizieren, dass das Ermitteln, Kennzeichnen und spezielle Begleiten von Frauen mit Risikofaktoren zu einer geringeren Zahl traumatisierten Frauen führen könnte. Auch die Primigravidität wird als Risikofaktor für eine traumatische Geburt genannt. Traumatische Geburtserlebnisse sind laut Studienergebnissen in verschiedenerelei Hinsicht folgeschwer für die Frau und ihre ganze Familie, insbesondere fühlten sich Frauen von ihren Partnern oder Partnerinnen und Neugeborenen entkoppelt, was zu Paarschwierigkeiten und Bindungsproblemen mit dem Kind und weiterführenden negativen Einflüssen für dessen Entwicklung führte. Hinsichtlich weiterer Schwangerschaften und Geburten wiesen betroffene Frauen vermehrt Tokophobie und Geburtsangst auf (Simpson & Catling, 2016).

4.2 Gewalt in der Geburtshilfe

Die wissenschaftliche Untersuchung der Gewalt in der Geburtshilfe, im Englischen «Obstetric Violence», befasst sich seit den 2010er-Jahren mit konkreten Handlungen des geburtshilflichen Personals gegenüber schwangeren und gebärenden Frauen. Seit der Thematisierung durch die WHO (World Health Organization, 2015) stieg die

Anzahl Studien sprunghaft an. In der folgenden Tabelle werden zentrale Anknüpfungspunkte der Forschung im Zusammenhang mit Gewalt in der Geburtshilfe aufgeführt.

Grundlegende Konzepte	Definition der Gewalt in der Geburtshilfe
	Konzept der Gewalt in der Geburtshilfe
	Arten der Gewalt in der Geburtshilfe
	Häufigkeit der Gewalt in der Geburtshilfe
Kontextualisierung des Phänomens	Gender-Konzept
	Vulnerable Gruppen
	Gewalt in der Geburtshilfe als Verstoss gegen die Menschenrechte
	Gewalt in der Geburtshilfe als Problem öffentlicher Gesundheitssysteme
	Machtverhältnisse der Gewalt in der Geburtshilfe
	Trivialisierung/Normalisierung der Gewalt in der Geburtshilfe
	Unwissen und Verkennung von Gewalt in der Geburtshilfe durch betroffene Frauen
	Organisationale Probleme, die zu Gewalt in der Geburtshilfe führen
Prävention und Strategien	Wandel der Betreuungsmodelle
	Veränderung der Aus- und Weiterbildung
	Zugang zu Wissen und Information für Frauen
	Soziale Mobilisierung
	Recht und Politik

Tabelle 1: Fokusthemen der Forschung um Gewalt in der Geburtshilfe in Anlehnung an Jardim & Modena (2018), S. 916

Die vorliegende Arbeit lässt sich in dieser Tabelle in der Untersuchung der grundlegenden Konzepte und in der Kontextualisierung des Phänomens im Sinne der Normalisierung einordnen.

Für viele der vorliegenden Studien, welche im Folgenden vorgestellt werden, wurden Daten in Ländern mit nicht-westlichen Standards erhoben, was die Übertragbarkeit auf die Situation in der Schweiz erschwert.

4.2.1 Formen der Gewalt in der Geburtshilfe

Definitionen der gewaltvollen Handlungen variieren in den Publikationen. Miller und Lalonde (2015) unterscheiden sieben Kategorien von Respektlosigkeit und Misshandlung anlehnend an Bowser & Hill (2010), welche diese Kategorien «nach umfassender Überprüfung der Evidenz» (Bowser & Hill, 2010, S. 9) zusammengestellt haben. Die untersuchten Daten stammen zu einem grossen Teil aus low-resource Ländern. Die Übertragbarkeit auf den europäischen Kontext muss daher kritisch betrachtet werden. Die Kategorien bestehen aus der **physikalischen Gewalt** (Miller & Lalonde, 2015, S. 50), welche körperliche Tätlichkeiten wie Schlagen, brutales Anfassen und zur Bewegung zwingen sowie invasive Handlungen entgegen jeglicher Indikation umfasst. Mit **Nicht-Konsens** sind Handlungen ohne Einwilligung der Frau gemeint, **Nicht-Vertraulichkeit** liegt bei Unterlassen von Schutz der Privatsphäre der Frau vor. Wird eine Frau verbal oder anderweitig erniedrigt, zählt dies zu der Kategorie der **Nicht-Würdigung**. Weiter werden die **Diskriminierung von Frauen aufgrund spezifischer Attribute**, **die Verweigerung der Betreuung** oder Behandlung sowie das **Festhalten in der Institution entgegen dem Willen der Frau**, beispielsweise aufgrund unbezahlter Gesundheitsrechnungen aufgezählt (Miller & Lalonde, 2015, S. 50).

Jardim und Modena (2018), zwei Forscherinnen aus Lateinamerika, greifen in ihrem integrativen Review über mehrere nationale und internationale Studien auf eine andere Typologisierung zurück. Auch diese Ergebnisse basieren auf internationalen qualitativen und quantitativen Daten, wobei augenscheinlich keine Publikationen aus dem europäischen Raum berücksichtigt wurden.

Als **verbale Gewalt** beschreiben die Autorinnen unhöfliche, respektlose, ärgerliche, zwanghafte, diskriminierende, moralisierende, kritische, ironische und negative Kommentare, die Frauen in Verlegenheit bringen und Peinlichkeit, Minderwertigkeit und Demütigung aussetzen. Als Beispiele werden Aussagen genannt wie: «Seien Sie ruhig und pressen Sie!» oder «Wenn Sie nicht mitmachen, schaden Sie Ihrem Baby!» (Jardim & Modena, 2018, S. 6). **Physikalische Gewalt** wird ebenso in Beispielen

aufgeführt. Angeführt werden wiederholte, brutale vaginale Untersuchungen, routinemässige Dammschnitte, Fehlen einer adäquaten Schmerztherapie, Durchführung von Eingriffen ohne adäquate Analgesie, eingeschränkte Bewegungsfreiheit, Schläge und Zwicken an den Beinen und der Kristeller-Handgriff. **Psychologische Gewalt** wird in Androhungen, Anschreien, autoritärem Auftreten, Einschüchterungen, Schuldzuweisungen gesehen oder der Zuschreibung, dass eine Frau selbst ohne Hilfe nicht gebären könne. **Sexuelle Gewalt** wird identifiziert bei vaginalen Untersuchungen ohne Handschuhe, der Manipulation der Genitalien auf brutale und respektlose Weise sowie das Berühren des Körpers und rektale Untersuchung an der Frau ohne ihre Zustimmung (Jardim & Modena, 2018, S. 6). **Soziale Diskriminierung** äussert sich in Respektlosigkeit, Stigmatisierung, Vorurteilen oder in unterschiedlichen Behandlung von Frauen aufgrund ihrer Hautfarbe, ethnischen Zugehörigkeit oder ihrer sozialen, wirtschaftlichen und ehelichen Voraussetzungen, Religion und Schulbildung oder im finanziellen Missbrauch durch Fachkräfte. Mit **Vernachlässigung der pflegerischen Pflichten** ist eine nachlässige Pflege, Vernachlässigung, Verweigerung der Pflege von Frauen, die als «klagend», «skandalös», «unausgeglichen», «unkooperativ», «hinterfragend» beschrieben werden (Jardim & Modena, 2018, S. 6). Die Kategorie der **unangebrachten Durchführung von Untersuchungen, Eingriffen und technologischen Prozeduren** fasst missbräuchliche Verwendung von Medikamenten, Ruhigstellung im Bett während der Wehen, Entbindung in Steinschnittlage, routinemässige Amniotomie, kontinuierliche Routine-Überwachung des Fötus, unzureichendes Schmerzmanagement ohne Rechtfertigung, Verweigerung des Haut-zu-Haut-Kontakts mit dem Kind und frühes Abklemmen der Nabelschnur mit ein (Jardim & Modena, 2018, S. 6).

In den beiden Schemata der Kategorien der geburtshilflichen Gewalt wird deutlich, dass Gewalt sehr unterschiedlich operationalisiert werden kann. Je nach methodologischer Ausrichtung, induktiv oder deduktiv, können Handlungen durch geburtshilfliches Fachpersonal sehr viel schneller unter die Kategorie der Gewalt gezählt werden. Insbesondere in der Darstellung von Jardim und Modena (2018) werden Interventionen aufgezählt, welche für sich betrachtet zwar klar als gewalthaft einleuchten, wie beispielsweise der Kristeller-Handgriff, in geburtshilflichen Situationen aber durchaus mit entsprechender Indikation, gut begründ- und für die Frau nachvollziehbar zur Anwendung kommen können. Die Schwierigkeit der Festlegung entsprechender Kategorien

muss für die Untersuchung von Ursachen, Folgen und Inzidenz mitberücksichtigt werden.

Freedman et al. (2014) schlugen daher ein Modell zur Einordnung der objektiv feststellbaren gewaltvollen Handlungen gegen Frauen unter der Geburt vor.

Abbildung 1: Modell für Respektlosigkeit und Missbrauch in der Geburtshilfe in Anlehnung an Freedman et. al. (2014), S. 916

Die Forschungsgruppe definiert Respektlosigkeit und Missbrauch unter der Geburt als Interaktionen oder Bedingungen in der Einrichtung, die nach lokalem Konsens als erniedrigend oder würdelos empfunden werden oder beabsichtigt sind (Freedman et al., 2014). Die Gruppe konstatiert, dass es sich bewährt habe, diese Handlungen in die drei Ebenen des Individuums, der Struktur und der Gesellschaftspolitik zu unterteilen und bei der Einschätzung die Wahrnehmung der Frau, die des geburtshilflichen Personals sowie jene der Gesamtbevölkerung zu unterscheiden. Diese Darstellung befasst sich auch mit der Frage der Normalisierung der entsprechenden Handlungen sowie den unterschiedlichen Wahrnehmungen und Einschätzungen der Frau und des Gesundheitspersonals und ist insofern für die Beantwortung der Fragestellung relevant (Freedman et al., 2014). Es bleibt jedoch offen, ob und wenn ja weshalb ein und dasselbe Verhalten in verschiedenen Situationen in eine andere oder gar in mehrere Ebenen gleichzeitig eingeordnet werden kann.

Die Abbildung verweist ebenfalls auf die Unterscheidung der personellen und der strukturellen Ebene der Gewalt (Freedman et al., 2014). In den nächsten beiden

Abschnitten werden diese Sichtweisen auf die Ursachen geburtshilflicher Gewalt anhand von Forschungsergebnissen näher beleuchtet und weiterführende Modelle zur Ursachenklärung vorgestellt.

4.2.2 Ursachen

Die Ursachen des Phänomens der geburtshilflichen Gewalt lassen sich theoretisch in prädisponierende Faktoren, vermittelnde Faktoren und auslösende Faktoren unterscheiden. Diese wiederum finden sich auf unterschiedlichen Ebenen: auf der Mikroebene bei den beteiligten Individuen und ihrer Beziehung zueinander (welches die Individuums-Ebene darstellt), auf der Mesoebene, welche die Institution, die Infrastruktur und die lokal geltenden Leitlinien miteinfasst und der Makroebene, auf der gesellschaftspolitische, rechtliche, ökonomische, wissenschaftliche und kulturelle Aspekte zu verorten sind. Meso- und Makroebene als strukturelle Aspekte führen indirekt zur Gewalt, was es entsprechend schwierig macht, sie direkt zu beobachten, Daten zu sammeln und Rückschlüsse zu ziehen. Doch auch die personale Gewalt ist, wie im Methodenteil bereits erläutert wurde, wissenschaftlichen Forschungsmethoden schwer zugänglich. Interessanterweise konzentrieren sich viele der Studien auf die strukturellen Komponenten der Gewalt in der Geburtshilfe, während personale und individuelle Faktoren wenig untersucht sind und teilweise verneint werden. Dies ist insofern naheliegend, als dass Forschende, die aus entsprechenden Praxisbereichen kommen oder sogar tätig sind, die gewalttätigen Handlungen external attribuieren möchten, um der Schuldfrage zu entgehen. Es handelt sich demnach um die umgekehrte «Umdeutungsfalle» (Heitmeyer, 2002) im Umgang mit dem Phänomen Gewalt. Im Bereich der personalen Ursachen für Gewalt in der Geburtshilfe wie beispielsweise die Untersuchung von Machtmotiven bei Hebammen und geburtshilflichem Personal oder Muster von Dominanz und Aggression bedarf es weiterer Auseinandersetzung.

Als prädisponierende Faktoren der geburtshilflichen Situation, welche zwar an sich nicht mit der Gewalt in der Geburtshilfe direkt in Verbindung stehen, wohl aber die Vulnerabilität und voraussetzende Ungleichverteilung von Macht bedingen, kann der Geburtsprozess an sich betrachtet werden: ein für die Frau ausserordentliches und intimes Ereignis, welches sowohl mit Erwartungen und Hoffnung als auch Befürchtungen und einem überwältigenden Gefühl aus Müdigkeit und Hormonen verbunden ist (Sperlich et al., 2017).

Weitere prädisponierende Faktoren werden der kulturellen und der strukturellen Ebene zugeordnet. Gesù und Mourad (2020) fassen in einem Literaturrevue im Rahmen ihrer Bachelorarbeit zugrundeliegende strukturelle Ursachen in drei Kategorien zusammen: Gender, die Medizin als autoritatives Wissensgebiet und strukturelle Bedingungen. Unter **Gender** sind jegliche konstruierte Geschlechterungleichheiten im Sinne einer Männerdominanz gemeint. Dazu zählt die generelle Diskriminierung und Abstufung von weiblichen Personen alleinig durch ihr Geschlecht sowie negative Zuschreibungen wie beispielsweise eine Minderwertigkeit des weiblichen Körpers und dessen grundsätzliche Pathologisierung (Gesù & Mourad, 2020, S. 49ff). Die westliche Medizin, welche sich als Fachgebiet unter genau diesen patriarchalen Voraussetzungen entwickelte, tendiert mit ihrem **autoritativen Status** zur Objektifizierung und Standardisierung ihrer Patientinnen und begünstigt so deren Autonomieverlust. Das paternalistische Modell wirkt bis heute nach und schreibt medizinischem Fachpersonal eine Legitimation ihrer Machtposition zu, gleichzeitig würden weibliche Fachkräfte aufgrund von Genderhierarchien in ihrer Meinung marginalisiert (Gesù & Mourad, 2020, S.58ff). Die scheinbar objektive Wissensmacht der evidenzbasierten Medizin untergräbt die Kompetenz der Frau über ihren Körper in Bezug auf die physiologischen Abläufe der Schwangerschaft und der Geburt. Mit einem paternalistischen Verständnis seien informierte Entscheidungen der Frau auf Augenhöhe nicht möglich, was Eingriffe ohne Einwilligungen oder gegen den Willen der Frau begünstigt. Die **Medikalisierung**, also die zunehmende Ausweitung medizinischer Fachgebiete auch auf Lebensbereiche, die nicht der Krankheit zugeordnet werden können, wird als weitere Problematik genannt. Darunter fällt die zunehmende Risikoorientierung in der Geburtshilfe, die zu einem immer kleiner werdenden Normalbereich und immer mehr diagnostischen, prognostischen und präventiven Interventionen führt, welche wiederum schädliche Interventionen nach sich ziehen kann (Gesù & Mourad, 2020, S. 61). Unter die **strukturellen Bedingungen** fällt die **Ökonomisierung** der Geburtshilfe, die Institutionen zwingt, nach wirtschaftlichen Interessen zu handeln und so die Interessen der einzelnen Klientinnen hintenanstellen muss (Gesù & Mourad, 2020, S. 62). Mit der zunehmenden **Dienstleistungsorientierung** steige zudem das Risiko, ökonomisch Benachteiligten eine schlechtere Versorgung zukommen zu lassen (Gesù & Mourad, 2020, S. 64). Dies äussert sich auf der institutionellen Ebene durch einen ressourcensparenden Umgang mit dem Personal und damit mit einer grösseren Arbeitslast für die einzelnen Akteurinnen und Akteure, begrenzten Zeitintervallen für Kontrollen und Vorgänge und Vorschriften für Routine-

Handlungen. Um rechtliche Folgekosten und Imageschäden zu verhindern, werden Richtlinien nicht nur nach Evidenzen, sondern auch nach forensischer Sicherheit ausgerichtet. Geburtshelferinnen und Geburtshelfer sehen sich in ihrer Arbeit mit diesem Spannungsfeld zwischen Arbeitgeberinnen- und Klientinneninteresse konfrontiert und leiden zusätzlich unter Spardruck und Ressourcenknappheit.

In Zusammenhang mit dem paternalistischen Betreuungsmodell warf die US-amerikanische Gynäkologin Amy Tuteur (2014) die These auf, dass eine Geburtshilfe nach dem Sicherheitsdispositiv zwar paternalistisch anmutet, die Orientierung am Natürlichkeitsdispositiv, welches die Physiologie und die grundlegende Gebärfähigkeit jeder Frau ins Zentrum stelle, hingegen die Gefahr berge, das Subjekt als Hebammen einer patriarchalischen Instanz zu unterwerfen, was wiederum Gewalt nach sich zieht, indem schmerzlindernde oder geburtsbeschleunigende Behandlungen verweigert werden.

4.2.3 Häufigkeit

Die Forschungslage zur Häufigkeit von Gewalt in der Geburtshilfe, insbesondere in europäischen Ländern, ist ungenügend. Aussagen beruhen auf Schätzungen oder nichtrepräsentativen Umfragen und Studien. Soziologin Christina Mundlos schrieb in ihrem Buch «Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal.» (2015), dass Gewalt unter der Geburt eines der letzten grössten Tabus in Deutschland sei. Mit ihrem Buch wollte sie die Öffentlichkeit aufrütteln und Missstände in der Geburtshilfe aufzeigen, welche zu dieser Problematik führen. Die Ursache für die erlebte Gewalt sieht sie vorwiegend in der Technisierung und Ökonomisierung der Geburtshilfe. Zehn Frauen, einige Hebammen und ein Vater schildern anschliessend ihre Erlebnisse, diese werden jedoch nicht analysiert, sondern scheinen wie in der bereits erwähnten Ratgeberliteratur als Untermauerung der bereits gestellten These zu dienen. Drei Fallen der Gewaltforschung nach Heitmeyer (2002) lassen sich feststellen: Skandalisierungsfälle, Normalisierungsfälle sowie die Moralisierungsfälle. Die Studie mittels einer nichtrepräsentativen Umfrage von Limmer, welche an einer früheren Stelle bereits erwähnt wurde und bei Fertigstellung dieser Arbeit noch nicht schriftlich vorliegt, legt das Vorkommen von Kategorien der Gewalt bei bis zu 42% der Befragten nahe (Ärzteblatt, 2019).

Eine Schweizer Studie der Berner Fachhochschule kam 2020 zum Ergebnis, dass jede vierte Frau in der Schweiz informellen Zwang als eine Form der Gewalt in der Geburtshilfe erlebt (Meyer et al., 2020).

4.3 Gewalt unter der Geburt

Im Gegensatz zu diesem eng gefassten Verständnis von Gewalt, welches die Handlungen von geburtshilflichem Personal zum Gegenstand hat, soll an dieser Stelle auf zwei Publikationen verwiesen werden, welche den Begriff der Gewalt in einem anderen Kontext mit Geburt in Verbindung bringen.

Der französische Gynäkologe Frédéric Leboyer nahm in seinem Buch «Geburt ohne Gewalt» (1974) den Umgang mit dem Neugeborenen ins Visier. Nun, da eine Geburt für die Frauen – dank Narkotika – nicht mehr zwangsläufig mit Schmerzen verbunden sei, müsse die Geburtshilfe sich den Bedürfnissen der da zur Welt kommenden Kindern zuwenden. Die prosaisch verfassten Texte und schönen Bilder wurden von Vertreterinnen und Vertreter des Natürlichkeitsdispositivs zum Massstab für den Umgang mit Neugeborenen verwendet.

Die deutsch-französische Soziologin und Philosophin Isabelle Azoulay wandte sich dagegen 1998 mit einer Streitschrift, die sich gegen die populär gewordene Natürlichkeitsbewegung richtet, an die Öffentlichkeit. Im Buch «Die Gewalt des Gebärens» erörtert Azoulay den animistischen Charakter einer Geburt, der die schwangeren Frauen zwingt, sich mit jener Körperlichkeit auseinanderzusetzen, welche in der Zivilisation in der Regel verdrängt wird (Azoulay, 1998). Die spontane Geburt wird als Naturkatastrophe benannt, die in ihrem Ausmass nicht absehbar und im schlimmsten Fall nach wie vor fatale Folgen für Frau und Kind haben kann. Azoulay, selbst Mutter einer Tochter, spricht die Todesangst an, welche bei vielen Frauen während der Entbindung eintritt und wirft Geburtsratgebern und -vorbereitungskursen vor, in keiner Weise ein realistisches Bild des Gebärens aufzuzeigen. Es greife zu kurz, Geburtsschmerz allein aus der Geburtsangst oder einer falschen Einstellung heraus erklären zu wollen: Geburt sei Gewalt und «entziehe der Frau ihre Grundlage als bürgerliches Individuum» (Azoulay, 1998, S.50).

4.4 Subjektive Deutung der Geburt

In ihrem Dissertationsprojekt ging Soziologin Sarah Eckhardt den Fragen nach, wie gebärende Frauen innerhalb des Geburtsdiskurses adressiert und konstituiert werden und auch, inwiefern Gewalt innerhalb der Geburtshilfe möglich ist (Eckardt, 2020). Dazu wandte sie methodisch eine Diskursanalyse zur Feststellung des Dispositivs von Geburt an und führte problemzentrierte Interviews durch, bei deren Erhebung und Auswertung sie nach der Methode der Grounded Theory vorgeht. Die narrativen Interviews führte sie mit neun Frauen jeweils vor und nach der Geburt. Die Frauen unterschieden sich in ihrer Parität, im Alter sowie in der Lokalität der Geburt, wobei mit zwei Alleingebärenden⁷ die deutlichste Gegenposition zur klinisch-medizinischen Geburt proportional deutlich überrepräsentiert ist. Die Autorin begründet diese bewusste Entscheidung damit, ein möglichst breites Bild von Subjektivierungsweisen der Geburt erhalten und Einstellungen und Meinungen jenseits des hegemonialen Dispositivs abbilden zu können. Im Falle dieser Arbeit dienen die Ergebnisse zur Erfassung der subjektiven Wissenskonstitution und dem Fremdverstehen gebärender Frauen. Eckardt entnahm der Analyse des Interviewmaterials vor dem Hintergrund der Diskursanalyse ein zyklisches Deutungsmodell von Geburt, das sich aus den drei Phänomenen der «unbekannten Geburt», der «sich ereignenden Geburt» und den «Momenten des Wandels» nach der Geburt zusammenfügt (Eckardt, 2020, S. 144).

Die unbekannte Geburt. Allen Frauen der Interviewstudie gemein war, dass sie die bevorstehende Geburt als unbekannte Grösse beschrieben, auf deren Verlauf und Ausgang sie nur beschränkt Einfluss haben (Eckardt, 2020). Dabei werden Unsicherheiten eher benannt als konkrete Ängste. Die Frauen versuchen mittels Annäherungs- und Vorbereitungsstrategien mit der Ungewissheit des anstehenden Prozesses umzugehen, indem sie sich gewisse Informationen aneignen, Bücher lesen, Kurse besuchen oder bewusst Informationen ausblenden, indem sie körperlichen Praktiken zur Geburtsvorbereitung nachgehen, mentale Trainingseinheiten absolvieren und organisatorische Vorbereitungen treffen. Daraus resultieren bei jeder Frau unterschiedliche Entscheidungen, Handlungsstrategien und Vordeutungen für die kommende Geburt. Die subjektive Bedeutung von Geburt zeigt sich entsprechend der aktuellen Diskurse auf einer medizinischen, einer sozialen und einer individuell-biografischen Ebene und zeigen ebenjene Spannungsfelder auf: zwar

⁷ Unter «Alleingebärenden» werden Frauen verstanden, die sich für eine Geburt im privaten Umfeld ohne das Beisein und die Unterstützung geburtshilflicher Fachpersonen entscheiden. Sie machen im Vergleich mit der Grundgesamtheit einen sehr kleinen Teil aller Geburten aus (Eckardt, 2020).

äussern die Frauen den Wunsch nach einer «natürlichen» Geburt, ohne Interventionen und Schmerzmitteln, da sie davon ausgehen, dass Geburt ein automatischer und problemloser Prozess ist oder zumindest sein kann. Zum anderen wählen die meisten Frauen als Geburtsort ein Spital, da sie das Risiko der Geburt doch als hoch einschätzen und äussern, dass sie im Notfall ihre Idealvorstellungen der Geburt zugunsten ihrer Sicherheit unterordnen würden (Eckardt, 2020). Die empfundenen Schmerzen werden in den Interviews von allen Frauen als stark erwartet, bis auf eine Frau, welche durch die Technik des Hypnobirthing⁸ ablehnt, in diesem Zusammenhang von Schmerz zu sprechen. Viele der Frauen schätzen die Geburtsschmerzen aber als aushaltbar ein und deuten sie auch als persönliche Herausforderung, der sie gewachsen sein werden. Es fällt auf, dass die meisten der Frauen es ablehnen, sich auf konkrete Wünsche oder Vorstellungen bezüglich Geburt festzulegen, sondern vielmehr ihre Offenheit gegenüber dem Ereignis betonen. Dies betrifft auch Interventionen, welche sich im Laufe der Geburt als «notwendig» erweisen sollten (Eckardt, 2020).

Die sich ereignende Geburt. Im Prozess der sich ereignenden Geburt kommen die zuvor entwickelten Deutungen und daraus abgeleiteten Handlungsoptionen in Berührung mit der Realität (Eckardt, 2020). Es zeigt sich, ob gelernte Techniken im richtigen Moment verfügbar und durchführbar sind und inwiefern sich die Frau das Ereignis realistisch vorgestellt hat. Die Geburt entfaltet sich als soziales Ereignis im institutionellen Rahmen zwischen Gebärender, professioneller Geburtsbegleitung und anwesender Begleitpersonen. In den Narrationen wurde sichtbar, dass die Expertenmacht in der Geburtssituation klar vom geburtshilflichen Personal in Anspruch genommen wurde und die subjektive Einschätzung und Wahrnehmung der Frau als primär anzuzweifeln gehandelt wurden. So wurde die Definition vom Geburtsbeginn in der Klinik getroffen und vielen Frauen das Mitschieben bei Pressdrang erst einmal verboten, da der vaginale Befund der vollständigen Eröffnung erst sichergestellt werden musste. Die Wehen und der Durchtritt des Kindes wurden fast durchgängig als sehr schmerzhaft beschrieben, jedoch auch als überwindbar. Interventionen zur Schmerzlinderung nehmen in den Erzählungen der Frauen einen deutlich kleineren Raum ein als Massnahmen zur Geburtsbeschleunigung. Entscheidungsprozesse unter der Geburt werden unterschiedlich thematisiert; Manche Frauen äussern, von Wahlmöglichkeiten überfordert und in der Situation der Geburt nicht entscheidungsfähig gewesen zu sein

⁸ «Hypnobirthing» ist eine Technik zur Geburtsvorbereitung, bei welcher der Fokus auf die positive Umdeutung von Glaubenssätzen rund um die Geburt liegt. Zusätzlich werden Techniken des Atmens und der (Selbst-)Hypnose angewendet, um den Empfindungen der Geburt begegnen zu können. Verschiedene Bücher rund um Hypnobirthing versprechen eine «schmerzlose» Geburt (Fletcher, 2014; Mongan & Mongan, 2014)

während andere beschreiben, bis zum Ende rational Entscheidungen getroffen zu haben. Eckardt (2020) summiert dazu, dass sich in den Interviews sehr wenige Situationen zeigten, in denen Frauen Entscheidungsoptionen dargeboten wurden. Insbesondere in Notfallsituationen hätten die Frauen beschrieben, als Subjekt gar nicht mehr wahrgenommen worden zu sein. Der Moment der Ankunft des Kindes wird von den Frauen wiederum als relativierendes Moment beschrieben, das die vorangegangenen Schmerzen und Leiden zum Positiven umkehren liess (Eckardt, 2020).

Momente des Wandels. Je nachdem, ob sich das Erlebte mit dem antizipierten Bild der Geburt deckt, kommt es zu einer Passung und einer geäußerten relativen Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. Eine der Frauen beschrieb ihre Geburt im Anschluss als traumatisch, alle anderen Frauen deuteten das Erlebnis retrospektiv als schön. Wie bereits an einer anderen Stelle beschrieben, deutete die Frau mit dem traumatischen Geburtserlebnis das Erlebte zunächst nicht als Gewalt. Erst, als ihre Nachsorgehebamme ihr im Gespräch den Begriff der Gewalt «anbietet», wandelt sich ihre Deutung und damit das gesamte Geburtserlebnis zu einem durch Fremdverschulden traumatischen Ereignis, das sie in einer Opferposition zurücklässt (Eckardt, 2020).

Drei Subjektpositionen: Eckardt (2020) unterteilte die von ihr interviewten Frauen in drei Deutungstypen hinsichtlich Geburt: Die vertrauende, die selbstbestimmte und die widerständige Subjektposition. Die **vertrauende Subjektposition** stellt dabei die am häufigsten vertretene vor und orientiert sich am hegemonialen Dispositiv (Eckardt, 2020, S. 215ff). Diese Frauen sprechen bereits im Vorherein dem geburtshilflichen Personal eine leitende Funktion zu und glauben, dass vorgesehene Untersuchungen und Interventionen in der Regel zu ihrem Besten eingesetzt werden. Darauf hoffend, dass sich mit der Hebamme ein gutes Vertrauensverhältnis ergeben wird, lassen diese Frauen keine konkreten Vorstellungen der bevorstehenden Geburt zu und äussern gleichermassen hoffend, dass am Ende alles gut gehen soll. In der Geburtssituation scheinen diese Frauen tendenziell überfordert mit Entscheidungen und der Übernahme einer aktiven Rolle. Diese passive Rolle bezüglich Massnahmen unter der Geburt wird von einer Frau mit der Aussage untermalt: «Wie's kommt, das kommt. Da müssen wir eben durch.» (Eckardt, 2020, S. 224). Die Verantwortung für den Geburtsprozess wird aktiv den Geburtshelferinnen und Geburtshelfern zugeschrieben, das Geburtsergebnis dementsprechend nicht als hauptsächliche Eigenleistung, sondern als Kollektivleistung konnotiert. Frauen in der **selbstbestimmten Subjektposition** interpretieren das Dispositiv als Rahmen für individuelle Aushandlung und begreifen sich als aktive Entscheidungssubjekte in einer dienstleistungsorientierten

Geburtshilfe. Sie fordern Informationen und Handlungen ein und scheinen ein deutliches Bild von dem zu haben, was sie möchten und was nicht (Eckardt, 2020). Entscheidungen führen die Frauen sowohl auf rationales Abwägen als auch auf ihr Folgen einer Intuition zurück. In den Erzählungen scheint diese Subjektposition von geburtshilflichem Personal als atypisch wahrgenommen zu werden, als Sonderfall. Die **widerständige Schwangere und Gebärende** schliesslich stellt sich konträr zum hegemonialen Dispositiv und ist der risikoorientierten medizinisch-technischen Deutung von Geburt gegenüber grundsätzlich skeptisch eingestellt (Eckardt, 2020, S. 232ff).

Ich übernehme als Hebammenstudierende eine 32-jährige Erstgebärende im Frühdienst. Die Frau hatte eine anstrengende Nacht hinter sich; während vieler Stunden befand sie sich in der sogenannten Latenzphase, in der der Körper sich zunehmend spürbar auf die Geburt vorbereitet, der Muttermund sich aber noch nicht eröffnet. Sie wirkt übermüdet und äussert, dass sie nicht weiss, was sie jetzt machen solle. Ich zähle ihr einige Möglichkeiten auf. Schliesslich trinkt sie ein ionisierendes Getränk und geht zur Entspannung in die Badewanne. In ihrem Assessment lese ich, dass sie Respekt vor den Geburtsschmerzen hat und bezüglich Schmerzmittel beraten werden möchte. «Ich bin mir Schmerzen nicht so gewohnt», erklärt sie mir diesen Wunsch.

Im Gespräch sagt sie mir aber auch, sie wolle es ohne PDA schaffen. Entsprechend biete ich ihr ein Schmerzmittel intramuskulär an, welchem sie zustimmt.

Auf meine Frage, ob ich im Zimmer bleiben soll, antwortet sie, dass sie sich mit ihrem Partner zu zweit wohlfühlt. So lasse ich das Paar allein und führe nur punktuell Untersuchungen durch. Der Muttermund eröffnet, und ich gebe ihr im möglichen Intervall das Schmerzmittel, welches ihr den Verbleib in der Wanne ermöglicht. Aufgrund unregelmässig auftretender variabler Dezelerationen im CTG beschliessen Ärztinnen und meine begleitende diplomierte Hebamme, dass die Frau aus der Wanne kommen soll. Ausserhalb der Wanne sind die Wehen für die Frau schwer auszuhalten, sie meint, dass sie unendlich müde und erschöpft ist. Als ich untersuche, stelle ich einen Befund von 8-9 cm Eröffnung fest, der Kopf des Kindes steht allerdings noch hoch. Die Wehentätigkeit ist deutlich schwächer und unregelmässiger geworden.

Mit einer diplomierten Hebamme, welche die Frau noch nicht kennt, bespreche ich mögliche Massnahmen; schauen, dass die Blase leer ist, Badewanne zur Entspannung, gegebenenfalls Syntocinon und PDA, um die muskulären Strukturen zu entspannen. Bei der Frau im Zimmer erfrage ich den Füllungszustand der Blase.

«Du musst sie nicht fragen, ob sie eine volle Blase hat, das weiss sie wahrscheinlich nicht einmal richtig. Du musst ihr nur erklären, dass und weshalb du jetzt einmal-katheterisieren wirst!»,

herrscht mich die diplomierte Hebamme an. Die Frau reagiert irritiert, doch ich erkläre ihr, dass ich nun katheterisieren werde, damit die Blase sicher leer sei. Widerwillig

positioniert sich die Frau so, dass ich den Katheter einführen kann. Ich merke, wie weh diese Intervention der Frau tut, sie atmet schnell und stöhnt. Es kommt kein Urin.

«Du bist falsch drin», sagt die Hebamme, «ich übernehme das.»

Ich trete zurück. Die diplomierte Hebamme katheterisiert noch einmal. Es kommt noch immer kein Urin. Sie wiederholt den Vorgang, die Frau schreit jetzt.

«Na, die Blase ist wohl leer. Dann ist es jetzt halt einfach Zeit für eine PDA.»

Und zu mir: «Bereite alles vor.»

Die Frau bricht augenblicklich in Tränen aus. Ich richte alles her für die PDA, zwanzig Minuten später liegt sie. Die Frau ist quasi schmerzfrei, unter Wehenmittelgabe nimmt die Wehentätigkeit wieder zu.

«Warum haben Sie mir nicht schon früher zu dieser PDA geraten?», fragt mich die Frau vorwurfsvoll. Ich übergebe die Frau in die Hände des Spätdienstes. Es plagen mich Schuldgefühle und gleichzeitig Ratlosigkeit. Ich habe mein Bestes gegeben.

5 Phänomen: Gewalt unter der Geburt

Wie sich in den vorhergehenden Kapiteln gezeigt hat, geschieht Gewalt unter der Geburt zwar oder wird unmittelbar erlebt in der Phase der Geburt selbst, während sich die Frau im Prozess des Gebärens befindet. Durch die Hormone, den allfälligen Schlafentzug, die Intensität der körperlichen Empfindung, der Umgebung und den sozialen Interaktionen, die von medizinischer Professionalität geprägt sind, erfährt die Frau möglicherweise ein Gefühl von Kontrollverlust. Das Erleben einer Frau ergibt sich nicht nur aus der Aneinanderreihung ihrer eigenen und fremder Handlungen und den daraus resultierende Interaktionen. Es erwächst ebenso aus den Erwartungen, welche sie in die Situation der «unbekannten Geburt» mitbringt, sowie der Umgebung und den Kontext, in welchen die Handlungen stattfinden. Die Zuschreibung oder die Deutung des Erlebten als Gewalt erfolgt wiederum verzögert und retrospektiv.

In diesem Kapitel werden die objektiven und subjektiven Sinnzusammenhänge der Gewalt unter der Geburt aus den Erkenntnissen des Theorieteils herausgearbeitet. Mögliche Gewalt unter der Geburt, ausgehend von einem breiten Gewaltverständnis, lässt sich objektiv anhand der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstandes im Vorgang der Geburt an sich sowie die getätigten Handlungen, Interventionen und Kommunikation durch das Fachpersonal herleiten. Unter der Annahme, dass Handlungen, Interventionen und Kommunikation durch das Fachpersonal häufig, wenn nicht sogar in der Regel, in irgendeiner Form der Unterstützung des Geburtsgeschehens dienen, selbst wenn es sich um in Leitlinien festgeschriebene Routinen handelt, und verschiedene der Handlungen, welche in den Gewaltformen nach Jardim und Modena (2018) aufgezählt werden, in vielen Fällen zumindest rechtlich einer Legitimation unterliegen, wird die Kategorie der «Fürsorglichen Gewalt» eingeführt. Im untenstehenden Modell zeigen sich nun die Kategorien der «Geburt als Gewalt», «Fürsorgliche Geburt» sowie die «Illegitime Gewalt». Die Überschneidungen symbolisieren die Möglichkeit des parallelen Auftretens der verschiedenen Kategorien. Partiiell wird scheinbar jedoch nur ein Teil davon subjektiv als Gewalt gedeutet. Die Darstellung soll nicht implizieren, dass Geburt *immer* in Verbindung mit diesen drei Arten der Gewalt in Verbindung stehen muss.

Abbildung 2: Modell objektive Gewalt unter der Geburt und deren subjektive Deutung, eigene Darstellung

In den folgenden drei Kapiteln werden nun die einzelnen Kategorien differenzierter betrachtet und, die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Forschungsergebnisse vernetzend erläutert, wie die Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Deutung zustande kommen könnte.

5.1 Geburt als Gewalt

Eine Geburt kann in verschiedenerlei Hinsicht als Gewalt, die auf das Individuum einwirkt, beschrieben werden.

Unausweichliche Geburt. Wenn eine Frau schwanger ist, ist eine Form der Geburt als Ausgang unumgänglich; beide biologischen Prozesse kann ihr kein männlicher Partner abnehmen. Die Geschlechterungleichheit äussert sich, je nach dem, mit welcher Wertigkeit es betrachtet wird, zugunsten oder zu Ungunsten der Frau. Die körperlichen Konsequenzen des Kinderkriegens tragen die Frauen. Diese Ungerechtigkeit ist eine kaum beachtete Grunddisposition des Reproduktionsprozesses.

Unbekannte Geburt. Die Geburt zeigt sich heutigen Paaren deutungslos; es kann auf keine tradierten und generellen Vorstellungen zurückgegriffen werden Jede

Schwangere muss ihre eigene Deutung und Eruierung ihrer Handlungsstrategien finden. Der Verlauf und der Ausgang einer Geburt sind im Vorherein weder durch die Frau noch durch medizinisches Fachpersonal vorhersehbar und kann als über den Frauen schwebendes Damoklesschwert gedeutet werden. Auch wenn Geburt heutzutage in der Schweiz als sehr sicher gilt, was das Überleben von Mutter und Kind betrifft, können durchaus Todesängste mit dem Ereignis verbunden sein. Auf der anderen Seite wird Geburt als etwas gedeutet, dass ohne Zutun von aussen ablaufen kann und soll und im Idealfall einen positiven Erlebnischarakter aufweist (Eckardt, 2020).

Animistische Geburt. Die Geburt als natürlicher Prozess beinhaltet einen Kontrollverlust insofern, als dass die Gebärende auf den Beginn der Wehen und deren Verlauf nur sehr bedingt bewusst Einfluss nehmen kann; der Körper entscheidet quasi über das rationale Denken, was teilweise auch als Naturgewalt beschrieben wird. Dieser Kontrollverlust kann sehr unterschiedlich wahrgenommen werden; manche Menschen können einen bewussten und gegebenenfalls auch herbeigewünschten Kontrollverlust wie zum Beispiel einen Alkohol- oder Drogenrausch geniessen, andere fürchten die blossе Vorstellung eines solchen. Bei einer Geburt kann hinter dieser Vorstellung, sich den Wehen «hinzugeben», neben dem Verlust der eigenen Contenance die Angst vor den einsetzenden Schmerzen oder sogar das Fürchten um das eigene Leben und das des Kindes stehen (Azoulay, 1998). «Wehrt» sich die Frau gegen den unwillkürlich einsetzenden Prozess, entsteht eine konfligierende Situation, welche den Geburtsprozess beeinträchtigen kann und die Frau in eine umso prekärere Lage bringt (Schmid, 2011).

Schmerzhaftе Geburt. Wenn Schwangere äussern, sich Schmerzen nicht gewohnt und auf die Heftigkeit der Geburtswehen nicht vorbereitet zu sein, trifft das insbesondere bei Erstgebärenden vermutlich tatsächlich häufig stark zu: Auch Übungen im Geburtsvorbereitungskurs, welche Wehenschmerz simulieren, sind nicht mit den Empfindungen unter der Geburt vergleichbar. Widersprüchliche gesellschaftliche Darstellung von Geburt, welche vom Vertrauen auf die Natur, über eine sanfte Geburt für alle Frauen, orgastische Erlebnisse bis zum dramatischen, aber kurzen Hollywood-Szenario mit den Beinen in den Beinstützen reichen, erhöhen das Risiko, dass Erwartungen an den tatsächlichen Verlauf der eigenen Geburt nicht erfüllt werden (Rose & Schmied-Knittel, 2011).

Gegenüber dem Ausdruck von Schwangeren, Schmerzen nicht gewohnt zu sein und keine klaren Vorstellungen von Geburt zu haben, steht der Berufsalltag der Hebammen, Ärztinnen und Ärzte. Schmerzausdruck und -laute sind sich geburtshilfliches Personal gewohnt. Dies muss bis zu einem Punkt ausgehalten werden und kann nicht mit Mitleid oder zu starkem Mitgefühl beantwortet werden, da sonst dieser Beruf nicht ausgeführt werden könnte. Die Aussagen «Jetzt kann ich wirklich nicht mehr», «Ich möchte einen Kaiserschnitt» oder «Holt das Kind jetzt einfach raus» treten vor allem in der Übergangsphase bei vielen Gebärenden auf. In der Regel ist dies ein gutes Anzeichen dafür, dass die letzte Phase der Geburt beginnt und es wird versucht, die Frau bei der Überwindung dieser Wahrnehmung zu unterstützen, vor allem, wenn sich die Frau im Vorfeld den Wunsch einer interventionsarmen Geburt geäußert hat. Viele Frauen zeigen sich im Nachhinein dankbar für das Beistehen in dieser Situation und das gemeinsame Überwinden. Es ist nicht einfach, diese «normale» Reaktion im unmittelbaren Moment von einer ausweglosen Verzweiflung der Frau zu unterscheiden und entsprechend frühzeitig mit Massnahmen zu intervenieren.

Verletzende, traumatische Geburt. Auch die Aussprüche «Ich sterbe!» oder «Es zerreißt mich von unten bis oben!» begegnen einem in der geburtshilflichen Praxis auch bei grundsätzlich physiologischen Geburten ohne Interventionen. Dieser existentiellen Bedrohung, die die Frau in diesem Moment verspürt, korrekt und einfühlsam zu begegnen, stellt hohe Anforderungen an das geburtshilfliche Personal. Eine Geburt hinterlässt bei der Gebärenden rein körperlich tatsächlich mehrere Wunden, Schäden und Verletzungen; angefangen bei der Plazentahaftstelle, über das beanspruchte und gedehnte Gewebe bis hin zu leichten oder versorgungswürdigen Rissen unterschiedlichster Ausprägungen.

Die Deutung von Geburt als gewaltig scheint im aktuellen Diskurs teilweise unterzugehen. Geburtsschmerz wird besonders in der Ratgeberliteratur als erwartbar und hinnehmbar beschrieben, mit einer legitimierenden Bedeutung verbunden und der Geburtsprozess als natürlicher Vorgang zur weiblichen Leistung konstruiert. Daraus ergibt sich eine Ambivalenz zwischen Machtlosigkeit und Machterleben. Es entsteht bei vielen Frauen vorgängig zum einen der Wunsch, die Geburt ohne Schmerzmittel (und andere Interventionen) zu durchleben, zum anderen wirken im Erleben der Geburt Wehen, Schlafentzug, Vulnerabilität durch Intimität und das Ausgeliefert-Sein im Prozess derart überwältigend zusammen, dass Optionen zur Geburtsbeschleunigung oder

Schmerzhemmung, wenn sie denn verfügbar sind, nicht mehr abwegig erscheinen und trotzdem gewünscht werden. Durch die entwickelten Möglichkeiten wird die Gewalthaftigkeit in ihrer moralischen Legitimation verhandelbar. Da sich die meisten Frauen, wohl aufgrund des antizipierten Risikos, für eine Geburt in einem Spital entscheiden, besteht häufig eine Diskrepanz zwischen Natürlichkeitswunsch und Sicherheitsvorkehrungen. Ob in einem solchen Falle die Frau dieser Naturgewalt weiter ausgesetzt wird oder ob medizinisch-technische Vorkehrungen wie eine PDA, andere Schmerzmittel oder eine schnelle Geburtsbeendigung zum Einsatz kommen sollen, liegt zu einem grossen Teil in der Entscheidungsmacht der Geburtshelferinnen und Geburtshelfer. Diese Aspekte werden im folgenden Abschnitt genauer beleuchtet.

5.2 Fürsorgliche Gewalt

Die heutige Geburtshilfe und Geburtsmedizin präsentieren sich dergestalt, dass professionelle und institutionelle Einbettung und Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als notwendige und wahrzunehmende Handlungen gedeutet werden.

Frauen müssen sich zwangsläufig gegenüber diesen Rahmenbedingungen verhalten und positionieren. Die professionelle und institutionelle Geburtshilfe birgt verschiedene Aspekte, welche als «fürsorgliche Gewalt»⁹ gegenüber Schwangeren und Gebärenden bezeichnet werden können.

Hegemoniales Dispositiv des bio-medizinischen Geburtswissens. Die Professionalisierung von Hebammen und Ärztinnen und Ärzten sichert dem geburtshilflichen Personal den Expertenstatus zu, was mit einer Experten- und Informationsmacht einhergeht. Durch den positivistischen Wahrheitsanspruch und die Berufung auf evidenzbasierte Medizin stellt sich das Praxiswissen über das Erfahrungswissen und die Intuition der Gebärenden, was Gebärenden von vornherein gewisse Entscheidungsfähigkeit und -macht abspricht. Frauen, die sich am hegemonialen Dispositiv orientieren, sprich vertrauenden Subjektpositionen, werden zwangsläufig routinemässige Screenings, Untersuchungen und Messungspraktiken erfahren, welche mehr oder weniger

⁹ In der genutzten Literatur wird der Begriff der «Fürsorglichen Gewalt» nicht verwendet. Der Begriff hat sich im Rahmen dieser Arbeit insbesondere im Austausch mit Hausgeburtshebamme Stemmler herauskristallisiert, um diese spezifische Ausprägung von Gewalt zu bezeichnen. Im Zusammenhang mit häuslicher Pflege wurde der Begriff 2014 in der Radiosendung ARD radiofeature (Beyer, 2014) verwendet, wobei dieser Beitrag jedoch in der Entstehung der Arbeit nicht miteinbezogen wurde.

invasiv sind, Konsequenzen implizieren und weiterführend Interventionen nach sich ziehen können. Diese orientieren sich an statistischen Risiken und sollen insofern zur Gesunderhaltung der Frauen beitragen. Der medizinisch beziehungsweise medikalisierte Kontext geht so aber auch mit einer generellen Erfahrung der Objektivierung einher. Als Entscheidungssubjekt die Indikationen und Konsequenzen dieser Untersuchungen und Massnahmen abzuschätzen bedarf viel Vorwissen und Informationen. Viele Frauen stimmen daher, aufgrund der Informationen, welche sie in der Regel von den betreuenden Geburtshelferinnen und Geburtshelfer erhalten, vertrauensvoll zu, selbst wenn es sich um invasive und schmerzhaft Eingriffe handelt (Eckardt, 2020).

Selbstbestimmung und Zuschreibung von Verantwortung. Unter Geburt spitzt sich das Spannungsfeld zwischen professioneller Leitung der Geburt und der Selbstbestimmung der Frau erneut zu. Die Frau befindet sich durch den Ausnahmecharakter, die Intimität und die aussergewöhnlichen Körpererfahrungen in einer vulnerablen Situation. Während Routineuntersuchungen grundsätzlich ohne spezielle Einwilligung durchgeführt werden, müssten rechtlich für andere Eingriffe eine informierte Einwilligung vorliegen (Eckardt, 2020). Je nach Zustand der Frau oder Dringlichkeit der Lage wird eine informierte Entscheidung angestrebt, wobei durchaus auch drängend oder gar vermeintlich drohend beraten werden kann, oder aber auf den autoritativen Status beziehungsweise ein advokatorisches Modell zurückgegriffen und im mutmasslichen Sinne von Mutter und Kind Eingriffe, also Interventionen mit Indikation, auch ohne explizite Einwilligung durchgeführt (Pally Hofmann, 2013). Die Verantwortung wird klar aufseiten der Professionellen verortet.

Haftung bei Schäden. Diese Entscheidungspraxis wird durch die juristische Bestimmung gestützt, dass im Falle von Schäden das geburtshilfliche Personal und die Institution haftet. Das Unterlassen von indizierten Interventionen kann strafbar sein. Nicht alle Interventionen lassen sich gleich stark der Definition der Gewalt zuteilen, dennoch sind vaginale Untersuchungen, Blutabnahmen, Dammschnitte oder der Kristeller-Handgriff als mutmassliche Körperverletzungen einzustufen, sind aber in gewissen Fällen gerechtfertigt oder angezeigt (Pally Hofmann, 2013).

Mutter und Kind. Dazu kommt die Tatsache, dass beim Geburtsprozess das ungeborene Kind durch Ultraschallmessungen, vor allem aber durch das CTG überwacht und sein Zustand dadurch scheinbar objektiv einigermassen eingeschätzt werden kann.

Deutet sich zu einem Zeitpunkt auf irgendeine Weise an, dass es dem Kind intrauterin nicht mehr gut geht, verschiebt sich der Betreuungsfokus auf das Kind. Interventionen werden zugunsten des Kindes über die unmittelbaren Interessen der Mutter durchgeführt, selbst wenn es sich um offensichtlich schmerzhaft eingriffe handelt. In der heutigen Geburtshilfe wollen solche Eingriffe längst nicht mehr nur das Überleben des Kindes sicherstellen, sondern auch Folgeschäden oder Intelligenzminderung durch Sauerstoffmangel verhindern. Die Priorisierung des Wohlergehens des Kindes über das individuelle Geburtserleben wird den Gebärenden scheinbar fraglos unterstellt.

Beziehung und Geburtserleben. In der geburtshilflichen Situation entfaltet sich eine soziale Beziehung zwischen der Gebärenden und ihren Betreuungspersonen. Dadurch, dass diese sich in viele Fällen nicht kennen, beruht das Verhältnis auf einem gegenseitigen Vertrauensvorschuss (Eckardt, 2020). Dennoch kann es sein, dass zwischenmenschlich keine Passung hergestellt werden kann. Auf diesem Vertrauensverhältnis jedoch baut die Möglichkeit zum Aushandeln der Geburtsentscheidungen auf. Schichtwechsel und hierarchische Teamstrukturen erschweren dieses zusätzlich. In jedem Fall kollidieren zwischen Gebärenden und Geburtshelfenden die Einzigartigkeit des Geburtserlebens mit der berufsalltäglichen Erfahrung und Routine. Da Gebärende im institutionellen Raum als Laiinnen auftreten, steht die Definition darüber, was in diesem Rahmen normal ist, in den Händen der Professionellen. Diese Ausgangslage führt zu einer latenten Möglichkeit für gewaltvolles Handeln.

Fürsorgliche Gewalt äussert sich wie sich zeigt im intendierten Handeln oder nicht-Handeln der Geburtshelfenden, dass sich an evidenzbasierten, aber auch institutionsinternen Leitlinien und Erfahrungswissen orientiert, mutmasslich das Wohlergehen von Mutter und Kind im Blick hat und sich dadurch legitimiert, jedoch auch auf anderen Interessen beruht (Mundlos, 2015). Die Bandbreite des Gesunden und Physiologischen scheint dabei immer kleiner und Eingriffe immer evidenter zu werden. Während vertrauende Subjektpositionen dies so annehmen, werden durch Hinterfragen des hegemonialen Dispositivs die Grundsätze der Geburtsmedizin zunehmend in ihrer moralischen Legitimation verhandelbar. Gesellschaftlich und fachintern scheint die paternalistische und autoritative Form der Geburtshilfe jedoch grösstenteils als erwartbar und akzeptiert aufgefasst zu werden (Gesù & Mourad, 2020; Tegethoff, 2011). Aus geburtshilflicher Perspektive darf man dieses Handeln nicht Gewalt nennen. Ausgehend von einem Gewaltverständnis, das Handlungen am Individuum ohne Zustimmung

miteinbezieht und aus Sicht der Frau kann es dennoch als solche wahrgenommen und gedeutet werden.

5.3 Illegitime Gewalt

Wie sich im vorherigen Kapitel gezeigt hat, sind die Grenzen zwischen gerechtfertigten Handlungen und Eingriffen gegenüber eindeutigen Übergriffen auf die Gebärende nicht klar zu ziehen. Jedoch lassen sich aus den Ergebnissen der Studien zur geburtshilflichen Gewalt Handlungen ausmachen, welche sich sowohl rechtlich als auch moralisch eindeutig als illegitim identifizieren lassen.

Interventionen gegen den ausdrücklichen Willen und ohne (nachvollziehbare) legitime Indikation. Aufgrund der ungleichen Machtverteilung und den teilweise konfligierenden Interessen der Akteure kann es zu unnötigen Interventionen kommen, zu welchen die Gebärenden geraten wird und welche wiederum Konsequenzen nach sich ziehen (Mundlos, 2015). Stehen die Gründe für diese Interventionen nicht im Interesse der entsprechenden Frau, handelt es sich um illegitime Gewalt.

Es können **strukturelle Bedingungen** ausgemacht werden, welche systematisch zur Untergrabung der Selbstbestimmung führen. Sofern diese Bedingungen einsehbar, vermeidbar und/oder veränderbar sind, können dadurch bedingte Handlungen der Gewalt als moralisch illegitim eingeordnet werden. Für die Gebärende sind diese indirekten Ursachen in der Situation nicht unmittelbar einsehbar und für ihre Lebenswelt entweder nicht direkt von Bedeutung oder aber im Deutungsrahmen des Normalen und Erwartbaren eingeordnet (Gesù & Mourad, 2020). In den strukturellen Bedingungen finden sich Voraussetzungen, die geburtshilfliche Gewalt begünstigen.

Unmittelbar erlebbar für Gebärende sind jedoch individuelle **Machtdemonstrationen** durch geburtshilfliches Personal (Eckardt, 2020). Intendierte Handlungen, welche zur persönlichen Befriedigung des eigenen Machtmotivs und damit die Machtposition über den Berufsauftrag hinaus missbrauchen, können als illegitim eingeordnet werden. Darunter fallen auch offenkundige Diskriminierung aufgrund von Attributen und Zynismus, der den Sinn und die Bedeutung der Frau aus einer professionellen Perspektive systematisch abwertet, wenn auch diese Handlungen oft nicht direkt intendiert sind.

Diese Art von Gewalt äussert sich in manifesten, intendierten Handlungen als Machtdemonstration im negativen Sinn, indem bewusst und entgegen den medizinischen Indikationen gegen den Willen der Frau und ihre Integrität vorgegangen wird. Dabei ist es in erster Linie egal, ob die Handlungsmotivation personell oder strukturell bedingt ist; die Frau wird Opfer, auch wenn sie sich dafür möglicherweise als aktive Entscheiderin des Geburtsortes selbst die Schuld für den Verlauf gibt.

In der subjektiven Wahrnehmung der Frauen ist eine Unterscheidung dieser verschiedenen Gewaltarten, welchen sie unter der Geburt ausgesetzt sind, ausgehend von den Interviewergebnissen von Eckardt (2020), schwierig. Noch schwieriger ist die retrospektive Deutung des Erlebten als legitime oder illegitime, intendierte oder nicht-intendierte Gewalt. Traumatisierte Frauen oder Frauen mit Gewalterfahrungen laufen scheinbar mehr Gefahr, durch eine der Gewaltarten unter der Geburt erneut traumatisiert zu werden (Simpson & Catling, 2016). Die vorherige Deutung der bevorstehenden Geburt und die Einschätzung der Erwartbarkeit führen retrospektiv zu Akzeptanz oder Ablehnung des Erlebten. Häufig scheinen die «überlebenden» Frauen aber einfach froh zu sein, dass noch einmal alles gut gegangen ist. Die gegenteilige Äusserung der Frauen scheint häufig nicht gehört, bagatellisiert oder verneint zu werden, wenn geburtshilfliches Fachpersonal sich nicht mit der eigenen Schuldfrage befassen möchte (Mundlos, 2015).

6 Fazit

Mit dem Modell der drei Arten der Gewalt unter der Geburt wird ein alternativer Blick auf das Phänomen eröffnet, der jenseits der Werthaftigkeit des Gewaltbegriffs einen Diskurs auf das subjektive Erleben von Gewalt unter der Geburt ermöglichen soll. Zum Abschluss werden die zentralen Erkenntnisse noch einmal zusammengefasst und in einem zweiten Schritt mögliche Schlussfolgerungen für die geburtshilfliche Praxis vor dem Hintergrund der Medizinethik und dem Ethikkodex für Hebammen abgeleitet. Im Ausblick wird auf die Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen verwiesen.

6.1 Gewalt unter Geburt ist normal

Geburt scheint in einem gewissen Sinne als Gewalt antizipiert und konstruiert zu werden, was sich in Narrativen durch die Unverfügbarkeit und den Schmerz erkenntlich macht. Eine schmerzhaft, schwer vorhersehbare Geburt scheint erwart- und akzeptierbar zu sein. Das Anstrengende und Schmerzhaft der Geburt wie auch ihre Naturgewalt wird positiv gedeutet und für persönliches Wachstum und einen Weiblichkeitskult nutzbar gemacht. In vielen Fällen wünschen sich Frauen eine möglichst interventionsfreie und natürliche Geburt, wollen aber dennoch nicht auf das medizinische Sicherheitsdispositiv verzichten.

Damit begeben sich die Frauen in ein Spannungsfeld, indem sie die Verantwortung für die Geburt und ihr Ausgang zumindest teilweise in die Hände einer Institution und deren Fachpersonal legen. Während die Geburt für die Frau eine aussergewöhnliche Situation ist, handeln Geburtshelferinnen und Geburtshelfer in einer Alltagsroutine und anhand von Leitlinien, welche nicht auf individuelle Situationen adaptiert sind. Die Handlungsoption für interpersonelle Gewalt ist latent gegeben. Handlungen durch Professionelle sollen Risiken minimieren und zugunsten des Wohlergehens von Mutter und Kind eingesetzt werden. Es scheint erwartbar und akzeptiert, dass die Gebärende Routinemassnahmen und Eingriffen zuzustimmen hat und in einem Notfall das Leben des Kindes über das unmittelbare Empfinden der Frau gestellt wird. Durch die Geburt und ihre Auswirkung auf die Gebärende wird teilweise die autoritative oder advokatorische Vertretung notwendig, was von Frauen, zumindest in vertrauenden Subjektpositionen, akzeptiert wird.

Neben diesen grundsätzlich akzeptierten und somit normalisierten Arten des subjektiven Gewalterlebens unter der Geburt ist die Abgrenzung zu unrechtmässiger Gewalt für alle Beteiligten, besonders aber für die Frau, nicht einfach.

6.2 Normal, aber nicht in Ordnung

Vor dem Hintergrund der Medizinethik und dem Ethikkodex für Hebammen muss anschliessend gefragt werden, inwiefern erwartbare Gewalt notwendig oder eben doch vermeidbar ist.

Um die Geburt als unausweichliches Ereignis für Frauen tragbar zu machen, müssen Professionelle auf einem schmalen Grat zwischen Dramatisierung und Verharmlosung versuchen, besonders bei Erstgebärenden ein realistisches Bild zu vermitteln. Bei der Wahl des Geburtsortes sollen Möglichkeiten und deren Konsequenzen objektiv vermittelt werden. Dabei sollen Frauen, die bereits traumatische Gewalterfahrungen gemacht haben, besondere Aufmerksamkeit erhalten. Entscheidet sich eine Frau aufgrund ihrer Vorahnungen für eine PDA oder einen Wunschkaiserschnitt, ist sie über die Risiken aufzuklären und dem Wunsch Rechnung zu tragen.

Es braucht einen Diskurs darüber, welche fürsorglichen Handlungen zu welchem Preis als erwartbar und akzeptiert gelten sollen. Insbesondere risikominimierende Routineeingriffe sind auf ihre Evidenz hin zu prüfen und in den individuellen Situationen den Frauen als verhandelbar anzubieten. Auch ist moralisch zu diskutieren, inwiefern das Wohlergehen des Kindes die gewaltvolle Einwirkung auf die Frau rechtfertigen soll. Der Begriff der «Fürsorglichen Gewalt» mag polarisieren, sensibilisiert jedoch für die Machtverhältnisse innerhalb des hegemonialen Dispositivs und die Invasivität gewisser Handlungen in der Geburtshilfe. Nach dem Bewusstwerden *was* im Rahmen dieses Spielraums getan wird, muss weiter beachtet werden, *wie* diese Handlungen vonstattengehen, um Gewalt sichtbar zu machen. Institutionen und Professionelle sollen offen sein dafür, Geburtssituationen in Debriefings, Videoaufzeichnungen oder Nachbesprechungen auf gewaltvolle Handlungen zu untersuchen, personale und strukturelle Probleme aufzudecken und entsprechende Besserungen ins Auge zu fassen.

Wenn Interventionen ohne medizinische Indikation, sondern allein aufgrund institutionologischer oder forensischer Gründe durchgeführt werden, müsste den Frauen dies ebenso deklariert werden. Auf jeden Fall muss in einem solchen Falle die Einwilligung

der Frau eingeholt werden, die Ablehnung der Frau ist zu akzeptieren, andernfalls handelt es sich eindeutig um eine illegitime Handlung. Nun können sich Indikationen, welche im Moment der Geburt scheinbar als evident zeigen, im Nachhinein anders beurteilt werden und die Legitimation der Handlungen in Frage stellen. Während für viele Frauen solche Situationen aufgrund ihrer fehlenden Expertise nicht in einem Täter-Opfer-Kontext gedeutet und im Rahmen des Normalen und Akzeptierten eingeordnet werden, können sie von geburtshilflichem Fachpersonal als Grundlage für Debriefings und Best-Practice-Modelle hinzugezogen werden.

Es können nicht alle Faktoren, die zu einer gewaltvoll erlebten Geburt von Seiten der Frau führen, immer durch Fachpersonal beeinflusst werden. Aber Frauen, welche im Nachhinein solche Erfahrungen äussern, können ernst genommen werden. Ohne sich direkt angegriffen zu fühlen, kann der Raum geschaffen werden, die damit verbundenen Gefühle auszudrücken und anhand eines möglichst ganzheitlichen Verständnisses vom Phänomen der erlebten Gewalt unter der Geburt versucht werden, das Erlebte verstehbar zu machen.

Mit der neuen internationalen S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, 2020) ist ein Grundstein gelegt für eine respektvollere und achtsamere Geburtshilfe und -medizin.

6.3 Ausblick

Die vorliegende Arbeit beruft sich in ihren Hauptkenntnissen auf theoretische Überlegungen. Diese wären weiterführend empirisch zu überprüfen. Dazu könnten Inhaltanalysen von Geburtsberichten, Video-, Interviewstudien oder partizipative Studienmodelle angewendet werden. Weitere Forschung zum Thema der Gewalt unter der Geburt, auch mit dem Fokus der geburtshilflichen Gewalt ist insbesondere mit Blick auf die Schweiz vonnöten, um die Situation von Schwangeren, Gebärdenden und Mütter zu erfassen und weiter zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Arendt, H. (1958). *Die Krise in der Erziehung*. Angelsachsen.
- Arendt, H. (1998). *Macht und Gewalt* ([13. Aufl.]). Piper.
- Ärzteblatt, Redaktion. (2019, November 29). *Prävalenz zur Gewalt in der Geburtshilfe weiterhin unklar*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107793/Praevalenz-zur-Gewalt-in-der-Geburtshilfe-weiterhin-unklar>
- Azoulay, I. (1998). *Die Gewalt des Gebärens: Streitschrift wider den Mythos der glücklichen Geburt*. List.
- Beck, S., Duden, B., Fischer, J., Hirschauer, S., Moebius, S., Thiessen, B., & Villa, P.-I. (2011). *Soziologie der Geburt*. Campus Frankfurt / New York.
- Beyer, G. (2014, 11. Februar). „Fürsorgliche Gewalt“ – Von den Abgründen häuslicher Pflege. [ARD radiofeature]. WDR. https://presse.wdr.de/plounge/radio/wdr5/2014/02/20140211_ard_radiofeature.html
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
- Davis, E., & Pascali-Bonaro, D. (2010). *Orgasmic birth: your guide to a safe, satisfying, and pleasurable birth experience*. Rodale.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (Hrsg.). (2020). *Vaginale Geburt am Termin. S3-Leitlinie. Kurzfassung*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf
- Dick-Read, G. (1972). *Childbirth without fear: the original approach to natural childbirth* (New 4th Hrsg., rev. Hrsg. by Helen Wessel and Harlan F. Ellis). Harper & Row.
- Eberle, T. S. (1984). *Sinnkonstitution in Alltag und Wissenschaft: Der Beitrag der Phänomenologie an die Methodologie der Sozialwissenschaften*. P. Haupt.
- Eckardt, S. (2020). *Die unbekannte Geburt: Subjektivierungsweisen von gebärenden Frauen zwischen individueller Praxis und öffentlichem Diskurs*. Transcript. <https://doi.org/10.14361/9783839452752>
- Eibach, U. (1997). Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie From Paternalism to Patient Autonomy: Medical Ethics at the Intersection of an Ethics of Care and an Ethics of Autonomy. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 43(5), S. 215–231.

- Elbert, T., Moran, J. K., & Schauer, M. (2017). Lust an Gewalt: Appetitive Aggression als Teil der menschlichen Natur. *e-Neuroforum*, 23(2), S. 96–104. <https://doi.org/10.1515/nf-2016-0056>
- Fischer, J. (2011). Gesellschaftskonstitution durch Geburt – Gesellschaftskonstruktion der Geburt. Zur Theorietechnik einer Soziologie der Geburt. In B. Thiessen, S. Moebius, & P.-I. Villa (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S. 22-37). Campus.
- Fischer, P. (2012). *Phänomenologische Soziologie*. Transcript.
- Fletcher, S. (2014). *Mindful hypnobirthing hypnosis and mindfulness techniques for a calm and confident birth*. Vermilion.
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Merve.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of*

- the World Health Organization*, 92(12), S. 915–917.
<https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung*. Reinbek.
- Gaskin, I. M. (2002). *Spiritual midwifery (4th ed)*. Book PubCo.
- Gesù, Y., & Mourad, P. (2020). *Soziostrukturelle Ursachen für Gewalt in der Geburtshilfe*. (Bachelorarbeit). ZHAW. https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/20751/1/Ges%C3%B9_Yael_Mourad_Paula_HB17_BA20_digi.pdf
- Gewalt unter der Geburt—Ein Erfahrungsbericht einer Leserin. (2017, November 20). *Babytalk - Das bindungsorientierte Expertenmagazin*. <https://babytalk.world/gewaltgeburt/>
- Heitmeyer, W. (2002). *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Westdeutscher Verlag.
- Heitmeyer, W., & Hagan, J. (2013). Gewalt. Zu den Schwierigkeiten einer systemischen internationalen Bestandesaufnahme. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 15–25). Springer.
- Hitzler, R. (1999). Gewalt als Tätigkeit. In S. Neckel & M. Schwab-Trapp (Hrsg.), *Ordnungen der Gewalt* (S. 9–19). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-663-10959-4_2
- Hollenstein, W. (2018). Feminismus verliert Bezug zur Wirklichkeit. *Basler Zeitung*. <https://www.bazonline.ch/leben/gesellschaft/feminismus-verliert-bezug-zur-wirklichkeit/story/16480789>
- Imbusch, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S. 26–57). VS. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80376-4_2
- Inga. (2020, November 25). Gewalt unter der Geburt: Ein Erfahrungsbericht. *Es sind Zwei*. <https://www.es-sind-zwei.de/gewalt-unter-der-geburt-ein-erfahrungsbericht/>
- International Code of Ethics for Midwives*. (2014). International Confederation of Midwives. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

- Koch-Gromus, U., & Pawils, S. (2016). Gewalt und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2274-7>
- Leboyer, F. (1974). *Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt*. Desch.
- Leboyer, F. (2007). *Geburt ohne Gewalt* (12. Aufl.). Kösel.
- Marktl, W. (2001). Die Bedeutung des Begriffs “normal.” *Forschende Komplementärmedizin Und Klassische Naturheilkunde*, 8: S. 333–334. <https://www.karger.com/Article/Pdf/57249>
- Meyer, S., Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L., & Cignacco Müller, E. (2020). *Informal coercion during childbirth: Risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey among women in Switzerland* [Preprint-Version]. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.16.20212480v2>
- Mies, M. (1998). *Patriarchy and Accumulation On A World Scale: Women in the International Division of Labour*. Palgrave Macmillan.
- Miller, S., & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO’s mother–baby friendly

- birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S.49–S52. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Mongan, M. F., & Mongan, M. F. (2014). *HypnoBirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt* ([5. Aufl.]). Mankau.
- Müller-Salo, J. (Hrsg.). (2018). *Gewalt: Texte von der Antike bis in die Gegenwart*. Reclam.
- Mundlos, C. (2015). *Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal*. Tectum.
- Mundlos, C. (2017). Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen. *Die Hebamme*, 30(5), 312–319. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116838>
- Odent, M. (1979). *Die sanfte Geburt die Leboyer-Methode in der Praxis* ([3. Aufl.]). Kösel-Verl.
- Pally Hofmann, U. (2013). *Recht in der Geburtshilfe ein Leitfaden für den medizinischen Berufsalltag mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen*. Schulthess.
- Popitz, H. (1986). *Phänomene der Macht. Autorität, Herrschaft, Gewalt, Technik*. JCB-Mohr.
- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 156(6), S. 831–835.
- Ringler, M. (2001). Psychodynamische Aspekte traumatischen Geburtserlebens. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 2001; 19 (4), 8.
- Rose, L., & Schmied-Knittel, I. (2011). Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In B. Thiessen, S. Moebius, & P.-I. Villa (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.75-100). Campus.
- Roses Revolution CH. (2020, 28. August). *Roses Revolution CH*. Roses Revolution - gegen Gewalt in der Geburtshilfe. <http://www.rosesrevolution.ch/>
- Schadtle, K. (2009). *Völkerrecht Das völkerrechtliche Gewaltverbot und seine Ausnahmen*. 31(9), 686–695. <https://doi.org/10.1515/JURA.2009.686>
- Schmid, V. (2011). *Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung* (2. Aufl.). Hippokrates.
- Schneider, H., Helmer, H., & Husslein, P. (2016). Physiologie und Pathologie des Geburtsbeginns. In H. Schneider, P. Husslein, & K.-T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S. 631–661). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45064->

- Schnell, F. (2014). Gewalt und Gewaltforschung. *Dokupedia-Zeitgeschichte*.
https://docupedia.de/images/0/08/Gewalt_und_Gewaltforschung.pdf
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), p. 203–207.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Sorenson, D. S., & Tschetter, L. (2010). Prevalence of Negative Birth Perception, Disaffirmation, Perinatal Trauma Symptoms, and Depression Among Postpartum Women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), p. 14–25.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x>
- Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(6), p. 661–672.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
- Stadelmann, I. (2018). *Die Hebammen-Sprechstunde: einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit*

- Aromatherapie, Bachblüten, Homöopathie und Pflanzenheilkunde (1. komplett überarbeitete Auflage)*. Stadelmann.
- Stoffel, D. (2018, 20. November). *Wenn Gynäkologen und Hebammen Gewalt vorgeworfen wird*. Der Landbote. https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Medien/Medienspiegel/Landbote_20181120_Gyn%C3%A4kologie.pdf
- SWR Wissen, & Paál, G. (2019, 11. April). Gibt es Geburtsschmerzen nur beim Menschen? In *Swr.online*. <https://www.swr.de/wissen/1000-antworten/kultur/warum-hat-der-mensch-geburtsschmerzen-100.html>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Tegethoff, D. (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In B. Thiessen, S. Moebius, & P.-I. Villa (Hrsg.), *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S. 101–128). Campus.
- Tuteur, A. (2014, July 22). Did midwifery merely replace the patriarchy with the matriarchy? *The Skeptical OB*. <https://www.skepticalob.com/2014/07/did-midwifery-merely-replace-the-patriarchy-with-the-matriarchy.html>
- United Nations. (2015). *The World's Women 2015*. <https://unstats.un.org/unsd/gender/chapter6/chapter6.html>
- von Engelhardt, D. (2005). Medizinethik im Wandel der Zeit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 153(1), S. 42–47. <https://doi.org/10.1007/s00112-004-1066-1>
- Warkentin, B. (1991). *Die Evolution der menschlichen Geburt medizinische, biologische und anthropologische Aspekte*. Springer.
- Wienerin, Redaktion. (2018, April 4). *Frauen berichten über Gewalt im Kreißaal während Geburt*. <https://wienerin.at/node/18999>
- World Health Organization (Hrsg.). (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. (WHO/RHR/14.23). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf

Danksagung

Der Weg zu dieser Arbeit war nicht leicht. Okay, zugegebenermaßen zeitweilig sogar ziemlich schwer. Ohne die vielseitige Unterstützung unterschiedlicher wunderbarer Menschen hätte ich es nicht geschafft, mich für dieses bisweilen traurige Thema zu entscheiden, mich an diesen methodologischen Zugang zu wagen, dranzubleiben und trotz schlafloser Nächte nicht zu verzagen. Mein Dank gilt daher Kristin Hammer, die mir im ausführlichen Gespräch half, meine Erkenntnisinteressen zu ordnen, Karin Brendel, die im Rahmen der Online-Begleitung ihr Bestmögliches gab und mich mit Rat und Tat bestärkte und Monika Schwager, die meinen Wunsch, gegen die Gewalt an Frauen aktiv werden zu wollen, ernst nahm. X und anderen Kommilitoninnen bin ich dankbar für den Austausch über eigene Erfahrungen. In X fand ich nicht nur ein Vorbild, sondern auch neue Herangehensweisen an mein Forschungsthema. Danke für deine Zeit. Danke meinen ehemaligen Studienkolleginnen der Erziehungswissenschaft X und X für die konstruktiven Rückmeldungen und bestärkenden Worte. In meinem privaten Umfeld gilt mein besonderer Dank meinem langjährigen Weggefährten X der sich trotz Fachfremdheit geduldig detaillierte Ausführungen über Geburten anhört und mir in allen Auf's und Abs beim Schreiben der Arbeit zur Seite stand, X und X sowie X, die meine Arbeit mit kritischen Augen prüften und X, die sich, wie viele andere Frauen, die in ihrem Leben schon geboren haben, immer wieder auf Gespräche zum Thema einliess und mir eine weitere Perspektive vor Augen führte.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell für Respektlosigkeit und Missbrauch in der Geburtshilfe in Anlehnung an Freedman et. al. (2014), S. 916.....	32
Abbildung 2: Modell objektive Gewalt unter der Geburt und deren subjektive Deutung	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fokusthemen der Forschung um Gewalt in der Geburtshilfe in Anlehnung an Jardim & Modena (2018), S. 916	29
---	----