

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Masterarbeit
Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft

Birth Justice

Intersektionale Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse
rund um die Geburt

Christiane Winkler

Erstgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß

Zweitgutachterin: Friederike M. Hesse

22.08.2022

Für Yael, Luzia und Emilian

Abstract

Hintergrund

Die parlamentarische Versammlung des Europarates ordnete Gewalt in der Geburtshilfe als genderspezifische Gewaltform ein und stellte dringenden Handlungsbedarf in allen Mitgliedsstaaten fest. Sie forderte u.a. dazu auf, Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekämpfen und sicherzustellen, dass die Versorgung die Menschenrechte und -würde achtet.

Ziel

Diese Thesis erläutert zunächst den politisch-theoretischen Rahmen des Konzeptes *Birth Justice (BJ)* sowie den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs um das Phänomen obstetrischer Gewalt. Im Anschluss wird anhand einer empirischen, qualitativen Erhebung folgenden Fragen nachgegangen:

1. Inwiefern haben wir es in der deutschsprachigen Diskussion um *Birth Justice* mit einer nachholenden Entwicklung zu tun?
2. Inwiefern kann das Konzept *Birth Justice* neue Perspektiven auf Gewalt und Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen?
3. Welche Implikationen lassen sich daraus für Aktivismus rund um die Geburt ableiten?

Methodik

Im Februar/März 2022 wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews (n=6) als Videointerviews durchgeführt. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgt mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz) per QDA Software. Das deduktiv-induktiv entwickelte Kategoriensystem umfasst sieben Hauptkategorien und erlaubt durch eine kategorienbasierte Auswertung eine dezidierte Beantwortung der Forschungsfragen.

Ergebnisse

Im deutschsprachigen Diskurs um reproduktive Gerechtigkeit ist das Thema Geburt als randständig zu beurteilen, gewinnt jedoch durch den zunehmenden gesellschaftlichen Diskurs um obstetrische Gewalt an Relevanz. Ein intersektionaler Ansatz betont die Bedeutung eines systemischen Verständnisses obstetrischer Gewalt und fokussiert Diskriminierungsprozesse entlang gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse.

Die durch die Ökonomisierung der Geburtshilfe ohnehin ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen wirken sich auf mehrfachzugehörige Personen besonders eklatant aus. Strukturelle und intersektionale Gewalt wirken als Zugangsbarriere zur peripartalen Versorgung und/oder führen dazu, dass die Betreuung qualitativ nicht hochwertig ausfällt. Implizite Vorurteile wirken sich auf die Art und Weise der gesundheitlichen Versorgung aus. Das Risiko Gewalt und Diskriminierungserfahrungen zu machen ist für Mehrfachzugehörige deutlich erhöht.

Schlussfolgerung

Eine intersektionale Perspektive verdeutlicht die Notwendigkeit des Abbaus von Zugangsbarrieren und Diskriminierungsprozessen sowie der Stärkung subjektzentrierter Versorgungsmodelle, um die peripartale Gesundheitsversorgung inklusiver und gleichberechtigter zu gestalten. Intersektionalität und eine damit untrennbar verknüpfte Reflexion gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse sollte als Querschnittsthema grundlegender Teil der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der peripartalen Beratung und Gesundheitsversorgung involvierten Personen sein. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung sollten grundsätzlich intersektional orientiert sein und die Bedarfe mehrfachzugehöriger Personen fokussieren. Um politische Handlungsempfehlungen evidenzbasiert auszusprechen, ist entsprechende intersektional orientierte Forschung unabdingbar.

Schlüsselwörter

Birth Justice, Reproduktive Gerechtigkeit, Intersektionalität, obstetrische Gewalt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	III
1. Einleitung	1
1.1 Erkenntnisinteresse.....	1
1.2 Forschungsstand	2
1.3 Aufbau	4
2. <i>Birth Justice</i> – Theoretischer Kenntnisstand.....	5
2.1 <i>Reproductive Justice</i>	6
2.2 Intersektionalität	7
2.3 Die Bewegung für <i>Birth Justice</i>	9
2.3.1 Entstehungsgeschichten und Gegenerzählungen	10
2.3.2 Warnungen.....	13
2.4 Zwischenfazit.....	15
3. Obstetrische Gewalt – Theoretischer Kenntnisstand	16
3.1 Begriffsverständnis	16
3.2 Rechtliche Einordnung	18
3.3 Prävalenz und Formen obstetrischer Gewalt	20
3.4 Folgen obstetrischer Gewalt	22
3.5 Zwischenfazit.....	23
4. Methodik der empirischen Untersuchung	24
4.1 Untersuchungsdesign.....	25
4.2 Erhebungsinstrument Expert*inneninterview	25
4.3 Leitfadiskonstruktion.....	27
4.4 Sampling	30
4.5 Kontaktaufnahme und Interviewsituation	31
4.6 Beschreibung des Samples und Reflexion der Interviewerin-Rolle.....	33
4.7 Transkription	36
4.8 Auswertungsinstrument qualitative Inhaltsanalyse	37
4.8.1 Datenaufbereitung und Entwicklung des Kategoriensystems.....	38
4.8.2 Inhaltlich strukturierende Analyse.....	40
4.9 Reflexion und Gütekriterien	41
5. Auswertung	43
5.1 Auswertung der Kategorien ‘ <i>Birth Justice</i> – Wissen’ (K1.1-K1.6) und ‘ <i>Reproductive Justice</i> ’ (K2)	43
5.1.1 Subkategorie ‘subjektives Verständnis’ (K1.1)	44
5.1.2 Subkategorie ‘relevante Differenzkategorien’ (K1.3)	46
5.1.3 Subkategorien ‘zum Begriff’ (K1.2), ‘deutscher Kontext’ (K1.4) und ‘Vorreiter’ (K1.5).....	47
5.1.4 Subkategorien ‘Wandel des subjektiven Verständnis’ (K1.6), ‘eigener Aktivismus’ (K5.1) und ‘Motivation/Gründe’ (K5.2)	49
5.2 Auswertung der Kategorie ‘Gewalt’ (K3.1-K3.5).....	51
5.2.1 Subkategorien ‘personale Gewalt’ (K3.1) und ‘strukturelle/institutionelle Gewalt’ (K3.2).....	51

5.2.2 Subkategorie ‘intersektionale Gewalt / gesellschaftliche Ungleichheit / Diskriminierung’ (K3.3)	57
5.2.3 Subkategorie ‘Ursache / Wirkung’ (K3.4).....	61
5.3 Auswertung der Kategorie ‘Implikationen für <i>Birth Justice</i> ’ (K7.1-K7.6).....	64
5.3.1 Subkategorie ‘Versorgungspraxis’ (K7.1).....	64
5.3.2 Subkategorie ‘Politik’ (K7.2).....	69
5.3.3 Subkategorie ‘Studium / Fortbildung’ (K7.3).....	71
5.3.4 Subkategorie ‘sexuelle Bildung und Beratung’ (K7.4).....	72
5.3.5 Subkategorie ‘institutioneller Aktivismus’ (K7.5)	73
5.3.6 Subkategorie ‘Forschung’ (K7.6)	74
6. Beantwortung der Forschungsfragen	75
7. Fazit.....	81
8. Literatur	83
Anhang I	
A Kategoriensystem	V
B Leitfaden	XXIV
C Anschreiben	XXX
D Datenschutzrechtliche Dokumente	XXXI
Selbstständigkeitserklärung.....	XXXIII

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Alternative Birth Movement
ACRJ	Asian Communities for Reproductive Justice
BJ, BJM	Birth Justice, Birth Justice Movement
BIPoC	Black, Indigenous and People of Color
BIW*oC	Black, Indigenous Women* of Color
D&A	disrespect and abuse
GiG	Gewalt in der Geburtshilfe
MoW	mistreatment of women
NAPW	National Advocates for Pregnant Women
OG / OV	obstetrische Gewalt / obstetric violence
RJ, RJM	Reproductive Justice, Reproductive Justice Movement
SES	socioeconomic status
TIN*	trans*, inter*, nicht-binär

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Merkmalskategorien für das <i>purposive/purposeful sampling</i>	34
Tab. 2: Zuordnung der Interviews nach Expert*innenstatus und sprachlicher Durchführung.....	34

1. Einleitung

Die parlamentarische Versammlung des Europarates ordnete 2019 Gewalt in der Geburtshilfe als genderspezifische Gewaltform ein und stellte dringenden Handlungsbedarf in allen Mitgliedsstaaten fest (Klimke 2020; Parliamentary Assembly 2019). Sie forderte u.a. dazu auf, Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekämpfen und sicherzustellen, dass die Versorgung in einer Weise erfolgt, die die Menschenrechte und -würde achtet. Es wurde gemahnt, sicherzustellen, dass in der Ausbildung von Ärzt*innen, Hebammen*¹ und Pflegekräften den Belangen von Personen aus dem LGBTQI-Spektrum, Personen mit sogenannter Behinderung und anderen vulnerablen Klient*innen(gruppen) besondere Bedeutung beigemessen wird. Des Weiteren solle beziehungsorientierte Kommunikation und Prävention von Gewalt und Sexismus fokussiert werden (Parliamentary Assembly 2019, Pkt. 8.9).

In diesem Sinne stellen intersektionale Analysen des Phänomens geburtshilflicher und gynäkologischer Gewalt und Diskriminierung im deutschsprachigen Raum ein dringendes Forschungsdesiderat dar (Babac und Winkler 2022: 50). Die vorliegende Thesis erläutert in diesem Zusammenhang den politisch-theoretischen Rahmen des im US-amerikanischen Kontext entstandenen Konzeptes *Birth Justice (BJ)* sowie den gegenwärtigen theoretischen Kenntnisstand zum Phänomen obstetrischer Gewalt. Durch eine empirische, qualitative Erhebung wird im Anschluss der Stellenwert von *Birth Justice* im deutschsprachigen Raum eingeschätzt und die Bedeutung intersektionaler Perspektiven im Aktivismus für gerechte Geburtshilfe exploriert. Darüber hinaus sollen Empfehlungen abgeleitet werden, um das System der peripartalen Gesundheitsversorgung zugänglicher, inklusiver und gleichberechtigter zu gestalten.

1.1 Erkenntnisinteresse

In deutschsprachigen feministischen Diskursen taucht das Konzept *Reproductive Justice (RJ)* inzwischen zwar vereinzelt auf (Kitchen Politics 2021), der Begriff *Birth Justice* scheint bisher jedoch weitgehend unbekannt (Winkler und Babac 2022: 37). Konzept und Begriff

¹ Durch die Nutzung des Asterisks wird versinnbildlicht, dass es sich bei Personengruppen nicht nur um ein oder zwei Geschlechter handelt. So werden Begriffe wie Hebamme* und maternal* um das Asterisk ergänzt, um darauf zu verweisen, dass diese Begriffe vielfältige Geschlechtsidentitäten umfassen können. Da nicht alle Personen, die schwanger werden können und gebären, Frauen sind, und nicht alle Frauen schwanger werden (können), ist der allgemeine Begriff Frau in diesem Kontext gleichzeitig sowohl zu eng, als auch zu weit gefasst (Ross und Solinger 2017: 6). Es werden daher in dieser Arbeit vorwiegend Begriffe wie schwangere und gebärende Person genutzt.

gehen auf US-amerikanische Schwarze Feminist*innen zurück, welche damit auf strukturell verankerte Ungleichheits- und Gewaltverhältnisse rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und frühe Elternschaft aufmerksam machen (Oparah 2015; Winkler und Babac 2022: 31). *BJ* wird durch eine intersektionale Analyse reproduktiver Ungleichheits- bzw. Unterdrückungsverhältnisse charakterisiert und verortet sich programmatisch innerhalb der Bewegung für *Reproductive Justice* (ebd.; Ross und Solinger 2017). Ein intersektionaler Ansatz betont die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Merkmalen wie *Race*/Ethnizität/Nationalität, Klasse, geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung, Alter, sog. Behinderung und ihren spezifischen Einfluss auf die Erfahrungen schwangerer und gebärender Personen (ebd.).

Vor diesem Hintergrund soll im Rahmen der vorliegenden Untersuchung folgenden erkenntnisleitenden Fragen nachgegangen werden:

1. Inwiefern haben wir es in der deutschsprachigen Diskussion um *Birth Justice* mit einer nachholenden Entwicklung zu tun?
2. Inwiefern kann das Konzept von *Birth Justice* neue Perspektiven auf Gewalt und Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen?
3. Welche Implikationen lassen sich daraus für Aktivismus rund um die Geburt ableiten?

Um diese Fragen adäquat beantworten zu können, wird anhand von Expert*inneninterviews der aktuelle Stellenwert des Konzeptes *Birth Justice* im deutschsprachigen Raum eingeschätzt sowie die gegenwärtige Bedeutung intersektionaler Perspektiven im Aktivismus um gerechte Geburtshilfe exploriert. Als Expert*innen gelten in diesem Sinne Aktivist*innen für *Reproductive Justice* bzw. *Birth Justice* sowie Praktiker*innen der geburtshilflichen Versorgung, die sich im Kontext von *BJ* verorten bzw. dezidiert diskriminierungssensibel arbeiten, als auch Aktivist*innen, die sich für eine Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland einsetzen (Vgl. dazu auch Kapitel 4.6). Durch Analyse, Vergleich und Ergänzung verschiedener Expert*innensichtweisen werden Empfehlungen zu Prävention und Abbau obstetrischer Gewalt und peripartaler Ungleichheit abgeleitet.

1.2 Forschungsstand

Zu den im US-amerikanischen Raum entstandenen Bewegungen für *Reproductive Justice* und *Birth Justice* liegt v.a. englischsprachige Literatur vor, die den politisch-theoretischen Rahmen ihrer Entstehung erläutern, sowie anhand intersektionaler Analysen subjektiver

Erfahrungen Prozesse reproduktiver Unterdrückung veranschaulichen (u.a. ACRJ 2005; Diaz-Tello und Paltrow 2010; Oparah und Bonaparte 2015; Ross 2017; Ross, Roberts und Derkas 2017; Ross und Solinger 2017; Price 2020 [2010]; Lens 2020; Luna 2020). Der Sammelband von Oparah und Bonaparte (2015) ist die einzige Buchpublikation, die sich explizit mit *Birth Justice* befasst. Die Publikation von Shaw (2013), die sich mit der Untersuchung von Gemeinsamkeiten zwischen der Pro-Choice Bewegung und Geburtsaktivismus beschäftigt, ist ebenso im Kontext von *BJ/RJ* zu verorten. Des Weiteren existieren einige Beiträge, die sich mit dem *Alternative Birth Movement (ABM)* beschäftigen (Daviss 2002; Beckett und Hoffman 2005; Craven 2010; MacDonald 2011; Coffey 2012). Oparah (2015) hat sich darüber hinaus mit dem Verhältnis zwischen *BJM* und *ABM* beschäftigt.

Veröffentlichungen, die sich mit den Auswirkungen struktureller Diskriminierung auf spezifische marginalisierte Gruppen im Kontext reproduktiver Gesundheit und Rechte befassen, kommen ebenso v.a. aus dem anglo-amerikanischen Raum. Der Schwerpunkt dieser Publikationen liegt im Kontext von Rassismus und reproduktiver Ungerechtigkeit (z.B. Roberts 1997; Davis 2020; Hunte, Klawetter und Paul 2020). Nixon beschäftigt sich mit reproduktiver Unterdrückung von trans* Personen (Nixon 2013).

Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Publikationen, die sich dezidiert mit dem Konzept Reproduktiver Gerechtigkeit auseinandersetzen. Der 2021 erschienene Sammelband des Kollektivs *kitchen politics* stellt die bislang einzige deutschsprachige Buchpublikation zum Thema dar (kitchen politics 2021). Neben der Übersetzung eines Grundlagentextes von Loretta J. Ross finden sich darin Beiträge, die z.B. erste Ansätze zeigen, *Reproductive Justice* auf deutsche Verhältnisse zu übertragen (Kyere 2021a) und die "anti-malthusianische Dimension reproduktiver Gerechtigkeit" zu erörtern (Schultz 2021). Außerdem gibt es Stimmen diverser Vertreter*innen verschiedener Organisationen, die sich zu ihrem Verständnis von *RJ* und ihren (aktivistischen) Erfahrungen mit reproduktiven Unterdrückungsprozessen in Deutschland äußern (Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit 2021). Darüber hinaus existieren einige einführende (online) Beiträge des Gunda-Werner-Instituts und der Rosa-Luxemburg-Stiftung (Kyere 2021b; Schurian 2020).

Der Artikel von Babac und Winkler (2022) stellt eine erste deutschsprachige, komprimierte Einführung in das Konzept *Birth Justice* dar und analysiert kritisch die existierenden deutschsprachigen quantitativen Studien zu peripartalen Outcomes Gebärender* mit sog. Migrationshintergrund. Außerdem wird der europäische Forschungsstand zu Erfahrungen marginalisierter/minorisierter Personen mit peripartaler Betreuung erhoben und

dementsprechend eine erhebliche Forschungslücke in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften aufgezeigt.

Im deutschsprachigen Raum ist in der letzten Dekade das Phänomen der Gewalt während der Geburt in den öffentlichen und akademischen Diskurs gerückt (u.a. Mundlos 2015; Jung 2017; Neumann und Maier 2019; Ameli und Valdor 2020; Klimke 2020; Leinweber et al. 2021; Limmer et al. 2020), intersektionale Perspektiven werden jedoch darin (noch) kaum berücksichtigt. Ein jüngst publizierter Artikel der Politikwissenschaftlerin Tina Jung (2022) fokussiert die systemische Mehrdimensionalität obstetrischer Gewalt und bezieht damit erstmals im deutschsprachigen Raum auch Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse wie (Hetero)Sexismus, Rassismus und Klassismus bei gleichzeitiger symbolischer Gewalt in den Diskurs um obstetrische Gewalt mit ein (Vgl. Kapitel 3.1).

1.3 Aufbau

Für Expert*inneninterviews empfiehlt sich eine gute Vorbereitung und Auseinandersetzung mit Kernthemen und Fragestellungen, denn die Qualität des Interviews wird maßgeblich durch das Vorwissen der Forschenden mitbestimmt (Kaiser 2014: 11). Fundiertes Vorwissen ist bedeutsam hinsichtlich des Aufbaus des Leitfadens, der spezifischen Fragestellungen im Interview, aber auch für erzählgenerierende Passagen. In diesem Sinne werden in den Kapiteln 2 und 3 zunächst die begrifflichen Grundlagen dieser Arbeit erläutert. Kapitel 2 entspricht einer Einführung in Kernthemen des Konzeptes *Birth Justice*. In Kapitel 3 wird der gegenwärtige wissenschaftliche Diskurs um das Phänomen obstetrischer Gewalt dargestellt.

In Kapitel 4 wird anschließend das forschungsmethodischen Vorgehen vorgestellt. Nach einer Begründung der qualitativen Vorgehensweise folgen Erläuterungen und Begründungen der einzelnen Untersuchungsschritte des konkreten Forschungsdesigns in chronologischer Abfolge wie die Erhebungs-, Sampling-, Transkriptions- und Auswertungsmethoden. Alle Schritte werden möglichst transparent und nachvollziehbar offengelegt. Abschließend wird das methodische Vorgehen in Bezug auf Gütekriterien reflektiert. Nach der Klärung des forschungsmethodischen Vorgehens, werden in Kapitel 5 die wesentlichen Aussagen der Expert*innen deskriptiv dargestellt und im anschließenden Kapitel 6 zur dezidierten Beantwortung der forschungsleitenden Fragen herangezogen. Die Arbeit schließt mit einem kurzen Fazit.

2. *Birth Justice* – Theoretischer Kenntnisstand

Die gegenwärtigen US-amerikanischen Aktivist*innen für *Birth Justice* konstruieren ihre Identität in historischer Kontinuität mit dem Aufbegehren Schwarzer² Frauen* gegen die Misshandlung Schwarzer schwangerer/gebärender Personen während der Sklaverei sowie gegen die Unterdrückung Schwarzer Geburtspraktiken und Familienstrukturen (Monroe 2015: 1; Winkler und Babac 2022: 37). Die Aktivist*innen stellen heraus, dass die spezifischen, individuellen Erfahrungen Schwarzer Frauen und gebärender Personen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft nicht nur von Gewalt und Zwang durch patriarchale Institutionen nachhaltig beeinflusst werden, sondern auch durch spezifische Gewalterfahrungen, die aus den vielfältigen Wechselwirkungen von Identitätskategorien wie *Race*/Ethnizität/Nation, Klasse, geschlechtlicher Identität, sexueller Orientierung, Alter, Befähigung bzw. sog. Behinderung resultieren (Oparah 2015: 3; Winkler und Babac 2022: 37). Zahlreiche US-amerikanische Organisationen, wie z.B. *Black Women Birthing Justice*, *Black Mamas Matter Alliance* oder *Southern Birth Justice Network*, stellen daher die Erfahrungen von *Black/Indigineous Women* of Color* (BIW*oC), trans* und nicht-binären Eltern in den Mittelpunkt ihrer aktivistischen Arbeit. Die ersten Vereine für *Birth Justice* gründeten sich vor etwa 15 Jahren und setzen sich für respektvolle Geburtshilfe und gegen systemische geburtshilfliche Gewalt ein (Oparah 2015:5; Winkler und Babac 2022: 37). Gemeinsam ist ihnen allen eine Verortung im Kontext der Bewegung von *Reproductive Justice*, weshalb im Folgenden zunächst das *Reproductive Justice Movement* vorgestellt wird. Anschließend wird der Begriff der Intersektionalität (Kapitel 2.2) erläutert, auf den sich beide Bewegungen als zentrale Analysekategorie beziehen. Daraufhin folgt eine Charakterisierung der Merkmale der Bewegung für *Birth Justice* (Kapitel 2.3) in Anlehnung an Ergebnisse einer qualitativen Studie von Kimala Price (2020 [2010]) zur Bewegung für *Reproductive Justice*.

² Mit der Großschreibung des Adjektivs Schwarz sowie der Beibehaltung des englischen Zusatzes of Color werden rassistische Fremdbezeichnungen abgelöst. Diese Begriffe stellen Sammelbegriffe von und für Menschen mit Rassismuserfahrungen aufgrund diverser Zuschreibungen dar (Kelly 2019: 7). Es geht dabei um die Benennung von Rassismus und die Symbolisierung der Machtverhältnisse in einer mehrheitlich *weißen* Gesellschaft. Die Schreibweise *weiß* wird rassismuskritisch genutzt, verweist auf *weiße* Privilegien und entsprechende Machtverhältnisse ohne dabei explizit weiße Hautfarbe zu meinen (Barskanmaz 2019: 22).

2.1 *Reproductive Justice*

Auch das Konzept *Reproductive Justice* wurde von Schwarzen Feminist*innen und Feminist*innen of Color in den USA entwickelt. In den 90er Jahren gründete sich ein Bündnis, welches das Konzept der reproduktiven Rechte und reproduktiver Gesundheit um einen menschenrechtsbasierten Ansatz sowie weitere Themen im Kontext von *Social Justice*³ erweiterte. Die Bewegung gründet auf der Kritik eines ausschließlich individualistischen Verständnisses von Autonomie, wie es dem Mainstream der Pro-Choice Bewegung vorgeworfen wird. Primäres Ziel ist damit eine Erweiterung des engen Fokus auf das Recht auf Schwangerschaftsabbruch (Price 2020 [2010]:340; Winkler und Babac 2022: 37).

Durch diesen erweiterten Ansatz inkludiert das *RJM* mehr BIW*oC sowie weitere marginalisierte/minorisierte Gruppen und kann dadurch mehr Aktivist*innen für reproduktive Rechte mobilisieren. Infolgedessen bewegt sich das Konzept weit über die Pro-Choice/Pro-Life-Debatte hinaus (ebd.). In diesem Sinne definiert die in Oakland ansässige Organisation *Asian Communities for Reproductive Justice (ACRJ)* Reproduktive Gerechtigkeit folgendermaßen:

„We believe reproductive justice is the complete physical, mental, spiritual, political, economic, and social well-being of women and girls, and will be achieved when women and girls have the economic, social and political power and resources to make healthy decisions about our bodies, sexuality and reproduction for ourselves, our families and our communities in all areas of our lives.“ (ACRJ 2005:1)

Die *ACRJ* unterscheidet außerdem die Konzepte reproduktive Gesundheit, reproduktive Rechte sowie reproduktive Gerechtigkeit. Diese drei sich ergänzenden Rahmenkonzepte werden insgesamt als umfassender Lösungsansatz zum Abbau reproduktiver Unterdrückungsprozesse betrachtet (ACRJ 2005:1; Winkler und Babac 2022: 38).

Die bekannteste Aktivistin für *RJ* und Mitgründerin der Organisation *Sister Song*, Loretta Ross, stellt die folgenden drei vorrangigen Werte des Konzeptes heraus: 1. das Recht, kein Kind zu bekommen, d.h. das Recht eine Schwangerschaft zu verhindern oder abzubrechen; 2. das Recht Kinder zu bekommen, also schwanger zu werden und 3. das Recht, Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen. Jüngere Aktivist*innen fügten das Recht auf sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung für jeden Menschen als 4.

³ Der Begriff *Social Justice* verweist auf ein spezifisches im US-amerikanischen Kontext entstandenes Konzept, welches eine kritische Thematisierung von Macht- und Herrschaftsverhältnissen in den Fokus stellt und damit über das gängige Verständnis sozialer Gerechtigkeit im deutschsprachigen Raum hinausgeht. Daher wird auch in diesem Beitrag an der englischen Benennung festgehalten (Czollek et al. 2019: 192).

Grundsatz der Bewegung hinzu. Menschen, die schwanger werden können, müsse es möglich sein, diese Rechte frei von Zwang, Unterdrückung und Diskriminierung zu leben (Ross und Solinger 2017:9; Winkler und Babac 2022: 38). Unterdrückungserfahrungen und Widerstand gegen diese seien zwar Konstanten menschlicher Erfahrungen, unterscheiden sich jedoch auf vielfältige Weise. So machen die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens Erfahrungen von personaler, institutioneller sowie systemischer Gewalt aufgrund individueller Überschneidungen von Merkmalen wie *Race*/Ethnie/Nation, Klasse, geschlechtliche Identität, sexuelle Orientierung, Alter, Religion, und/oder sog. Behinderung. Ross konstatiert, dass eine intersektionale Analyse reproduktiver Unterdrückungs- und Gewaltprozesse Themen sichtbar macht, die auf den ersten Blick in der Regel nicht im Kontext reproduktiver Gesundheit und Rechte verortet werden wie z.B. kapitalistische ökonomische Verhältnisse, Gentrifizierung, Migrationsregulation, Polizeigewalt sowie den Klimawandel (ebd.; Winkler und Babac 2022: 38).

„So haben Organisationen für *RJ* begonnen, das Zusammenwirken von Merkmalen wie *Race*, SES und Geschlechtsidentität zu untersuchen. Dieses spezifische Zusammenspiel wirkt sich auf den Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung aus und generiert u.a. passive Eugenik, die sich z.B. gegen trans* und nicht-binäre BIPOC richtet. *RJ* betrachtet somit reproduktive Unterdrückung als Ergebnis der Überschneidung bzw. als Schnittmengen mehrerer Diskriminierungsformen und ist damit inhärent mit dem Kampf für *Social Justice* und für die Menschenrechte verbunden.“ (Winkler und Babac 2022: 38 f.)

Zusammenfassend zeichnet sich das Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit durch eine Erweiterung des Paradigmas der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (Wichterich 2015:12) um eine intersektionale Analyse reproduktiver Unterdrückungs- und Gewaltmechanismen aus (Price 2020: 341; Winkler und Babac 2022: 38).

2.2 Intersektionalität

Die Konzepte *RJ* und *BJ* sind gekennzeichnet durch eine intersektionale Analyse von Diskriminierungsprozessen und -mechanismen. Der Begriff der Intersektionalität geht auf die Schwarze US-amerikanische Juristin und feministische Aktivistin Kimberlé Crenshaw zurück, obgleich der Ursprung des Diskurses ins 19. Jahrhundert zurückreicht. Bereits im Jahr 1851 mahnte die versklavte Freiheitskämpferin Sojourner Truth in ihrer historischen Rede „Bin ich etwa keine Frau*?“ sowohl Rassismus und Klassismus innerhalb der Frauen*bewegung an, als auch Sexismus, dem Schwarze Frauen* innerhalb der Schwarzen Community ausgesetzt waren (Kelly 2019: 8).

„Auf diese Weise brachte sie schon lange vor den gegenwärtigen Debatten zum Ausdruck, dass Schwarze Frauen* spezifische Diskriminierungserfahrungen machen, die sich sowohl von den Erfahrungen Schwarzer Männer als auch von den Erfahrungen weißer Frauen* unterscheiden und auch nicht als die Summe der Erfahrungen Schwarzer Männer und weißer Frauen* verhandelt werden können.“ (Kelly 2019: 8)

Dieses zentrale Problem wurde 1977 vom Combahee River Collective in ihrem Manifest „Ein Schwarzes feministisches Statement“ aufgegriffen: „Wir glauben, dass Genderpolitik im Patriarchat das Leben Schwarzer Frauen* genauso stark durchdringt wie *Race*- und Klassenpolitik“ (The Combahee River Collective 2019: 52 [1977]).

Der Begriff der Intersektionalität selbst wurde in Anschluss an diese und viele weitere Schwarze Feminist*innen (u.a. Davis 1982; hooks 1982; Lorde 1984) erstmals von Kimberlé Crenshaw in ihrem Aufsatz „Das Zusammenwirken von *Race* und Gender ins Zentrum rücken: Eine Schwarze feministische Kritik des Antidiskriminierungsdogmas, der feministischen Theorie und antirassistischer Politiken“ aus dem Jahr 1989 vorgeschlagen:

„Da die intersektionale Erfahrung mehr ist als die Summe von Rassismus und Sexismus, kann keine Analyse, die Intersektionalität ausspart, den spezifischen Prozess, der Schwarze Frauen* unterordnet, angemessen adressieren.“ (Crenshaw 2019: 145f.)

Crenshaw nutzte das Bild der Straßenkreuzung (*intersection*) an der sich verschiedene Machtverhältnisse kreuzen und überschneiden, um die Verschränkung und Gleichzeitigkeit sozialer Ungleichheiten zu verdeutlichen. In einem Vortrag aus dem Jahr 2016 bietet sie eine verdichtete Definition des Begriffs: „Intersectionality is not primarily about identity, it’s about how structures make certain identities the consequence of the vehicle for vulnerability“ (Crenshaw 2016). Es geht Crenshaw somit um eine strukturelle Analyse von Macht und Unterdrückung, die durch die vereinfachende Metapher der Straßenkreuzung leicht verdeckt bleibt und mit dem Fokus auf der Ebene der Identität verharrt (Sweetapple, Voß, Wolter 2020: 17). Sweetapple, Voß und Wolter (2020) schlagen zur Veranschaulichung des ‚strukturellen Argumentes‘ das Coverfoto der von Bilge und Hill Collins 2016 erschienenen Publikation *Intersectionality. Key Concepts* vor. Es zeigt die verschränkte Anordnung gestapelter Balken, wie sie sich beispielweise an der Ecke einer Blockhütte zeigen, wodurch „die Bedeutung einer Struktur (...), die bestimmte Identitäten zu Eckpfeilern macht oder zu grundlegenden, stützenden Schichten, die einen errichteten Bau stabil halten“ sowie „die Beständigkeit repressiver Strukturen (...), in dem bestimmte Identitäten, die die Last ihrer Folgen tragen müssen, festgelegt bleiben“ treffend illustriert wird (Sweetapple, Voß, Wolter 2020: 17f.)

2.3 Die Bewegung für *Birth Justice*

Im Jahr 2010 forderte die US-amerikanische Organisation *National Advocates for Pregnant Women* (NAPW) andere Organisationen für Reproduktive Gerechtigkeit eindringlich dazu auf, die geburtshilfliche Versorgung gebärender Personen in ihre Agenda aufzunehmen (NAPW 2010; Winkler und Babac 2022: 39). In ihrem Aufruf betont die NAPW zwar ihren Respekt vor der Bewegung für *RJ*, stellt jedoch gleichzeitig die Widersprüche heraus, die entstehen, „wenn das Menschenrecht auf eine sichere und respektvolle Geburtserfahrung nicht als zentraler Teil der Agenda für *Reproductive Justice* betrachtet wird“ (Winkler und Babac 2022: 39). So setzten sich Aktivist*innen zwar für das Recht auf Abtreibung und Zugang zu sicheren Kontrazeptiva für BIW*oC und arme Frauen* ein, jedoch selten für das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes oder für flächendeckende Hebammen*betreuung (NAPW 2010; Oparah 2015: 7; Winkler und Babac 2022: 39). „They put the racially targeted sterilization of women of color on the radar of those concerned with reproductive rights but say little about epidemic rates of C-sections, which are disproportionately performed on African American women“ (Oparah 2015:7). Daraus resultiere beispielsweise das Missverständnis, dass interventionsarme und außerklinische Geburten, sowie Hebammen*betreuung und Begleitung durch Doulas*⁴ lediglich Anliegen weißer Cis-Frauen der Mittelschicht seien. Infolgedessen bliebe das aktivistische Potential Schwarzer Schwangerer* und Eltern sowie weiterer marginalisierter/minorisierter Personen, die von systemischer Gewalt im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft betroffen sind, weitgehend ungenutzt (ebd.; Winkler und Babac 2022: 39).

Kimala Price untersuchte das *RJM* in den USA mittels qualitativer Narrationsanalyse (Price 2020 [2010]). Sie spezifizierte, was das Konzept für die Bewegung selbst bedeutet, während es in den sozialen, politischen und kulturellen Kontext gestellt wird aus dem es hervorgegangen ist. Sie zeigte, wie Aktivist*innen rhetorisch Raum schafften für Schwarze und Frauen* of Color, für Frauen* mit sog. Behinderung, für Frauen* mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) und für andere Gruppen, die nicht nur gesamtgesellschaftlich marginalisiert werden, sondern auch im Mainstream der Bewegungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (Vgl. Price 2020 [2010]: 341). Price

⁴ Doulas sind geschulte Fachkräfte, die während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine kontinuierliche, individuelle emotionale Begleitung bieten. Sie sind keine Gesundheitsfachkräfte und erbringen keine medizinischen Leistungen: Sie unterstützen schwangere Personen auf physischer, psychischer und informativer Ebene. Eine Kernfunktion der Arbeit einer Doula ist die kontinuierliche Unterstützung/Begleitung während der Geburt (Kozhimannil et al. 2014).

analysierte sowohl Interviews, die sie vorwiegend mit den ‚Gründermüttern*‘ der Bewegung für *Reproductive Justice* führte, als auch Dokumente wie Webseiten, Stellungnahmen, Newsletter u.v.m. Im Ergebnis der Analyse identifizierte sie die drei Narrative Entstehungsgeschichten, Gegenerzählungen und Warnungen. Da diese auch zum Verständnis der Bewegung von *Birth Justice* gewinnbringend sind, sollen sie im Folgenden vorgestellt werden (ebd.: 348f.; Winkler und Babac 2022: 39).

2.3.1 Entstehungsgeschichten und Gegenerzählungen

Laut Price stellt die Identitätskonstruktion einer sozialen Bewegung einen wesentlichen Faktor dar, um diese als tragfähigen und wirksamen politischen Mitstreiter zu etablieren. Sie identifiziert für den Prozess der Identitätskonstruktion des *RJM* die wiederholte Narration dessen Entstehungsgeschichte sowie der aktivistischen Ziele (Price 2020 [2010]: 349; Winkler und Babac 2022: 39). Die *Birth Justice* Aktivistin Shafia Monroe formuliert dies für das *BJM* folgendermaßen:

„Long before the term ‚birth justice‘ was coined, black women used traditional childbearing knowledge, oral histories, human rights organizing, and policy work in their efforts to end inequities in maternal, infant, and child health. Building on resistance to the abuse of pregnant black women during slavery and to the dismantling of our birth traditions and family structures, our foremothers paved the way for today’s birth justice activism.“

(Monroe 2015:1)

Die Konstruktion einer Identität, in diesem Fall das Selbstverständnis einer sozialen Bewegung, erfolgt jedoch nicht nur über das, wofür sie steht sondern auch darüber, wofür sie nicht steht. Diese von Price als Gegenerzählungen (*Opposition Stories*) bezeichneten Narrative finden sich auch in Bezug auf die Bewegung für *BJ* wieder (Price 2020 [2010]: 351; Winkler und Babac 2022: 40).

Im Jahr 2011 trafen sich rund 30 Aktivist*innen während einer Konferenz der *RJ* Organisation *SisterSong*, um die Notwendigkeit zu diskutieren, Unterdrückung im Kontext von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft zum zentralen Anliegen der Bewegung für *RJ* zu machen. Sie forderten eine von Frauen* of Color angeführte Bewegung, um sich gegen strukturelle Gewalt und Zwang während Schwangerschaft und Geburt zu wehren, um den freien Zugang zu Hebammenversorgung in ihren Communities sicherzustellen und um Frauen* of Color für Strategien zur Überwindung von Ungerechtigkeiten und Abbau von Ungleichheit im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu sensibilisieren. Diese Forderungen haben einige Gemeinsamkeiten mit

den Zielen des in den 60er und 70er Jahren in den USA entstandenen *Alternative Birth Movement (ABM)*. Die Bewegung für *BJ* sieht jedoch bedeutende Differenzen zwischen beiden Bewegungen. Diese seien der Grund dafür, weshalb es dem *ABM* nicht gelungen sei, Frauen* of Color und andere marginalisierte Gruppen für ihre Anliegen zu gewinnen. (Oparah 2015:7; Winkler und Babac 2022: 40)

Das *ABM* entwickelte sich „in den westlichen Gesellschaften und vor allen in gehobenen Bildungs- und Sozialmilieus“ (Rose und Schmied-Knittel 2011: 76) und ist gekennzeichnet durch die Forderung nach „De-Medikalisierung und Re-Naturalisierung der Geburtspraktiken“ (ebd.: 75). Inspiriert und ermutigt durch Schriften von u.a. Dick-Read (1971), Lamaze (1970) und Leboyer (1974) sowie die feministische Frauengesundheitsbewegung (und in den USA die sog. *Granny Midwives*⁵), kritisierten die Aktivist*innen die medikalisierte, technisierte Geburtshilfe und sprachen sich für außerklinische, von Hebammen betreute Geburten als Mittel zur Selbstbestimmung der Gebärenden* aus (Oparah 2015: 7). In den USA entstanden in der Folge alternative Geburtszentren, darunter das wohl bekannteste von Ina May Gaskin und anderen *weißen* Hebammen gegründete *The Farm Midwifery Center*, in der ebenso von Gaskin im Jahre 1971 mitgegründeten Kommune *The Farm* in Summertown, Tennessee. Obwohl deren Bedeutung für die Geburtsbewegung von der *BJ* Aktivistin Oparah hervorgehoben wird, benennt sie die Narrative der *weißen*, aus der Mittelschicht stammenden Geburtsaktivist*innen als unvollständig. In Anschluss an das, was Oparah das unterjochte Wissen Schwarzer Frauen* nennt, schlägt sie vor, die Entstehungsgeschichte einer Bewegung für *BJ* mit den *Granny Midwives* oder den noch seltener benannten, v.a. aus der Karibik eingewanderten Hebammen* zu beginnen (Oparah 2015: 8):

„(...) we might instead start our historical narrative from the standpoint of granny midwives— African American lay midwives who had served the black community in a tradition of spiritual calling and service since slavery. Or we might look to the seldom acknowledged immigrant midwives and parteras from Haiti, Jamaica, the Dominican Republic, and Puerto Rico, who attended home births and supported pregnant women and new mothers in Caribbean communities in Harlem, Brooklyn, New Jersey, Boston, and beyond. (...) They worked with all women in their communities, regardless of ability to pay, and can be seen as

⁵ Die sogenannten *Granny Midwives* waren Schwarze traditionelle Hebammen* aus den US-amerikanischen Südstaaten, die arme Frauen und schwangere Personen v. a. in ländlichen Gebieten während ihrer Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreuten. Die *Granny Midwives* praktizierten vom frühen 18. bis zum späten 19. Jahrhundert, als Krankenhäuser für BIW*oC und arme Frauen* noch nicht zugänglich waren. Sie waren meist schon in fortgeschrittenem Alter, da sie in der Regel bei einer Hebamme in die Lehre gingen bis diese in den Ruhestand ging oder einer matrilinearen Hebammentradition folgten (Bonaparte 2015: 24).

the earliest practitioners of the radical concept of health care as a universal human right.“
(Oparah 2015: 8)

Obwohl sich *weiße* Aktivist*innen selbst als Akteur*innen der Wiederbelebung des traditionellen Wissens der *Granny Midwives* inszenierten, vermittele laut Oparah der Anspruch auf dieses Erbe durch *weiße* Hebammen, ein falsches Narrativ, welches sowohl die anhaltende Präsenz Schwarzer Hebammen* bis heute, als auch die Spannungen zwischen *weißen* und Schwarzen Hebammen* in den USA verschleierte. So seien die Kämpfe für ‚alternative‘ Geburtspraktiken durch konfliktreiche und ungleiche Beziehungen geprägt, welche die *Race*- und Klassenkämpfe dieser Zeit widerspiegeln (ebd.). Oparah argumentiert in diesem Kontext eindringlich: „Despite assumptions that pregnancy and childbirth are the great equalizers, marking a time when women are defined by their gender more than any other identity, birthing women are in fact actors differentiated by race and class“ (Oparah 2015: 9). *Weiße* Aktivist*innen beschrieben die Debatte um die ‚natürliche‘ Geburt „als eine Erfahrung, die allen Frauen (sic!) vom patriarchalen, medizinischen Establishment gestohlen worden sei, um deren Körper zu kontrollieren und kommerzialisieren“ (Winkler und Babac 2022: 40). Ausgeblendet bleiben dabei die rassistischen und klassistischen Ursprünge der modernen Geburtshilfe (siehe Kapitel 2.3.2), welche sich bis in die gegenwärtigen peripartalen Versorgungssysteme fortschreiben (ebd.). Oparah warnt davor, im Diskurs um die Re-Naturalisierung der Geburt die sog. *Granny Midwives* und ihre traditionellen Geburtspraktiken zu romantisieren. Infolgedessen würde die Begleitung Schwarzer Gebärender* durch traditionelle Hebammen* im häuslichen Umfeld, noch Jahrzehnte nach der Einführung der Klinikgeburt, als Glück gedeutet (Oparah 2015: 10). Dies sei jedoch mitnichten ein Akt der Selbstbestimmung, sondern resultiere in „der Ablehnung und Vernachlässigung marginalisierter Gruppen durch die *weiße* Ärzteschaft und die Gesellschaft im Ganzen“ (Winkler und Babac 2022: 40). „For too many black women and their infants, denied adequate health care and nutrition for a lifetime, ‚natural‘ childbirth meant a preventable death“ (Oparah 2015: 10). Während *weiße* Frauen aus gehobenen Bildungs- und Sozialmilieus die Bewegung für *Alternative Birth* aufbauten, konzentrierten sich Schwarze Aktivist*innen auf die Aufhebung der Rassentrennung innerhalb von Krankenhäusern. Den Aktivismus der *Granny Midwives* bezeichnet Oparah als ‚verborgenen Widerstand‘, der sich im Festhalten an traditionelle Geburtspraktiken und deren Weitergabe an nachkommende Generationen bei gleichzeitiger Offenheit gegenüber dem medizinischen Establishment manifestiere. So leisteten Schwarze Frauen* einen bedeutenden Beitrag zur Entstehung des *ABM*, der weitgehend unsichtbar bliebe. (ebd.: 11 f.)

In den 90er Jahren führte die Kriminalisierung von Hebammen* in einigen US-Staaten dazu, die Legalisierung und Zulassung von professionellen Hebammen* zur Priorität für Aktivist*innen zu machen. Die Verlagerung des aktivistischen Schwerpunktes des *ABM* auf rechtliche Belange führte zur Professionalisierung und sozialer Schichtung der Bewegung. Schwarze Hebammen* wurden an den Rand der Bewegung gedrängt. Diejenigen, die weiterhin involviert blieben, versuchten meist erfolglos die überwiegend *weißen* bürgerlichen Führungspersonen des *ABM* von den Belangen Schwarzer Gebärender* zu überzeugen. So resultierte der Erfolg des *ABM* u.a. auf deren Ausrichtung auf hegemoniale Vorstellungen von *Race*, Mutterschaft und dem Neoliberalismus. Konservative Gesetzgeber stärkten das Verbraucherrecht von *weißen* bürgerlichen Müttern, denen es durch die Legalisierung und Lizenzierung von Hebammen* ermöglicht wurde, geburtshilfliches Fachpersonal nach ihren Wünschen zu kaufen⁶ (Oparah 2015: 12ff.) Oparah moniert: „Reducing birth justice to the right to shop has negative consequences, however, particularly for poor women, women with disabilities, trans/gender nonconforming people, and others who are constructed as recipients and dependents rather than consumer-citizens“ (ebd.: 14.).

2.3.2 Warnungen

Die von Price sog. *Cautionary Tales* - historische Warnungen – behandeln Narrative, die für Aktivist*innen zur politischen Sensibilisierung von Bedeutung sind. Aus konkreten (historischen) Ereignissen werden warnende und moralische Botschaften abgeleitet (Price 2020 [2010]: 354). Innerhalb des *RJM* bestimmen die kritische Analyse der (Dis)Kontinuitäten eugenischer Praktiken wie Zwangssterilisierungen und Maßnahmen zur Geburtenkontrolle sowie medizinische Experimente die Diskurse (Ross und Solinger 2017; Winkler und Babac 2022: 41). Die Aktivist*innen für *BJ* thematisieren v.a. gynäkologische und geburtshilfliche Experimente an Schwarzen schwangeren und gebärenden Personen bzw. den erzwungenen Zugriff auf ihre Körper für den Zweck des medizinischen Fortschritts (Winkler und Babac: 2022: 41). „In Anlehnung an den von Harriet A. Washington (2006) geprägten Begriff der *medical apartheid* führt Oparah den Begriff der *obstetrical apartheid* ein“ (ebd.). Washington verdeutlicht u.a. am Beispiel der gynäkologischen Experimente an elf versklavten Schwarzen Frauen durch James Marion Sims (1813-1883), den sog. Vater der amerikanischen Gynäkologie, das Ausmaß der Gewalt, welches sie als Eigentum eines durch systemischen Rassismus geprägten Staates im Namen des medizinischen Fortschritts

⁶ Die Kosten für vollumfängliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett belaufen sich in den USA auf ca. 3.000-5.000 \$ (Oparah 2015: 14).

erfahren mussten (Washington 2006: 63ff.). Sims führte über fünf Jahre zahlreiche, experimentelle Operationen zur Therapie von vesikovaginalen Fisteln⁷ ohne Narkose an den versklavten Schwarzen Frauen durch (ebd.). Darunter befand sich auch die siebzehnjährige Anarcha, die an vesikovaginalen und rektovaginalen Fisteln litt. Diese waren die Folge einer protrahierten Geburt, die von Sims vaginal-operativ mittels Geburtszange beendet wurde und die das Kind nicht überlebte. Im Jahr 1849 wurde Anarcha nach über 30 erleideten Operationen Sims' erste erfolgreiche Fistelpatientin und verhalf ihm damit zu internationalem Ruhm (ebd.). Dieser Ruhm wäre ohne den ungehinderten Zugriff auf die Schwarzen Körper der versklavten Frauen nicht möglich gewesen und verdeutlicht einmal mehr die Verwobenheit rassistischer und klassistischer Unterdrückungsprozesse. Auch die Einführung des Kaiserschnitts in der amerikanischen Geburtshilfe in den 1820er Jahren in Louisiana und fast alle nachfolgenden Operationen, die von louisianischen Chirurgen durchgeführt wurden, um Fortschritte hinsichtlich dieses riskanten Eingriffs zu erlangen, wurden an Schwarzen versklavten Frauen durchgeführt (Oparah 2015: 9f). „As coerced obstetric research subjects, black women have suffered intolerable pain, disability, and even death, as well as the loss of their infants, so that white female patients could benefit from the perfected medical procedures“ (Oparah 2015:10). Washington nennt diesen Prozess und sein fortwährendes Vermächtnis gesundheitlicher Ungerechtigkeiten ‚Medizinische Apartheid‘. „Im Anschluss an dieses historische Erbe wirkt es infam, die medikalisierte Geburt lediglich als patriarchale Erfindung männlicher Ärzte darzustellen und die rassistischen und klassistischen Ursprünge der Geburtshilfe auszublenden“ (Winkler und Babac 2022: 41). Laut Oparah sei die Entwicklung der medikalisierten Geburt in den USA eine Folge des Systems der medizinischen Apartheid. Dieser Prozess sei gekennzeichnet durch das Zusammenwirken patriarchalen medizinischen Heldentums, rassifizierter medizinischer Gewalt, ökonomischer Ausbeutung und rücksichtsloser Missachtung der Gesundheit Schwarzer Frauen* (ebd.). Analog zu Washingtons Begriff der Medizinischen Apartheid, bezeichnet Oparah dieses Geschehen als Geburtshilfliche Apartheid (Oparah 2015: 10 f.; Winkler und Babac 2022: 41). In diesem Kontext analysiert sie auch die historische Entwicklung der medikamentösen Schmerzlinderung während der Geburt (Oparah 2015: 10f.).

⁷ Fisteln sind röhrenförmige Verbindungen, die als einzelner Gang oder als verzweigtes System zwischen verschiedenen Hohlorganen bestehen oder zur Körperoberfläche führen. Diese können durch entzündliche Prozesse, Traumata sowie Operationen entstehen, aber auch chirurgisch angelegt oder angeboren sein. Bei vesikovaginalen Fisteln handelt es sich demnach um Verbindungen zwischen Harn- und Vaginaltrakt, bei rektovaginalen Fisteln um Verbindungen zwischen dem Enddarm und Vagina. (Psyhyrembel klinisches Wörterbuch 2004: 578)

2.4 Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hier vorgestellten Diskurse die Konstruktion des Selbstverständnisses sowohl der Bewegung für *Reproductive Justice* als auch der für *Birth Justice* charakterisieren. Sie dienen nicht nur der Bestimmung ihrer inhaltlichen Ausrichtung, sondern auch der Abgrenzung vom Mainstream der *Pro Choice* Bewegung sowie vom *Alternative Birth Movement*. Analog zum Verhältnis zwischen der Bewegung für Reproduktive Gerechtigkeit und der *Pro-Choice* Bewegung, lässt sich auch die Bewegung für *Birth Justice* weder als Gegenbewegung noch als Untergruppe des *ABM* verstehen (Winkler und Babac 2022: 41). Vielmehr ist es eine eigene Bewegung, die sich durch eine holistische, intersektionale Agenda auszeichnet, indem sie intersektionale Analysen geburtshilflicher Ungleichheitsverhältnisse fokussiert. Das *BJM* konstruiert sein Selbstverständnis u.a. durch Abgrenzung vom *ABM*. Dies erfolgt vorrangig durch Kritik am Autonomieverständnis des *ABM* sowie an dessen Ausblendung rassistischer und klassistischer Unterdrückungsprozesse (ebd.). Individuell verwobene Differenzkategorien wie *Race*, Klasse, Gender, Sexualität, Befähigung führen zu unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten bzw. -barrieren zu peripartaler Gesundheitsversorgung und wirken sich auf die spezifischen Erfahrungen mit dieser aus. Selbstbestimmung existiert nicht in einem Vakuum, sondern wird auf systemischer Ebene multifaktoriell beeinflusst. Der Zugang (zu peripartaler Versorgung) lässt sich damit als zentrales Schlagwort der Bewegung für *Birth Justice* ausmachen, denn ohne Zugang bleibt auch das Ziel der Selbstbestimmung unerreichbar.

3. Obstetrische Gewalt – Theoretischer Kenntnisstand

Obstetrische Gewalt (OG) - im deutschsprachigen Raum meist als Gewalt in der Geburtshilfe (GiG) bezeichnet - stellt ein globales Phänomen dar (Leinweber et al. 2021: 97). Die internationale Auseinandersetzung um Menschenrechtsverletzungen während der Geburt wird immer sichtbarer und ist innerhalb der letzten Dekade auch in der Öffentlichkeit im deutschsprachigen Raum angekommen (Klimke 2020: 513 f.). So erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2014:

„Viele Frauen erleben in geburtshilflichen Einrichtungen auf der ganzen Welt einen geringschätzigen und missbräuchlichen Umgang. Dieser Umgang verstößt nicht nur gegen das Recht der Frauen auf eine respektvolle Versorgung, sondern kann darüber hinaus deren Recht auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit und das Recht auf ein Leben ohne Diskriminierung verletzen.“ (WHO 2015: 1)

Der Begriff obstetrische Gewalt hat seinen Ursprung in lateinamerikanischen Kämpfen feministischer Bewegungen für Menschenrechte in der Geburtshilfe (Jung 2022: 20). Die vorliegende Arbeit bezieht sich begrifflich auf diesen Terminus, nutzt die im deutschsprachigen Raum bisher gängigere Bezeichnung ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘ jedoch synonym. Eine einheitliche, international anerkannte Definition steht bislang noch aus (Klimke 2020: 519). Im Folgenden findet daher zunächst eine Annäherung an das gegenwärtige Begriffsverständnis statt (Kapitel 3.1). Anschließend erfolgt eine rechtliche Einordnung (Kapitel 3.2) insbesondere in Bezug zum internationalen Menschenrechtsdiskurs. In Kapitel 3.3 werden Prävalenz und Formen obstetrischer Gewalt fokussiert, gefolgt von Ausführungen zu den Auswirkungen obstetrischer Gewalterfahrungen in Kapitel 3.4. Mit einem Zwischenfazit wird der theoretische Teil dieser Arbeit beschlossen.

3.1 Begriffsverständnis

Bislang ist das Begriffsverständnis von GiG in der internationalen Forschungsliteratur recht heterogen. Es lassen sich im globalen Kontext v.a. Begriffe wie *obstetric violence*, *disrespect & abuse* sowie *mistreatment* finden (Bohren et al. 2015; Jung 2022, Sadler et al. 2016; Savage und Castro 2017), welche zum Teil synonym verwendet werden, laut der Politikwissenschaftlerin Jung jedoch „unterschiedlichen Analyseperspektiven und politischen Kontexten Rechnung“ tragen (Jung 2022: 20).

Die eingangs vorgestellte Stellungnahme der WHO (2014) bezog sich beispielsweise auf das Konzept der „Geringschätzung und Misshandlung“ während der Geburt. Der Begriff *disrespect & abuse in childbirth* (D&A) wurde von Bowser und Hill (2010) geprägt, die in ihrer Arbeit verschiedene Formen von GiG sieben Kategorien zuordneten (Gesù und Mourad 2020: 16). Bohren et al. (2015) entwickelten diese Kategorien weiter und führten den breiter gefassten Begriff *mistreatment of women* (MoW) ein (Gesù und Mourad 2020: 17).

Savage und Castro (2017) stellen in einem *Literature Review* fest, dass die Begriffe D&A sowie MoW vor allem in internationalen Studien Anwendung finden und der Terminus *obstetric violence* (OV) weiterhin in Lateinamerika und der Karibik primär genutzt wird. Sie identifizieren folgende Grundideen, die sich in allen drei Konzepten wiederfinden: Medikalisierung physiologischer Geburtsprozesse, Genderungerechtigkeiten, Parallelen zu Gewalt gegen Frauen*, potentieller Schaden für Betroffene sowie Menschenrechtsverletzungen (Gesù und Mourad 2020: 17; Savage und Castro 2017: 1).

Dem Begriff *obstetric violence* lassen sich laut Jung jedoch zentrale Grundannahmen zuordnen, die zum Teil eine Abgrenzung zu den Begrifflichkeiten *disrespect & abuse* sowie *mistreatment* darstellen (Jung 2022: 21). Beinhaltete das Verständnis der WHO von Gewalt zunächst noch ein intentionales Verhalten (WHO 2003), wurde dieses in der Debatte um obstetrische Gewalt erweitert und umfasst indessen auch unabsichtliches Handeln oder Unterlassungen (Jung 2022: 21). Der Begriff der obstetrischen Gewalt unterstreicht damit die Sichtweise der Frauen und gebärenden Personen und lenkt den Fokus von der Absicht der gewaltausübenden Person hin zur Wahrnehmung und Wirkung auf die gewalterfahrende Person.

Betron et al. (2018) reflektieren GiG „als Teil der geschlechtsspezifischen Macht- und Ungleichheitsverhältnisse in (patriarchalen) Verhältnissen“ (Jung 2022: 21). Sie zeigen auf, wie sich diese Ungleichheitsverhältnisse auf das Verhalten von Gesundheitsfachpersonen auswirken und damit GiG begünstigen und normalisieren (Betron et al. 2018). Darüber hinaus identifizieren sie Intersektionalität als einen wesentlichen Faktor, der das Risiko erhöht, obstetrische Gewalt im Gesundheitswesen zu erfahren (ebd.: 7 f.).

In einem jüngst erschienenen Artikel analysiert Jung (2022) die Mehrdimensionalität und Komplexität obstetrischer Gewalt. Darin werden die verschiedenen Struktur-, Norm- und Handlungsebenen aufgezeigt, in die einzelne Geburtssituationen eingebettet sind. Außerdem werden verschiedene Ebenen von Gewalt differenziert, die sich unter Umständen alle gleichzeitig in einer konkreten Situation manifestieren können, von personaler Gewalt über institutionelle sowie strukturelle Gewalt, die Verletzung von Rechtsnormen bis hin zu

gesellschaftlicher Ungleichheit und Diskriminierung. Darüber hinaus wird symbolische Gewalt identifiziert, die nach Jung quer zu allen anderen Gewaltformen liegt und darauf abzielt alle „benannten Formen von Gewalt als Gewalt unkenntlich zu machen oder zu legitimieren und sie so für die Gesellschaft akzeptabel zu machen“ (Jung 2022: 24). Symbolische Gewalt führt damit zu Normalisierung und Internalisierung, so dass Gewalt sowohl vom Fachpersonal als auch von den Nutzer*innen nicht als solche wahrgenommen oder benannt wird.

„Gewalt in der Geburtshilfe auch als eine Form der Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen zu verstehen, bedeutet überdies, sexistische und misogynie Einstellungen in den Blick zu nehmen, Verhaltensmuster sowie Abwertungen aufgrund sexueller Orientierung und Geschlechtszugehörigkeit, Herkunft, Religion oder Gesundheitsstatus und die tief ins System eingelassene ‚Normalisierung‘ von Gewalt zu problematisieren und abzubauen.“ (Jung 2022: 24)

Jung weist damit auf die Notwendigkeit einer intersektionalen Analyse hin, um obstetrische Gewalt und Ungleichheiten abzubauen.

3.2 Rechtliche Einordnung

In Lateinamerika, dort wo der Begriff der obstetrischen Gewalt seinen Ursprung hat, ist auch die bisher stärkste Verrechtlichung in diesem Kontext zu finden (Jung 2022: 20). In Venezuela, Argentinien, Bolivien, Panama und im mexikanischen Bundesstaat Veracruz gibt es mittlerweile Gesetze gegen obstetrische Gewalt (Jung 2022: 20; Klimke 2020: 519). Gemeinsam ist diesen Gesetzen ein Verständnis von OG als eine Verbindung von geschlechtsspezifischer Gewalt und Missbrauch sowie Gewalt im Gesundheitssystem (Jung 2022: 20).

„Die Unvereinbarkeit von genderspezifischer Gewalt mit den Rechten von Frauen ist seit der Weltmenschrechtskonferenz in Wien und der UN-Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen aus dem Jahr 1993 sowie der 4. Weltfrauenkonferenz in Beijing 1995 ein fundamentaler Grundsatz des internationalen Menschrechtssystems.“

(Klimke 2020: 524)

Internationale Menschen- und Frauenrechtsnormen wie die UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und die sogenannte Istanbul-Konvention, aber auch das Grundgesetz der BRD sowie das Patientenrechtegesetz stellen Rechtsnormen dar, die für die Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen relevant sind (Jung 2022: 21; Klimke 2020: 524 ff.).

Die sogenannte Istanbul-Konvention, das “Übereinkommen des Europarates zur Verhütung und Bekämpfung von häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Frauen”, wurde von der Bundesrepublik zum 1. Februar 2018 ratifiziert. Diese ist ein völkerrechtlicher Vertrag und hat in Deutschland den Stellenwert eines Bundesgesetzes. GiG ist in der Istanbul-Konvention zwar nicht ausdrücklich erwähnt, das Übereinkommen bezieht sich dennoch auf alle Formen von Gewalt gegen Frauen* (Art. 2 Abs. 1). Darüber hinaus wird die Bundesrepublik völkervertragsrechtlich durch die Frauenrechtskonvention dazu verpflichtet „alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens“ (Art. 12 Abs. 1 CEDAW) einzusetzen. (Jung 2022: 21; Klimke 2020: 520)

Im Jahr 2019 hat sodann die Parlamentarische Versammlung des Europarates die Resolution 2306, eine eigene Resolution zu obstetrischer und gynäkologischer Gewalt verabschiedet. Darin heißt es:

„The Parliamentary Assembly reiterates its unwavering support for the Istanbul Convention, confirmed in Resolution 2289 (2019) ‘The Istanbul Convention on violence against women: achievements and challenges.’ It supports the prevention of and fight against all forms of violence against women and recalls that awareness-raising activities for the general public are essential in order to put an end to such violence. (...) Obstetrical and gynaecological violence is a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored. In the privacy of a medical consultation or childbirth, women are victims of practices that are violent or that can be perceived as such. (...) This violence reflects a patriarchal culture that is still dominant in society, including in the medical field. The Assembly reaffirms its commitment to promote gender equality in all areas, which will make it possible to prevent and combat all forms of violence against women, including obstetrical and gynaecological violence.“ (PACE 2019 Pkt. 2, 3 und 5)

Damit werden obstetrische und gynäkologische Gewalt ausdrücklich als Formen geschlechtsspezifischer Gewalt verurteilt (Klimke 2020: 520). Die Europarats-Mitgliedsstaaten werden aufgefordert umfassende Maßnahmen zur Prävention und zum Abbau obstetrischer und gynäkologischer Gewalt einzuführen. Auch der Deutsche Bundestag wird explizit dazu aufgerufen GiG im Bezug zu Patient*innenrechten zu diskutieren (Jung 2022: 22; PACE 2019 Pkt. 9).

3.3 Prävalenz und Formen obstetrischer Gewalt

Mittlerweile liegen zahlreiche internationale Studien zur Prävalenz und Formen obstetrischer Gewalt vor und auch für Deutschland wurden 2020 erste Zahlen präsentiert, obgleich diese keine Repräsentativität beanspruchen können (Limmer et al. 2021, 2020; Leinweber et al. 2021).

Bohren und Kolleg*innen (2015) entwickelten eine evidenzbasierte Typologie und unterscheiden darin folgende Kategorien von GiG: Körperliche Gewalt (z.B. Schlagen mit der Hand oder eines medizinischen Instruments, physischer Zwang wie Festhalten oder Festbinden) und sexualisierte Gewalt, verbale Gewalt (u.a. Drohungen und Beschuldigungen), Stigmatisierung und Diskriminierung (v.a. aufgrund Herkunft/*Race*/Religion, Alter, SES, Gesundheitsstatus), Nichteinhalten professioneller Versorgungsstandards (z.B. Vorenthalten informierter Zustimmung, Nichtbeachtung und Vernachlässigung während der Geburt), schlechte Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und den betreuten Frauen und gebärenden Personen (u.a. ineffektive Kommunikation, mangelnde Unterstützung und Autonomieverlust) sowie Beschränkungen und Bedingungen innerhalb des Gesundheitssystems (u.a. Mangel an Ressourcen).

Auf dieser Typologie basierend entwickelten Limmer et al. (2020) ein quantitatives Erhebungsinstrument für den deutschen Sprachraum, um Aussagen zur Prävalenz von GiG in Deutschland treffen zu können. Sie adaptierten dazu v.a. die in Nordamerika entwickelten Erhebungsinstrumente *Mothers on Respect (MOR) index* (Vedam et al. 2017b) und *Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale* (Vedam et al. 2017a). Dieses Erhebungsinstrument wurde 2018 im Rahmen einer nicht-repräsentativen Online-Umfrage mit mehr als 2.000 Teilnehmer*innen validiert (Limmer et al. 2020). Die Ergebnisse zeigen, dass auch in Deutschland alle Formen von Gewalt nach der Typologie von Bohren et al. (2015) in geburtshilflichen Einrichtungen erfahren werden. 77,6 % der Teilnehmenden erfuhren mindestens eine Form von Gewalt (Limmer et al. 2020: 6). 64,7% der Teilnehmenden berichteten von mehreren Gewalterfahrungen. Am häufigsten wurde die Durchführung von geburtshilflichen Interventionen ohne die Zustimmung der Gebärenden* genannt (42,8 %), gefolgt von physischer Gewalt (33,6 %), der Verletzung der Privatsphäre (32,7 %), verbaler Gewalt (je nach Item 19-30 %) und Vernachlässigung (30 %) (ebd. 6 f.). Darüber hinaus berichteten 49,6 % der Teilnehmenden von Diskriminierungserfahrungen. Die meisten Befragten gaben als Grund dafür eine abweichende Meinung über die vermeintlich richtige gesundheitliche Versorgung von der des Fachpersonals an (43,2 %).

Des Weiteren wurden Merkmale wie das Alter (10,1 %), hoher BMI (10,6 %) oder/und Herkunft/Hautfarbe/kultureller Hintergrund/Sprache (5,1 %) als Diskriminierungsgründe angegeben. 18,6 % der Teilnehmenden stimmten mehreren diskriminierungs-indizierenden Items zu. (ebd.: 6.)

Dubravka Šimonović, die UN-Sonderberichterstatterin zu Gewalt gegen Frauen, legte der UN-Generalversammlung im Juli 2019 einen Bericht zum globalen Ausmaß obstetrischer Gewalt vor (Jung 2022: 22; Klimke 2020: 513). Darin werden diverse Formen von Gewalt explizit aufgeführt, die den mehr als 130 Eingaben und regionalen Berichten aus aller Welt entnommen sind (Jung 2022: 22). Auch ein Report aus Deutschland, eingereicht von der Bundeselterninitiative Mother Hood e.V., wurde für den Bericht an die UN-Generalversammlung berücksichtigt (ebd.).

„Zu den berichteten Formen von Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen in der Geburtshilfe zählen körperliche und verbale Verletzungen, demütigendes und erniedrigendes Verhalten, nicht-notwendige, erzwungene oder ohne Einwilligung durchgeführte medizinische Interventionen wie etwa Episiotomie, Kristeller-Handgriff, Kaiserschnittentbindung, Einsatz von synthetischem Oxytocin und vaginalen Untersuchungen, Verletzung der Vertraulichkeit und Privatsphäre, fehlendes Einholen der informierten Einwilligung, Nicht-Gewährleistung der Autonomie der Gebärenden und mangelnde Aufklärung über mögliche Alternativen, Festhalten oder Festbinden der Gebärenden, Vorenthalten von Schmerzmitteln, absichtsvoll zu enges Nähen nach Dammriss oder Episiotomie („husband stitch“), Verweigerung der stationären Aufnahme oder Entlassung, Nichtbeachtung oder Vernachlässigung während der Geburt, Inkaufnahme von potentiell lebensbedrohlichen und/oder vermeidbaren Komplikationen sowie sexistisches Verhalten des geburtshilflichen Personals.“ (Jung 2022: 22 f.)

Jung ergänzt darüber hinaus aufgrund eigener empirischer Befunde:

„die nicht-Ermöglichung von Gesprächen mit verantwortlich entscheidenden Ärzt*innen, keine Herausgabe von/fehlende Möglichkeit der Einsichtnahme in geburtshilfliche Dokumente durch die Patient*innen, medizinisch nicht notwendige Trennung von Mutter und Neugeborenem, Handlungen am Neugeborenen ohne Aufklärung und Einwilligung der Eltern, sowie rassistisches und klassistisches Verhalten des geburtshilflichen Personals.“ (Jung 2022: 23)

Die Ergebnisse der Erhebungen von Limmer et al. (2020) und Vedam et al. (2019) zeigen darüberhinaus, dass Gebärende* mit niedrigem SES und rassifizierte/kulturalisierte Gebärende* besonders häufig von obstetrischer Gewalt betroffen sind. Für Leinweber et al.

(2021) betonen diese Befunde „die Bedeutung struktureller und systemischer Dimensionen“ obstetrischer Gewalt.

3.4 Folgen obstetrischer Gewalt

Die Auswirkungen obstetrischer Gewalterfahrungen stellen ein weiteres wichtiges Forschungsdesiderat im deutschsprachigen Raum dar. Bisher fokussieren dementsprechende Untersuchungen vorrangig die Folgen auf die psychische Gesundheit (Klimke 2020: 518; Leinweber et al. 2021: 98). Studien aus den Niederlanden (Stramrood et al. 2011) und Australien (O'Donovan et al. 2014) stellen fest, dass zwischen 9 % und 45 % aller Gebärenden* traumatisierende Erfahrungen während der Geburt machen (Leinweber et al. 2021: 98). Traumatische Geburtserfahrungen gehen mit einem höheren Risiko für postpartale psychische Erkrankungen einher wie z.B. postpartale Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen (Dekel et al. 2020; Leinweber et al. 2021: 98), welche weitreichende Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter* und Kind haben können. Slomian et al. (2019) zeigen in einer systematischen Review die Folgen postpartaler Depressionen auf die maternale* und kindliche Gesundheit auf. Neben einer allgemein niedrigeren Lebensqualität der betroffenen Frauen und gebärenden Personen, stellen sie auch negative Auswirkungen auf soziale Beziehungen im Allgemeinen sowie auf die Partner*innenschaft im Speziellen fest (ebd.: 6). Außerdem können postpartale Depressionen zu psychosozialen Störungen der kindlichen Entwicklung führen (Leinweber et al 2021: 98; Slomian 2019: 24). Die deutsche Depressionshilfe gibt eine Prävalenz von 10-15 % für postpartale Depressionen an und verweist zugleich auf traumatische Geburtserfahrungen als ein Aspekt der insgesamt multifaktoriell bedingten Pathogenese (Deutsche Depressionshilfe). Neben postpartalen psychischen Erkrankungen werden auch Bindungsstörungen zwischen der gebärenden Person und ihrem Kind sowie Stillschwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Erleben traumatischer Geburtserfahrungen diskutiert, häufig unter Verweis auf psychologisches und/oder psychotherapeutisches Fachwissen (Flick, Marek und Hesse 2021: 2).

Gottvall und Waldenström (2002) stellten darüber hinaus fest, dass sich Frauen und Personen nach traumatischen Geburtserfahrungen später für ein weiteres Kind entscheiden und insgesamt weniger Kinder gebären.

Die Erfahrungen, die Frauen und schwangere/gebärende Personen im Kontext der peripartalen Gesundheitsversorgung (nicht nur während der Geburt) machen, wirken sich auf zukünftige Gesundheitsentscheidungen aus (Winkler und Babac 2021: 48). Feeley und

Thomsen (2020), zeigen in ihrer qualitativen Erhebung zur Motivation geplanter Alleingeburten in Großbritannien, dass Unzufriedenheit mit der peripartalen Gesundheitsversorgung einen der Hauptgründe für die Entscheidung zur Geburt außerhalb des Gesundheitswesens ausmacht. Darüber hinaus identifizierten sie das Erleben vorausgegangener traumatischer Geburten sowie Differenzen zwischen den eigenen Ansichten/Wünschen über die gesundheitliche Versorgung und denen des Fachpersonals als Ursachen für die Unzufriedenheit mit der peripartalen Versorgung (ebd.: 92).

3.5 Zwischenfazit

Der hier zusammengefasste theoretische Kenntnisstand zeigt auf, wie vielfältig und verbreitet obstetrische Gewalt im globalen Kontext ist. Auch im deutschsprachigen Raum wächst das (wissenschaftliche) Verständnis von GiG (Jung 2022: 20). Repräsentative Untersuchungen zu peripartalen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen stehen bisher hierzulande jedoch aus. Auch intersektionale Analysen des Phänomens obstetrischer Gewalt liegen noch keine vor. Jung (2022) bezieht in ihrer Analyse erstmals im deutschsprachigen Raum auch Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse wie (Hetero)Sexismus, Rassismus und Klassismus in den Diskurs um obstetrische Gewalt mit ein und weist damit ebenso auf die Notwendigkeit intersektional orientierter Forschung im Themenfeld hin. Um im Sinne der Istanbul-Konvention, sowie der Resolution des Europarates zu geburtshilflicher und gynäkologischer Gewalt, Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von GiG zu implementieren, bedarf es der Anerkennung der komplexen Mehrdimensionalität des Phänomens sowie der Entwicklung von Lösungsansätzen, sowohl auf individueller und struktureller als auch auf politischer Ebene (Jung 2022: 24).

Vor diesem Hintergrund soll im folgenden empirischen Teil dieser Thesis das Potential intersektionaler Perspektiven auf peripartale Ungleichheiten und obstetrische Gewalt exploriert werden, um Implikationen für Aktivismus rund um die Geburt abzuleiten. Anhand der Analyse verschiedener Expert*innensichtweisen sollen sowohl Bedarfe für notwendige Veränderungen auf individueller, struktureller sowie politischer Ebene festgestellt als auch konkrete Vorschläge unterbreitet werden, um zum Abbau obstetrischer Gewalt und peripartaler Ungleichheiten beizutragen.

4. Methodik der empirischen Untersuchung

Die forschungsleitenden Fragen dieser Thesis lauten:

- Inwiefern haben wir es in der deutschsprachigen Diskussion um *Birth Justice* mit einer nachholenden Entwicklung zu tun?
- Inwiefern kann das Konzept von *Birth Justice* neue Perspektiven um Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen?
- Welche Implikationen lassen sich daraus für Aktivismus rund um die Geburt ableiten?

Auf Grundlage dieser Leitfragen wurde ein geeignetes Forschungsdesign gewählt, welches im Folgenden methodisch begründet wird. Darüber hinaus wird der Prozess der Datenerhebung und Auswertung systematisch und nachvollziehbar dargestellt.

An die Begründung der qualitativen Vorgehensweise in Kapitel 4.1 schließen Erläuterungen des Forschungsprozesses in chronologischer Abfolge an. Dies betrifft zunächst die Wahl eines geeigneten Erhebungsinstruments in Kapitel 4.2, gefolgt von der Beschreibung der Leitfadenkonstruktion in Kapitel 4.3 und der gewählten Samplingstrategie in Kapitel 4.4. Anschließend erfolgen in Kapitel 4.5 Ausführungen zur Aqoise geeigneter Interviewpersonen, zur Interviewsituation und konkreten praktischen Durchführung der Interviews. Eine Deskription der Stichprobe sowie eine Reflexion der Rolle der Interviewerin findet sich in Kapitel 4.6. Begründung und Beschreibung des gewählten Transkriptionsmodus folgen in Kapitel 4.7. Die gewählte Auswertungsmethode und ihre Adaption sowie das forschungspraktische Verfahren der Analyse werden in Kapitel 4.8 dargestellt. Die ausführliche Deskription des forschungsmethodischen Vorgehens kommt in Kapitel 4.9 mit der Reflexion und Einschätzung des methodischen Vorgehens unter der Berücksichtigung qualitativer Gütekriterien zum Abschluss.

Neben diesem Methodenkapitel wird die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der empirischen Untersuchung durch eine Projektdokumentation gesichert, die alle wesentlichen Dokumente und das Gesamtprojekt als MAXQDA-Projektdatei umfasst. Dadurch wird Transparenz über den gesamten Forschungsprozess gewährleistet (Morgenstern-Einenkel 2018: 38f.).

4.1 Untersuchungsdesign

Aufgrund der subjektiv wahrgenommenen Leerstelle der Rezeption des Konzeptes *Birth Justice* im deutschsprachigen Raum fiel die Wahl auf ein exploratives, qualitatives Studiendesign (Döring und Bortz 2016: 192). Da die Untersuchung neben der Exploration auch neue Perspektiven und Anregungen für Lösungsansätze eröffnen soll, ist ein qualitatives forschungsmethodisches Vorgehen unerlässlich, welches sich durch das "Prinzip der Offenheit" als wesentlicher methodischer Grundsatz auszeichnet (Döring und Bortz 2016: 66; Gläser und Laudel 2010: 30 f.; Kaiser 2014: 7 f.; Helfferich 2011: 114 ff.) Wie in der qualitativen Sozialforschung üblich, ist der Forschungsprozess durch ein zirkuläres und flexibles Design geprägt (Döring und Bortz 2016: 67 f.). Das bedeutet, dass die Untersuchung offen an den sich entwickelnden Erkenntnisprozess adaptiert wird. So wechseln sich mitunter Recherche-, Datenerhebungs-, Auswertungs-, Evaluierungs- und Modifizierungsphasen ab (ebd.).

Auf Grundlage des Erkenntnisinteresses sowie forschungsökonomischer Rahmenbedingungen wurde sich für die Datengewinnung mittels Interviews entschieden. Das durch die Recherchephase erarbeitete theoretische Vorwissen erlaubte eine systematische und theoriegeleitete Vorgehensweise der Datenerhebung, wie sie leitfadengestützte Expert*inneninterviews bieten können (Kaiser 2014: 30 f.). Da aus forschungsökonomischen Aspekten für die geplante Studie eine zirkuläre Entwicklung des Interviewleitfadens erschwert war und die Vorplanungen der Datenerhebung eher einem linearen Ablauf glichen, wurde zumindest durch den Pretest eines Interviews der Leitfaden überprüft und modifiziert. Die "Prinzipien Zirkularität und Flexibilität" wurden daher vor allem im Rahmen der Auswertung des erhobenen qualitativen Datenmaterials umgesetzt (Döring und Bortz 2016: 68).

Abstriche müssen bei einem qualitativen Design hinsichtlich der Repräsentativität hingenommen werden (vgl. dazu auch Kapitel 4.9), so dass diese Untersuchung folglich keinen Anspruch darauf erhebt, sondern eine auf das spezifische Sample zentrierte Exploration darstellt.

4.2 Erhebungsinstrument Expert*inneninterview

Expert*inneninterviews reihen sich als Besonderheit in die klassischen Formen qualitativer Interviews ein, da sich die Bezeichnung dieser Methode nicht auf die Struktur der Interviewform, sondern auf einen bestimmten Adressat*innenkreis bezieht (Kruse 2015:

166). Diese Interviewform hat sich auf der Basis einer wissenssoziologischen Auseinandersetzung um den Begriff der*des Expert*in entwickelt (Bogner, Littig und Menz 2014), also vor dem Hintergrund der Frage, was Expert*innen sind und was Expert*innenwissen ausmacht (Kruse 2015: 173 ff.). Expert*innen verfügen über besondere Wissensbestände und sind damit mehr als gutinformierte Laien. Nach Bogner und Menz (2005) lassen sich drei Dimensionen des spezifischen Expert*innenwissens unterscheiden: 1. Technisches Wissen, welches als objektives Sachwissen erscheint; 2. Prozesswissen, welches implizites Wissen darstellt und insbesondere praktisches Erfahrungswissen beinhaltet sowie 3. Deutungswissen, welches “insbesondere subjektive Wissensheuristiken und implizites Erfahrungswissen umfasst” (Kruse 2015: 176). Letzteres manifestiert sich erst durch Interpretation. Erst durch den Prozess der Datenerhebung und Auswertung könne sog. Deutungswissen rekonstruiert werden (ebd.).

Die geplante Studie stützt sich auf einen konstruktivistischen Expert*innenbegriff (Kruse 2015: 173). Expert*innen zeichnen sich demnach durch verschiedene Mechanismen von Zuschreibungen aus. Einerseits ist Expert*in, wer “gesellschaftlich zum Experten gemacht wird, d.h. in der sozialen Realität als Experte angesehen wird” (Bogner und Menz 2005: 41), andererseits wird Expert*innen ihre Funktion als solche durch eine spezifische Forschungsfragestellung zugeschrieben (Kruse 2015: 173). Beide Zuschreibungsprozesse sind eng miteinander verbunden, wie Bogner und Menz verdeutlichen: “Wer der gesuchte Experte ist, definiert sich in der Forschungspraxis immer über das spezifische Forschungsinteresse und die soziale Repräsentativität zugleich” (Bogner und Menz 2005: 41). In diesem Sinne wurden für die geplanten Interviews sowohl Aktivist*innen für Reproduktive Gerechtigkeit und/oder *Birth Justice* sowie Praktiker*innen der geburtshilflichen Versorgung, die sich im Kontext von *BJ* verorten bzw. dezidiert diskriminierungssensibel arbeiten, als auch Aktivist*innen von Elterninitiativen, die sich für eine menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung einsetzen als Expert*innen betrachtet.

Im Expert*inneninterview sollen komplexe Wissensbestände rekonstruiert werden. Dafür eignet sich ein eher strukturiertes Vorgehen, wie es leitfadengestützte Interviews bieten. Der Leitfaden dient einerseits als Stütze, um thematisch fokussiert zu bleiben, bietet andererseits aber durch spezifische offene Formulierungen von Fragen bzw. Stimuli, die Generierung narrativer Passagen, um z.B. die Weiterentwicklung des Expert*innenwissens nachzeichnen zu können und es den Expert*innen zu erlauben eigene Relevanzbereiche sowie neue, bisher nicht bedachte Aspekte einzubringen (Kruse 2015: 169). Der Leitfaden sollte flexibel

handhabbar sein und die Möglichkeit eröffnen, Themen individuell angepasst zu behandeln (Bogner, Littig und Menz 2014). Expert*innen durchlaufen spezifische Entwicklungen, die sie überhaupt erst in den Expert*innenstatus bringen. Diese sollen nachgezeichnet und dementsprechend im Leitfaden berücksichtigt werden. Erfolgen kann dies beispielsweise im Einstieg des Interviews, indem auf die Berufsbiographie oder die Einbettung in spezifische institutionelle Kontexte eingegangen wird.

4.3 Leitfadenkonstruktion

Der Leitfaden (s. Anhang B S. XXIV) wurde mithilfe des S²PS²-Verfahrens nach Kruse (2015: 230 ff.) konzipiert, welches aus dem SPSS-Verfahrens nach Helfferich (2011) weiterentwickelt wurde und ein strukturiertes, methodisches Verfahren zur Leitfadengenerierung darstellt. Die Formel S²PS² steht für die fünf Phasen **Sammeln**, **Sortieren**, **Prüfen**, **Streichen** und **Subsumieren** (Kruse 2015: 232). In der ersten Phase **Sammeln** wurde in einem offenen Brainstorming in einem Forschungsstandem möglichst viele Fragen gesammelt. Während dieser Phase wurden ca. 50 Fragen auf Zettelkärtchen festgehalten. Nach der Sammelphase wurden die Fragen in der Arbeitsgruppe zuerst diskursiv sortiert und anschließend geprüft. Das heißt, alle Fragen wurden diskutiert und thematisch sortiert, so dass sich im Laufe des Prozesses Themenblöcke bzw. Cluster generierten, die wiederum mit einer thematischen Überschrift versehen wurden. Die Fragen wurden demnach nicht vorab überlegten Themenkategorien zugeordnet, sondern führten in diesem offenen Prozess zur Genese dieser Cluster für den Leitfaden (ebd.: 234 f.). Die anschließenden Phasen des Prüfens und Streichens haben das Ziel, das Fragematerial zu reduzieren und damit einen ersten einsatzbereiten Leitfaden zu generieren. In der Phase des Prüfens wurden ungeeignete Fragen gestrichen bzw. über die Bündelung mehrerer Fragen zu einer Metafrage reduziert (ebd.: 235). Unter Aspekten des Vorwissens und der Offenheit wurden alle Fragen kritisch betrachtet, so dass nur die wirklich bedeutsamen und geeigneten Fragen oder Frageaspekte übrigblieben (Helfferich 2010: 182 f.). Fragen, welche eine reine Faktenabfrage darstellten, dem Forschungsgegenstand nicht ausreichend Rechnung trugen, bereits Bekanntes abfragten oder wenig ergebnisoffen, eher implizite oder explizite Vorstellungen der Forschenden abfragten, wurden gestrichen (ebd.; Kruse 2015: 228 ff.). Die übriggebliebenen Fragen wurden anschließend in Hinblick auf offene Erzählstimuli, Aufrechterhaltungsfragen und konkrete Nachfragen geordnet und zum Abschluss an geeigneter Stelle in den Leitfaden subsumiert (Kruse 2015: 227.) Dieser war im Ergebnis in drei Themenblöcke strukturiert:

- (Deutungs)Wissen über (das Konzept) *Birth Justice* / Geburtsgerechtigkeit
- Notwendige Veränderungen / Visionen in Hinblick auf die Verwirklichung von *BJ*
- Persönlicher Bezugsrahmen im Themenfeld
- Institutioneller Bezugsrahmen

Offene Einstiegsfragen bzw. Erzählstimuli sollen die Interviewten zu möglichst umfassenden Antworten anregen und ihnen dabei erlauben eigene inhaltliche Schwerpunkte zu setzen. So zielt beispielsweise der Stimulus zum ersten Themenblock (Frage 1: Als erstes interessiert mich, was Sie unter Geburtsgerechtigkeit verstehen. Können sie mir das bitte erläutern?) u.a. auf subjektive und/oder normative Definitionen des Konzeptes ab. Durch Unterfragen (z.B. Frage 2: Für wen ist Geburtsgerechtigkeit Ihrer Meinung nach besonders relevant und warum? Frage 3: Was verstehen sie unter Geburtsungerechtigkeit?), die entweder Aufrechterhaltungsfragen oder konkrete Nachfragen darstellen, können gezielt erneute Stimuli gesetzt werden, wenn für das Forschungsinteresse wichtige Aspekte in der offenen Einstiegsfrage noch nicht benannt wurden oder eine Vertiefung spezifischer Aspekte angeregt werden soll. Zum Abschluss des Interviews werden kurz soziodemografische Daten abgefragt. Neben dem Alter und dem Geschlecht interessieren diesbezüglich vor allem Angaben zum Bildungsstand, zur beruflichen Qualifikation und zu derzeitigen beruflichen und/oder aktivistischen Tätigkeiten, da die interviewten Personen aufgrund ihrer professionellen und/oder aktivistischen Tätigkeit(en) für das Interview ausgewählt wurden.

Pretest

Der entwickelte Leitfaden wurde im Vorfeld der eigentlichen Datenerhebung getestet. Ziel war, dessen Überprüfung auf Eignung der Fragen, insbesondere deren Verständlichkeit sowie Handhabung, um eine gelungene Interviewdurchführung zu gewährleisten. Außerdem erlaubte der Pretest ein Sich-Vertrautmachen mit der Interviewsituation (Kaiser 2014: 69 f.).

Während der Rekrutierungsphase potentieller Interviewpartner*innen zeigte sich schnell die Notwendigkeit der Interviewführung auch auf Englisch, um ein möglichst heterogenes Sample entsprechend der in Kapitel 4.6 aufgeführten Merkmalskategorien zu generieren. Die Interviewperson des Pretests wurde aufgrund ihrer zeitlichen Flexibilität zur Terminfindung einige Wochen vor möglichen Interviewterminen weiterer Expert*innen für die Vorstudie ausgewählt. Die befragte Person entsprach den der Studie zugrundeliegenden Kriterien des Verständnisses eines Expert*innenstatus.

Der Pretest fand am 28.02.2022 von 10.40 – 12.30 Uhr auf englisch statt und wurde über den digitalen Webkonferenzdienst BigBlueButton durchgeführt und aufgezeichnet. Die Interviewbedingungen stimmten mit den geplanten Settings der Hauptuntersuchung überein. Samt Begrüßung, Vorgespräch und Verabschiedung dauerte das Gespräch fast zwei Stunden, wobei die Aufnahmedauer 88 Minuten betrug. Die Leitfragen führten zu ausführlichen Antworten, die sich direkt auf das Erkenntnisinteresse bezogen. Es kam zu zahlreichen längeren Narrationen inklusive illustrativen Beispielen zur Veranschaulichung theoretischer Gedankengänge. Es wurden einige Aspekte thematisiert, die bisher noch nicht mitgedacht wurden, so dass der Schluss erlaubt war, dass der Leitfaden in dieser Hinsicht sehr ergiebig ist und seinem Zweck dient. Während der Interviewaufzeichnung wurden alle Hauptleitfragen sowie die meisten Unterfragen (Aufrechterhaltungsfragen und konkrete Nachfragen) gestellt.

Die Durchführung des Pretests bekräftigte den Aufbau des Leitfadens, ergab aber auch Anregungen für kleinere strukturelle Verbesserungen zur Erleichterung der Handhabung im Sinne einer flüssigeren Interviewführung. So zeigte sich der Vorteil einer Strukturierung des Leitfadens nach einem Themenblock pro Seite, um eine einfache Orientierung im Leitfaden zu unterstützen. In Folge der praktischen Erfahrung durch den Pretest führte dies zur Unterteilung des dritten Themenblock in zwei eigenständige Cluster (1. Persönlicher Bezugsrahmen; 2. Institutioneller Bezugsrahmen), die damit auf je eine Seite passten und das flexible Navigieren im Leitfaden erleichtern.

Ingesamt war der Pretest ein äußerst ergiebiges Interview und nahm der Interviewerin die Unsicherheit vor der Führung weiterer Interviews. Die Leitfragen eigneten sich, den Erzählfluss anzuregen. Die Durchführung des Interviews auf Englisch erleichterte der Interviewerin außerdem das Unterdrücken spontaner Impulse, an Anschlussstellen von eigenen Erfahrungen oder Sichtweisen zu erzählen. Die Wahrnehmung dieses Impulses in der Reflexion des Pretests führte zu einer dahingehenden Sensibilisierung und hat sich dementsprechend auf die Professionalität und Qualität der Folgeinterviews ausgewirkt. Darüber hinaus führte die Vorstudie zur Sensibilisierung, dass in der jeweiligen Interviewsituation auf beiden Seiten spontan und unter Zeitdruck Entscheidungen getroffen werden und z.B. spezifische Themen(aspekte) gewichtet werden müssen. Außerdem erleichterte die Erfahrung des Pretests auch die Steuerung des Tempos während der Interviews der Hauptuntersuchung.

Abschließend erlaubte der Pretest die Einschätzung der halbstrukturierten Leitfadenkonstruktion im Sinne des beschriebenen Erkenntnisinteresses als äußerst

zweckdienlich. Außer dessen Übersetzung auf Englisch und die Teilung eines Themenblockes in zwei Cluster zwecks leichter Handhabung, waren keine weiteren Modifikationen notwendig. Dadurch konnte das Interview des Pretests zur weiteren Analyse in die Hauptuntersuchung aufgenommen werden. Neben der Testung auf Eignung des Leitfadens, bot die Vorstudie damit Gelegenheit die Gestaltung der Interviewsituation sowie die Interaktionsdynamik zu reflektieren und damit nützliche Anregungen für folgende Interviews zu geben. So wurde die interviewende Person hinsichtlich Offenheit und Flexibilität der Gesprächsführung sensibilisiert und vor allem zur Reflexion der eigenen Anteile an der Generierung der qualitativen Daten angeregt. In der Konsequenz zeigte sich insbesondere die Signifikanz methodischer Sorgfalt bei der Gestaltung der Interviewsituation (Helfferich 2011: 63).

4.4 Sampling

Die Fallauswahl bzw. das Sample entscheidet maßgeblich über die Qualität bzw. Validität der im Forschungsprozess gewonnenen qualitativen Daten. Das heißt, dass das sog. Sampling die Aussagequalität der Datenanalyse determiniert (Kruse 2015: 237 f.). Das qualitative Sampling für die geplante Studie verfolgt eine Strategie zwischen theoretischer Vorabfestlegung, also ein *purposive/purposeful sampling* (Döring und Bortz 2016: 302) und dem *theoretical sampling* aus der *Grounded Theory* Methodologie (Glaser und Strauss 1979). Ziel ist ein bewusst kontrastierendes Sample, um anhand einer aus forschungspraktischen Gründen vergleichsweise kleinen Fallauswahl ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Erfahrungen und Sichtweisen im Themenfeld abbilden zu können (Kruse 2015: 248 f.). Das *purposive/purposeful sampling* erfolgt über einen Stichprobenplan, „der die Heranziehung von empirischen Fällen auf der Basis zuvor theoretisch begründeter, verschiedener Merkmalsausprägungen definiert“ (Kruse 2015: 248). Zu Beginn des Forschungsprojektes wurden für die geplante Datenerhebung Merkmalskategorien festgelegt, welche durch das theoretische Vorwissen begründet sind (vgl. Kapitel 4.6).

Das *theoretical sampling* wurde ergänzend genutzt, um ein möglichst kontrastierendes Sample zu schaffen. Diese Strategie der Fallauswahl ist durch eine sukzessive Entwicklung des Samples im Verlauf des Datenerhebungsprozesses gekennzeichnet. Es erfolgt also ein Wechselspiel zwischen Fallauswahl, Interview und Auswertung. Auf der Basis der bereits erhobenen Daten findet eine erneute Fallauswahl statt. Es handelt sich somit um einen

iterativen Prozess im Verlauf der Datenerhebung, so dass ein möglichst großer theoretischer Erkenntniswert daraus resultiert (Döring und Bortz 2016: 302; Kruse 2015: 242).

4.5 Kontaktaufnahme und Interviewsituation

Nach der Festlegung der Samplingstrategie erfolgte die Kontaktaufnahme potentieller Interviewpersonen über direkte Recherchestrategien (v.a. über Internetpräsenzen) sowie über sog. Gatekeeper*innen, die gebeten wurden, passende Interviewpersonen zu benennen (Kruse 2015: 251 f.). Zur Akquise wurde ein Informationsschreiben (s. Anhang C S. XXX) aufgesetzt, in dem alle relevanten Daten, wie z.B. der Gegenstand des Forschungsprojektes, der Modus der Interviewdurchführung sowie der Umgang mit personenbezogenen Daten, transparent vermittelt wurden. Dieses Informationsschreiben wurde potentiellen Interviewpartner*innen bzw. Institutionen per Email oder über Kontaktformulare entsprechender Homepages zugesendet. So wurden über einen Zeitraum von sechs Wochen in drei Wellen acht Einzelpersonen und fünf Institutionen (Vereine, Kollektive, Netzwerke) angeschrieben, aus denen sich sechs Interviews ergaben. Drei der Interviews wurden auf englisch geführt, da die befragten Personen Bedenken äußerten, aufgrund der eigenen nicht flüssigen Deutschkenntnisse Interviewfragen in der nötigen Tiefe auf Deutsch beantworten zu können. In einigen Fällen vergingen vom Anschreiben bis zur tatsächlichen Interviewsituation aufgrund von Krankheit oder Auslastung am Arbeitsplatz mehrere Wochen.

Bei positiver Rückmeldung auf das Anschreiben wurde ein Videointerviewtermin vereinbart. Dieser Interviewmodus wurde einerseits aufgrund der gegenwärtigen pandemischen Lage gewählt und andererseits aufgrund der überregionalen Aufenthaltsorte potentieller Gesprächspartner*innen. So befand sich die Interviewperson des Pretests beispielsweise zum Zeitpunkt der Interviewführung im europäischen Ausland. Darüber hinaus kommt der Erhebungsmodus in Form eines Videointerviews einem face-to-face Interview am nächsten. So können bei angeschalteter Webcam auch Mimik und Gestik wahrgenommen werden, was zusätzlich Rückschlüsse auf die Wirkung der Fragen auf die interviewte Person ziehen lässt.

Die Korrespondenz erfolgte mit allen Interviewpersonen ausschließlich per Email. Unmittelbar nach der Terminvereinbarung erfolgte die Übermittlung der Informationen über die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten sowie eine separate Einwilligungserklärung (s. Anhang D S. XXXI), in der nochmals alle relevanten

Datenschutzinformationen nach DSGVO zusammengefasst wurden, um informierte Einwilligung gebeten und auf die Möglichkeit des Widerrufs dieser Einwilligung hingewiesen wurde. Außerdem wurde der Link zum virtuellen Interviewraum des digitalen Webkonferenzdienstes BigBlueButton übermittelt. Die Frage nach der Notwendigkeit der Bereitstellung der erforderlichen Dokumente in englischer Ausführung an die betreffenden Interviewpartner*innen wurde verneint, so dass auf die Übersetzung der Datenschutzinformationen und der Einwilligungserklärung verzichtet werden konnte.

Nach der Ankunft im virtuellen Gesprächsraum und der Begrüßung erfolgten zu Beginn eines jeden Interviews zunächst eine kurze Erläuterung des Forschungsvorhabens sowie Hinweise auf die Datenschutzbestimmungen, die Verwendungsabsichten und die Form der Anonymisierung. In einigen Fällen lag die unterzeichnete Einwilligungserklärung zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor, so dass auf deren Bedeutung zur Verwendung des Interviews nochmals hingewiesen wurde. Eine Rücksendung der Einwilligungserklärung unmittelbar im Anschluss an das jeweilige Interview erfolgte in allen Fällen. Außerdem wurde explizit auf die Offenheit der Fragen hingewiesen, um einen narrativen Erzählstil anzuregen. Nach einer transparenten Klärung der zeitlichen Ressourcen der befragten Personen wurde die Aufzeichnung des digitalen Konferenzraumes nach mündlicher Ankündigung gestartet.

Der Leitfaden wurde in der Interviewsituation zur Orientierung verwendet und flexibel im Sinne eines möglichst flüssigen Gesprächsverlaufs angewendet. Die Reihenfolge der Fragencluster wurde in den meisten Interviews weitgehend entsprechend des Leitfadens bearbeitet. In einem Fall wurden Fragen zur assoziierten Institution und deren Ziele vorangestellt, welche durch die Interviewperson maßgeblich mitgegründet wurde. Der Vorteil einer Strukturierung des Leitfadens nach Clustern pro Seite kombiniert mit dem Modus eines Videointerviews liegt darin, dass die Themenblöcke pragmatisch in ausgedruckter Version zwischen der*dem Interviewer*in und dem Bildschirm platziert werden können, um trotz ausgiebigem Vertraut-Machens mit dem Leitfaden im Vorfeld zusätzliche Sicherheit während der Interviewsituation zu schaffen. Liegt der Leitfaden ausgebreitet auf dem Tisch, erleichtert dies den flexiblen Umgang, wenn beispielsweise während einer Narration Aspekte eines anderen Themenblockes angesprochen werden und damit ein flexibler Wechsel zwischen den Clustern im Sinne der Gesprächsführung angebracht ist. Die Fragestimuli regten die Interviewpersonen meist zu ausführlichen Narrationen an. Immer wieder wurden Aspekte, die in den Aufrechterhaltungsfragen und konkreten Nachfragen angeregt werden sollten, bereits während der Beantwortung der Hauptstimuli angesprochen. In der jeweiligen Gesprächssituation konnte somit spontan und

flexibel entschieden werden, ob oder welche Unterfragen zusätzlich zu den Hauptleitfragen gestellt werden sollten. Dies konnte abhängig von der Quantität und Qualität bereits benannter Aspekte im Zusammenspiel mit der Verortung im jeweiligen Themenblock des Leitfadens und dessen bisheriger Dauer in der jeweiligen Interviewsituation entschieden werden. Nach der Bearbeitung aller Themenblöcke wurden die soziodemografischen Daten erfragt und der Interviewperson zum Abschluss nochmals die Gelegenheit gegeben das Wort zu ergreifen, um Bedeutsames anzusprechen, was aus ihrer subjektiven Sicht bisher noch nicht zur Sprache kam. Diese Möglichkeit wurde in drei der sechs Interviews genutzt.

Für Anregungen zur Unterstützung der Gesprächsführung wurden sowohl entsprechende Kapitel aus Kruses *Qualitativer Interviewforschung* (Kruse 2015) als auch Helfferichs *Manual zur Durchführung qualitativer Interviews* (Helfferich 2011) quergelesen. So wurden Hinweise zur Gesprächssteuerung, zum Einstieg in und zum Ausstieg aus den Interviews sowie spezifische Fragestile und Stimulustechniken berücksichtigt.

Im Anschluss an die Interviews wurden Kurzprotokolle verfasst, die in der Methodenliteratur diverse Benennungen erfahren. So beschreiben Gläser und Laudel diese als „Interviewberichte“ (2010: 192), Bogner, Littig und Menz als „Post-Interview-Memos“ (2014: 61) und Kruse als „Postskripts“ (2015: 278 f.). Diese Protokolle wurden in tabellarischer Form unmittelbar nach Beendigung der Interviews angefertigt und beinhalten die Dokumentation der Merkmale Gesprächsatmosphäre, Gesprächsverlauf, auffallende Themen, Störungen des Interviewverlaufs und andere Besonderheiten (Kruse 2015: 277 ff.).

4.6 Beschreibung des Samples und Reflexion der Interviewerin-Rolle

Das gesamte zugrunde liegende Datenmaterial wurde im Februar und März 2022 in sechs Interviews erhoben, die jeweils zwischen 53 Minuten und 1:28 Stunden dauerten. Im Folgenden wird die Stichprobe sowohl in Hinblick auf die erhobenen soziodemografischen Daten als auch in Bezug auf das zugeschriebene Verständnis der Expert*innenrolle vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Reflexion der Rolle der Interviewerin.

Die sechs Befragten waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 27 und 43 Jahren alt und besitzen alle einen akademischen Abschluss mindestens auf Bachelorniveau. Vier Personen identifizieren sich als Frau, eine Person als Frau* („im Sinne von Frau als Spektrum und nicht als DIE Frau. Genau. Schon mehr queer gemeint auch“ B6: 53) und eine weitere Person als nicht-binär. Drei Interviewpartner*innen stammen vom amerikanischen Doppelkontinent. Da diese zwar über mehrjährige Erfahrungen in Aktivismus und Praxis in

Deutschland verfügen, die Deutschkenntnisse seitens der Befragten jedoch als nicht ausreichend eingeschätzt wurden, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden, wurden diese drei Interviews auf englisch geführt.

Begründet auf dem theoretischen Vorwissen und beruhend auf einem konstruktivistischen Expert*innenbegriff wurden vorab spezifische Merkmalskategorien festgelegt. Potentielle Expert*innen sollten mindestens ein Merkmal aufweisen und es sollten möglichst alle Merkmale im Sample vertreten sein.

Merkmalskategorien des Samplings	
1.	Aktivismus für Reproduktive Gerechtigkeit und/oder Birth Justice
2.	Stellvertreterposition für aktivistische Vereine, die für eine menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung eintreten
3.	Explizit diskriminierungssensible und/oder intersektional orientierte angewandte Praxis in der geburtshilflichen Versorgung

Tab. 1: Merkmalskategorien für das *purposive/purposeful sampling*

Die auf englisch befragten Personen (n=3) entsprachen jeweils mehreren Merkmalskategorien. Alle drei Personen sind dem Aktivismus für *Birth Justice* zuzuordnen. Gleichzeitig zeichnet sich ihre Tätigkeit in der geburtshilflichen Versorgung durch einen intersektional reflektierten und diskriminierungssensiblen Ansatz aus. Ein*e Expert*in übt darüber hinaus eine Stellvertreterposition für einen noch recht jungen deutschen Verein aus, der dem Konzept und Rahmen von *BJ* zugeordnet werden kann und von der befragten Person im Interview auch explizit als Organisation für *BJ* bezeichnet wird.

Dokument	Expert*innenstatus	Sprache
B1	1,2,3	englisch
B2	1,3	englisch
B3	1,3	englisch
B4	1	deutsch
B5	2	deutsch
B6	3	deutsch

Tab. 2: Zuordnung der Interviews nach Expert*innenstatus und sprachlicher Durchführung

Das Sample der auf deutsch befragten Personen (n=3) ist in seiner Expertise wesentlich heterogener als das Sample der auf englisch befragten Personen. Alle drei Interviewpartner*innen können jeweils nur einer vorab festgelegten Merkmalskategorie zugeordnet werden. Je eine befragte Person ist hauptberuflich in der politischen und feministischen Bildungsarbeit tätig und als Aktivist*in für Reproduktive Gerechtigkeit einzuordnen bzw. hauptberuflich in der diskriminierungssensiblen geburtshilflichen Versorgung tätig. Eine weitere interviewte Person setzt sich seit mehreren Jahren aktiv für eine menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung ein und vertritt in diesem Kontext einen größeren, deutschlandweit agierenden Verein.

Laut Bogner, Littig und Menz (2014: 51) beeinflussen die Wahrnehmungen und Zuschreibungen von Seiten der Befragten gegenüber der interviewenden Person die generierten Daten in mindestens dreierlei Hinsicht: 1. "Zuschreibungen hinsichtlich der fachlichen Kompetenz der Interviewerin" (ebd.), 2. "Vermutungen über die normative Bewertung (...), insbesondere Vermutungen darüber, ob die Experten von geteilten oder divergierenden normativen Orientierungen ausgehen" (ebd.) und 3. "Annahmen über die Einflusspotentiale des Interviewers" (ebd.). Abhängig von den konkreten Zuschreibungen ergeben sich spezifische Interaktionssituationen, die jeweils bestimmte Vor- und Nachteile für die Datengenerierung mit sich bringen und dementsprechend reflektiert werden sollten (ebd.). Rückblickend kann das Rollenverständnis der Interviewerin zwischen der Zuschreibung als "Co-Expertin" und "Komplizin" eingeschätzt werden (Bogner, Littig und Menz 2014: 52 ff.; Kruse 2015: 181 f.). Vor dem Hintergrund einer Wahrnehmung als Co-Expertin entspricht die Interaktionssituation im Interview am ehesten dem eines Fachgesprächs. Wohlwissend um die Gefahr in eine "argumentativ-diskursive Gesprächsführung einzusteigen" (Kruse 2015: 181) übte sich die Interviewerin in Zurückhaltung und stellte lediglich gezielte Nachfragen, wenn Aspekte nicht genauer expliziert wurden, die vorraussichtlich aufgrund eines gemeinsam geteilten Erfahrungs- oder Wissenshintergrundes als bekannt angenommen wurden. Der Großteil der befragten Personen nahm die Interviewerin außerdem als Komplizin wahr. Diese Rolle zeichnet sich dadurch aus, dass die Interviewerin "als Mitstreiterin in einem Macht durchsetztem Handlungsfeld" (Bogner, Littig und Menz 2014: 53) konstruiert wird und der "ein besonderes Vertrauen entgegengebracht (wird), das darauf basiert, dass man zentrale normative Orientierungen teilt" (ebd.). Die Zuschreibung als Komplizin lässt sich konkret an der explizit zugeschriebenen Bedeutsamkeit des Forschungsvorhabens in einigen Interviews ablesen. Die Befragten geben bereitwillig sehr vertrauliche, teils persönliche

Informationen preis, stellen Rückfragen zum Forschungsprojekt und zeigen darüber hinaus großes Interesse an zukünftiger Vernetzung im Sinne einer kollaborativen Zusammenarbeit.

4.7 Transkription

Alle sechs Videointerviews wurden zunächst in Audiodateien konvertiert und anschließend vollständig transkribiert, da „mit der vollständigen Transkription der Interviews die genaueste Auswertungsbasis geschaffen“ werden kann (Morgenstern-Einenkel 2018: 49). Alternativen wie komprimierte Gedächtnisprotokolle oder die selektive Transkription relevanter Passagen stellen subjektive, nicht reproduzierbare Interpretationsschritte dar (Gläser und Laudel 2010: 193) und führen damit zu einer erheblichen Reduzierung der qualitativen Güte.

Aus ressourcen- und forschungspraktischen Gründen wurde die Transkriptionsarbeit ausgelagert und nicht von der Interviewerin selbst durchgeführt. Durch eine eigenhändige Transkription entsteht zwar eine intensivere Vertrautheit mit dem Datenmaterial, Kruse beispielsweise bezweifelt jedoch, dass dieser dichte Kontakt zum Material immer positive Auswirkungen auf die Analyse hat und sieht in einer Fremdtranskription durchaus den Vorteil einer produktiven Distanz zum Datenmaterial (Kruse 2015: 359 f.).

Die externe Transkription wurde mittels folgender einfacher wissenschaftlicher Transkriptionsregeln durchgeführt:

1. Es wird wörtlich transkribiert, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus „Er hatte noch so‘n Buch genannt“ „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“ „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.

4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert, wenn diese signifikant sind. Dauern diese länger als 3 Sekunden wird die Dauer in Klammern gesetzt (5).
6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert.
7. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Nach jedem Sprecherwechsel wird eine Zeitmarke gesetzt.
8. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert (nur wenn von inhaltlicher Bedeutung).
9. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist ein Fragezeichen in Klammern gesetzt, zum Beispiel: (Xylomethanolin?) Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist. (Dresing und Pehl 2012: 26 ff.)

4.8 Auswertungsinstrument qualitative Inhaltsanalyse

Zur Auswertung des gewonnenen Datenmaterials wurde ein inhaltsanalytischer Zugang gewählt, d.h. die Inhalte der Daten wurden systematisch und regelgeleitet mithilfe eines kodierenden Verfahrens ausgewertet. Da sich unter dem Begriff „qualitative Inhaltsanalyse“ ein vielfältiges Spektrum forschungspraktischer Anwendungen subsumiert, ist nach Stamann, Janssen und Schreier „eine Verortung des Verfahrens, welches man für das eigene Forschungsvorhaben gewählt hat, notwendig“ (2016: §1). Dies macht zunächst eine Erklärung des Verständnisses von qualitativer Inhaltsanalyse notwendig, welches dieser Thesis zugrundeliegt. In Anschluss an Schreier wird qualitative Inhaltsanalyse,

„als ein Verfahren zur Beschreibung ausgewählter Textbedeutungen verstanden. Diese Beschreibung erfolgt, indem relevante Bedeutungen als Kategorien eines inhaltsanalytischen

Kategoriensystems expliziert und anschließend Textstellen den Kategorien dieses Kategoriensystems zugeordnet werden.” (Schreier 2014: §4)

Neben der Kategorienorientierung benennt Schreier weiterhin eine interpretative Vorgehensweise, die Einbeziehung latenter Bedeutungen, die induktive Entwicklung zumindest einiger Kategorien, das systematisch und regelgeleitete Vorgehen sowie die Orientierung an den Gütekriterien Reliabilität und Validität als wesentliche Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse (ebd.). Während Mayring (2010) und Kuckartz (2018) je drei, wenn auch verschiedene Techniken bzw. Varianten qualitativer Inhaltsanalyse unterscheiden, beschreibt Schreier in ihrem Überblicksartikel elf verschiedene Varianten qualitativer Inhaltsanalyse und setzt diese in Beziehung zueinander (Schreier 2014: §6).

Aufgrund der spezifischen Kombination aus forschungsleitenden Fragen und forschungspraktischen Rahmenbedingungen bot sich die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) mittels QDA-Software besonders als Auswertungsinstrument an. Dabei werden die Daten systematisch in Hinblick auf bestimmte Aspekte bzw. Themen, welche das Kategoriensystem darstellen, beschrieben. Die Themen bzw. Kategorien werden in Bezug auf das spezifische Erkenntnisinteresse zunächst deduktiv festgelegt und im Verlauf des Analyseprozesses induktiv weiterentwickelt (Stamann, Janssen und Schreier 2016: §5; Schreier 2014: §8). Es handelt sich somit um ein gemischt deduktiv-induktives Verfahren.

Die konkrete Ausführung der Analyse wurde mittels der Software MAXQDA durchgeführt und bestand aus zwei Phasen:

1. die Aufbereitung des gesamten Datenmaterials durch initiiierende Textarbeit und Codierung
2. die inhaltlich strukturierende Auswertung

Beide Phasen werde im Folgenden näher beschrieben.

4.8.1 Datenaufbereitung und Entwicklung des Kategoriensystems

Die Datenaufbereitung begann in Schritt 1 mit der initiiierenden Textarbeit (Kuckartz 2018: 101). Durch die genaue Kontrolle und Anonymisierung aller Transkripte, häufig verbunden mit erneutem Hören der betreffenden Textstellen des Audiomaterials, konnte ein intensives Vertrautmachen mit dem Datenmaterial erreicht werden. Begleitet wurde dies durch das Markieren wichtiger Textstellen und das Festhalten von besonders Auffallendem in Form von Memos (ebd.). Anschließend wurden in Schritt 2 aus dem Leitfaden deduktive

Hauptkategorien abgeleitet. Diese wurden teilweise durch ebenfalls aus dem Leitfaden abgeleitete deduktive Subkategorien ergänzt. Über die Code-Memo-Funktion wurden erste Kategoriendefinitionen formuliert, in denen möglichst präzise beschrieben wurde, welche Aspekte mit einer Kategorie genau erfasst werden. Wenn nötig, wurden detaillierte Einschluss- und Ausschlusskriterien ergänzt, insbesondere wenn Abgrenzungsprobleme zu anderen Kategorien antizipiert wurden. (Kuckartz und Rädiker 2020: 30 ff.)

In Schritt 3 erfolgte die Basiscodierung des gesamten Materials anhand der bis dato entwickelten Kategorien. Mehrere relevante Aspekte innerhalb einer Aussage führten dabei auch zu mehrfachen bzw. überlappenden Codierungen (Kuckartz 2018: 102 f.). Laut Kuckartz werde die in der klassischen Inhaltsanalyse geforderte präzise Abgrenzung der Kategorien häufig insofern missverstanden, dass daraus die Annahme resultiere einzelne Sequenzen können nur einer einzigen Kategorie zugeordnet werden. Dies treffe jedoch nur auf die Teile des Kategoriensystems zu, die ausdrücklich so aufgebaut sind, dass sich Subkategorien gegenseitig ausschließen (ebd.).

„Bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse können innerhalb einer Textstelle mehrere Hauptthemen und Subthemen angesprochen sein. Folglich können einer Textstelle auch mehrere Kategorien zugeordnet werden.“ (ebd. 102)

Während der Basiscodierung wurden außerdem die Kategoriendefinitionen fortdauernd optimiert. Neben der Ergänzung und Präzision der Kategorienbedeutungen umfasste dies auch die Illustration mittels geeigneter Ankerbeispiele.

Mit der in Schritt 4 durchgeführten Weiterentwicklung des Kategoriensystem mittels deduktiv-induktiver Bildung von Subkategorien wurde die Genese des Kategoriensystems zum Abschluss gebracht, während gleichzeitig eine vertiefende Codierung des gesamten relevanten Datenmaterials erfolgte. Diese Phase der Analyse war wiederum kleinschrittig unterteilt. Zunächst erfolgte unter Berücksichtigung der jeweiligen Inhalte und Bezug auf die forschungsleitenden Fragen eine Auswahl derjenigen Kategorien, die vertieft fokussiert werden sollten sowie die Festlegung der Reihenfolge der entsprechenden Bearbeitung. Es wurden jeweils alle codierten Interviewsegmente zusammengestellt und dann über das weitere Vorgehen bezüglich dieser Kategorie entschieden, wie beispielsweise das Zusammenlegen mit einer anderen Kategorie oder die Ausdifferenzierung und Bildung von Subkategorien. War letztgenanntes der Fall, wurden alle wesentlichen Inhalte der codierten Sequenzen als Stichpunkte in Codier-Kommentaren festgehalten. Anschließend erfolgte die größtenteils induktive Bildung von Subkategorien gefolgt von der erneuten Codierung aller relevanten Sequenzen anhand der ausdifferenzierten Subkategorien. In einem Fall erfolgte

die Feincodierung auch mittels Ergänzung deduktiver Subkategorien mit explizitem Theoriebezug.⁸ Währenddessen wurden neue Kategoriendefinitionen für die Subkategorien entwickelt und bestehende Definitionen hinsichtlich des ausdifferenzierten Kategoriensystems angepasst. So wurden nach und nach alle codierten Sequenzen erneut systematisch bearbeitet und das Datenmaterial vertiefend strukturiert. Auch die wesentlichen Inhalte der neu- oder umcodierten Sequenzen wurden wiederum als Stichpunkte in Codier-Kommentaren festgehalten. Die Hierarchie und Reihenfolge des Kategoriensystems wurde dabei in Hinblick auf die zugrunde liegenden Forschungsfragen weiter angepasst. (Kuckartz und Rädiker 2020: 55 ff.)

Das so entstandene Kategoriensystem, welches die Grundlage der Auswertung mittels inhaltlich strukturierender Analyse bildet, wird in Anhang A ab Seite V vollständig dargestellt.

4.8.2 Inhaltlich strukturierende Analyse

Durch die vertiefte Beschäftigung mit dem Datenmaterial mittels Entwicklung des Kategoriensystems und entsprechender Codierung, wurde eine Strukturierung auf mehreren Ebenen erreicht, die sich als sogenannte Themenmatrix darstellen lässt. Dabei entsprechen je nach Anordnung die Spalten den Kategorien bzw. Subkategorien und die Zeilen den einzelnen Fällen oder umgekehrt. Dies ermöglicht eine Auswertung der Daten in zwei Richtungen. Zum Einen erlaubt die gewonnene inhaltliche Strukturierung eine kategorienbasierte bzw. themenorientierte Auswertung des Materials, zum Anderen werden spezifische Fallübersichten möglich, die sich durch die zugrundeliegende gemeinsame inhaltliche Strukturierung auch optimal für eine vergleichende Analyse eignen. (Kuckartz und Rädiker 2020: 75 ff., Kuckartz 2018: 111 ff.)

Aufgrund zeitökonomischer Rahmenbedingungen kann bei der vorliegenden Untersuchung jedoch lediglich eine kategorienbasierte Auswertung des Datenmaterials vorgenommen werden. Diese Priorisierung geschah vor dem Hintergrund der forschungsleitenden Fragen, die mittels kategorienbasierter Auswertung teils unter Einbezug der Zusammenhänge zwischen bestimmten Kategorien sowie zwischen Haupt- und Subkategorien, gewinnbringend beantwortet werden können (Kuckartz 2018: 111 ff.).

⁸ Dabei handelt es sich um die deduktiven Subkategorien K3.1 Personale Gewalt, K3.2 Strukturelle/Institutionelle Gewalt und K3.3 Intersektionale Gewalt / Gesellschaftliche Ungleichheit / Diskriminierung, die in Anlehnung an Jungs Systematik zur Mehrdimensionalität obstetrischer Gewalt entwickelt wurden (Jung 2022: 22 ff.).

4.9 Reflexion und Gütekriterien

Die klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität, die quantitativen Methoden zugrunde liegen, sind nicht einfach auf qualitative Methoden übertragbar (Bogner, Littig und Menz 2014: 92). Dennoch wuchs mit dem Anstieg qualitativer empirischer Sozialforschung und ihrer Anerkennung auch die Forderung nach verbindlichen Qualitätskriterien (Döring und Bortz 2016: 106 f.). So besteht ein Ansatz darin „sich an den Gütekriterien quantitativer Forschung zu orientieren bzw. diese auf den qualitativen Ansatz zu übertragen“ (ebd.: 107). So benennt Schreier beispielsweise die Orientierung an den Gütekriterien Reliabilität und Validität als ein charakteristisches Merkmal der qualitativen Inhaltsanalyse (Schreier 2014: §4). Auch Döring und Bortz, die eine Übertragbarkeit quantitativer Kriterien auf qualitative Forschungsprojekte zwar sehr kritisch sehen, ordnen in einer Übersichtstabelle die weitrezipierten vier Kriterien der Glaubwürdigkeit⁹ von Lincoln und Guba (1985) den klassischen quantitativen Gütekriterien zu (Döring und Bortz 2016: 109 f.). Schreier beschreibt die konkrete Bedeutung der Orientierung an Validität und Reliabilität für die qualitative Forschungspraxis als die Forderung an ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen (Schreier 2014: §4). Bei Bogner, Littig und Menz, welche die Güte des Forschungsprozess speziell im Hinblick auf Expert*inneninterviews reflektieren, heißt es:

„An die Stelle traditioneller Gütekriterien tritt die Forderung nach Transparenz des Erhebungs- und Auswertungsprozesses. Es sollen deshalb der Verlauf des Forschungsprozesses und die Entscheidungen, die unterwegs getroffen wurden, offen gelegt werden.“ (Bogner, Littig und Menz 2014: 93)

Anschließend finden sich in ihrem Werk zahlreiche Hinweise, welche Aspekte berücksichtigt und wie diese aufbereitet werden sollten, um die nötige methodische Transparenz zu gewährleisten (ebd.: 93 ff.). Kuckartz nennt u.a. die Gütekriterien Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Auditierbarkeit als leitende Kriterien qualitativer Forschungsprozesse und bietet umfassende Checklisten zur Beurteilung der internen Studiengüte in Bezug auf die Datenerfassung sowie Durchführung der Auswertung an (Kuckartz 2018: 204 f.). Alle der dort aufgeführten Punkte wurden möglichst berücksichtigt,

⁹ Lincoln und Guba benennen vier Kriterien, welche zusammengenommen das Hauptkriterium Glaubwürdigkeit bestimmen. Diese umfassen 1. Vertrauenswürdigkeit, 2. Übertragbarkeit, 3. Zuverlässigkeit und 4. Bestätigbarkeit (Döring und Bortz 2016: 108)

nach eigener Einschätzung bestmöglichst auf die vorliegende Untersuchung angepasst und im vorliegenden Kapitel transparent dargestellt.

Wie bereits in Kapitel 4.1 angemerkt, müssen bei einem qualitativen Design Einbußen hinsichtlich der Repräsentativität hingenommen werden. Folglich erhebt diese Thesis keinen Anspruch darauf, sondern stellt eine auf das spezifische, überschaubare Sample zentrierte Exploration dar. Insbesondere die Interpretation der Ergebnisse, die Thematisierung von Problemen und deren Lösungen werden als Hypothesen und Vorschläge dargestellt und sind als solche zu verstehen. In diesem Sinne dient die vorliegende Untersuchung u.a. der Generierung weiterer, anschließender Forschungsfragen und Hypothesen (Morgenstern-Einenkel 2018: 55).

Selbstkritisch sollen in Hinblick auf die Güte vorliegender Untersuchung folgende Aspekte benannt werden: Kuckartz benennt die Diskussion mit Expert*innen (*peer debriefing*) sowie die Diskussion mit Forschungsteilnehmenden (*member checking*) als Beispiele einer Reihe von Strategien, die geeignet sind, die Verallgemeinerbarkeit empirischer Befunde zu erhöhen (Kuckartz 2018: 218). Beides wurde während des Forschungsprozesses angestrebt, konnte jedoch aus forschungspraktischen Gründen sowie den Ressourcen potentieller Expert*innen außerhalb des Forschungsprojektes nicht im angestrebten Umfang durchgeführt werden. So fand das *peer debriefing* zwar mehrmals zur Vorgehensweise der Untersuchung statt, die Diskussion der ersten Ergebnisse konnte jedoch nur einmalig in einem Tandem reflektiert werden. Auch durch das sog. *member checking* mit den Forschungsteilnehmenden selbst, konnte nur in einem einzigen Fall „im Sinne kommunikativer Validierung eine qualifizierte Rückmeldung zu den Forschungsergebnissen“ erhalten werden (ebd.). Des Weiteren wurden aus selbigen obengenannten Gründen keine Prozesse implementiert, um die Intercoder-Übereinstimmung als qualitatives Gütekriterium zu berücksichtigen. So konnte beispielsweise keine Codierung ausgewählten Datenmaterials durch andere Forschende umgesetzt werden, um inhaltliche Abweichungen zu erkennen, zu diskutieren und zu reflektieren. Lediglich die Güte des entwickelten Kategoriensystems¹⁰ wurde in einem Forschungsstandem diskutiert und entsprechend adaptiert.

¹⁰ Kuckartz und Rädiker benennen zur Gütebeurteilung von Kategoriensystemen folgende Kriterien: Die Kategorien stehen in enger Beziehung zu den Forschungsfragen, sind erschöpfend, trennscharf, wohlformuliert, verständlich und nachvollziehbar. Die Kategorien formen zusammengenommen eine Gestalt und Subkategorien sind Ausprägungen bzw. Unteraspekte ihrer Oberkategorie (Kuckartz und Rädiker 2020: 34).

5. Auswertung

Waren zu Beginn der Analyse neben einer kategorienbasierten Auswertung auch vertiefte Fallinterpretationen geplant, so wurde dieses Vorhaben im Sinne eines zirkulären und flexiblen Forschungsdesigns im Laufe des Auswertungsprozesses verworfen. Eine vertiefende Analyse der Kategorieninhalte ist laut Kuckartz und Rädiker (2020: 80) im Rahmen einer inhaltlich strukturierenden Analyse von wesentlicher Bedeutung und sollte in jedem Fall zuerst erfolgen. Daher fokussiert die vorliegende Analyse eine kategorienbasierte Auswertung, wobei diejenigen Kategorien im Zentrum stehen, welche zur Beantwortung der erkenntnisleitenden Fragen dieser Thesis von essentieller Bedeutung sind. Aufgrund zeitlicher und personeller Ressourcen sowie aus forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Fallinterpretationen im Laufe des Auswertungsprozesses verworfen. Eine kurze gemeinsame Beschreibung der Stichprobe findet sich im Rahmen des Methodenkapitels (s. Kapitel 4.6).

Durch den in Kapitel 4.8.1 beschriebenen Prozess der Datenaufbereitung wurde ein Kategoriensystem¹¹ generiert, welches sieben Hauptkategorien umfasst. Folgende kategorienbasierte Analyse fokussiert zwar die zur Beantwortung der Forschungsfragen zentralen Kategorien, dennoch werden die wesentlichen kodierten Sequenzen einstweilig deskriptiv und interpretativ zusammengefasst, ohne die Forschungsfragen näher zu beleuchten. Die dezidierte Beantwortung der erkenntnisleitenden Fragen folgt im anschließenden Kapitel 6.

Die Auswahl und Reihenfolge der hier fokussierten deduktiven Hauptkategorien orientiert sich an den zentralen Forschungsfragen sowie der Position zugehöriger Stimuli im Interviewleitfaden. Die Darstellung der Ergebnisse geschieht in systematischer Weise anhand der den Hauptkategorien zugeordneten deduktiv-induktiv entwickelten Subkategorien. Ergibt sich ein sichtlicher Zusammenhang zu einer anderen (Sub)Kategorie, wird dieser deutlich gemacht und gegebenenfalls ebenso direkt ausgewertet.

5.1 Auswertung der Kategorien ‘*Birth Justice – Wissen*’ (K1.1-K1.6) und ‘*Reproductive Justice*’ (K2)

Die deduktive Hauptkategorie ‘*Birth Justice – Wissen*’ wurde mittels Leitfaden in fünf deduktive Subkategorien unterteilt. Durch die Arbeit am Material wurde eine weitere,

¹¹ Darstellung des vollständigen Kategoriensystems s. Anhang A ab Seite V.

sechste Subkategorie induktiv entwickelt. Da die Hauptkategorien *'Birth Justice – Wissen'* (K1) und *'Reproductive Justice'* (K2) in engem Zusammenhang stehen, werden diese zusammen ausgewertet. Befunde der Kategorie *'Reproductive Justice'* (K2) fließen dabei in die folgenden Ausführungen ein, ohne dies nochmals gesondert kenntlich zu machen, da die kodierten Sequenzen lediglich einen geringen Umfang ausmachen und nur punktuell die Befunde der Subkategorien K1.1-K1.6 erweitern.

Außerdem erfolgt in Kapitel 5.1.3 eine gemeinsame Auswertung der Subkategorien 'zum Begriff' (K1.2), 'deutscher Kontext' (K1.4) und 'Vorreiter' (K1.5), da diese eng zusammenhängen. Gleiches gilt für die gemeinsame Analyse der Subkategorie 'Wandel des subjektiven Verständnisses' (K1.6) mit den zwei Subkategorien 'eigener Aktivismus' (K5.1) und 'Motivation/Gründe' (K5.2) der Hauptkategorie 'Aktivismus' (K5) in Kapitel 5.1.4.

5.1.1 Subkategorie 'subjektives Verständnis' (K1.1)

Die Analyse der Subkategorie K.1.1, subjektives Verständnis, zeigt ein recht heterogenes Spektrum des Verständnisses von *Birth Justice* bzw. Geburtsgerechtigkeit, wie es aufgrund der Zusammenstellung des spezifischen Samples zu erwarten war.

Die Mehrheit der Befragten (n=5) charakterisieren *Birth Justice* zwar anhand einer intersektional orientierten Analyse von Ungerechtigkeiten rund um die Geburt, jedoch verfügen lediglich die Hälfte der Befragten (n=3) über ein dezidiertes Wissen des Rahmenkonzeptes von *Reproductive Justice*. Diejenigen Befragten (n=3), deren subjektives Verständnis von *Birth Justice* sowohl durch einen intersektionalen Zugang als auch durch einen *Social Justice* Ansatz geprägt ist, rekonstruieren *Birth Justice* in diesem Sinne:

„Ja, also da muss ich jetzt gleich mal sagen, dass das jetzt ein Begriff ist, der mir nicht so oft begegnet und ich den auf jeden Fall im Kontext von Reproduktiver Gerechtigkeit oder *Reproductive Justice* verstehe. Und (...) darunter verstehe ich die Forderung, dass es ein Recht gibt auf eine selbstbestimmte Geburt und dass Geburten oder der Zugang zu Informationen, Ressourcen und freier Entscheidung eben eine Gerechtigkeitsfrage ist und das sozusagen soziale Gerechtigkeit immer zusammen gedacht werden muss mit Fragen, die sich um Geburt, aber auch natürlich alles, was vor und nach der Geburt passiert, also ich würde das sozusagen weiter fassen, Schwangerenversorgung, Geburt und Wochenbett betreffend, dass das immer auch eine Frage von sozialer Gerechtigkeit ist.“ (B4: 3)

Befragte mit einem solchen Verständnis eigneten sich im Kontext ihrer spezifischen Biographie Wissen über das Konzept und die Bewegung für *Reproductive Justice* an, und verorten *BJ* innerhalb dieses Rahmens. Lediglich eine befragte Person benennt explizit den

Entstehungskontext beider Konzepte innerhalb des US-amerikanischen Schwarzen Feminismus.

Ausnahmslos alle Befragten identifizieren das Menschenrecht auf eine selbstbestimmte Geburt als Basis einer gerechten geburtshilflichen Versorgung, aus der sich die Forderung nach einer subjektzentrierten Gesundheitsversorgung ableite. Diese sei dadurch gekennzeichnet, dass gebärende Personen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett jederzeit in der Position seien, auf Grundlage kontinuierlich bereitgestellter, evidenzbasierter Informationen, Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen. Eine entsprechende Versorgung fokussiere das kontinuierliche Einholen der Zustimmung der betreffenden Person vor jeglicher Maßnahme bzw. Intervention auf Basis eben jener evidenzbasierten, umfassenden Aufklärung. So heißt es beispielhaft in einem Interview:

„So the person in a birth justice context, the person who's giving birth would be seen as the expert in their care. So they would be the default. It would be, well, what is important to you? What are you looking for? What do you want out of this experience? And for every step of the way, throughout the pregnancy, throughout the birth, and even the postpartum experience, they would have what we call informed consent for the decisions that were made in their care. And that doesn't mean that everybody is going to want a low intervention birth experience. Some people might plan cesarean births, but if they did it in the context of informed consent, where they knew the benefits, to each option they knew the risks, they REALLY knew the risks to each option, they knew the options, the alternatives that were in place, they knew all of the things they could choose between, they knew they had time, they did not feel rushed, they were not coerced, they were not abused, and they were not manipulated into any decision. That is what birth justice would look like. It's actually quite simple. It's just listening to somebody and allowing them to take the lead and giving them all the information they need. That's really, that's really it. And then, they can birth in whatever context they feel the safest in.“ (B3: 18)

An diesem Zitat wird ferner die Bedeutungszuschreibung der Erfahrungsdimension peripartaler Gesundheitsversorgung deutlich sowie deren Zusammenhang mit subjektzentrierter Versorgung. Das Sample ist sich dahingehend einig, dass die Erfahrungen, die gebärende Personen im Rahmen der peripartalen Gesundheitsversorgung machen, für *BJ* essentiell sind. Eine subjektzentrierte Gesundheitsversorgung basierend auf dem Modell der informierten Zustimmung führe zu besseren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung rund um die Geburt. Somit wird auf die Relevanz der Erfahrung als Qualitätsmerkmal der peripartalen Gesundheitsversorgung verwiesen und den gängigen physischen maternalen* und fetalen Outcomes gleichgestellt: „...but I think it should also

be perhaps more valued the idea, that the experience is as equally as important as this...“ (B1: 33).

In einem Fall wird darauf hingewiesen, dass schlechte Erfahrungen zur Vermeidung von Situationen führen könnten, in denen Betroffene mit potentiell wiederholenden Erlebnissen rechnen müssten. Insofern habe die Qualität der Erfahrung einen Einfluss auf „die freie Entscheidung über Familienplanung“ (B4: 31). Außerdem artikulieren diejenigen Befragten, die ein dezidiert intersektional orientiertes Verständnis von Geburtsgerechtigkeit zum Ausdruck bringen (n=5), die Relevanz individuell verwobener Differenzkategorien in ihrem Einfluss auf spezifische Erfahrungen. Beide Befunde zusammengenommen verweisen auf eine implizite Kritik an einem Selbstbestimmungsverständnis, welches intersektionale Analysen ausblendet.

Darüber hinaus wird *Birth Justice* als Ziel konstruiert. Mit diesem Ziel vor Augen werde eine Gesellschaft angestrebt, in der alle schwangeren und gebärenden Personen, unabhängig von individuellen (zugeschriebenen) Differenzkategorien, über die Kapazität und die Ressourcen verfügen, um informierte Entscheidungen für sich und ihre Kinder zu treffen. Dies beinhaltet zwingend die Kritik an der Ökonomisierung der Geburtshilfe. Ein Gesundheitssystem im Sinne von *Birth Justice* ermögliche eine peripartale Versorgung und Begleitung, welche die spezifischen Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnisse schwangerer und gebärender Personen berücksichtigt:

„And so, it is for these people to have the capacity to be supported in a dignified way by various layers of support of care, and for them to feel safe in their own experience and their own definition of what safety means.“ (B2: 11)

Weitere Aspekte, die unter einer intersektionalen Perspektive auf Geburtsgerechtigkeit identifiziert werden konnten, waren Rassismus, Queerfeindlichkeit und Heterosexismus. Da diese im Kontext der Analyse anderer Kategorien näher betrachtet werden, bleibt es einstweilen bei einer bloßen Benennung.

5.1.2 Subkategorie ‘relevante Differenzkategorien’ (K1.3)

Im Diskurs um eine intersektional orientierte Perspektive auf Ungerechtigkeiten rund um die Geburt nennen die Befragten eine Reihe vielfältiger Differenzkategorien, die ihrem Verständnis nach zu spezifischer Vulnerabilität führen. Allen voran werden von Rassismus betroffene Personen genannt, wie z.B. Schwarze und Personen of Color, Personen mit Migrationsgeschichte, Personen mit Fluchterfahrung, kulturalisierte und rassifizierte

Personen deutscher Staatsangehörigkeit sowie nicht-deutschsprechende Personen. Insbesondere Menschen mit Fluchterfahrung und Sprachbarrieren wird ein erschwerter Zugang zum Gesundheitswesen attestiert.

An der Häufigkeit der Benennung gemessen folgen queere Menschen, denen als spezifische marginalisierte Gruppe Betroffenheit von Diskriminierung im Gesundheitswesen zugesprochen wird. Insbesondere werden trans*, inter* und nicht-binäre Personen benannt. Mehrmals wird in diesem Kontext auch auf Menschen verwiesen, die in Familienkonstellationen abseits der heteronormativen Kleinfamilie leben, wie z.B. Alleinerziehende oder Familienmodelle mit mehr als zwei Elternteilen.

Des Weiteren wird Diskriminierung aufgrund einer Behinderung, chronischer Krankheit, der Religion sowie des Alters benannt. Kämen mehrere Diskriminierungsmerkmale zusammen, führe dies zu besonders hoher Vulnerabilität. Mehrmals wird außerdem darauf hingewiesen, dass eine Benennung vulnerabler Personen(gruppen) nicht als Rangliste zu verstehen sei. Betroffen seien alle Menschen, die aufgrund struktureller Benachteiligung einen schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen allgemein und zu qualitativer, subjektzentrierter Versorgung im Speziellen haben:

„Ich finde es eigentlich schwer da so Unterschiede zu machen zwischen Gruppen, die irgendwie keinen guten Zugang zu Ressourcen haben. Also ich glaube, alle Menschen, die aufgrund struktureller Benachteiligung generell zum Gesundheitssystem einen schlechten Zugang haben und denen auch das soziale Kapital fehlt, um zum Beispiel gegenüber Ärzt*innen oder medizinischen Personal bestimmend aufzutreten und ernstgenommen zu werden...Und ich würde aber noch mal herausgreifen sozusagen, besonders betroffen sind, glaube ich, schon auch Menschen, die zum Beispiel nicht deutsch sprechen oder schlecht deutsch sprechen, die noch mal vulnerabler sind in so einer Situation, wo sie sozusagen darauf angewiesen sind, dass sie sich verständigen können oder sie verstehen was passiert gleich und dass sie sagen können, das und das brauche ich. Also, das würde ich schon noch mal sagen, ist eine besonders vulnerable Position eben, so Menschen, die sozusagen aufgrund einer Form von Behinderung noch mal eine andere Versorgung benötigen und die vielleicht nicht einfordern können oder die Ressourcen dafür nicht da sind, genau.“ (B4: 17)

5.1.3 Subkategorien ‘zum Begriff’ (K1.2), ‘deutscher Kontext’ (K1.4) und ‘Vorreiter’ (K1.5)

Die auf englisch befragten Personen verknüpfen den Begriff *Birth Justice* ausnahmslos sowohl mit einem intersektional orientierten Verständnis des Konzeptes als auch mit einem *Social Justice* Ansatz. Lediglich eine weitere, auf deutsch befragte Person, kann sich dieses

Begriffsverständnis aufgrund ihrer dezidierten Kenntnis der Bewegung für *Reproductive Justice* ableiten. Der Begriff *Birth Justice* sei ihr zwar im Kontext der US-amerikanischen *Black Maternity Crisis*¹² begegnet, im deutschsprachigen Raum jedoch noch nicht. Sie begründet diese Leerstelle in Deutschland mit der bisherigen geringen Rezeption des Konzeptes der Reproduktiven Gerechtigkeit. In Deutschland werde auch in entsprechenden aktivistischen Netzwerken eher der Begriff 'selbstbestimmte Geburt' verwendet. Insgesamt sei das Thema Geburt im deutschsprachigen Diskurs um reproduktive Gerechtigkeit als randständiges Thema zu beurteilen, welches jedoch auch durch den zunehmenden gesellschaftlichen Diskurs um obstetrische Gewalt an Bedeutung gewinne.

Einige Expert*innen attestieren im europäischen Kontext ein fehlendes Verständnis der systemischen Dimension spezifischer gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse wie z.B. Rassismus. Das Bewusstsein für Rassismus als systemisches Problem sei aufgrund des charakteristischen historischen Kontextes in den USA stärker als in Deutschland ausgeprägt. Spezifische historische und gesellschaftliche Entwicklungen führten zur spezifischen Manifestierung von Ungerechtigkeiten. So sei in den USA das Thema Rassismus der Hauptfokus sowie der Ursprung der Bewegung für *Reproductive Justice*. Der bestimmte historische Kontext in den USA, verbunden mit einem charakteristischen Gesundheitssystem führe zur stärkeren Sichtbarkeit von Rassismus und dessen Auswirkungen im Kontext der peripartalen Gesundheitsversorgung. In Deutschland hätten wir zwar ähnliche, jedoch bestimmte, vom US-amerikanischen Kontext zu differenzierende, strukturelle Probleme. Im Unterschied zu den USA, wo die Folgen von reproduktiver Ungerechtigkeit viel offensichtlicher seien, bringe das charakteristische deutsche Gesundheitssystem weniger sichtbare Barrieren und Ungerechtigkeiten hervor.

Der Entstehungskontext des Konzeptes von *BJ* sei zwar wichtig, Gerechtigkeit rund um die Geburt jedoch ein universelles menschliches Bedürfnis. Aktivismus in diesem Kontext sei damit eine globale Notwendigkeit. Insbesondere Deutschland sei als ressourcenreiches Land des globalen Nordens in der ethischen Pflicht, die Bewegung für *Birth Justice* zu unterstützen und voranzubringen. Bisher stehe dieses Engagement aus.

Die Benennung von Vorreiter*innen für *Birth Justice* ist in den Interviews eng verknüpft mit dem jeweiligen subjektiven Verständnis des Phänomens. So wurden zahlreiche regionale sowie international agierende Akteur*innen und Interessensvertretungen im Kontext menschenrechtbasierter Geburtshilfe benannt, wie z.B. Human Rights in Childbirth, das

¹² Die Begriff der *Black Maternity Crisis* wird in den USA für die eklatant hohen Mortalitäts- und Morbiditätsraten Schwarzer Gebärender* sowie der hohen Säuglingssterblichkeit und Frühgeburtenrate unter der Schwarzen Bevölkerung im Vergleich mit der *weißen* Bevölkerung genutzt.

Observatorium für geburtshilfliche Gewalt - OVO Chile, Mother Hood e.V. in Deutschland und entsprechende Elterninitiativen in anderen europäischen Staaten (z.B. RODA in Kroatien, Emma Association in Ungarn und El Parto es Nuestro in Spanien). Auch (internationale) Anwält*innen, Journalist*innen, Wissenschaftler*innen sowie Forschungsprojekte, die im Kontext obstetrischer Gewalt agieren, werden teils namentlich benannt.

Befragte mit einem intersektional orientierten Verständnis von Gerechtigkeit rund um die Geburt assoziieren in diesem Kontext auch Bewegungen gegen Sexismus und Rassismus, wie die *Me Too* und die *Black Lives Matter* Bewegungen. Sie befinden insgesamt eine große Lücke im intersektional orientierten, diskriminierungssensiblen Aktivismus rund um die Geburt, welche bisher ausschließlich von kleinen Vereinen, Kollektiven, Empowerment- und Selbsthilfeinitiativen sowie durch Einzelpersonen in Politik, Wissenschaft und peripartaler Gesundheitsversorgung gefüllt werde. So werden im Kontext der Gesundheitsversorgung vor allem diskriminierungssensibel und intersektional orientierte, praktizierende Hebammen* wie zwei queerfeministische Hebammen*kollektive sowie entsprechend agierende Doulas* benannt. Darüberhinaus wird dem im deutschen Kontext wichtigen Verein Mother Hood e.V. ein bislang fehlender intersektionaler Ansatz und mangelndes Diversitätsbewusstsein zugeschrieben.

5.1.4 Subkategorien ‘Wandel des subjektiven Verständnis’ (K1.6), ‘eigener Aktivismus’ (K5.1) und ‘Motivation/Gründe’ (K5.2)

Das subjektive Verständnis von *Birth Justice* bzw. Geburtsgerechtigkeit der Befragten ist selbstverständlich nicht festgeschrieben, sondern fluide und erfährt durch subjektive Erfahrungen und deren Reflexion eine kontinuierliche Evaluation und Adaption. So berichten z.B. zwei in der peripartalen Versorgung tätige Befragte, dass sie zu Beginn ihrer praktischen Tätigkeit der Auffassung waren, dass eine interventionsarme Geburt eine “gute Geburt” sei. Durch die Erfahrungen in der peripartalen Versorgung erkannten sie die Relevanz einer subjektzentrierten Begleitung und Versorgung. So berichtet eine befragte Person:

„I think at the beginning I was so excited about the beauty of the low intervention birth experiences that I saw / that I felt a little bit into the quicksand of believing that a low intervention birth was sort of the best for all people. And it took me, maybe my first like five or ten births before I was like, ,Oh no, there isn't, there literally isn't one birth that is the best. There is not one care model that is the best‘. People want different care models, but it's about

asking them and drawing them out, what is it that you want out of your birth experience? What makes you feel safe? So that's something I've developed over time, like a much deeper awareness of.“ (B3: 26)

Insbesondere durch eine kritische Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Autonomie, angeregt durch das Lernen zu *Reproductive Justice*, wurde die interviewte Person der Bedeutung historischer und soziokultureller Dimensionen und deren Einfluss' auf die reproduktive Selbstbestimmung gewahr. Ähnliches berichtet eine Person, die darüber hinaus die Relevanz sexueller Bildung hervorhebt, um Menschen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken. Eine weitere Person verweist auf die Bedeutung politischer und feministischer Bildung, die ihr in Kombination mit den Erfahrungen in der peripartalen Versorgung die Relevanz von Versorgungsmodellen wie *Shared Decision Making* und *Informed Choice* und deren Einfluss auf die Selbstwirksamkeit verdeutlicht habe.

Die in der peripartalen Versorgung tätigen Expert*innen begreifen ihre ausgeübte praktische Tätigkeit als Aktivismus. Sie konstruieren sich als Fürsprecher*innen der Gebärenden*, die fokussiert auf eine subjektzentrierte, gewaltfreie peripartale Versorgung einen nachhaltigen Effekt auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der begleiteten Familien ausüben. Die bezeugte Allgegenwärtigkeit gewaltvoller peripartaler Versorgung führe zur Notwendigkeit, sich aktiv für eine menschenrechtsorientierte, gewaltfreie Versorgung und Begleitung rund um die Geburt einzusetzen.

Aber auch die zwei Expert*innen, die nicht in der gesundheitlichen Versorgung von schwangeren und gebärenden Personen tätig sind, werden durch persönliche Erfahrungen zum Aktivismus motiviert. Eine Person berichtet durch die Konfrontation mit Erfahrungen obstetrischer Gewalt zum Aktivismus motiviert worden zu sein. Die Diskrepanz zwischen der eigenen, als selbstbestimmt wahrgenommenen, positiven Geburtserfahrung und zahlreichen Berichten obstetrischer Gewalterfahrungen Anderer, führte zu einem Bewusstsein für eine Ungerechtigkeit, die es zu beheben gälte.

Ein*e Expert*in für reproduktive Gerechtigkeit zeichnet die Entwicklung des eigenen Verständnisses hin zu einer intersektional orientierten Sichtweise nach. Zunächst habe die Person sich aktiv in feministischen Bewegungen, insbesondere zum Thema Schwangerschaftsabbruch, engagiert. Durch Dialog und Erfahrungsaustausch subjektiver Lebensrealitäten erweiterte sich das Verständnis:

„Und in dieser Arbeit damit habe ich dann gerade durch Gruppen, die eher von Rassismus betroffen sind auch gecheckt, okay, es ist für Leute wiederum, die gerne schwanger werden wollen, aber auch eine sehr, sehr häufige Erfahrung, dass ihnen das abgesprochen wird, dass

das in Ordnung ist. Also gerade Menschen, die geflüchtet sind oder denen bestimmte Herkunft zugeschrieben wird, dass [...] denen eher versucht wurde auszureden, überhaupt schwanger zu werden. Und da habe ich dann verstanden, okay, das geht beides nicht und das muss man auch zusammendenken, diese Erfahrungen müssen irgendwie im selben Atemzug eigentlich genannt werden, so, ja.“ (B4: 29)

5.2 Auswertung der Kategorie ‘Gewalt’ (K3.1-K3.5)

Um die vielfältigen Aussagen zu Ungerechtigkeiten rund um die Geburt im Hinblick auf die zugrunde liegenden Forschungsfragen inhaltlich zu strukturieren, wurden drei deduktive Subkategorien entwickelt, die sich an Jungs Analyse zur Mehrdimensionalität obstetrischer Gewalt orientieren (Jung 2022; vgl. Kapitel 3.1). Zwar treten die differenzierten Ebenen von Gewalt häufig alle gleichzeitig in einer konkreten Situation in Erscheinung, dennoch eignet sich dieses Modell, um Aussagen zu verschiedenen Gewaltformen und Analyseebenen zu strukturieren sowie Zusammenhänge und Wirkweisen aufzuzeigen. Die Subkategorien K3.1, personale Gewalt, und K3.2, strukturelle/institutionelle Gewalt, bilden dabei den Hauptfokus des gegenwärtigen Diskurses um das Phänomen obstetrischer Gewalt im deutschsprachigen Raum ab. Beide Kategorien werden im folgenden Kapitel 5.4.1 gemeinsam ausgewertet. Die Subkategorie K3.3, intersektionale Gewalt / gesellschaftliche Ungleichheit / Diskriminierung, erweitert den Diskurs um eine intersektionale Perspektive und wird daher gesondert in Kapitel 5.4.2 analysiert. Abschließend erfolgt die Auswertung der Subkategorie K3.4, Ursache / Wirkung, in der Kausalitäten im Kontext obstetrischer Gewalt im Zentrum stehen.

5.2.1 Subkategorien ‘personale Gewalt’ (K3.1) und ‘strukturelle/institutionelle Gewalt’ (K3.2)

Die deduktiven Kategorien K3.1 und K3.2 wurden vergeben, wenn Aspekte personaler, struktureller und/oder institutioneller Gewalt benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Unter personaler Gewalt werden nach Jung verschiedene Formen gewaltsamer Interaktionen zwischen Menschen verstanden, wie physische, psychische und sexualisierte Gewalt, die sowohl intendiert als auch nicht-beabsichtigt sein können (Jung 2022:22). Institutionelle Gewalt beinhaltet dauerhafte personale Abhängigkeits- und Unterordnungsverhältnisse z.B. in beruflichen Hierarchien. Diese Dimension der Gewalt wird durch die Struktur, die Routinen und Handlungslogiken von Institutionen hervorgebracht. Aus dieser spezifischen "Ordnung der Dinge" entsteht mehr oder weniger

subtiler Zwang (ebd.). Unter struktureller Gewalt wird Gewalt verstanden, die aus den systemischen Strukturen entsteht und individuell nicht mehr zurechenbar ist, z.B. nichtgegebene Wahlfreiheit aufgrund fehlender Infrastruktur oder die Vernachlässigung gebärender Personen aufgrund von Personalmangel (ebd.).

Insbesondere im Datenmaterial derjenigen Befragten, die in der gesundheitlichen Versorgung tätig sind, finden sich Sequenzen, die nicht nur verschiedene Formen von Gewalt und Ungerechtigkeit benennen, sondern diese darüber hinaus durch beispielhafte Schilderungen erlebter Situationen illustrieren. So finden sich in den Interviews Aussagen zu allen Formen von Gewalt nach der Typologie von Bohren et al. (2015; vgl. Kapitel 3.3), die hier zusätzlich herangezogen wird, um die Strukturierung der kodierten Sequenzen zu erleichtern.

Unter physischer Gewalt verstehen die Befragten alle nichtkonsensuellen Handlungen an schwangeren und gebärenden Personen, also Maßnahmen wie bestimmte Interventionen und Untersuchungen, die ohne informierte Einwilligung oder sogar explizit gegen den Willen der betreffenden Person durchgeführt werden. Die in der Versorgung tätigen Befragten betonen ihre Zeug*innenschaft zahlreicher Ereignisse im Laufe der Ausübung ihrer praktischen Tätigkeit in der geburtshilflichen Versorgung und in einem Fall eine persönliche Betroffenheit. In diesem Kontext wird in einem Interview von *Birth Rape*¹³ als höchste Eskalationsstufe obstetrischer Gewalt gesprochen. Dies macht deutlich, dass körperliche Gewalterfahrungen rund um die Geburt auch als sexualisierte Gewalt erlebt und wahrgenommen werden können:

„Like a passive bystander in situations of abuse and trauma? Because birth, unjust birth can escalate to the point of what is called birth rape, and which I've absolutely experienced. For example, nonconsensual violent cutting of somebody's genitals, which is called Dammschnitt or episiotomy, that's something that you need to require. You need to access informed consent for, and I have seen providers do that without informed consent and against people's wishes while they were screaming ,no‘, and asking for them not to do it.“ (B3: 24)

Die Befragten nennen zahlreiche Beispiele psychischer obstetrischer Gewalt. Neben dem Anschreien durch das Gesundheitspersonal werden insbesondere Drohungen, Erniedrigungen und angstmachendes Verhalten der Fachkräfte anstelle umfassender Aufklärung aufgeführt.

¹³ Obgleich im Englischen der Begriff *Birth Rape* schon länger genutzt wird, ist im Deutschen die Verwendung des Begriffs Vergewaltigung im Kontext obstetrischer Gewalt höchst umstritten.

Im Kontext des Nichteinhaltens professioneller Versorgungsstandards sowie einer schlechten Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und den betreuten schwangeren und gebärenden Personen wird z.B. das Vorenthalten informierter Zustimmung und die Nichtbeachtung und Vernachlässigung während der Geburt genannt. Durch eine fehlende umfassende Aufklärung, welche auch die möglichen Folgen, Risiken und Nebenwirkungen spezifischer Maßnahmen umfassen müsse, werde die Möglichkeit einer informierten Zustimmung vorenthalten. Dies sei unethisches Verhalten, welches der betreffenden Person ihre Autonomie und somit ihr Recht auf Selbstbestimmung nähme. Folgendes Zitat verdeutlicht die Gleichzeitigkeit von Drohung bzw. angstmachenden Verhaltens und das Vorenthalten informierter Zustimmung durch fehlende umfassende Aufklärung:

„I also had this one client who was so scared, she was 40 weeks pregnant and she went and they said, ‚We are scheduling you for an induction because if we do not, your baby can die.‘ And then this is all that they said, this is all they said. And she called me and she was so upset and she was so scared her baby was going to die. Okay. Like let us calm down. And you know, what are the chances? What is the increased risk between 40 weeks and 41 weeks of the baby being still born? It is like actually quite a small increase, of course you can say there is more risk. There is more risk. That is true, but how much more risk is something different.“ (B1: 53)

Verhalten wie dieses, führe bei den Betroffenen zur Wahrnehmung, dass Fachkräfte ihnen das (kognitive) Verstehen einer umfassenden Aufklärung nicht zutrauen würden. Die Missachtung der Selbstbestimmung bzw. der Autonomieverlust aufgrund paternalistischer Verhaltensweisen zeige sich darüber hinaus in der ungefragten Bewertung individueller Entscheidungen durch das Fachpersonal z.B. für eine außerklinische Geburt oder eine spezifische Geburtsklinik. Dies führe zur Wahrnehmung einer Bevormundung. Insbesondere Gynäkolog*innen hätten in diesem Kontext eine erhebliche Wirkmächtigkeit:

„Wenn der oder die Gynäkolog*in mit der Hausgeburt oder der außerklinischen Geburt oder mit der Wahl der Klinik nicht einverstanden ist, dass da massiv beeinflusst wird, auf eine Art und Weise, die eben nicht gerecht ist und nicht informed choice ist, und dass auch ganz offensichtlich sprachliche Figuren genutzt werden wie ‚wir wollen doch kein behindertes Kind‘, die also in mehrfacher Hinsicht einfach total übergriffig sind.“ (B5: 25)

Im Kontext struktureller und institutioneller Gewalt wird der Einfluss struktureller Rahmenbedingungen und institutioneller Ordnungen auf Prozesse der informierten Entscheidung und Zustimmung thematisiert, allen voran die nicht garantierte 1:1 Betreuung während der Geburt. Der gegenwärtige Personalmangel in der geburtshilflichen Versorgung führe zu einem ungünstigen Versorgungsschlüssel. So hätten vielerorts Hebammen nicht

selten drei Gebärende gleichzeitig zu betreuen. Dies wirke als Barriere eine informierte Zustimmung zu ermöglichen, insbesondere wenn zusätzlich Sprachbarrieren und/oder Barrieren aufgrund kultureller oder anderer zwischenmenschlicher Differenzen vorlägen. In diesen Fällen sei ein verstärkter Fokus der Beziehungsarbeit zwischen gebärender Person und dem betreuenden Fachpersonal notwendig, was eine zeitintensivere Betreuung notwendig mache.

Die klinische geburtshilfliche Versorgung sei geprägt durch übermedikalisierte, nicht evidenzbasierte und veraltete Praktiken sowie durch interne institutionelle Ordnungen und Regularien, die nicht subjektzentriert seien, denen das Personal jedoch Folge zu leisten hätte. Zwei Befragte identifizieren die Angst vor Schadensersatzklagen als Hauptursache institutioneller Gewalt in Form enger Regularien, welche die Selbstbestimmung der Gebärenden* einschränkten. Diese Angst führe zu einer defensiven geburtshilflichen Versorgung, die den Fokus auf eine Klagevermeidung lege anstelle die Autonomie und Selbstwirksamkeit der gebärenden Person in den Mittelpunkt zu stellen. Dies könne in Gewalt, insbesondere gegenüber vulnerablen Personen münden. Um die Selbstbestimmung der Gebärenden* zu fokussieren und respektvolle Begleitung zu gewährleisten, müsse das geburtshilfliche Fachpersonal teilweise interne, institutionelle Regularien brechen. Den Schwerpunkt einer Klagevermeidung im Kontext der peripartalen Gesundheitsversorgung machen die Expert*innen darüber hinaus auch im Rahmen der Ausbildung bzw. des Studiums des geburtshilflichen Fachpersonals aus. In der außerklinischen peripartalen Versorgung werde zwar die Autonomie schwangerer/gebärender Personen deutlich mehr in den Mittelpunkt gestellt, dennoch sei auch diese nicht frei von Gewalt und würde durch rigide Regularien bestimmt, die eine autonome Berufsausübung der Hebammen* erschweren.

Insbesondere die Ökonomisierung der Geburtshilfe wird in diesem Zusammenhang als ursächlich für strukturelle und institutionelle Gewalt ausgemacht. Die Zentralisierung der Geburtshilfe verschärfe die Versorgungslage. Viele kleinere Kliniken müssten ihre geburtshilflichen Abteilungen schließen, die Anfahrtswege würden immer weiter und eine flächendeckende Grundversorgung sei damit nicht gegeben. Hebammen*, die als das zentrale geburtshilfliche Fachpersonal konstruiert werden, seien nicht nur betroffen von der enormen Medikalisierung der Geburtshilfe sondern auch von astronomisch steigenden Versicherungskosten sowie der Unterfinanzierung ihrer Leistungen. Zwar würden viele Hebammen* eine außerklinische Tätigkeit präferieren, diese sei jedoch finanziell nicht rentabel, insbesondere wenn eine Familie ernährt werden müsse. So würden Hebammen* entweder in die klinische geburtshilfliche Versorgung gedrängt, in der sie sich extrem

rigiden Hierarchien und Versorgungsnormen unterordnen müssten, auf die sie sehr wenig Einfluss hätten. Oder sie gäben die Geburtshilfe auf und beschränkten sich auf außerklinische Leistungen während der Schwangerschaft, dem Wochenbett und der frühen Elternschaft. Eine autonome Berufsausübung im klinischen Setting sei kaum möglich. Viele Hebammen* seien erschöpft und Burn Out gefährdet. Institutionelle Gewalt begleite die meisten Hebammen* seit ihrer Ausbildung bzw. seit dem Beginn des Studiums. Die Expert*innen beklagen ein starkes Hierarchiegefälle zwischen Ärzt*innenschaft, Hebammen* und Auszubildenden/Studierenden. Dieses bringe die Studierenden/Auszubildenden in ein Abhängigkeitsverhältnis, innerhalb dessen es nahezu unmöglich sei, sich gegen Machtverhältnisse und Ungerechtigkeiten auszusprechen. Dies führe bei vielen Lernenden zum Gefühl der Hilflosigkeit durch die eigene Position auf der untersten Ebene im Hierarchiegefüge. Studierende und Auszubildende erführen eine berufliche Sozialisation in ein gewaltvolles System, in dem Hebammen* Gewalt sowohl ausüben als auch erfahren würden. Viele sähen sich selbst als Mittäter*innen oder zumindest als Zeug*innen:

„Und was ja auch noch hinzukommt, ist, dass alle Hebammen, die praktizieren, im System gelernt haben. Das heißt, die haben das nicht vorgelebt bekommen. Und Lernen am Modell ist einfach mit das wirkmächtigste Lernen, was es überhaupt gibt. [...] Ah, und zudem sind die Hebammen ja entweder direkt oder indirekt auch von dieser (unv.) Geburtshilfe betroffen, weil sie entweder zuschauen oder selber Täterinnen, wenn man in diesen Täter-Opf/ Ich halte eigentlich nichts von diesen Täter-Opfer-Kategorien, weil das viel zu kurz greift. Aber viele sehen sich ja dann selber auch als Mittäterinnen oder zumindest als Zeuginnen.“ (B5: 21)

Die institutionellen Machtverhältnisse verhinderten damit ein Aufbegehren bzw. eine Thematisierung unterdrückender Strukturen und Verhaltensweisen von Seiten der hierarchisch niedrigstehenden Personen innerhalb des geburtshilflichen Systems.

Sowohl der Prozess der Zentralisierung der Geburtshilfe als auch der voranschreitende Hebammen*mangel führten dazu, dass das Recht auf die freie Wahl des Geburtsortes nicht flächendeckend gewährleistet sei. Zusätzlich läge eine ökonomische Ungerechtigkeit darin, dass sich Menschen mit einem höheren SES bestimmte geburtshilfliche Leistungen erkaufen könnten. Ökonomische Gründe werden auch zur Erklärung der Dominanz des gegenwärtig hegemonialen biomedizinischen Versorgungsmodells herangezogen.

Die hegemoniale biomedizinische Geburtskultur führe dazu, dass die meisten Gebärenden* die Klinik als Geburtsort wählten, da sie meinten, dort evidenzbasierte Geburtsbegleitung zu erfahren. Sie würden davon ausgehen, dass geburtshilfliche Einrichtungen ihre

Sorgfaltspflicht erfüllen und durch kontinuierliche Weiterbildung und Implementierung evidenzbasierter Versorgungsmodelle nur Vorschläge und Maßnahmen im Sinne maternaler* und fetaler Gesundheit anraten und durchführen würden. Diesen Prozess beschreibt ein*e Expert*in als systemisches *gaslighting*¹⁴:

„So if you consider how dominant that cultural medical model is, it is absolutely the go-to, but it, for the most part, is not evidence-based. So people are going to a place where they believe they're going to receive evidence-based care, they make assumptions based on the messaging that's given them about the experience of obtaining common birth care, and they assume that every provider is doing their due diligence and keeping up with research, and that everything that's being suggested is being suggested because it gives them a higher chance of having a healthy outcome for both themselves and their babies. But unfortunately, again, what's panning out in fact is that, that isn't true for people. And so that in and of itself, already just as a baseline, is unjust. It's sort of like a massive systemic gas lighting that people are getting in their healthcare relevant to birth.“ (B3: 9)

Als aktuelles Beispiel für institutionelle Gewalt führen einige Expert*innen die in vielen Kliniken weiterhin geltenden restriktiven Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen zur Geburt auf. Im Zuge der COVID-19-Pandemie beschränkten die Kliniken in der Regel den Zugang zu den geburtshilflichen Abteilungen auf eine bestimmte, kontinuierliche Begleitperson oder schlossen Begleitpersonen sogar gänzlich aus. Die Diskrepanz zwischen willkürlich erscheinenden, anhaltenden Einschränkungen von Grund- und Patient*innenrechten in der klinischen Geburtshilfe und den gegenwärtig verfügbaren Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung des Infektionsgeschehens wird z.B. folgendermaßen eingeordnet:

„If you're birthing at (Klinikname) your partner waits on a folding chair in the hallway, ten meters away from you, while you're laboring in the next room. And they bring the partner in basically when the baby is crowning. And at (Klinikname) it's the same. Even at (Klinikname), the separation for you and the birth partner is much, much longer than is necessary, and much longer than it makes sense, because you're going to bring the birth partner in anyway. And because the birth partner and the person giving birth are absolutely sharing most of their germs. So it's just with the amount of testing that's available right now, and with the fact that, the context is that sports stadiums are filled, it is unjust that people cannot birth with their partner and or their doula, and or their second Begleitperson if they

¹⁴ Cohen Shabot setzt sich mit obstetrischer Gewalt als testimonialer Ungerechtigkeit auseinander und beschreibt *gaslighting* als eine Form von testimonialer Ungerechtigkeit. Dabei wird Betroffenen nicht nur nicht geglaubt, sondern sie werden dazu gebracht, an ihrem eigenen Wissen zu zweifeln und Unsicherheit dahingehend zu entwickeln, ob sie eine bestimmte Erfahrung wirklich gemacht haben oder ob sie sich alles nur eingebildet haben. (Cohen Shabot 2021)

want to bring their grandma, if they want to bring the other kid, whoever, they should have the right to be accompanied by the people that they want to be accompanied by. The excuse that hospitals are giving right now is to reduce the COVID exposure risk for staff members, but at this point we're all boosted, we're ‚drei mal geimpft‘, we're all wearing FFP2 masks, and we can all bring in negative tests from that day. So the likelihood of transmission if we are wearing masks, if we are boosted and if we are negative, is actually so small that you can see that this is just another way that hospitals are used to exerting their power, and they're very comfortable doing.“ (B3: 34)

Die anhaltenden Beschränkungen auf eine kontinuierliche Begleitperson während der Geburt führe dazu, dass Gebärende unter Umständen wählen müssten, zwischen einer Person, die als gute Unterstützung für den Geburtsprozess eingeschätzt wird oder dem bzw. einem anderen Elternteil. Die Beschränkungen seien willkürlich, was sich an der Vielzahl unterschiedlicher Regularien in verschiedenen Kliniken zeige. Gebärende sollten das Recht auf Geburtsbegleitung haben, was nicht nur die Wahl einer spezifischen Person betrifft, sondern auch die Entscheidung über die Anzahl der gewünschten Begleitpersonen.

5.2.2 Subkategorie ‘intersektionale Gewalt / gesellschaftliche Ungleichheit / Diskriminierung’ (K3.3)

Die deduktive Kategorie K3.3, intersektionale Gewalt / gesellschaftliche Ungleichheit / Diskriminierung wurde angewendet, wenn Aspekte von Gewalt und Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse thematisiert wurden. Dies betrifft z.B. Aussagen zu (Hetero-)Sexismus, Rassismus, Klassismus und Ableismus im Kontext der Geburt sowie intersektionale Analyseaspekte (Jung 2022: 22). Demenstprechende Sequenzen finden sich v.a. im Datenmaterial derjenigen Expert*innen (n=5), die *Birth Justice* bzw. Geburtsgerechtigkeit mittels einer intersektionalen Perspektive auf Gewalt und Ungleichheiten rund um die Geburt konzipieren. Dieses Kapitel beschränkt sich demnach auf diese fünf Interviews.

Unter Ungerechtigkeiten verstehen die Befragten verschiedene Formen von Gewalt und Benachteiligung, die innerhalb des Gesundheitswesens existierten und durch die einige Frauen und gebärende Personen einem höheren Risiko ausgesetzt seien, schlechte Gesundheitsergebnisse zu erlangen und negative Erfahrungen zu machen. Intersektionalität habe nicht nur Einfluss darauf, inwiefern den schwangeren und gebärenden Personen die Möglichkeit einer informierten Zustimmung gegeben werde, sondern beeinflusse generell

den Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und erhöhe das Risiko obstetrische Gewalt zu erfahren. Letzteres verdeutlicht folgende Aussage:

„[...] anderes Beispiel, eine OP-Schwester kommt und sagt zu der Hebamme, ‚Ach weißt du, also das mit diesem, wie ihr das macht, mit den vaginalen Untersuchungen, das ist ja wirklich interessant, aber wie geht, also, wie macht ihr denn das und so?‘ Da sagt die Hebamme zu ihr, ‚Ja, willst du mal machen? Dann gehst du in Saal 1, die spricht kein Deutsch, kannst du einfach mal machen.‘“ (B6: 7)

Im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit verweist ein*e Expert*in auf eine WHO-Studie zu maternalen* Ungleichheiten von Migrant*innen im westlichen Europa, die zeigten, dass Migrant*innen einem doppelt so hohen Risiko ausgesetzt seien, aufgrund maternaler* Ursachen im Zusammenhang mit der Geburt zu versterben. Die WHO schlussfolgerte, dass dies mit der Qualität der Versorgung in Verbindung zu stehen scheine. Außerdem hätten 65% der schwangeren Asylbewerber*innen keinen Zugang zur Schwangerenvorsorge und viele Migrant*innen wüssten nicht, wie sie sich im Gesundheitswesen zurechtfinden könnten und/oder verfügten nicht über ausreichendes Wissen über ihre Rechte auf Leistungen der Gesundheitsversorgung. Derartige Probleme fänden jedoch in Europa bislang keine Anerkennung. Stattdessen beherrsche die Individualisierung struktureller Probleme den Diskurs um peripartale Ungleichheiten. Individuell zu verantwortendes Gesundheitsverhalten würde weitgehend als Ursache ausgemacht:

„I actually went once to a midwifery conference. It was about midwifery in Europe on Covid. And I went once and I listened, and then they had this questions at the end. And I said, [...] ‚How are you responding to health inequities in Europe, especially now that they should be more advanced because of Covid?‘ Just, nobody knew like what to say. Like nobody had an answer. It was clear that no one had really thought about it before. And eventually/ it was kind of awkward. It was just like this awkward silence. And then eventually somebody said, ‚Oh well, we do not really see health inequities is like a problem.‘ And I said, ‚But according to this research, there is double the risk of dying.‘ So, this should be something that we are all talking about, right. And then they get kind of awkward again, and they are like, ‚Well, if there is inequities, then it is probably because of the lifestyle factors of the woman.‘ And I was like, ‚Okay. Well, that is not true.‘ (B1: 78)

Intersektionalität wirke als Barriere zum Zugang zu qualitativer Gesundheitsversorgung, insbesondere wenn Sprachbarrieren oder Barrieren aufgrund kultureller Unterschiede vorlägen. Ungerechtigkeit zeige sich z.B. in einem unzureichenden Angebot individuell zugeschnittener Leistungen sowohl in der gesundheitlichen Versorgung als auch in der Sozialberatung, insbesondere für Menschen, die sich (noch) nicht mit dem deutschen Gesundheitswesen und den rechtlichen Rahmenbedingungen auskennen.

Die Expert*innen verstehen Diskriminierung als allgegenwärtiges, systemisches Phänomen in der peripartalen Gesundheitsversorgung. Geringschätzung und diskriminierendes Verhalten des Fachpersonals werden v.a. auf internalisierten Rassismus, (Hetero)Sexismus und Klassismus zurückgeführt:

„Also, ich will damit sagen, es gibt diese großen und schlimmen Ungerechtigkeitsachen, die so schreien und die so ganz furchtbar sind, aber es gibt auch ganz viel dieses Unterschwellige, so eine Geringschätzung, die das Personal, glaube ich, einfach in sich trägt und Alltagsrassismus vor allem aber auch Alltagssexismus, also Queerfeindlichkeit [...]“
(B6: 8)

Das spezifische deutsche System der peripartalen Gesundheitsversorgung führe dazu, dass insbesondere Personen of Color, Migrant*innen und queere Menschen exkludiert würden. Dies zeige sich u.a. in fehlender Sichtbarkeit von Diversität beispielsweise auf Webseiten und Informationsbroschüren im Kontext von Schwangerschaft und Geburt.

Die Bedürfnisse und Stimmen der von intersektionaler Diskriminierung Betroffenen, würden nicht ernst genug genommen und ihre Denkweise gelte als weniger valide. Ein*e Expert*in äußert die Annahme, dass das Fachpersonal eher gewillt sei, Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse zu nehmen, wenn betreffende Personen diese mit erfahrener Traumatisierung begründeten. Spezifische Bedürfnisse aus kulturellen oder religiösen Gründen fänden weniger Akzeptanz und Rücksicht und würden eher übergangen.

Für Personen of Color und/oder Menschen mit niedrigem SES sei es eher stigmatisierend Kinder zu haben. Der Kinderschutz sei ein Thema, welches Menschen, die nicht *weiß* sind und/oder zur Mittelschicht gehören schon während der Schwangerschaft und darüber hinaus ständig begleite. So fänden z.B. willkürliche Drogentests ohne Zustimmung statt und es herrsche eine Kontrollmentalität in Bezug auf die Pflege der Säuglinge, die offenbare, dass Aussagen nicht ernst genommen würden bzw. deren Wahrheitsgehalt hinterfragt werde:

„And for black people and especially people of low economic, socioeconomic status, people who don't have access to as much money, it's been very stigmatized to have children when you are not white and when you are not middle-class or wealthy. And that's also where things like, what's it called? Like child protective services come in, CPS. Child protective services is not something that I've witnessed do good for children. It's something that, [...], it is a threat that hangs over them throughout the whole pregnancy. I've known plenty of people of color to have their urine tested for drugs without their consent. So nobody told them that that was going to happen, and then they would just be drug tested randomly. There are/ I accompanied a family who, just everything they said wasn't trusted in a medical context. So for example, they were nursing their child and they said, ‚Oh yeah, the nursing is going well‘.

They told this to the doctor that the nursing is going well, ‚My baby has had like a couple poos today‘, and the provider went in the trash and dug through it and found the diapers and open them up to see if there was really poop in there. It's always this mentality of just police mentality, policing the parenting experiences of black and Latin X, and also indigenous or non native speakers. I mean, especially if you're looking at undocumented people, then it's even worse. So for a lot of people of color, what they've been fighting for is the right to have children.“ (B3: 30)

Rassismus

Die meisten kodierten Sequenzen der Kategorie K3.3 finden sich unter dem Schlagwort Rassismus. Die Expert*innen bemängeln ein fehlendes gesellschaftliches Bewusstsein für die systemische Dimension von Rassismus und berichten von zahlreichen Fällen rassistischen Verhaltens im Kontext der Geburtshilfe. Fachpersonal tätige rassistische Aussagen, was insbesondere von Studierenden und Auszubildenden regelmäßig berichtet werde. Häufig handele es sich um unreflektierten, unintendierten Alltagsrassismus, wie folgendes Beispiel zeigt:

„And I mean, we have heard of like a lot of instances of like just casual racism, even being said to people who are in labor, like giving birth. Like, ‚Oh, this is hard. This is like a hard birth for you because you are Brazilian. Oh, Brazilians always have a hard time with birth.‘“ (B1: 47)

Eine befragte Person berichtet von einem deutschen Kreißsaal, in dem die These von spezifischen Schwarzen CTGs¹⁵ verbreitet werde. Cardiotokographische Befunde von Schwarzen Gebärenden* zeigten häufiger mindestens suspektes, wenn nicht gar pathologische Merkmale, die aufgrund des mutmaßlich häufigeren Auftretens länger toleriert würden als bei *weißen* Gebärenden*.

Außerdem würden die Schmerzschreie rassifizierter/kulturalisierter Gebärender* anders wahrgenommen als von *weißen* Gebärenden*. Rassistische Denkmuster bestimmten demnach auch, inwiefern eine Person in ihrer Schmerzerfahrung ernst genommen werde. Ein*e Expert*in of Color beschreibt ausführlich die Erfahrung, trotz Privilegien wie einem hohen Bildungsabschluss und Kenntnis mehrerer Sprachen, immer wieder Rassismus in der Geburtshilfe ausgesetzt zu sein. Ein qualitativer Unterschied in der Betreuung sei deutlich

¹⁵ Die Abkürzung CTG steht für Cardiotokogramm bzw. Cardiotokographie und bezeichnet ein Verfahren zur gleichzeitigen Registrierung und Aufzeichnung der fetalen Herzfrequenz und der Wehentätigkeit der schwangeren/gebärenden Person. Der Befund lässt Rückschlüsse über den gesundheitlichen Zustand des Fetus ziehen.

wahrnehmbar. Familien of Color würden weniger respektvoll betreut und es käme häufiger zur frühzeitigen Entscheidung zum Kaiserschnitt.

Als ein ursächlicher Faktor wird die fehlende Diversität des Fachpersonals benannt. Rassismus und Xenophobie seien auch ein Problem hinsichtlich der Studienplatzvergabe, so dass Personen of Color einen erschwerten Zugang zum Hebammen*- bzw. Medizinstudium hätten. Rassistische Strukturen im Gesundheitswesen und der Wissenschaft führten dazu, dass *weiße* mitteleuropäische Neugeborene als Norm gälten. Körperliche Unterschiede aufgrund der Herkunft würden ignoriert. So sei z.B. das durchschnittliche Geburtsgewicht in Asien oder Südamerika geringer als das in Mitteleuropa. Dies werde jedoch meist nicht beachtet, selbst wenn Hinweise an das Personal erfolgen würden.

Queerfeindlichkeit

Neben Rassismus wird insbesondere Queerfeindlichkeit explizit von den Expert*innen hervorgehoben und anhand von Beispielen erläutert. Da alle Prozesse rund um die Geburt eines Kindes stark vergeschlechtlicht würden, seien insbesondere TIN*Personen von struktureller Diskriminierung betroffen. Aufgrund internalisierten Heterosexismus' werde gesellschaftlich davon ausgegangen, dass eine Person, die gebäre, eine Frau sei und in einer heterosexuellen Kleinfamilienkonstellation lebe. Selbst feministisch orientiertes Fachpersonal verträte eher differenzfeministische Sichtweisen und reproduziere damit Diskriminierung von TIN*Personen:

„And I've absolutely had transphobic experiences with people who straight up told me that they don't understand why I would identify as non binary and do this work. People who basically, completely professionally disconnected from me when I came out as non-binary, because they feel like birth is a women's issue and that only women can be talking about birth or giving birth or doing activism around birth.“ (B3: 28)

5.2.3 Subkategorie 'Ursache / Wirkung' (K3.4)

Die induktive Subkategorie K3.4, Ursache / Wirkung, wurde für kausale Aussagen über Ungleichheiten, Diskriminierung und Gewalt rund um die Geburt verwendet. Auf Kausalitäten wird zwar punktuell im Rahmen der Auswertung der Kategorien K3.1-K3.3 bereits hingewiesen, die folgende Analyse ermöglicht jedoch ein tieferes Verständnis der komplexen Zusammenhänge von Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten rund um die Geburt. Dieses Kapitel kommt damit auch einem Zwischenfazit gleich.

Die Analyse zeigt, dass alle Befragten eine Sichtweise von Gewalt rund um die Geburt vertreten, welche die Wahrnehmung und Wirkung konkreter Interaktionssituationen von und auf schwangere/gebärende Personen in den Blickpunkt nimmt. Allen Befragten ist gemein, dass sie Gewalt und Ungerechtigkeiten rund um die Geburt als globales Problem und gesellschaftliche Machtverhältnisse als Ursache sehen, jedoch variiert der individuelle Grad an Bewusstsein und Reflexion struktureller, gesellschaftlicher und intersektionaler Zusammenhänge.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die peripartale Versorgungspraxis in Deutschland wider wissenschaftlicher Evidenzen geprägt sei von fehlender Subjektzentriertheit, Respektlosigkeit und Gewalt, Übermedikalisierung und veralteten Praktiken. Schwangere und gebärende Personen seien rund um die Geburt Gewalt ausgesetzt, die mitunter bis hin zu schweren Traumatisierungen mit langfristigen Folgen für die (psychische) Gesundheit führen könnten. Ein fehlender Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung und Befähigung zur informierten Entscheidung und Zustimmung habe Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Gewalt und Ungerechtigkeit im Kontext der Geburt betreffe damit alle Menschen, denn wenn eine gebärende Person Erfahrungen rund um die Geburt mache, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtige, könne dies langfristige Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Bindung haben. Gewalt nehme der Geburt ihr implizites Potential für individuelles Wachstum. Betroffene hätten einen teils jahrelangen Heilungsweg vor sich. Vulnerable und marginalisierte Gruppen seien verstärkt systemischer Gewalt und diskriminierenden Verhaltenweisen ausgesetzt.

Die aufgrund der Ökonomisierung der Geburtshilfe ohnehin ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen wirkten sich auf mehrfachzugehörige Personen besonders eklatant aus. Diese bräuchten in der Regel eine besonders intensive, beziehungsorientierte 1:1-Betreuung. In der Realität führten strukturelle und intersektionale Gewalt jedoch dazu, dass die Betreuung nicht qualitativ hochwertig ausfalle, sondern betroffene Personen sogar einem höheren Risiko ausgesetzt seien, Gewalterfahrungen zu machen. Implizite Vorurteile wirkten sich auf die Art und Weise der gesundheitlichen Versorgung aus und hätten beispielsweise Einfluss darauf, welche Interventionen und Maßnahmen (nicht) empfohlen werden.

Die Erfahrung obstetrischer Gewalt könne als Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung in einer Folgeschwangerschaft wirken und z.B. in eine Entscheidung zur Alleingeburt auch bei vorhanden Risikofaktoren münden oder sich im Meiden bestimmter Gesundheitsleistungen oder geburtshilflicher Einrichtungen zeigen.

Als ursächlich für systemische Gewalt rund um die Geburt werden gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse ausgemacht:

„Now, when you make that intersectional and you add the layer of gender, you have to consider that in a patriarchal society, which the two places (unv.) are the US and Germany, and both of them are absolutely patriarchal societies. I mean, it's just the history, it's the colonizer history that they're built on, you have to consider that something that affects primarily women and then also trans and non-binary people, like birth, is going to be subject to many more systemic pressures, more unjust behaviors, both on an individual level and a systemic level, because of misogyny and how misogynistic and patriarchal bias plays into care and plays into the medical model, which also the medical model is extremely hierarchical. So even if you just look at the hierarchical model and then you compare that to how patriarchy operates, you can see the resonances and that patriarchy marries itself very well and integrates very well with the medical model. So this can come down even just to the research itself, and the biases in research.“ (B3: 9)

Rigide Hierarchien in geburtshilflichen Institutionen prägten auch Studierende und Auszubildende. Sie erführen eine berufliche Sozialisation in ein gewaltvolles System, die zur Internalisierung und Normalisierung von Gewalt führe, wenn eine entsprechende Reflexion ausbleibe. Das Hebammen*studium werde immer evidenzbasierter und menschenrechtsorientierter. Der Transfer in die Praxis sei jedoch unfassbar langsam. Die Diskrepanz zwischen einer evidenzbasierten, menschenrechtsorientierten Berufsethik und der institutionellen Praxis verstärke die Versorgungslücke. (Werdendes) Fachpersonal setze insbesondere folgende zwei Vermeidungsstrategien ein: entweder es passe sich an das System an oder es gebe die klinische Geburtshilfe auf. Dies betrifft auch eine*n befragte*n Expert*in: „Das ist der Grund, warum ich da nicht arbeite, also ein Grund, warum ich da nicht arbeite, also warum ich nicht mehr im Klinik Setting arbeite“ (B6: 8).

Internalisierte gesellschaftliche Machtverhältnisse führten zur unreflektierten Reproduktion gewaltvollen Verhaltens. Betroffene Personen nähmen dies häufig als bevormundendes und übergriffiges Verhalten wahr. Mangelnde Diskriminierungssensibilität des Fachpersonals wirke jedoch nicht nur als Zugangsbarriere zur Gesundheitsversorgung und Sozialberatung insbesondere für vulnerable Gruppen, sondern auch als Barriere zum aktivistischen Engagement im Themenfeld: „A lot of people are left out of the justice movements, for sure“ (B3: 28).

Im Gesundheitswesen gebe es bislang kein ausreichendes Bewusstsein für den Einfluss gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. Dies zeige sich im sog. *Blaming*,

etwa wenn individuelles Verhalten spezifischer sozialer Gruppen für gesundheitliche Ungleichheiten verantwortlich gemacht werde.

5.3 Auswertung der Kategorie ‘Implikationen für *Birth Justice*’ (K7.1-K7.6)

Die deduktive Hauptkategorie K7, ‘Implikationen für *Birth Justice*’ wurde vergeben, wenn notwendige Veränderungen im Hinblick auf die Verwirklichung von *BJ* explizit benannt oder konkrete Vorschläge für Maßnahmen gemacht werden. Außerdem wurden im Rahmen der Feincodierung Implikationen für *BJ* aus den codierten Sequenzen der Hauptkategorien ‘Aktivismus’ (K5) und ‘Interessenskonflikte’ (K6) interpretativ abgeleitet und in die Kategorie K7 integriert. Anschließend wurden aus den codierten Sequenzen induktive Subkategorien entwickelt.

Insgesamt werden sechs Bereiche identifiziert, in denen Bedarfe für notwendige Veränderungen ausgemacht sowie Vorschläge für konkrete Maßnahmen gegeben werden. Diese Bereiche stellen die induktiven Subkategorien ‘Versorgungspraxis’ (K7.1), ‘Politik’ (K7.2), ‘Studium/Fortbildung’ (K7.3), ‘Sexuelle Bildung und Beratung’ (K7.4), ‘institutioneller Aktivismus’ (K7.5) und ‘Forschung’ (K7.6) dar. Diese werden in den folgenden Abschnitten ausgewertet. Kritisch muss jedoch vorangestellt werden, dass die sechs Bereiche mitnichten streng voneinander abgegrenzt werden können. So werden beispielsweise im Bereich ‘Politik’ notwendige Veränderungen ausgemacht, für die sich selbstverständlich auch ein ‘institutioneller Aktivismus’ einsetzen sollte. Vielmehr beinhaltet der Bereich ‘institutioneller Aktivismus’ subjektive Einschätzungen der Expert*innen zu bestimmten aktivistischen Gruppen und Initiativen, aus denen spezifische Empfehlungen abgeleitet werden, die sich zwar explizit an aktivistische Gruppen richten, in einer weiteren Perspektive jedoch alle Menschen adressiert, die sich für reproduktive Gerechtigkeit, ob ehrenamtlich oder professionell, einsetzen.

5.3.1 Subkategorie ‘Versorgungspraxis’ (K7.1)

Neben den Aussagen zu notwendigen Veränderungen im Kontext der peripartalen Gesundheitsversorgung der Kategorie K7, wurden Implikationen für die peripartale Versorgungspraxis auch aus den codierten Sequenzen der Hauptkategorie ‘peripartale Gesundheitsversorgung’ (K4) interpretativ abgeleitet und in die Subkategorie K7.1 integriert.

Im Rahmen der Auswertung können im Kontext der peripartalen Versorgungspraxis vier Themenfelder identifiziert werden, in denen Veränderungen dringend notwendig seien, um Ungleichheiten und Gewalt abzubauen. Diese lauten: 1. Subjektzentriertheit, 2. Hierarchieabbau und Multiprofessionalität, 3. Diversität und Diskriminierungssensibilität und 4. Fehlerkultur.

Subjektzentriertheit

Wie bereits in Kapitel 5.3.1 dargelegt, wird die Notwendigkeit einer subjektzentrierten peripartalen Gesundheitsversorgung aus einer menschenrechtsbasierten Grundhaltung und einer dementsprechenden Perspektive auf die Prozesse rund um die Geburt abgeleitet. Um eine subjektzentrierte Versorgung zu gewährleisten, müsse die Selbstbestimmung des schwangeren Individuums ins Zentrum gestellt werden. Die gesundheitliche Versorgung solle bedürfnisorientiert und gewaltfrei erfolgen, d.h. sie solle auf die individuellen Bedürfnisse der Schwangeren* zugeschnitten sein. Dies beinhaltet eine dementsprechende Kommunikation und Beratung ohne normativen Druck:

„[...] , dass jede Frau die Geburt (..) haben können muss, die für sie passend ist (unv.). Wenn das der Wunschkaiserschnitt in Woche 36 ist, ich stecke da nicht drin. Ich kenn ihre Motive nicht. Und ich finde es auch anmaßend, dass die sich dafür rechtfertigen muss. Es mag sein, dass die nicht gut beraten gewesen ist und deshalb diese (unv.). Das kann man dann behutsam eben (...) erlauschen, durch das Zuhören. Aber es muss möglich sein. Wir sagen nicht, Hausgeburten für alle. Genauso wie wir auch nicht sagen, PDA für alle oder für keinen oder für sonst irgendwas. Sondern das muss für DIESE eine Frau passen, und wer sind wir, zu urteilen, ob das eine gute oder schlechte Entscheidung ist. (...) Niemals.“ (B5: 71)

In diesem Sinne wird Fachpersonal, welches eine subjektzentrierte Versorgung als handlungsweisend fokussiert, als Fürsprecher*innen ihrer Klient*innen konstruiert. Eine subjektzentrierte Versorgung setze auf vollumfängliche, evidenzbasierte und neutrale Aufklärung und Beratung auf Augenhöhe und zentriere die auf Konsent und Respekt basierende Beziehungsarbeit zwischen dem Fachpersonal und den Klient*innen. Die Entscheidungsgewalt liege dabei immer bei der schwangeren/gebärenden Person. Eine entsprechende Kommunikation sei durch respektvolles, aktives Zuhören sowie die Anerkennung individueller Lebensrealitäten geprägt. Dies beinhaltet den Verzicht auf eine Bewertung individueller Entscheidungen, wenn nicht explizit danach gefragt werde.

Eine subjektzentrierte peripartale Gesundheitsversorgung fokussiere Selbstbestimmung und fördere Selbstwirksamkeit. Daher fordern die Expert*innen die Anerkennung der individuellen Erfahrung bzw. die Zufriedenheit mit der peripartalen Versorgung und

Begleitung als valides Qualitätsmerkmal. Eine kontinuierliche, ganzheitliche Begleitung wird als Voraussetzung gesehen, um eine subjektzentrierte Begleitung auf der Basis informierter Entscheidungsfindung zu gewährleisten.

Folgendes Zitat veranschaulicht treffend den Unterschied zwischen Versorgungsmodellen basierend auf einer paternalistischen Einstellung im Gegensatz zu Versorgungsmodellen, welche eine informierte, selbstbestimmte Entscheidungsfindung zentrieren:

„Ich bin überzeugt davon, dass es bei Entscheidungen nicht darauf ankommt, was entschieden wird, sondern wie etwas entschieden wird. [...] Also, das Kind nimmt schlecht zu und ich will, dass die jetzt dann pumpt nach jedem Stillen und zufüttert, weil das Kind das braucht und die Milchbildung das auch braucht, Klar kann ich der in einer Viertelstunde eine Ansage machen, also, ‚Pass auf, das Procedere ist jetzt folgendes, zack, zack, zack, mach dir eine Liste, hol dein Rezept, hol die Pumpe, mach dies, das, alles, ich komme übermorgen, bis dahin muss das und das passiert sein.‘ Das kann ich so machen, aber dann habe ich die ja nicht im Boot, sondern das hat nichts mit Selbstbestimmung für die Familie zu tun. Ich kann das gleiche, das dauert halt länger, in einer halben Stunde mit denen besprechen, ich kann denen sagen, ‚Also, ich würde empfehlen, das könnte so laufen, wie geht's dir damit? Was denkst du dazu?‘ Dann höre ich mir das an und das dauert wirklich länger, womit wir wieder bei Bezahlung wären, aber nach einer halben Stunde haben wir vielleicht genau das Gleiche entschieden, nicht? Die gehen ihr Rezept holen, die holen die Pumpe, die machen es, genau die selben Sachen, wie was ich vorher durchbestellt habe, nur habe ich es nicht durchbestellt, sondern die haben es mitentschieden und das macht/ fördert deren Gefühl von Selbstbestimmung und ist ja auch deren Selbstbestimmung. Und das macht, dass es eine gute Entscheidung für die ist. Wenn ich die Entscheidung treffe und einfach sage, ‚Okay, so und so‘ und der Witz ist, am Ende kommt vielleicht haargenau das Gleiche bei raus. Es hat länger gedauert, aber es macht den anderen auch die bessere Erfahrung. Und das ist glaube ich der Punkt.“ (B6: 32)

Aus einer intersektionalen Perspektive machen die Expert*innen einige Vorschläge, um eine subjektzentrierte peripartale Gesundheitsversorgung für diverses Klientel zu fördern. Fachpersonal wird u.a. dazu aufgefordert, internalisierte Misogynie zu überwinden und sich mit gesellschaftlichen Machtverhältnissen auseinanderzusetzen. Das Lernen zu traumasensibler peripartaler Begleitung sei in diesem Kontext unerlässlich. Insbesondere die Bedeutung von Peer-Beratung und Begleitung wird hervorgehoben. So fordern mehrere Befragte in diesem Sinne die Ermöglichung mehrerer Begleitpersonen während der Geburt, um individuellen Bedürfnissen adäquat begegnen zu können. Außerdem wird die Notwendigkeit mehrspachiger Beratungs- und Versorgungsmöglichkeiten betont. Unter

Diversitätsaspekten wird ferner die Pluralisierung peripartaler Bildungs- und Beratungsangebote gefordert:

„Ja. So, I would say there would be programs of varied perspectives. Because right now, when you go to a Geburtsvorbereitungskurs, it is really mainstream let us say. [...] So, then in my ideal community kind of centered practice, there would be not just one Geburtsvorbereitungskurs [...] I am just promoting options that are based on informed care. And I do not think that Germany has that.“ (B2: 55)

Multiprofessionalität und Hierarchieabbau

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit aller in der peripartalen Begleitung involvierten Personen sowie der Abbau des historisch gewachsenen Hierarchieverständnisses, insbesondere zwischen den Fachbereichen Gynäkologie/Geburtshilfe und Hebammenwesen, werden als zweites Themenfeld im Kontext notwendiger Veränderungen der peripartalen Gesundheitsversorgung identifiziert.

Alle in der peripartalen gesundheitlichen Versorgung, Beratung und Begleitung involvierten Berufsgruppen sollten gemeinsam im Dienst der Frauen und gebärenden Personen zusammenarbeiten, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Diesbezüglich werden bessere Vernetzung und multidisziplinäre Kollaborationen insbesondere zwischen Professionen der medizinischen Fachberufe und jenen mit Schwerpunkt der psychosozialen Beratung und Begleitung empfohlen. Eine fach- und berufsübergreifende Kooperation sei geprägt von Dialog und Empathie für und zwischen den Professionen. Eine dementsprechende Kommunikationskultur zeichne sich durch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung aus. Verständnis für verschiedene Sichtweisen, die auf unterschiedlichen professionell begründeten Ansätzen beruhen, könne z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen, Reflexionen und Supervisionen unterstützt werden.

Aus intersektionaler Perspektive wird die Bedeutung von Peer-Beratung und Unterstützung hervorgehoben. Diese sei insbesondere für vulnerable, marginalisierte Personen von Relevanz. Daher sollten v.a. Doulas* als nichtmedizinische, evidenzbasierte, beratende und begleitende Fachpersonen im Sinne der Peer-Beratung in das System der peripartalen Gesundheitsversorgung integriert werden.

Rigide, historisch gewachsenene Hierarchien, insbesondere zwischen Medizin und Hebammenwesen seien hinderlich für eine wertschätzende, kooperative Zusammenarbeit der Professionen und reproduzierten institutionelle Gewalt. Innerhalb der beteiligten Professionen seien insbesondere die werdenden Hebammen* im Rahmen der praktischen

klinischen Ausbildung betroffen. Hierarchieabbau, Überwindung von Interessenskonflikten und wertschätzende, kooperative Zusammenarbeit wird vor allem zwischen Ärzt*innenschaft, Hebammen* und Doulas* gefordert. Darüber hinaus wird, wie bereits dargelegt, der Abbau hierarchischer Strukturen zwischen Fachpersonal und Klient*innen im Sinne einer subjektzentrierten Beratung und Begleitung gefordert.

Diversität und Diskriminierungssensibilität

Um eine subjektzentrierte peripartale Begleitung umzusetzen, sei aus einer intersektionalen Perspektive mehr Diversität in der Medizin und im Hebammenwesen unerlässlich. Die Befragten fordern diverseres Fachpersonal und heterogene Versorgungsteams:

„[...] I think [...] kind of some solution to like working better with diverse people is to have like diverse midwives. Like that can, ja, help to change the face of midwifery in Germany a little bit to make it something that is more inclusive and that reflects actually the reality of like the type of people that live in Germany also.” (B1: 23)

In diesem Kontext sei eine entsprechende Quote z.B. bei der Studienplatzvergabe anzudenken.

Eine befragte Person hebt die Notwendigkeit eines möglichst diskriminierungsarmen Raumes für einen physiologischen Geburtsprozess hervor und moniert eine fehlende diskriminierungssensible Haltung bzw. ein fehlendes Bewusstsein für diskriminierende Strukturen:

„Das wäre voll gut, wenn das [der Kreißaal] mal ein Raum wäre, wo die ihre alltägliche Angst vor Diskriminierung / auch bisschen merken, dass sie die da nicht haben müssen [...] Also, Gebären hat ja auch was mit Loslassen zu tun und sich einlassen auf den Geburtsprozess. Wie soll ich das machen an einem Ort, an dem ich Angst haben muss, dass jede Person, die reinkommt, mich diskriminiert, etwas Diskriminierendes, Abwertendes sagt. Wie soll das gehen?“ (B6: 10)

Die Bedeutung von Gerechtigkeit wird als fluides Konzept charakterisiert, welches eine ständige diskriminierungssensible Reflexion der eigenen Haltung erfordere. Eine Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, historisch gewachsenen Machtstrukturen führe zu Diskriminierungssensibilität und Privilegienreflexion und damit zu mehr Empathie und Wertschätzung für individuelle Lebensrealitäten.

Darüber hinaus wird auf die fehlende Repräsentation z.B. von Schwangeren*/Familien of Color und queeren Personen in Informationsmaterialien zu Schwangerschaft und Geburt hingewiesen. Eine diskriminierungssensible Haltung führe zu verstärkter Repräsentation

vulnerabler Personen(gruppen), indem beispielsweise ausliegendes Material und Webseiten gezielt diskriminierungssensibel und inklusiv angepasst werde.

Fehlerkultur

Außerdem sei eine angemessene Fehlerkultur notwendig, um Ungleichheiten und Gewalt rund um die Geburt abzubauen: „And when people make mistakes, which is going to happen a lot in this revolution, they would apologize in a meaningful way and then make a commitment to do better in the future“ (B3: 20). Eine diskriminierungssensible Haltung und ein Bewusstsein für die systemische Dimension obstetrischer Gewalt, führe zu Verantwortungsübernahme und Kritikfähigkeit. In diesem Zusammenhang wird eine selbstkritische Reflexion der beruflichen Sozialisation empfohlen.

5.3.2 Subkategorie ‘Politik’ (K7.2)

Innerhalb der Subkategorie K7.2, ‘Politik’, konnten drei Themenbereiche identifiziert werden. Zum einen wurden notwendige Veränderungen in der Rechtsprechung gefordert, zum anderen wird die Verbesserung struktureller Rahmenbedingungen verlangt. Darüber hinaus werden Aussagen zur Sichtbarmachung und Anerkennung existierender gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse auf politischer und gesellschaftlicher Ebene gemacht, die notwendig seien, um diese langfristig abzubauen.

Rechtsnormen

Ein*e Expert*in betont die Relevanz der Istanbul-Konvention und fordert deren Umsetzung auch im Bereich Geburtshilfe. In diesem Zusammenhang sei eine “vernünftige Rechtsprechung“ (B5: 57) gegen obstetrische Gewalt dringend geboten.

Eine weitere befragte Person verlangt reproduktive Rechte für jede*n, unabhängig von Ehestatus, sexueller Orientierung und Familienform sowie finanzielle Gleichstellung z.B. bei Inanspruchnahme assistierter Reproduktionstechniken.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Um Geburtsgerechtigkeit zu fördern seien politische Entscheidungsträger*innen gefordert, durch entsprechende Finanzierung und Schaffung struktureller Rahmenbedingungen eine kontinuierliche, subjektzentrierte und bedürfnisorientierte peripartale Begleitung zu ermöglichen. So müsse eine 1:1-Betreuung aller Menschen unter der Geburt sowie die freie

Wahl des Geburtsortes durch eine flächendeckende, barrierefreie und wohnortnahe Versorgung sowohl im klinischen Setting als auch im ambulanten und außerklinischen Bereich gewährleistet werden. In diesem Sinne müsste die Geburtshilfe aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen und eine bedarfsgerechte Vergütung eingeführt werden, die den hohen Vorhaltekosten gerecht wird.

Außerdem müsse der Hebammen*mangel bekämpft und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, welche die prekären Arbeitsbedingungen des Fachpersonals im Gesundheitswesen allgemein und von Hebammen* im Besonderen verbessern. Dazu werden Arbeitszeitreduktion, bessere Entlohnung und Unterstützungsangebote gefordert, um Überbelastung des Fachpersonals abzubauen. Hebammen* sollte autonomes Arbeiten ermöglicht werden. Dazu gehört auch eine Lösung der Haftpflichtproblematik, der insbesondere freiberuflich arbeitende Hebammen* mit Geburtshilfe ausgesetzt sind.

Folgendes Zitat verdeutlicht die Bedeutung einer Teilzeitbeschäftigung für die Qualität der peripartalen Versorgung:

„Aber auch da ist Zeit/ also sorry, aber so wie Gynäkolog*innen arbeiten in der Klinik ist ja absurd. Also bitte. Wer sich diese Dienste ausgedacht hat. Also (...) bei allem, wenn wir es ernst meinen, das braucht mehr Geld für diesen ganzen Sektor. Also, Ärzt*innen brauchen nicht mehr Geld, aber weniger Arbeitszeit und dadurch braucht es auch eine zweite, dritte/ und warum es überhaupt zulässig ist, dass Menschen in solchen Jobs 40 Stunden arbeiten, sondern Vollzeit da nicht einfach 30 Stunden sind oder so. Und es total Usus ist, Teilzeit zu arbeiten, damit man eben regeneriert, damit man fit genug ist, präsent genug sein kann, fokussiert genug sein kann, das kann man im sechsten Nachtdienst einfach nicht mehr. Das ist total Quatsch, das kann niemand im sechsten Nachtdienst. Genau, also da würde ich wirklich sagen, braucht es mehr Geld und mehr Personal“ (B6: 47)

In diesem Kontext werden auch bessere Rahmenbedingungen für die freiberufliche Hebammen*tätigkeit gefordert, damit auch im ambulanten und außerklinischen Bereich eine Teilzeittätigkeit ermöglicht werde.

Verbunden mit der Kritik an der Ökonomisierung der Geburtshilfe geht eine generelle Kapitalismuskritik mit der Forderung der Umverteilung von Vermögen zur Umsetzung von reproduktiver Gerechtigkeit einher. Insbesondere selbstorganisierte Peer-Projekte und kleinere Vereine sollten durch finanzielle Förderung gestärkt werden. Da marginalisierte Gruppen meist über wenige Ressourcen verfügten, sei finanzielle Unterstützung essentiell.

Gesellschaftsverhältnisse und Diskurse

Insgesamt müssten im öffentlichen und politischen Diskurs gesellschaftliche Ungleichheits- und Machtverhältnisse und deren Auswirkungen auf Prozesse rund um die Geburt stärker thematisiert werden. Es wird verlangt, die Existenz obstetrischer Gewalt und Rassismus im Gesundheitswesen auf politischer Ebene anzuerkennen und Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt und Diskriminierung rund um die Geburt einzuleiten. Dies könne u.a. durch die finanzielle Förderung von Forschungsprojekten und Nichtregierungsorganisationen wie community-zentrierten, selbstorganisierten Vereinen und Initiativen sowie durch die Partizipation vulnerabler Gruppen geschehen.

Darüber hinaus wird eine Enttabuisierung und Entprivatisierung reproduktiver Themen gefordert, die gesellschaftlich weiterhin größtenteils individualisiert werden würden und “deren politische Komponente nicht so richtig anerkannt wird” (B4: 19). Im Sinne reproduktiver Gerechtigkeit sei es in diesem Zusammenhang entscheidend, inwiefern es gelänge die Gesamtheit reproduktiver Themen zusammenzudenken:

„Und damit müsste man eigentlich jetzt anfangen, das direkt alles mit zu verhandeln und immer unter der Prämisse, dass die meisten Menschen, die schwanger werden können oder nicht die meisten, aber sehr viele werden sowohl mit Geburt als auch mit Schwangerschaftsabbruch irgendwie zu tun haben vielleicht in ihrem Leben. Also, dass das beides vorkommen kann, ist relativ wahrscheinlich und deswegen sollte auch die Politik dazu zusammengedacht werden, würde ich sagen, ja.“ (B4: 49)

5.3.3 Subkategorie ‘Studium / Fortbildung’ (K7.3)

Sämtliche Expert*innen betonen einen erheblichen Fortbildungsbedarf aller an der peripartalen Versorgung beteiligten Professionen. So werden z.B. interkulturelle Trainings, Kommunikations- und Antidiskriminierungstrainings und Fortbildungen zu obstetrischer Gewalt, traumasensibler Betreuung sowie geschlechtlicher und sexueller Vielfalt gefordert. Gesellschaftliche Machtverhältnisse wie (Hetero-)Sexismus und Rassismus und deren Einfluss und Auswirkungen auf die peripartale Versorgung müssten bereits im Studium thematisiert und folglich in entsprechenden Curricula verankert werden. Eine befragte Person thematisiert beispielsweise die Leerstelle einer diskriminierungssensiblen Auseinandersetzung mit geschlechtlicher Vielfalt im Rahmen der Hebammenausbildung:

„Ich habe in meiner Ausbildung nie etwas über Intergeschlechtlichkeit gehört, das kann einfach nicht wahr sein. [...] also jede trans*Person, die ein Kind bekommt, geht hier durch die Hände einer Hebamme*. Jedes intergeschlechtliche Kind, das bei der Geburt sichtbar

intergeschlechtlich ist, geht durch die Hände einer Hebamme*. Jede nicht konservativ/unkonventionelle Familie, die Kinder kriegen, gehen durch die Hände von Hebammen*. Es ist einfach/ Wir sind an allem dran, deswegen müssen alle Themen auch in unserer Ausbildung eine Rolle spielen. Und meine Ausbildung war wirklich weit davon entfernt, auch nur irgendwann mal über Möglichkeiten von Diskriminierung und wie wir damit umgehen zu sprechen.“ (B6: 25)

Folglich sollten Fortbildungen zum Thema Antidiskriminierung für das gesamte Fachpersonal verpflichtend eingeführt werden, um sich an verändernde gesellschaftliche Realitäten anzupassen. In diesen Zusammenhang werden außerdem regelmäßige Supervisionen, Fallbesprechungen und Selbstreflexion z.B. mittels Biographiearbeit vorgeschlagen.

5.3.4 Subkategorie ‘sexuelle Bildung und Beratung’ (K7.4)

Neben dem Fortbildungsbedarf für Fachpersonal wird die Bedeutung diskriminierungssensibler sexueller Bildung und Beratung hervorgehoben. Insbesondere im Kontext schwieriger struktureller Rahmenbedingungen der peripartalen Versorgung wird Bildung und Beratung zu Themen rund um die Geburt eine besondere Relevanz zugeschrieben. Doulas*, Hebammen* sowie Laktationsberater*innen werden vor diesem Hintergrund als Fachkräfte einer reproduktiven Bildung und Beratung konstruiert.

Eine intersektional orientierte Bildung und Beratung zu reproduktiven Themen wie z.B. zu verschiedenen peripartalen Versorgungsmöglichkeiten, solle möglichst bereits innerhalb institutioneller sexueller Bildung in KiTas und Schulen thematisiert werden. Ein*e Expert*in empfiehlt die Durchführung von Angeboten reproduktiver Bildung an Schulen durch Hebammen* und Doulas*. Entsprechende Angebote sollten intersektional orientiert und auf Selbstbestimmung und Konsent fokussiert sein und dazu z.B. auch gewaltfreie, bedürfnisorientierte Erziehung thematisieren.

Außerdem müsse die psychosoziale Beratungslandschaft ausgebaut und insgesamt intersektional orientierter und diskriminierungssensibler werden. Es brauche Räume und Netzwerke, in denen Menschen sich unabhängig vom Gesundheitssystem informieren und bilden könnten. Vor diesem Hintergrund komme der Peer-to-Peer-Beratung eine besondere Relevanz zu, wie folgendes Zitat über ein entsprechendes Projekt illustriert:

„Das ist ein Projekt der Frauenkreise [Stadt] und es ist auch, also so ein Projekt, wo Personen mit Flucht- oder Migrationserfahrung sozusagen ausgebildet werden zu Berater*innen für dann wiederum andere Personen mit Migrationserfahrung, die schwanger werden können,

um die zu begleiten zu so Terminen, ja, also zu Gynäkologieterminen, zur Geburt und so weiter, um sozusagen rassistischen Erfahrungen vorzubeugen oder auch um Sprachmittlung zu betreiben. Also die intervenieren in der Richtung, glaube ich in Richtung Birth Justice auch wenn sie diesen Begriff nicht verwenden, aber die setzen den, glaube ich, um so wie sie es können. Und das ist auch für mich, also bei allem, was ich bisher erlebt habe, das einzige Projekt, was sich wirklich so explizit auch von Personen mit Rassismuserfahrung für Personen mit Rassismuserfahrung im gynäkologischen Bereich aktiv einsetzt, genau. Die sind aber auch zum Beispiel total von Unterfinanzierung oder streichender Finanzierung bedroht, also so viel auch noch mal zu wie viel Ressourcen eigentlich solche Gruppen haben, nämlich nicht viele [...]“ (B4: 43)

5.3.5 Subkategorie ‘institutioneller Aktivismus’ (K7.5)

Intersektional orientierte Geburts-Aktivist*innen im deutschsprachigen Raum setzten einerseits auf Öffentlichkeitsarbeit, um Sichtbarkeit zu schaffen für Ungleichheiten und Gewalt rund um die Geburt und andererseits auf Maßnahmen zum Empowerment vulnerabler Personen.

Eine kontinuierliche diskriminierungssensible, kritische Reflexion der eigenen Haltung sei auch im Aktivismus unabdingbar. Die meisten aktivistischen Gruppen im Kontext Geburt würden allerdings als TIN*feindlich wahrgenommen. So wird die Elterninitiative Mother Hood e.V. zwar für ihr systemisches Verständnis obstetrischer Gewalt und vielfältiges Engagement für selbstbestimmte peripartale Versorgung gelobt, gleichzeitig wird ihr jedoch ein fehlender intersektionaler Ansatz attestiert.

Gruppen oder Initiativen, die sich der Bewegung für Reproduktive Gerechtigkeit zuordnen, seien kritisch gegenüber Organisationen mehrheitlich *weißer* Feminist*innen. So habe die Pro-Choice Bewegung aktiv u.a. die Stimmen von Schwarzen und Frauen* of Color unterdrückt, sei in Deutschland eng auf die rechtliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch fokussiert und vernachlässige die Thematisierung ökonomischer und sozialer Zugangsbarrieren.

Außerdem würden reproduktive Themen auch in aktivistischen Gruppen und Interessensvertretungen noch nicht ausreichend zusammengedacht wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Und es gab ja den Importstopp von Cytotec¹⁶ vor, keine Ahnung letztes Jahr, ich habe es jetzt vergessen, wann es war, und der wurde ja von [Verein X] gefordert und gefeiert. Und für [Verein Y] bedeutete das natürlich was ganz anderes, nämlich die Engpässe, was sozusagen die Verfügbarkeit von medikamentösen Abbruchmethoden angeht und da ist ein Vermittlungsversuch auf jeden Fall gescheitert zwischen diesen beiden Gruppen. Also die arbeiten in dem Sinne nicht solidarisch zusammen, weil sozusagen da doch die Interessenskonflikte irgendwie groß sind und es nicht zusammengedacht wird. Also das ist zu mindestens in diesem konkreten Fall nicht gelungen zu sagen, ja, wir finden es wichtig, dass wir kritisch über das Medikament Cytotec und dessen Anwendung sprechen und gleichzeitig finden wir aber, das sollte verfügbar sein für medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche. Also darum sehe ich zum Beispiel so eine Konfliktlinie, die auf jeden Fall kontraproduktiv für Reproduktive Gerechtigkeit ist, ja.“ (B4: 39)

Vor diesem Hintergrund werden Aktivist*innen im Bereich reproduktiver Gesundheit und Rechte zu Solidarität untereinander aufgerufen. Dazu sei eine intersektionale Perspektive auf sämtliche Themen im Kontext Reproduktion notwendig, um Allianzen zu schaffen, Kräfte zu mobilisieren und reproduktive Gerechtigkeit voranzubringen.

5.3.6 Subkategorie ‘Forschung’ (K7.6)

Neben der geforderten politischen Anerkennung der Existenz obstetrischer Gewalt und Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Machtverhältnisse im Gesundheitswesen, weisen die Expert*innen auf die Notwendigkeit einer ebensolchen Anerkennung durch die Wissenschaft hin. So sei entsprechende Forschung im deutschen Kontext und ihre Förderung unabdingbar, um Sichtbarkeit zu schaffen und politische Handlungsempfehlungen auszusprechen. In diesem Zusammenhang werden Studien zu (Diskriminierungs)Erfahrungen mit der peripartalen Gesundheitsversorgung vorgeschlagen sowie zu geburtshilflichen Themen, die z.B. für queere Personen wie trans*Schwangere von Bedeutung sind.

¹⁶ Cytotec ist der Markenname eines Medikamentes mit dem Wirkstoff Misoprostol, welches in Therapie und Prävention von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren verwendet wird, sowie im sog. off-label-use in Anwendungsgebieten der Gynäkologie/Geburtshilfe wie Geburtseinleitungen und medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen. Durch die vermehrte Meldung schwerer Nebenwirkungen bei schwangeren Personen und Neugeborenen nach unsachgemäßer Anwendung wurde der Import von Cytotec im April 2021 gestoppt.

6. Beantwortung der Forschungsfragen

Die in Kapitel 5 ausgeführten Ergebnisse werden nun zur Beantwortung der eingangs formulierten, erkenntnisleitenden Fragen herangezogen.

Inwiefern haben wir es in der deutschsprachigen Diskussion um *Birth Justice* mit einer nachholenden Entwicklung zu tun?

Bereits durch Literaturrecherche und theoretische Beschäftigung zu und mit den Konzepten *RJ* und *BJ*, sowie dem Phänomen obstetrischer Gewalt, wird ersichtlich, dass der deutschsprachige Diskurs um reproduktive Gerechtigkeit in seinen Anfängen steckt. Innerhalb dieses Diskurses ist das Thema Geburt bisher als randständig zu beurteilen. Das Konzept *Birth Justice* wird hierzulande (noch) kaum thematisiert. Dies spiegelt sich im Rahmen der empirischen Untersuchung in einem recht heterogenen Verständnis von *BJ* unter den befragten Expert*innen wider. Die Mehrheit charakterisiert *BJ* zwar anhand einer intersektional orientierten Analyse von Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten rund um die Geburt, jedoch verfügt nur die Hälfte der Befragten über ein differenziertes Wissen des Rahmenkonzeptes *RJ*. Dies zeigt sich neben der expliziten Benennung des Konzeptes an der Identifizierung dessen Hauptcharakteristika - erstens: einer intersektionalen Analyse reproduktiver Ungleichheits- und Unterdrückungsverhältnisse und zweitens: einem *Social Justice* Ansatz.

Der Begriff *Birth Justice* ist hierzulande weitgehend unbekannt. Aktivist*innen für reproduktive Gerechtigkeit nutzen eher den Begriff der selbstbestimmten Geburt, wie es auch im Aktivismus für eine menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung üblich ist. Die meisten Expert*innen monieren jedoch ein *weiß*-dominiertes Ringen um die selbstbestimmte Geburt, welches intersektionale Analysen nicht berücksichtigt und damit insbesondere Personen of Color, Migrant*innen, queere Personen, Menschen, die behindert werden sowie mehrfachzugehörige Personen exkludiert. Diese Lücke wird bisher ausschließlich von kleinen Vereinen, Kollektiven, Empowerment- und Selbsthilfeinitiativen sowie durch Einzelpersonen in Politik, Wissenschaft und peripartaler Gesundheitsversorgung gefüllt.

Inwiefern kann das Konzept *Birth Justice* neue Perspektiven auf Gewalt und Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen?

Das Expert*innenwissen zeigt ein differenziertes Verständnis des Phänomens obstetrischer Gewalt, das nicht nur den gegenwärtigen Diskurs im deutschsprachigen Raum widerspiegelt, sondern die menschenrechtsbasierte Debatte um eine gerechte, respektvolle Geburt durch eine intersektionale Perspektive erweitert.

Ein intersektional orientiertes Verständnis von Geburtsgerechtigkeit hebt die Relevanz individuell verwobener Differenzkategorien und deren Einfluss auf die spezifischen Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung rund um die Geburt hervor. *BJ* fokussiert damit kritisch die strukturell unterschiedlichen Zugänge diverser sozialer Gruppen zur peripartalen Gesundheitsversorgung im Allgemeinen, sowie qualitativer, subjektzentrierter Versorgung im Speziellen. Die Expert*innen identifizieren das Menschenrecht auf eine selbstbestimmte Geburt als Basis von Geburtsgerechtigkeit und leiten daraus die Forderung nach subjektzentrierter Gesundheitsversorgung ab, sowie die Relevanz der subjektiven Erfahrung als Qualitätsmerkmal der peripartalen Gesundheitsversorgung. Die erfahrene Qualität der Versorgung hat Einfluss auf zukünftige individuelle, reproduktive Entscheidungsprozesse. Dies offenbart eine Kritik an einem Selbstbestimmungsverständnis, welches intersektionale Analysen ausblendet. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept der Autonomie verdeutlicht u.a. die Bedeutung historischer und soziokultureller Dimensionen und ihren Einfluss auf Prozesse der reproduktiven Selbstbestimmung.

Die durch die Ökonomisierung der Geburtshilfe ohnehin ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen wirken sich auf mehrfachzugehörige Personen besonders deutlich aus. Strukturelle und intersektionale Gewalt kann als Zugangsbarriere zur peripartalen Versorgung wirken und/oder dazu führen, dass die Betreuung qualitativ nicht hochwertig ausfällt und das Risiko Gewalt und Diskriminierungserfahrungen zu machen, erhöht ist. Implizite Vorurteile wirken sich auf die Art und Weise der gesundheitlichen Versorgung aus. Mehrfachzugehörige sind damit verstärkt systemischer Gewalt und diskriminierenden Verhaltensweisen ausgesetzt.

Eine intersektionale Analyse von Ungleichheit und Gewalt rund um die Geburt betont die Bedeutung eines systemischen Verständnisses des Phänomens obstetrischer Gewalt und fokussiert Diskriminierungsprozesse entlang gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse. Die Mehrheit der Expert*innen bemängelt ein im deutschsprachigen Raum fehlendes Verständnis der systemischen Dimension gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse wie Rassismus, (Hetero)Sexismus,

Klassismus und Ableismus und deren Auswirkungen sowohl auf die individuelle Gesundheit als auch auf die Qualität der peripartalen Gesundheitsversorgung. Die Individualisierung struktureller Probleme dominiere noch weitestgehend den Diskurs um peripartale Ungleichheiten in Europa.

Internalisierte und normalisierte gesellschaftliche Machtverhältnisse sowie mangelnde Diskriminierungssensibilität führen zur (unbewussten) Reproduktion gewaltvollen Verhaltens und wirken als Barriere sowohl zur peripartalen Gesundheitsversorgung und Sozialberatung als auch zum aktivistischen Engagement im Themenfeld.

Welche Implikationen lassen sich daraus für Aktivismus rund um die Geburt ableiten?

Eine intersektionale Perspektive auf Gewalt und Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt impliziert zahlreiche notwendige Veränderungen. Diese zielen auf Grundlage eines systemischen Verständnisses peripartaler Ungleichheit nicht nur auf eine Transformation des geburtshilflichen Systems, sondern auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen hin zu einer inklusiven und gleichberechtigten Gesellschaft.

Eine Vielzahl notwendiger Veränderungen und Vorschläge für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der peripartalen Gesundheitsversorgung sowie zum Abbau von obstetrischer Gewalt und peripartaler Ungleichheit können am empirischen Material identifiziert werden. Basierend auf der Auswertung der Kategorie ‘Implikationen für *Birth Justice*’ (s. Kapitel 5.3) werden im Folgenden Empfehlungen abgeleitet, um das System der peripartalen Gesundheitsversorgung zugänglicher, inklusiver und gleichberechtigter zu gestalten. Diese folgen den sechs identifizierten Bereichen ‘Versorgungspraxis’, ‘Politik’, ‘Studium/Fortbildung’, ‘sexuelle Bildung und Beratung’, ‘institutioneller Aktivismus’ und ‘Forschung’.

Innerhalb des Bereichs der peripartalen **Versorgungspraxis** werden die vier Themen ‘Subjektzentriertheit’, ‘Hierarchieabbau und Multiprofessionalität’, ‘Diversität und Diskriminierungssensibilität’ sowie ‘Fehlerkultur’ ausgemacht. Hieraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Eine subjektzentrierte, bedürfnisorientierte Versorgung implementieren, welche die Selbstbestimmung des schwangeren Individuums ins Zentrum stellt.
- Das Modell der informierten Entscheidung und Zustimmung als Leitbild der peripartalen Gesundheitsversorgung fest etablieren.
- Die subjektive Erfahrung bzw. die Zufriedenheit mit der peripartalen Versorgung als valides Qualitätsmerkmal anerkennen.

- Das Modell der hebammengeleiteten, kontinuierlichen Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stärken.
- Das historisch gewachsene Hierarchieverständnis im Gesundheitswesen abbauen, insbesondere zwischen den Fachbereichen Gynäkologie/Geburtshilfe und Hebammenwesen.
- Inter- und multiprofessionelle Zusammenarbeit sämtlicher, in der peripartalen Begleitung involvierter Berufsgruppen fördern, z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen, Reflexionen und Supervisionen.
- Vernetzung und Aufbau multidisziplinärer Kollaborationen insbesondere zwischen Professionen der medizinischen Fachberufe und jenen mit Schwerpunkt der psychosozialen Beratung und Begleitung.
- Peer-Beratung und Unterstützung stärken, indem Doulas* in das System der peripartalen Gesundheitsversorgung integriert werden.
- Förderung von Diversität des Fachpersonals, z.B. durch die Einführung entsprechender Quoten bei der Studienplatz- und Stellenvergabe.
- Förderung von Diskriminierungssensibilität des Fachpersonals und Schaffung eines Bewusstseins für diskriminierende gesellschaftliche Strukturen durch entsprechende Aus- und Weiterbildung (s. auch Empfehlungen für Studium/Fortbildung auf S. 79).
- Verstärkte Repräsentation mehrfachzugehöriger Personen und inklusive und diskriminierungssensible Anpassung in/von Informationsmaterialien zu Schwangerschaft und Geburt.
- Verantwortungsübernahme und Kritikfähigkeit im Gesundheitswesen fördern durch die Entwicklung und Implementierung einer offenen Fehlerkultur.

Zusätzlich lassen sich Empfehlungen insbesondere für politische Entscheidungsträger*innen aus dem identifizierten Themenfeld **Politik** ablesen:

- Politische Anerkennung der Existenz von obstetrischer Gewalt und diskriminierender Strukturen im Gesundheitswesen.
- Enttabuisierung und Entprivatisierung vermeintlich privater reproduktiver Themen.
- Umsetzung der Istanbul-Konvention auch im Bereich Geburtshilfe u.a. durch die Einführung einer entsprechenden Rechtsprechung gegen obstetrische Gewalt.
- Einführung von unabhängigen Beschwerdestellen für obstetrische Gewalt und Diskriminierung im Gesundheitswesen.
- Gleichberechtigte reproduktive Rechte sowie finanzielle Gleichstellung gewährleisten (z.B. bei Inanspruchnahme assistierter Reproduktionstechniken),

unabhängig von Ehestatus, sexueller Orientierung, geschlechtlicher Identität und Familienform.

- Die 1:1-Betreuung während der Geburt gewährleisten, wie sie in den relevanten Leitlinien¹⁷ (AWMF: 2021a; AWMF: 2021b) empfohlen wird.
- Die freie Wahl des Geburtsortes gewährleisten durch eine flächendeckende, barrierefreie und wohnortnahe Versorgung sowohl im klinischen Setting als auch im ambulanten und außerklinischen Bereich.
- Die Geburtshilfe aus dem DRG-Fallpauschalensystem entfernen und eine bedarfsgerechte Vergütung einführen, die den hohen Vorhaltekosten gerecht wird.
- Die Überbelastung des Fachpersonals abbauen durch Arbeitszeitreduktion, bessere Entlohnung und Förderung von Unterstützungsangeboten wie regelmäßige Supervisionen.
- Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen für freiberufliches Fachpersonal, um eine flächendeckende, qualitative Versorgung auch im außerklinischen Bereich zu gewährleisten.
- Finanzielle Förderung und Stärkung selbstorganisierter, communityzentrierter Vereine und Initiativen, die sich für reproduktive Gerechtigkeit engagieren.

Um die Diskriminierungssensibilität des Fachpersonals zu fördern und ein Bewusstsein für gesellschaftliche Machtstrukturen zu schaffen, lassen sich aus dem Bereich **Studium/Fortbildung** folgende Empfehlungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal der peripartalen Gesundheitsversorgung ableiten:

- Diversität und Intersektionalität als Querschnittsthema in Medizin-, Hebammenstudium und Pflegeausbildung(-studium) verpflichtend integrieren und in entsprechenden Curricula verankern.
- Verpflichtende Fort- und Weiterbildungsangebote für Fachpersonal der peripartalen Gesundheitsversorgung zu Diversität und Intersektionalität, obstetrischer Gewalt sowie trauma- und diskriminierungssensiblen Arbeiten konzipieren und implementieren.

Darüber hinaus wird die Bedeutung **sexueller Bildung und Beratung** hervorgehoben. Hieraus ergeben sich diese Empfehlungen:

- Pluralisierung peripartaler Bildungs- und Beratungsangebote für diverse Zielgruppen (z.B. für queere Menschen).

¹⁷ S3 Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin sowie die S2k Leitlinie zu Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland (AWMF: 2021a; AWMF: 2021b).

- Intersektional orientierte, diskriminierungssensible Bildung zu reproduktiven Themen innerhalb institutioneller sexueller Bildung in KiTas und Schulen stärken.
- Ausbau der psychosozialen Beratungslandschaft und Stärkung der Peer-to-Peer-Beratung.

Eine kritische Einschätzung des aktuellen **institutionellen Aktivismus** für menschenrechtsorientierte peripartale Gesundheitsversorgung sowie der Pro-Choice-Bewegung im deutschsprachigen Raum impliziert Folgendes:

- Aktivismus zur Verbesserung der peripartalen Versorgung prinzipiell intersektional orientiert ausrichten.
- Ökonomische und soziale Zugangsbarrieren verstärkt in den Fokus rücken.
- Eine intersektionale Perspektive auf die Gesamtheit reproduktiver Themen richten.

Um Sichtbarkeit zu schaffen und politische Handlungsempfehlungen evidenzbasiert auszusprechen, wird für zukünftige **Forschung** abschließend diese Empfehlung gegeben:

- Förderung von Forschung zu Themen peripartaler Ungleichheit und (Diskriminierungs)Erfahrungen mit der peripartalen Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum, sowie zu Themen, die für spezifische Zielgruppen (z.B. für TIN*Personen, Menschen, die behindert werden etc.) relevant sind.

7. Fazit

Im deutschsprachigen Diskurs um reproduktive Gerechtigkeit ist das Thema Geburt als randständig zu beurteilen, gewinnt jedoch durch den zunehmenden gesellschaftlichen Diskurs um obstetrische Gewalt an Bedeutung. Eine intersektionale Analyse von Ungleichheit und Gewalt rund um die Geburt betont die Bedeutung eines systemischen Verständnisses obstetrischer Gewalt und fokussiert Diskriminierungsprozesse entlang gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse.

Die durch die Ökonomisierung der Geburtshilfe ohnehin ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen wirken sich auf mehrfachzugehörige Personen besonders eklatant aus. Strukturelle und intersektionale Gewalt kann als Zugangsbarriere zur peripartalen Versorgung wirken und/oder dazu führen, dass die Betreuung qualitativ nicht hochwertig ausfällt. Implizite Vorurteile wirken sich auf die Art und Weise der gesundheitlichen Versorgung aus. Das Risiko Gewalt und Diskriminierungserfahrungen zu machen ist für Mehrfachzugehörige damit deutlich erhöht.

Blickt man auf die Aussagen der Expert*innen, zeigen sich die vielfältigen Reformbedarfe des hiesigen Systems der peripartalen Gesundheitsversorgung, um obstetrische Gewalt und Ungleichheit abzubauen. Einiges davon (wie z.B. die 1:1-Betreuung während der Geburt) wird von Hebammenverbänden, Wissenschaftler*innen und aktivistischen Gruppen wie Elterninitiativen bereits seit Jahren gefordert und soll hier nachdrücklich unterstützt werden. Eine intersektionale Perspektive zeigt darüber hinaus jedoch deutlich die Notwendigkeit des Abbaus von Diskriminierungsprozessen und Zugangsbarrieren sowie der Stärkung subjektzentrierter Versorgungsmodelle, um das System der peripartalen Gesundheitsversorgung inklusiver und gleichberechtigter zu gestalten. Daher sollte Intersektionalität und eine damit untrennbar verknüpfte Reflexion gesellschaftlicher Herrschafts- und Machtverhältnisse als Querschnittsthema grundlegender Teil der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller in der peripartalen Beratung und Gesundheitsversorgung involvierten Personen sein. Selbiges gilt selbstverständlich auch für Aktivist*innen im Kontext Geburtshilfe, um Allianzen zu schaffen, Kräfte zu mobilisieren und ein gemeinsames Streiten für Geburtsgerechtigkeit zu ermöglichen, anstatt Ausschlüsse und Diskriminierung zu reproduzieren.

Maßnahmen zur Verbesserung der peripartalen Gesundheitsversorgung sollten grundsätzlich intersektional orientiert sein und daher die Bedarfe mehrfachzugehöriger Personen fokussieren. Um politische Handlungsempfehlungen evidenzbasiert

auszusprechen, ist entsprechende intersektional reflektierte Forschung unabdingbar. In diesem Sinne bietet vorliegende Untersuchung vielfältige Anchlüsse.

8. Literatur

- Ameli, Katharina; Valdor, Lara L. (2020): Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen. In: *GENDER–Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 12 (3), S. 23–24.
- Asian Communities for Reproductive Justice (2005): A new vision for advancing our movement for reproductive health, reproductive rights and reproductive justice. Online: <https://forwardtogether.org/wp-content/uploads/2017/12/ACRJ-A-New-Vision.pdf>, zuletzt geprüft am 29.03.2022.
- AWMF (2021a): S3-Leitlinie: Vaginale Geburt am Termin. Version 1.0 Stand: 22.12.2020. Online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-0831_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2022.
- AWMF (2021b): S2k-Leitlinie: Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatologischen Versorgung in Deutschland. Stand 31.03.2021. Online: [087-0011_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland__2021-04_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/0011_S2k_Empfehlungen-strukturelle-Voraussetzungen-perinatologische-Versorgung-Deutschland__2021-04_01.pdf), zuletzt geprüft am 16.08.2022.
- Barskanmaz, Cengiz (2019): Recht und Rassismus: Das menschenrechtliche Verbot der Diskriminierung aufgrund der Rasse. Berlin: Springer.
- Beckett, Katherine; Hoffman, Bruce (2005): Challenging medicine: Law, resistance, and the cultural politics of childbirth. In: *Law & Society Review* 39 (1), S. 125–170.
- Betron, Myra L.; McClair, Tracy L.; Currie, Sheena; Banerjee, Joya (2018): Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. In: *Reproductive health* 15 (1), S. 1–13.
- BMFSFJ (2013): Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. (CEDAW) vom 18. Dezember 1979. Online: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93360/3785562d5da761399c6f17c9abcb94f/beseitigung-diskriminierung-der-frau-cedaw-broschuere-data.pdf>, zuletzt geprüft am 27.05.2022.
- BMFSFJ (2019): Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt. Gesetz zu dem Übereinkommen des Europarats vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention): Bundesanzeiger Verlag. Online: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/122280/cea0b6854c9a024c3b357dfb401f8e05/gesetz-zu-dem-uebereinkommen-zur-bekaempfung-von-gewalt-gegen-frauen-istanbul-konvention-data.pdf>, zuletzt geprüft am 27.05.2022.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.
- Bohren, Meghan A.; Vogel, Joshua P.; Hunter, Erin C.; Lutsiv, Olha; Makh, Suprita K.; Souza, João Paulo et al. (2015): The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. In: *PLoS medicine* 12 (6), e1001847; DOI: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bonaparte, Alicia D. (2015): Regulating Childbirth. Physicians and Granny Midwives in South Carolina. In: Julia Chinyere Oparah und Alicia D. Bonaparte (Hg.): *Birthing Justice. Black Women, Pregnancy, and Childbirth*. E. Boulder: Taylor and Francis, S. 24–33.
- Bowser, Diana; Hill, Kathleen (2010): Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Online: <https://collective.coloradotrust.org/wp->

content/uploads/sites/2/2020/02/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf; zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Coffey, Kimberly Ann (2012): Pushing for natural childbirth: a rhetorical analysis of the alternative birth movement. Online: https://ir.library.oregonstate.edu/concern/graduate_thesis_or_dissertations/c534ft17z, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Cohen Shabot, Sara (2021): “You are Not Qualified - Leave it to us”: Obstetric Violence as Testimonial Injustice. *Human Studies*, 44 (4), S. 635-653.

Craven, Christa (2010): Pushing for midwives. Mothers and the reproductive rights movement. Philadelphia: Temple University Press.

Crenshaw, Kimberlé W. (2016): On Intersectionality. Keynote at Women of the World Festival 2016, 12.03.2016. Online: <https://awpc.cattcenter.iastate.edu/2018/09/27/keynote-at-women-of-the-world-2016-march-12-2016/#:~:text=Intersectionality%20is%20not%20primarily%20about,to%20look%20at%20the%20context.,> zuletzt geprüft am 29.03.2022.

Crenshaw, Kimberlé W. (2019): Das Zusammenwirken von Race und Gender ins Zentrum rücken: Eine Schwarze feministische Kritik des Antidiskriminierungsdogmas, der feministischen Theorie und antirassistischer Politiken (1989). In: Natasha A. Kelly (Hg.): Schwarzer Feminismus. Grundlagentexte. Münster: UNRAST, S. 143–184.

Czollek, Leah Carola; Perko, Gudrun; Kaszner, Corinne; Czollek, Max (2019): Praxishandbuch Social Justice und Diversity. Theorien, Training, Methoden, Übungen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Dahlen, Hannah, Kumar-Hazard, Bashi, Schmied, Virginia (Hg.) (2020): Birthing Outside the System: Routledge.

Davis, Angela Y. (1982): Rassismus und Sexismus. Schwarze Frauen u. Klassenkampf in d. USA. Berlin: Elefant Press.

Davis, Dana-Ain (2020): Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth. In: *Social Forces* 99 (2), S. e1–e4. DOI: 10.1093/sf/soaa067.

Daviss, Betty-Anne (2002): Reforming birth and (re) making midwifery in North America. In: *Birth by design*: Routledge, S. 88–104.

Dekel, Sharon; Ein-Dor, Tsachi; Dishy, Gabriella A.; Mayopoulos, Philip A. (2020): Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. In: *Archives of women's mental health* 23 (4), S. 557–564.

Deutsche Depressionshilfe: Depression in verschiedenen Lebensumständen. In der Schwangerschaft und nach der Geburt. Online: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/in-der-schwangerschaft-und-nach-der-geburt>, zuletzt geprüft am 27.05.2022.

Diaz-Tello, Farah; Paltrow, Lynn (2010): Birth justice as reproductive justice. Online: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3695078, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Dick-Read, Grantly (1971): Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt. Hamburg: Hoffmann u. Campe.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2012): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. dr dresing & pehl GmbH.

Feeley, Claire; Thomson, Gill (2020): Understanding women's motivations to, and experiences of, freebirthing in the UK. In: Dahlen, Hannah, Kumar-Hazard, Bashi, Schmied, Virginia (Hg.): *Birthing Outside the System*: Routledge, S. 80–98.

Flick, Sabine; Marek, Franziska; Hesse, Friederike M. (2022): Cultures of birthing in transition. In: *Österreich Z Soziol* 47 (1), S. 1–8. DOI: 10.1007/s11614-022-00476-1.

Gesù, Yael; Mourad, Paula (2020): Soziostrukturelle Ursachen für Gewalt in der Geburtshilfe: eine Frage der Ethik? Online: https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/20751/1/Ges%C3%B9_Yael_Mourad_Paula_HB17_BA20_digi.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (1979): *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publ. Co.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. VS Verlag.

Gottvall, Karin; Waldenström, Ulla (2002): Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? In: *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 109 (3), S. 254–260.

Heinrich-Böll-Stiftung e.V. (Hg.)(2022): *Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung*. Policy Paper. Online: https://www.boell.de/sites/default/files/2022-02/E-Paper_Queer_und_schwanger.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer.

Hill Collins, Patricia; Bilge, Sirma (2016): *Intersectionality. Key Concepts*. Cambridge, UK: Polity Press.

hooks, bell (1982): *Ain't I a woman. Black women and feminism*. London: Pluto Press.

Hunte, Roberta; Klawetter, Susanne; Paul, Sherly (2020): *Healthy Birth Initiatives: The Road Toward Reproductive Justice*. Online: https://pdxscholar.library.pdx.edu/socwork_fac/507/, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Jung, Tina (2017): Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In: *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 9 (2), S. 9–10.

Jung, Tina (2022): Gewalt unter der Geburt hat System. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 74 (3), S. 20–25.

Kaiser, Robert (2014): *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Kelly, Natasha A. (Hg.) (2019): *Schwarzer Feminismus. Grundlagentexte*. Münster: UNRAST-Verlag.

Kemper, Andreas; Weinbach, Heike (2020): *Klassismus. Eine Einführung*. Münster: UNRAST-Verlag.

kitchen politics (Hg.) (2021): *Mehr als Selbstbestimmung – Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage.

Klimke, Romy (2020): „Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären“ - obstetrische Gewalt in deutschen Kreißsälen. In: *Kritische Justiz*. 53 (4), S. 513-528.

Kozhimannil, Katy B.; Attanasio, Laura B.; Jou, Judy; Joarnt, Lauren K.; Johnson, Pamela J.; Gjerdingen, Dwenda K. (2014): Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. In: *The American journal of managed care* 20 (8), e340-52.

Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel, München: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2020): *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt*: Springer VS.

Kyere, Anthea (2021a): Kämpfe verbinden. Reproductive Justice auf deutsche Verhältnisse übertragen. In: *kitchen politics: Mehr als Selbstbestimmung – Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross. Münster: edition assemblage, S. 61–71.

Kyere, Anthea (2021b): *Reproduktive Gerechtigkeit - eine Einführung*. Gunda-Werner-Institut. Online: <https://www.gwi-boell.de/de/2021/03/15/reproduktive-gerechtigkeit-eine-einfuehrung>, zuletzt geprüft am 04.02.2022.

Lamaze, Fernand (1970): *Painless Childbirth. Psychoprophylactic Method*. Chicago.

Leboyer, Frédérick (1974): *Der sanfte Weg ins Leben. Geburt ohne Gewalt*. München: Desch.

Leinweber, Julia; Jung, Tina; Hartmann, Katharina; Limmer, Claudia (2021): Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. In: *Public Health Forum* 29 (2), S. 97–100. DOI: 10.1515/pubhef-2021-0040.

Lens, Jill Wieber (2020): Miscarriage, Stillbirth, & Reproductive Justice. In: *Wash. UL Rev.* 98, S. 1059.

Limmer, Claudia; Striebich, Sabine; Tegethoff, Dorothea; Jung, Tina; Leinweber, Julia (2020): Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. Position der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. In: *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 8 (2), S. 46–48.

Limmer, Claudia Maria; Stoll, Kathrin; Vedam, Saraswathi; Leinweber, Julia; Gross, Mechthild Maria (2021): Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: development and validation of a German self-report tool. Online: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-445905/v1/c8fcc189-358e-45e9-9076-ba9e6ea088a1.pdf?c=1631882313>, zuletzt geprüft am 27.05.2022.

Lincoln, Yvonna S.; Guba, Egon G. (1985): *Naturalistic inquiry*: sage.

Lorde, Audre (1984): *Sister outsider. Essays and speeches*. Freedom, Calif.: Crossing Press.

Luna, Zakiya (2020): *Reproductive Rights as Human Rights. Women of Color and the Fight for Reproductive Justice*. New York University Press.

MacDonald, Margaret E. (2011): The cultural evolution of natural birth. In: *The Lancet* 378 (9789), S. 394–395.

Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz: Weinheim.

- Monroe, Shafia (2015): Foreword. In: Julia Chinyere Oparah und Alicia D. Bonaparte (Hg.): *Birthing Justice. Black Women, Pregnancy, and Childbirth*. E. Boulder: Taylor and Francis, S. 1.
- Morgenstern-Einenkel, M. Sarah (2018): Die Umsetzung von Open Access in Instituten des Science-Technology-Medicine-Sektors außeruniversitärer Forschungseinrichtungen. Online: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:14-qucosa2-326554>, zuletzt geprüft am 16.08.2022.
- Mundlos, Christina (2015): *Gewalt unter der Geburt: der alltägliche Skandal*: Tectum Wissenschaftsverlag.
- National Advocates for Pregnant Women (NAPW) (2010): Birth justice as reproductive justice. Online: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3695078, zuletzt geprüft am 27.05.2022.
- Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit (2021): Austausch mit und in einem Berliner Netzwerk. Was bringt uns das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit? In: *kitchen politics* (Hg.): *Mehr als Selbstbestimmung – Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross. Münster: edition assemblage, S. 73–95.
- Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit (2021): Manifest – Warum wir von Reproduktiver Gerechtigkeit sprechen. Online: <https://repro-gerechtigkeit.de/de/manifest/>, zuletzt geprüft am 04.02.2022.
- Neumann, Hans; Maier, Barbara (2019): Die aktuelle Diskussion um „Gewalt unter der Geburt“. In: *Geburt positiv erleben*: Springer, S. 111–119.
- Nixon, Laura (2013): The right to (trans) parent: a reproductive justice approach to reproductive rights, fertility, and family-building issues facing transgender people. In: *Wm. & Mary J. Women & L.* 20, S. 73.
- O’Donovan, Analise; Alcorn, Kristie L.; Patrick, Jeff C.; Creedy, Debra K.; Dawe, Sharon; Devilly, Grant J. (2014): Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. In: *Midwifery* 30 (8), S. 935–941.
- Oparah, Julia Chinyere (2015): Beyond coercion and malign neglect: Black women and the struggle for birth justice. In: Oparah, Julia Chinyere; Bonaparte, Alicia D. (Hg.) *Birthing justice: Black women, pregnancy, and childbirth*, S. 1–18.
- Oparah, Julia Chinyere; Bonaparte, Alicia D. (Hg.) (2015): *Birthing Justice. Black Women, Pregnancy, and Childbirth*. E. Boulder: Taylor and Francis.
- Parliamentary Assembly (2019): Obstetrical and gynaecological violence: European Council. Online: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>, zuletzt geprüft am 27.05.2022.
- Price, Kimala (2020 [2010]): What is reproductive justice? How women of color activists are redefining the pro-choice paradigm. In: *Meridians* 19 (S1), S. 340–362.
- Roberts, Dorothy E. (1997): *Killing the black body. Race, reproduction, and the meaning of liberty*. New York: Vintage books.
- Rose, Lotte; Schmied-Knittel, Ina (2011): Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen (Hg.): *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt, M., New York, NY: Campus-Verl., S. 75–100.

- Ross, Loretta; Roberts, Lynn; Derkas, Erika (Hg.) (2017): *Radical reproductive justice. Foundation, theory, practice, critique*. First Feminist Press edition. New York City: Feminist Press at the City University of New York.
- Ross, Loretta; Solinger, Rickie (2017): *Reproductive justice. An introduction*. Oakland, California: University of California Press.
- Ross, Loretta J. (2017): Reproductive justice as intersectional feminist activism. In: *Souls* 19 (3), S. 286–314.
- Sadler, Michelle; Santos, Mário Jds; Ruiz-Berdún, Dolores; Rojas, Gonzalo Leiva; Skoko, Elena; Gillen, Patricia; Clausen, Jette A. (2016): Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. In: *Reproductive health matters* 24 (47), S. 47–55. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Savage, Virginia; Castro, Arachu (2017): Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. In: *Reproductive health* 14 (1), S. 138. DOI: 10.1186/s12978-017-0403-5.
- Schreier, Margrit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15 (1). DOI: 10.17169/fqs-15.1.2043.
- Schultz, Susanne (2021): Gefährliche statistische Kurzschlüsse. Zur anti-malthusianischen Dimension reproduktiver Gerechtigkeit. In: *kitchen politics* (Hg.): *Mehr als Selbstbestimmung – Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross. Münster: edition assemblage, S. 97–123.
- Schurian, Hannah (2020): Reproduktive Gerechtigkeit. *Zeitschrift Luxemburg*. Online: <https://zeitschrift-luxemburg.de/abc/reproduktive-gerechtigkeit/>, zuletzt geprüft am 04.02.2022.
- Shaw, Jessica (2013): Full-spectrum reproductive justice: The affinity of abortion rights and birth activism. In: *Studies in Social Justice* 7 (1), S. 143–159.
- Stamann, Christoph; Janssen, Markus; Schreier, Margrit (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung / Searching for the Core: Defining Qualitative Content Analysis. In: *Forum qualitative Sozialforschung* 17 (3), Online: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2581>, zuletzt geprüft am 04.08.2022.
- Stramrood, Claire A. I.; Paarlberg, K. Marieke; Huis In't Veld, Elisabeth MJ; Berger, Leonard WAR; Vingerhoets, Ad JJM; Weijmar Schultz, Willibrord C. M.; van Pampus, Maria G. (2011): Posttraumatic stress following childbirth in homelike-and hospital settings. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 32 (2), S. 88–97.
- Sweetapple, Christopher; Voß, Heinz-Jürgen; Wolter, Salih Alexander (2020): *Intersektionalität. Von der Antidiskriminierung zur befreiten Gesellschaft?* Stuttgart: Schmetterling Verlag.
- The Combahee River Collective (2019): Ein Schwarzes feministisches Statement (1977). In: Natasha A. Kelly (Hg.): *Schwarzer Feminismus. Grundlagentexte*. Münster: UNRAST-Verlag, S. 47–60.
- Vedam, Saraswathi; Stoll, Kathrin; Martin, Kelsey; Rubashkin, Nicholas; Partridge, Sarah; Thordarson, Dana et al. (2017a): The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. In: *PloS one* 12 (2), e0171804.

Vedam, Saraswathi; Stoll, Kathrin; Rubashkin, Nicholas; Martin, Kelsey; Miller-Vedam, Zoe; Hayes-Klein, Hermine; Jolicoeur, Ganga (2017b): The mothers on respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. In: *SSM-population health* 3, S. 201–210.

Vedam, Saraswathi; Stoll, Kathrin; Taiwo, Tanya Khemet; Rubashkin, Nicholas; Cheyney, Melissa; Strauss, Nan et al. (2019): The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. In: *Reproductive health* 16 (1), S. 1–18.

Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barbara (Hg.) (2011): *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt, M., New York, NY: Campus-Verlag.

Washington, Harriet A. (2008): *Medical Apartheid. The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. Westminster: Knopf Doubleday Publishing Group.

WHO (2015): Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. Online: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf;jsessionid=E17077E3B331639B4E8FE4AA7636697E?sequence=22; zuletzt geprüft am 04.08.2022.

Wichterich, Christa (2015): *Sexuelle und reproduktive Rechte. Ein Essay*. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung (Schriften des Gunda-Werner-Instituts, Band 11).

Winkler, Christiane; Babac, Emine (2022): Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. In: *Österreich Z Soziol* 47 (1), S. 31–58. DOI: 10.1007/s11614-022-00472-5.

World Health Organization (WHO) (2003): *Weltbericht Gewalt und Gesundheit*. In: *Zusammenfassung. Genf*. Online: https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO_summary_ge.pdf, zuletzt geprüft am 16.08.2022.

Anhang I

A Kategoriensystem

Kategoriensystem zur Auswertung der Interviews mittels strukturierter qualitativer Inhaltsanalyse

K1 Hauptkategorie: Birth Justice – Wissen

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K1.1	deduktiv	subjektives Verständnis	<p>Inhaltliche Beschreibung: subjektive Konzeptualisierung von Birth Justice / Geburtsgerechtigkeit</p> <p>Anwendung: Kategorie wird kodiert, wenn die befragte Person ihr subjektives Verständnis von Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit erläutert.</p> <p>Abgrenzung: 1. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn es explizit um die Kenntnis des Begriffs BJ geht oder die Verwendung des Begriffs im Aktivismus, sondern in diesem Fall wird Kategorie <i>zum Begriff</i> verwendet. 2. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn spezifische Besonderheiten von BJ im deutschen/europäischen Kontext angesprochen werden in Abgrenzung zu anderen Regionen (z.B. USA), sondern in diesem Fall wird Kategorie <i>BJ-dt/europ Kontext</i> verwendet. 3. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn Veränderungen des subjektiven Verständnisses im Laufe der Zeit erläutert werden, sondern in diesem Fall wird Kategorie <i>Veränderungen des subjektiven Verständnisses</i> verwendet.</p>	Ja, I guess I understand birth justice as kind of looking at all of the different puzzle pieces that make the physical health outcomes, but also the experience of pregnancy and birth and postpartum and parenthood, how those things like come together and impact different people differently. (B1: 11)
K1.2	induktiv	zum Begriff	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn es explizit um die Kenntnis des Begriffs BJ geht oder die Verwendung des Begriffs im Aktivismus bzw. alternativer Begriffe im deutschsprachigen Kontext.</p>	Also ich würde sagen, dass Birth Justice so mit dieser Begrifflichkeit auch im Netzwerk noch nicht so besprochen wird, sondern da auch wiederum eben zu selbstbestimmter

				Geburt eher gesprochen wird oder zu mindestens, was ich mitbekomme. (B4: 39)
K1.3	deduktiv	Differenzkategorien	Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn Zielgruppe(n) bzw. relevante Differenzkategorien in Hinblick auf die Bedeutung von Birth Justice benannt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.	So, of course you see that white German women also can fall into the category of needing help for birth justice to achieve birth justice. But on a different level, you have like migrants, you have black Germans, you have maybe non-cisgender Germans for example, or people who are disabled perhaps, or who have different identities, or whether it is like gender identity or migration ethnic backgrounds that these different levels also influence people's experiences. Ja. (B1: 7)
K1.4	deduktiv	Dt./europ. Kontext	Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn spezifische Besonderheiten von BJ im deutschen/europäischen Kontext angesprochen werden in Abgrenzung zu anderen Regionen (z.B. USA).	Dass das Thema Rassismus, was ja in den USA, glaube ich, so das Hauptthema ist in Bezug auf Birth Justice oder zu mindestens so vielleicht der Ursprung auch der Reproduktiven Gerechtigkeit, die Auswirkung von Rassismus oder auch die Besprechbarkeit von Rassismus ist halt in den USA einfach ganz anders als in Deutschland. Und von daher muss das dann in Deutschland eben noch mal, glaube ich, breiter gefasst werden und kommen dann vielleicht auch noch mal gleich direkt andere marginalisierte Gruppen mit dazu, die mitsprechen, wenn es um Birth Justice oder reproduktive Gerechtigkeit geht, wie zum Beispiel queere Menschen, wie zum Beispiel irgendwie chronisch kranke Menschen oder behinderte Menschen. (B4: 9)
K1.5	deduktiv	Vorbilder	Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn Vorbilder/Vorreiter (Personen, Institutionen) für Birth Justice benannt werden.	Na, ich finde, dass es gar nicht so viel gibt tatsächlich. Also, ich finde schon so Menschen wie Cocoon einfach total

			<p>Anwendung: Kategorie wird kodiert, wenn folgende Aspekte genannt werden...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbilder/Vorreiter für Birth Justice - Begründung der Wahl - Bewertung der Vorbilder/Vorreiter 	<p>inspirierend und wirklich eine Vorreiterrolle, also auch weil die zum Beispiel ja auf ihrer Seite ganz offen kommunizieren auch, dass sie links sind, also, dass sie Antifaschist*innen sind und so. Und das finde ich ziemlich einmalig. (B6: 14)</p>
K1.6	deduktiv	Wandel des subj. Verständnisses	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn Veränderungen des subjektiven Verständnisses im Laufe der Zeit erläutert werden.</p>	<p>It has definitely changed over time. Yes. One thing that I've really learned in a very deep way from practicing all these years is that I, I truly can make zero assumptions about the people I'm accompanying. I think at the beginning I was so excited about the beauty of the low intervention birth experiences that I saw, that I fell a little bit into the quicksand of believing that a low intervention birth was sort of the best for all people. (B3: 18)</p>

K2 Hauptkategorie: Reproductive Justice

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K2	deduktiv	Reproductive Justice	(subjektive) Konzeptualisierung von Reproductive Justice	was ich so mitkriege von Veranstaltungen, Publikationen, die sich mit diesem Begriff beschäftigen, was schon sauwenig ist, also das ist schon sehr wenig, was überhaupt zu Reproduktiver Gerechtigkeit in Deutschland publiziert wird oder gesprochen wird. (B4: 7)

Anwendung:

Kategorie wird kodiert, wenn folgende Aspekte benannt werden:

- Aussagen zum Stellenwert von BJ innerhalb des RJM
- Aussagen zu Reproductive Justice im Allgemeinen
- Aussagen über die (deutsche) Bewegung für Reproductive Justice
- Aussagen zum Pro-Choice Movement (und Beziehung zum RJM)
- Aussagen zu Zwangssterilisierungen, Zwangsverhütung und anderen RJ Themen

Abgrenzung:

Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn eine Aussage zwar in diese Kategorie passt, sich jedoch explizit auf die Definition einer anderen Hauptkategorie bezieht. In diesem Fall wird die entsprechende Kategorie verwendet.

Ankerbeispiel:

„Ja, also da muss ich jetzt gleich mal sagen, dass das [Birth Justice] jetzt ein Begriff ist, der mir nicht so oft begegnet und ich den auf jeden Fall im Kontext von Reproduktiver Gerechtigkeit oder Reproductive Justice verstehe.“ (B4: 3)

Diese Aussage wird unter der Kategorie *BJ-Wissen* / Subkategorie *Zum Begriff* kodiert.

K3 Hauptkategorie: Gewalt

Inhaltliche Beschreibung:

Diese deduktive Kategorie wird vergeben, wenn Ungerechtigkeiten/Ungleichheiten/Diskriminierung/Verletzung von Rechtsnormen/personale/institutionelle/strukturelle/symbolische Gewalt im Kontext von Geburt benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.

Aus den kodierten Sequenzen werden anschließend Subcodes entwickelt, so dass die Hauptkategorie nach erfolgter Feinkodierung wieder leer ist.

Abgrenzung:

Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn es um Gewalt geht, die sich nicht direkt im Kontext von Geburt (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, 1. Lebensjahr) manifestiert, sondern im weiteren Kontext von Reproductive Justice. In diesem Fall wird die Kategorie *Reproductive Justice* verwendet.

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K3.1	deduktiv	personale Gewalt	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aspekte personaler Gewalt benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p> <p>personale Gewalt = gewaltsame Interaktionen zwischen Menschen in verschiedenen Formen: physisch/psychisch/sexualisiert; intendiert/nicht-intendiert; die Macht dieser Gewalt resultiert aus der körperlichen und seelischen Verletzlichkeit (Jung 2022:22)</p> <p>Abgrenzung: 1. Diese Kategorie wird nicht kodiert, wenn intersektionale Aspekte im Kontext von peripartaler Gewalt/gesellschaftlicher Ungleichheit/Diskriminierung benannt und/oder erläutert werden bzw. Gewalt entlang</p>	<p>And so she calls the hospital and then she called me back afterwards and she was very upset and she is like, “They yelled at me, the midwives there yelled at me. They said that I am not allowed to use the hospital pump unless there is a medical indicated reason why I should not breastfeed.” And she was very upset about this. (B1: 12)</p>

			<p>gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse reflektiert werden. In diesem Fall wird die Kategorie <i>intersekt. Gewalt/gesells. Ungleichheit/Diskriminierung</i> oder eine entsprechende Subkategorie genutzt.</p> <p>2. Diese Kategorie wird nicht kodiert, wenn strukturelle/institutionelle Dimensionen von Gewalt im Kontext von Geburt benannt und oder erläutert werden. In diesem Fall wird die Kategorie <i>strukturelle/institutionelle Gewalt</i> genutzt.</p>	
K3.2	deduktiv	strukturelle / institutionelle Gewalt	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aspekte struktureller und institutioneller Gewalt benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p> <p>institutionelle Gewalt: dauerhafte personale Abhängigkeits- und Unterordnungsverhältnisse z.B. in beruflichen Hierarchien; Gewalt wird durch die Struktur, die Routinen und Handlungslogiken der Institution hervorgebracht; aus der "Ordnung der Dinge" entspringt mehr oder weniger subtiler Zwang (Jung 2022:22)</p> <p>strukturelle Gewalt: Gewalt die aus den systemischen Strukturen herrührt und individuell nicht mehr zurechenbar ist. Z.B. mangelnde Wahlfreiheit aufgrund fehlender Infrastruktur, Vernachlässigung aufgrund von Personalmangel (Jung 2022:22)</p>	<p>Naja, ich finde Geburtsungerechtigkeit hat viele Gesichter und ich sag mal, auf der Ressourcen-Ebene geht es ganz/ Fängt es schon an bei, weiß ich nicht, sowas wie, auf Sylt kann man sich nicht für eine Hausgeburt entscheiden, weil es da nicht die entsprechenden Ressourcen gibt, das zu machen oder so. Oder es Kliniken ja auch zum Teil gar nicht mehr gibt, also soweit ist der Geburtsort zumindest auch ein total wichtiger Punkt, es gibt einfach viel zu wenig Möglichkeiten, auch außerklinisch zu gebären, wenn Frauen, Familien das wollen. Das finde ich ungerecht oder nicht gut, aber es ist natürlich nur ein Ende der Fahnenstange, weil da geht es dann um die Ressourcen und irgendwie staatlich oder politisch gewollt, also ist es ein kleiner Kreißaal irgendwo auf dem Land, politisch gewollt oder nicht, weil der vielleicht nicht rentabel genug läuft oder so. (B6: 5)</p>
K3.3	deduktiv	intersektionale Gewalt / gesellschaftl.	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aspekte intersektionaler Gewalt/gesellschaftlicher</p>	<p>Aber was ich, glaube ich, eine ganz schlimme Ungerechtigkeit finde, ist eben Diskriminierungserfahrungen in dem Kontext als</p>

		Ungleichheit / Diskriminierung	<p>Ungleichheit/Diskriminierung benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p> <p>intersektionale Gewalt/gesellschaftliche Ungleichheit/Diskriminierung: Gewalt und Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse; (Hetero-)Sexismus, Rassismus, Klassismus, Ableismus etc.</p> <p>Abgrenzung:</p> <p>1. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn es ausschließlich um Rassismus im Kontext von Geburt geht, in diesem Fall wird die Kategorie <i>Rassismus</i> kodiert.</p> <p>2. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn es ausschließlich um Queerfeindlichkeit im Kontext von Geburt geht, in diesem Fall wird die Kategorie <i>Queerfeindlichkeit</i> kodiert.</p>	<p>Frauen, als POC-Person, als queere Person, als Mann, der gebärt, als Menschen, die kein Deutsch sprechen, das sind zumindest die Diskriminierungsdinge auch, die ich erlebt habe in meiner Ausbildung, in meinen klinischen Settings, in denen ich gearbeitet habe. Und das ist für mich Ungerechtigkeit, weil alle haben ein Recht darauf, fair und gleich behandelt zu werden, also wirklich auch fast schon so ein Menschenwürde-Ding oder so. (B6: 5)</p>
K3.3.1	deduktiv	Rassismus	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn Rassismus im Kontext von Geburt benannt und/oder erläutert wird. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	<p>Oh, I could talk about that for years and years and years, unfortunately. But I can give a couple of examples. Yes. So, I am a person of color and I am an immigrant here in Germany. Now, I am a German citizen. Now, I have a German passport, but I arrived as an international student. And although I had that let us say privilege of high education and various languages being a person of color, I experienced racism, I have experienced racism in several environments. Unfortunately also included in my experience when I was pregnant and when I was giving birth. So on one hand, something as basic as the majority of midwives and doctors here in Germany are not people of color. It is a strong minority. So, even when I wanted to be</p>

				supported by a person of color, it was something that was not easy to be able to find. (B2: 30)
K3.3.2	induktiv	Queerfeindlichkeit	Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn Queerfeindlichkeit im Kontext von Geburt benannt und/oder erläutert wird. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.	Und das im queeren Kontext sozusagen davon ausgegangen wird, also das eine Person, die gebärt, auf jeden Fall eine Frau ist und das eine Person, die gebärt auf jeden Fall einen Partner hat und das da sozusagen was Sexualitäten und Familienkonstellationen angeht, von der Heterokleinfamilie ausgegangen wird und Menschen sozusagen deswegen vielleicht eine Klinik meiden und dann vielleicht nicht die optimale Versorgung haben für ihre Geburt, wobei ich nicht sagen will, dass eine Geburt in der Klinik immer die beste Versorgung ist, aber sozusagen, das sollte nicht die Entscheidung beeinflussen, ob man in eine Klinik geht oder nicht. (B4: 15)
K3.4	induktiv	Ursache - Wirkung	Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn kausale Aussagen über Gewalt im Kontext von Geburt getroffen werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.	I think when there is so much stress and when there is a patient who comes in, who is really uninformed and who maybe has some like complications in their pregnancy that they do not like understand fully or so on, and then the midwife also has a lot of different patients and has a lot of stress also in their profession, it would be hard to kind of bridge this gap. Especially if there is also like a cultural gap and if there is a language gap, it can be hard in the moment to bridge this, to have the time really to dedicate to that person as an individual, work through all of their fears, be very and very patient, and give that person like a lot of time and attention. And I think that maybe can lead to these kinds of situations where people are not necessarily giving like a fully informed consent for certain things, which can lead to them having like experiences of birth trauma, if that makes sense. (B1: 9)

K4 Hauptkategorie: peripartale Gesundheitsversorgung

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K4	deduktiv	peripartale Gesundheitsversorgung	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird kodiert, wenn die peripartale Gesundheitsversorgung im Fokus steht.</p> <p>Anwendung: Kategorie wird kodiert, wenn folgende Aspekte genannt werden...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über das Gesundheitssystem im Allgemeinen • die subjektive Bedeutungszuschreibung von Gesundheitsfachpersonal (allg.) im Bezug auf Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit • Narrationen, die spezifische Situation peripartaler Gesundheitsversorgung beschreiben, die nicht vollständig in andere Kategorien passen • sonstige Aussagen über die peripartale Gesundheitsversorgung, die nicht in die Kategorien <i>Gewalt, Notwendige Veränderungen, Interessenskonflikte</i> passen • Forschung im Kontext peripartaler Gesundheitsversorgung, welche sich NICHT mit peripartaler Ungleichheit befasst <p>Abgrenzung: 1. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn die strukturellen Arbeitsbedingungen von Hebammen/Fachpersonal im Sinne der Kategorie <i>strukturelle/institutionelle Gewalt</i> und/oder Aspekte deren <i>Ursache-Wirkung</i> benannt werden. In diesem Fall wird die entsprechende Kategorie verwendet. 2. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn notwendige Veränderungen im Kontext von</p>	<p>I think my experience of the medical care model is that it is very militaristic in terms of its strategy, and that a lot of the medical care model has to do with mitigating the risk of litigation. And it's a little bit sad, because when you look at the research a lot of providers believe that if they intervene more heavily in birth, intervening meaning anything from talking to someone to turning bright lights on, to giving them an IV, to administering medications, to an operative vaginal delivery all the way up to a cesarean delivery, which is sort of the maximum possible intervention in birth, providers have a bias where they actually believe when you survey them, that if they intervene more they are at a lower risk of being sued. But what actually pans out in the research and is actually real fact, is that that has no correlation. And in fact, if anything, providers who intervene more are more likely to be sued. And so you've got a cultural clash where you have the culture of medicine, and it's not integrating with evidence-based approaches. And we do have quite a robust body of research at this point, from the eighties, the nineties, the aughts, and all the way into the last few years. And what you can see is that it takes about ten to 20 years or more for something that has been rigorously researched to actually go into common practice. (B3: 9)</p>

			<p>peripartaler Betreuung durch Fachpersonal benannt und erläutert werden. In diesem Fall wird die entsprechende Subkategorie der Kategorie <i>Notwendige Veränderungen</i> genutzt.</p> <p>3. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn ausschließlich die Bedeutung von Hebammen* oder Gynäkolog*innen erläutert wird. In diesem Fall wird die entsprechende Subkategorie verwendet.</p>	
K4.1	induktiv	Gynäkolog*innen	<p>Inhaltliche Beschreibung Die Kategorie wird kodiert, wenn die subjektive Bedeutungszuschreibung von Gynäkolog*innen für die peripartale Gesundheitsversorgung erläutert wird.</p>	<p>Und deswegen wird es auch ohne die anderen nicht gehen, die anderen Professionen. Und das bezieht natürlich Gynäkolog*innen, die Geburtshilfe betreiben. Aber auch die niedergelassenen haben eine Wahnsinnslotsenfunktion, die sie nicht so nutzen, wie sie es tun könnten oder vielleicht sogar in die falsche Richtung, also aus (lachend) meiner wertenden Sicht in die falsche Richtung. Die denken natürlich, dass sie da Gutes tun. Kein Gynäkologe hat das Fach gelernt, weil man quälen will. Also gehe ich mal von aus. Und trotzdem ist das Gegenteil von gut oft gut gemeint. (B5: 21)</p>
K4.2	induktiv	Hebammen*	<p>Inhaltliche Beschreibung Die Kategorie wird kodiert, wenn die subjektive Bedeutungszuschreibung von Hebammen* für die peripartale Gesundheitsversorgung erläutert wird</p>	<p>Midwifery is such an important thing to talk about because midwives more than anybody are the frontline healthcare workers who have contact with birth, and they understand better than anyone what birth needs. (B3: 14)</p>

K5 Hauptkategorie: Aktivismus

Inhaltliche Beschreibung:

Diese deduktive Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen zum Geburts-Aktivismus getroffen, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.

Aus den kodierten Sequenzen werden anschließend Subcodes entwickelt, so dass die Hauptkategorie nach erfolgter Feinkodierung wieder leer ist.

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K5.1	deduktiv	eigener Aktivismus	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen zum eigenen Aktivismus sowie persönlichem Werdegang des eigen Aktivismus gemacht werden.</p> <p>Anwendung: Kategorie wird kodiert, wenn folgende Aspekte genannt werden...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen über die persönliche Geschichte im Kontext von BJ, z.B. wie die Person damit in Berührung kam • Aussagen über <u>eigene</u> aktivistische Tätigkeiten • Reflexion der eigenen Position, aus der die befragte Person spricht <p>Abgrenzung: 1. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn explizit Motivation und Gründe für den eigenen Aktivismus benannt werden. In diesem Fall wird die Kategorie <i>Motivation/Gründe</i> verwendet.</p>	Also in my doula private practice, I support migrants here in (cityname) through voluntary offerings like women's circles or supporting women who have gone through domestic violence and want to reach Frauenhaus, so I support them in their transition from an abusive setting to a more safe environment in Frauenhaus. So ja, I do a little bit of various things in that. (B2: 9)
K5.2	deduktiv	Motivation / Gründe	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird für Aussagen über persönliche Motivation und Gründe für den eigenen Aktivismus genutzt.</p>	So for me, activism was a necessity that I was, I feel sort of somehow born into, by virtue of the work I was doing. It's not possible to witness birth and witness standard medical care at birth, and witness it with your full heart and your full presence, and not be radicalized

				by what you witness. That's I think impossible. And so becoming radicalized by the extreme injustice that I witnessed required me to take action to make changes. I just couldn't imagine just saying, "Oh, I'm just going to shut up and be quiet and sit back and say nothing and do nothing because I don't want to stir the pot in it". Well, how would I then be a human being? How could I then actually have integrity for myself? So, yeah, activism is just for me an extension of integrity in my work. (B3: 24)
K5.3	induktiv	andere Institutionen / Organisationen	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen zum Aktivismus <u>anderer</u> Institutionen/Organisation gemacht, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	Dann aus der Interessensvertretung oder dem aktivistischen Bereich Mother Hood e.V., die ja würde ich so sagen, die lauteste Vertretung von Menschen sind, die unter Geburt eben Gewalterfahrung gemacht haben, wobei ich auch sagen muss, bei denen ist der intersektionale Ansatz nicht ganz so, ja, prominent, also das ist dann doch eine sehr <i>weiße</i> aus der hetero gedachten Perspektive. (B4: 13)
K5.4	deduktiv	eigene Institution / Organisation	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese Kategorie wird vergeben, wenn Aussagen zur aktivistischen Institution/Organisation, in welche die befragte Person eingebunden ist, gemacht und erläutert werden. Eingeschlossen sind dabei auch Aussagen zur Historie der Institution/Organisation sowie Bewertungen.</p> <p>Abgrenzung: 1. Die Kategorie wird nicht kodiert, wenn es um wahrgenommene Interessenskonflikte innerhalb der eigenen (aktivistischen) Institution/Organisation geht. In diesem Fall wird Kategorie <i>Institutionelle Interessenskonflikte</i> verwendet.</p>	But then I also think that level of ja, like I said earlier, medical racism, obstetric violence, people not being in a position to give informed consent or to make informed decisions about their healthcare treatment is I think all these like really big contributing factors to what we need to focus on as a birth justice organization. But us personally as an organization, we want to have a really big intersectional focus on birth. (B1: 7)

K6 Hauptkategorie: Interessenskonflikte

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K6.1	deduktiv	institutionelle Interessenskonflikte	<p>Inhaltliche Beschreibung: Die Kategorie wird angewendet, wenn es um Interessenskonflikte innerhalb von Institutionen/Organisation geht. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p> <p>Anwendung: Kategorie wird kodiert, wenn folgende Aspekte benannt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interessenskonflikte zwischen oder innerhalb Berufsgruppen • Interessenskonflikte zwischen/innerhalb aktivistischer Gruppen • Interessenskonflikte innerhalb der eigenen (aktivistischen) Institution/Organisation 	<p>Und zu der anderen Frage mit den Kontroversen, also ich erinnere mich jetzt an einen konkreten Fall, den ich jetzt mal so erzählen kann. Zwischen Mother Hood und Doctors for Choice, also die sind nicht im Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit, aber die sind sozusagen in meinem Netzwerk zu diesem Thema drin. Und es gab ja den Importstopp von Cytotec vor, keine Ahnung letztes Jahr, ich habe es jetzt vergessen, wann es war, und der wurde ja von Mother Hood gefordert und gefeiert. Und für Doctors for Choice bedeutete das natürlich was ganz anderes, nämlich die Engpässe, was sozusagen die Verfügbarkeit von medikamentösen Abbruchmethoden angeht und da ist ein Vermittlungsversuch auf jeden Fall gescheitert zwischen diesen beiden Gruppen. Also die arbeiten in dem Sinne nicht solidarisch zusammen, weil sozusagen da doch die Interessenskonflikte irgendwie groß sind und es nicht zusammengedacht wird. Also das ist zu mindestens in diesem konkreten Fall nicht gelungen zu sagen, ja, wir finden es wichtig, dass wir kritisch über das Medikament Cytotec und dessen Anwendung sprechen und gleichzeitig finden wir aber, das sollte verfügbar sein für medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche. Also darum sehe ich zum Beispiel so eine Konfliktlinie, die auf jeden Fall kontraproduktiv für Reproduktive Gerechtigkeit ist, ja. (B4: 39)</p>
K6.2	induktiv	persönliche Konflikte / Ambivalenzen	<p>Inhaltliche Beschreibung: Die Kategorie wird angewendet, wenn es um intrapersonale Ambivalenzen (eigene oder bei anderen wahrgenommene) sowie den Umgang damit geht. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	<p>Ich finde, dass unsere Aufgabe ist, die Menschen, so wie sie sind zu begleiten und das fällt mir tatsächlich schwer, wenn Menschen offen rechts sind oder wenn Menschen da/ Puh! Da kriege ich auf jeden Fall Probleme so für mich einfach innerlich so, nicht? (B6: 10)</p>

K7 Hauptkategorie: Implikationen für Birth Justice

Inhaltliche Beschreibung:

Diese deduktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen im Hinblick auf die Verwirklichung von Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit explizit benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.

Aus den kodierten Sequenzen werden anschließend induktive Subcodes entwickelt, so dass die Hauptkategorie nach erfolgter Feinkodierung wieder leer ist.

Außerdem werden folgende induktive Subkategorien anderer Hauptkategorien integriert:

Implikationen für Birth Justice (Aktivismus)

Inhaltliche Beschreibung

Diese Kategorie wird kodiert, wenn aus den kodierten Sequenzen der Hauptkategorie K5 *Aktivismus* Implikationen für BJ-Aktivismus (interpretativ) abgeleitet werden können. Es handelt sich demnach um eine aus der Hauptkategorie induktiv abgeleitete Subkategorie.

Implikationen für Birth Justice (Interessenskonflikte)

Inhaltliche Beschreibung

Diese Kategorie wird kodiert, wenn aus den kodierten Sequenzen der Kategorie K6 *Interessenskonflikte* Implikationen für BJ (interpretativ) abgeleitet werden können. Es handelt sich demnach um eine aus der Hauptkategorie induktiv abgeleitete Subkategorie.

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K7.1	induktiv	Versorgungspraxis	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen im Kontext der peripartalen Gesundheitsversorgung im Hinblick auf Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit explizit benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.	s. Subkategorien in folgender Tabelle

			<p>weitere Vorgehensweise:</p> <p>1. Integration der Subkategorie <i>Implikationen für die Versorgungspraxis</i> der Hauptkategorie <i>peripartale Gesundheitsversorgung</i></p> <p>2. Entwicklung induktiver Subcodes aus den kodierten Sequenzen, so dass die Hauptkategorie nach anschließender Feinkodierung wieder leer ist.</p>	
K7.2	induktiv	Politik	<p>Inhaltliche Beschreibung:</p> <p>Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen auf politischer/struktureller/institutioneller Ebene im Hinblick auf die Verwirklichung von Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit explizit benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p> <p>weitere Vorgehensweise:</p> <p>Entwicklung induktiver Subcodes aus den kodierten Sequenzen, so dass die Hauptkategorie nach anschließender Feinkodierung wieder leer ist.</p>	s. Subkategorien in folgender Tabelle
K7.3	induktiv	Studium / Fortbildung	<p>Inhaltliche Beschreibung:</p> <p>Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen im Kontext von Studium/Fort- und Weiterbildung für Gesundheitsfachpersonal benannt erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	Es ist eher so, dass ich das Gefühl habe, da gibt es ganz viel Bedarf, auch an Fortbildung. Also wahrscheinlich könnte irgendwie jeder Kreißsaal, jedes Kreißsaalteam dieser Republik eine Fortbildung gebrauchen oder fünf. Irgendeine Begleitung über drei Jahre oder so. Also, es gibt auf jeden Fall, der Bedarf ist glaube ich riesengroß, oder würde ich als riesengroß einschätzen. Genau. (B6: 16)
K7.4	induktiv	Sexuelle und reproduktive Bildung / Beratung	<p>Inhaltliche Beschreibung:</p> <p>Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen im Kontext sexueller/reproduktiver Bildung und Beratung im Hinblick auf Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt</p>	So ja, I was saying that it is so medicalized that there is a lot of lack of information on the kind of support that you can get, or the fact that for instance it is legal in Germany for a person to choose to give birth unassistedly. In some states in the US for instance, it is illegal. But a lot of people do not even know that that

			<p>werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	<p>is something that you would not be prosecuted by. Or like I mentioned, that you have the choice of having only a midwife for your Vorsorge. Or so ja, so I would make a big emphasis on the educational aspect, not just math and science, but also body education from KiTa onwards. And an ideal setting, I would say it would be more community based. So, I would say centers of reproduction justice, but also reproductive health where it is more open also for the immigrants for various kinds of setting of life of not just family, the traditional family setting. Ja. And I think that doulas are still in Germany regarded as less than midwives, for instance. And I think that just stems out of ignorance of the different kind of role that we are playing. So, I would say that it would be great if doulas would be more present from the beginning, like bringing doulas to KiTas, bringing doulas to schools, but also midwives bringing them to talk about. But not just to address the female audience to address both or three or four, all the spectrum of genders audience so that I do believe that from education, less fear will come. And with less fear, there will be less violence. (B2: 53)</p>
K7.5	induktiv	institutioneller Aktivismus	<p>Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für Geburts-Aktivismus benannt, erläutert oder in Beziehung zueinander gesetzt werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.</p>	<p>And maybe that would be something which is more about bringing attention to different types of like birth injustices or birth traumas or discriminations or biases, bringing attention to that and then kind of making some kind of activism campaigns to push for change. And it is a big project to try to change, like to try to solve discrimination, you know. But that is kind of the goal of our advocacy team is that we at least make it something that people are talking about. (B1: 60)</p>
K7.6	induktiv	Forschung	<p>Inhaltliche Beschreibung:</p>	<p>Also da spreche ich sowohl von Forschung, um da up to date zu sein, als auch zum Beispiel davon, dass</p>

			Diese induktive Kategorie wird vergeben, Implikationen für Forschung im Kontext von Birth Justice/Geburtsgerechtigkeit benannt, werden. Eingeschlossen sind dabei auch eigene Positionen und Bewertungen der Befragten zu diesen Aspekten.	dann irgendwie klar ist, wie funktioniert Geburtshilfe bei einer Person, also bei einem Transmann, der irgendwie bis kurz vor der Schwangerschaft noch Testosteron genommen hat (B4: 19)
--	--	--	--	--

Induktiv identifizierte Subkategorien der Kategorien **K7.1 Versorgungspraxis** und **K7.2 Politik**

Nr.	Zuordnung	Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
K7.1.1	induktiv	Subjektzentriertheit	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von Subjektzentriertheit (interpretativ) abgeleitet werden können.	,dass jede Frau die Geburt (..) haben können muss, die für sie passend ist. Wenn das der Wunschkaiserschnitt in Woche 36 ist, ich stecke da nicht drin. Ich kenne ihre Motive nicht. Und ich finde es auch anmaßend, dass die sich dafür rechtfertigen muss. Es mag sein, dass die nicht gut beraten gewesen ist und deshalb diese (unv.). Das kann man dann behutsam eben (...) erlauschen, durch das Zuhören. Aber es muss möglich sein. Wir sagen nicht, Hausgeburten für alle. Genauso wie wir auch nicht sagen, PDA für alle oder für keinen oder für sonst irgendwas. Sondern das muss für DIESE eine Frau passen, und wer sind wir, zu urteilen, ob das eine gute oder eine schlechte Entscheidung ist. (...) Niemals. (B5: 71)
K7.1.2	induktiv	Hierarchieabbau und Multiprofessionalität	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von Hierarchieabbau und Multiprofessionalität (interpretativ) abgeleitet werden können.	Und das ist jetzt eher so eine offene Frage, ich frage mich schon auch, wie man sozusagen diese Hierarchie zwischen Ärzt*innen und Hebammen irgendwie auflösen müsste, damit die Expertisen sozusagen auch anerkannt werden, die es gibt und nicht sozusagen die Ärzt*innenschaft da als immer sozusagen mehr Expert*innen wahrgenommen wird, was das im Klinikalltag ändern würde kann ich mir nicht so richtig vorstellen, aber sicherlich einiges. (B4: 21)
K7.1.3	induktiv	Diversität und Diskriminierungs-sensibilität	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von	And I know that also there is a lot of discrimination that happens for student midwives, where either it is like their superior people like the senior midwives maybe speak down to them or make them feel like they are not valued part members of the team, or that there is like this power dynamic between students and the senior midwives. I think the midwife

			Diversität und Diskriminierungssensibilität (interpretativ) abgeleitet werden können.	<p>should be more like, I think it is like kind of a beautiful, kind of some solution to like working better with diverse people is to have like diverse midwives. Like that can, ja, help to like change the face of midwifery in Germany a little bit to make it something that is more inclusive, and that reflects actually the reality of like the type of people that live in Germany also. (B1: 23)</p> <p>Das wäre voll gut, wenn das mal ein Raum wäre, wo die ihre alltägliche Angst vor Diskriminierung auch bisschen merken, dass sie die da nicht haben müssen oder so. Oder sich auch fallen lassen kann, weil sie nicht/ Also, Gebären hat ja auch was mit Loslassen zu tun und sich einlassen auf den Geburtsprozess. Wie soll ich das machen an einem Ort, an dem ich Angst haben muss, dass jede Person, die reinkommt, mich diskriminiert, etwas Diskriminierendes, Abwertendes sagt. Wie soll das gehen? Ich glaube schon, dass das ein sehr gewichtiger Raum ist. (B6: 10)</p>
K7.1.4	induktiv	Fehlerkultur	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von Fehlerkultur (interpretativ) abgeleitet werden können.	And when people make mistakes, which is going to happen a lot in this revolution, they would apologize in a meaningful way and then make a commitment to do better in the future. I think those are some of the things that we could start with, for what this would look like. (B3: 20)
K7.2.1	induktiv	Rechtsnormen	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von Rechtsnormen (interpretativ) abgeleitet werden können.	Ja, ganz viel mit Politikern reden, ganz viel überhaupt mit Menschen reden, (...) mit Juristinnen und ich hoffe auch, dass, wenn 219 und hoffentlich auch 218 dann bald mal weggefrühstückt ist auch die Juristinnen vom Deutschen Juristinnenbund da Kapazitäten frei (unv.) Die haben das eigentlich auf der Agenda. Aber die haben natürlich alles an Kapazitäten in 218, 219 gesteckt. (...) Auch mit guten Gründen. Aber ich hoffe, dass da dann eventuell demnächst mal was freigesetzt ist, dass die sich da noch mehr schlagen können, weil wir dringend eine vernünftige Rechtsprechung brauchen und Richter und Anwält*innen, die da sensibel sind und das Thema auf dem Schirm haben. (B5: 57)
K7.2.2	induktiv	Infrastruktur / strukturelle Rahmenbedingungen	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige	Aber auch da ist Zeit/ also sorry, aber so wie Gynäkolog*innen arbeiten in der Klinik ist ja absurd. Also bitte. Wer sich diese Dienste ausgedacht hat. Also (...) bei allem, wenn wir es ernst meinen, das braucht mehr Geld

			Veränderungen/Implikationen für BJ im Kontext von Infrastruktur und strukturellen Rahmenbedingungen der peripartalen gesundheitlichen Versorgung (interpretativ) abgeleitet werden können.	für diesen ganzen Sektor. Also, Ärzt*innen brauchen nicht mehr Geld, aber weniger Arbeitszeit und dadurch braucht es auch eine zweite, dritte/ und warum es überhaupt zulässig ist, dass Menschen in solchen Jobs 40 Stunden arbeiten, sondern Vollzeit da nicht einfach 30 Stunden sind oder so. Und es total Usus ist, Teilzeit zu arbeiten, damit man eben regeneriert, damit man fit genug ist, präsent genug sein kann, fokussiert genug sein kann, das kann man im sechsten Nachtdienst einfach nicht mehr. Das ist total Quatsch, das kann niemand im sechsten Nachtdienst. Genau, also da würde ich wirklich sagen, braucht es mehr Geld und mehr Personal (B6: 47)
K7.2.3	induktiv	Gesellschaftsverhältnisse / Diskurse	Inhaltliche Beschreibung: Diese induktive Kategorie wird vergeben, wenn notwendige Veränderungen/Implikationen für für BJ im Kontext von Aktuellen Gesellschaftsverhältnissen/Diskursen (interpretativ) abgeleitet werden können.	Und sowieso ist es so, dass diese Themen Geburt, Schwangerschaftsabbruch, Verhütung immer noch einen Stempel haben, der eben sehr ins intime Private geht und dessen politische Komponente nicht so richtig anerkannt wird. Also es ist sowieso, glaube ich, ein Problem, das zu einem politischen Projekt zu machen, weil einfach immer noch sehr stark diese Idee vorherrscht, dass das individuelle Erfahrungen sind und daraus nicht abgeleitet wird unbedingt, dass das jetzt irgendwie gesellschaftlicher angegangen werden muss. (B4: 33)

B Leitfaden

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	-----------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	---------------

A) Einstieg

1. Begrüßung

Ich begrüße Sie herzlich und bedanke mich für Ihre Bereitschaft, dieses Interview mit mir zu führen. Ich bin Christiane Winkler (Pronomen: Sie) und bin als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bachelorstudiengang Hebammenwissenschaft an der MLU Halle-Wittenberg tätig. Wie darf ich Sie ansprechen?

2. Worum geht es?

Im Rahmen meiner Masterarbeit im Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg möchte ich die Potentiale des Konzeptes Birth Justice (Geburtsgerechtigkeit) für den deutschsprachigen Raum eruieren.

3. Anonymität

Alle Angaben, die Sie hier machen, bleiben selbstverständlich anonym und unterliegen dem Datenschutz. Ihr Name wird nicht gemeinsam mit dem Interview vermerkt, sondern das Interview wird mit einem anonymisierenden Codenamen versehen.

4. Ablauf

In unserem Gespräch werde ich Sie bitten, sich zu verschiedenen Themen zu äußern. Gehen Sie dabei gern auf alles ein, was Ihnen zu den jeweiligen Themen/Fragen einfällt. Antworten Sie gerne möglichst spontan.

Falls es im Verlauf unseres Gespräches Fragen oder Themen gibt, über die Sie nicht sprechen möchten, brauchen Sie dies nur zu sagen. Dann lassen wir diese einfach aus.

Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, fange ich jetzt an.

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	--------------------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	---------------

B. Konzept/Wissen Birth Justice

1. Als erstes interessiert mich, was Sie unter Geburtsgerechtigkeit/Birth Justice verstehen. Können Sie mir bitte erzählen, was Sie als Geburtsgerechtigkeit/Birth Justice auffassen?

Wenn Konzept explizit bekannt:

Inwiefern lässt sich Ihrer Ansicht nach BJ auf deutsche Verhältnisse übertragen?

Welche Bedeutung/Stellenwert hat Ihrer Ansicht nach BJ innerhalb der dt. Bewegung für RJ?

Kennen Sie Vorbilder/Vorreiter für die dt. Bewegung? Das können z.B. Staaten, bestimmte Organisationen/Institutionen oder auch Einzelpersonen sein.

2. Für wen ist BJ/GG Ihrer Meinung nach (besonders) relevant und warum?

Wie schätzen Sie in diesem Kontext den Stellenwert/die Bedeutung von Hebammen (+Forschung) ein?

3. Was verstehen Sie unter Geburtsungerechtigkeit? Können Sie Beispiele nennen?

Welche begegnen Ihnen im Kontext ihrer Arbeit/ihres Aktivismus?

Inhaltliche Aspekte:

Subjektive Definition des Konzeptes

Normative Definition des Konzeptes

Fokussierte Zielgruppen / Differenzkategorien

Ungerechtigkeit / Stigmatisierung / Diskriminierung

Zugänge

Intersektionalität

Relevanz von BJ für Gesundheitsversorgung / Gesundheitswissenschaft

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	-----------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	---------------

C. Notwendige Veränderungen/Visionen

1. Erzählen Sie mir doch bitte, wie sähe Ihrer Meinung nach eine Gesellschaft aus, die BJ/GG verwirklicht hätte?

*Wie sähe die gesundheitliche Versorgung in/bei Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett/früher Elternschaft aus?
Können Sie mir das Gesundheitsfachpersonal in dieser Utopie beschreiben?
Was zeichnet es aus?*

Können Sie die Veränderungen im Vergleich zur gegenwärtigen Situation beschreiben?

2. Was denken Sie kann/soll/muss getan werden, um BJ/GG voranzubringen? Welche Anregungen hätten Sie aus Ihrer Perspektive, um BJ/GG voranzubringen?

Können Sie (individuelle, institutionelle, strukturelle) Maßnahmen beschreiben, die Ihnen geeignet scheinen, um dieses Ziel zu erreichen?

Welche Zielgruppen sollten Ihrer Ansicht nach besonders fokussiert werden? Können Sie dies näher erläutern? Warum?

Inhaltliche Aspekte:

Notwendige Veränderungen

Voraussetzungen → gesellschaftlich / strukturell / ökonomisch

Zugänge

Arbeitsweise/Merkmale des Gesundheitsfachpersonals

Mittel/Maßnahmen zur Veränderung

Bedeutung von Diversität

Aktivismus

Forschung

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	-----------------------------	---	--------------------------------------	----------------------------------	---------------

D. persönlicher Bezugsrahmen

1. Können sie mir etwas zu Ihrem beruflichen/aktivistischen Werdegang erzählen?
Wie kam es eigentlich zu Ihrem Aktivismus?

Wie sind Sie mit dem Thema BJ/GG in Kontakt gekommen?

Können Sie mir etwas zu ihrer Organisation/Institution erzählen? Wieso setzen Sie sich gerade dort ein?

2. Was motiviert Sie, sich aktivistisch einzusetzen?

Welche (eigenen) Erfahrungen motivieren Ihr Engagement? Gibt es eine Schlüsselsituation?

3. Inwiefern hat sich Ihr persönliches Verständnis im Laufe der Zeit verändert?

Inhaltliche Aspekte:

Motivation

Konkrete (eigene) Erfahrungen

(Veränderungen) Verständnis von Selbstbestimmung

(Veränderungen) Verständnis von Diversität / Inklusion

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	-----------------------------	---	------------------------------	--	---------------

E. institutioneller Bezugsrahmen

1. Können Sie mir erzählen wie BJ/GG in Ihrer Organisation besprochen, diskutiert, verhandelt wird? Wie wird in Ihrer Organisation mit dem Thema BJ/GG umgegangen?

Gibt es Ihrer Wahrnehmung nach Interessenskonflikte innerhalb Ihrer Organisation / Institution?

Wie setzen Sie / Ihre Organisation sich für BJ/GG ein? Können Sie Beispiele nennen?

Wie schätzen Sie den Einfluss Ihrer aktivistischen Arbeit auf Veränderungen für BJ/GG ein?

Können Sie konkrete Veränderungen benennen, an denen Ihre Organisation/Institution beteiligt war?

2. Inwiefern hat sich Ihrer Einschätzung nach das Verständnis für BJ/GG in Ihrer Institution im Laufe der Zeit verändert?

Wodurch wurden Sie in Ihrer Institution zu einer diskriminierungskritischen Debatte motiviert? Gab es konkrete Situationen? Können Sie diese näher beschreiben?

Zusatzfragen für Personen von Mother Hood:

Wie kam es zur Diversity Erklärung? Wie kam es zur neuen Robina?

*Zusatzfragen für RJ Aktivist*innen:*

Können Sie mir etwas zum Verhältnis zwischen der Bewegung für RJ und der Pro Choice Bewegung insbesondere im deutschen Sprachraum erzählen?

Wie schätzen Sie die Arbeit der Aktivistinnen in Elterninitiativen ein, die sich für bessere geburtshilfliche Versorgung in Deutschland einsetzen?

Was sehen Sie positiv? Wo sehen Sie Leerstellen? Blinde Flecken?

Inhaltliche Aspekte:

Motivation

Konkrete (eigene) Erfahrungen

Konflikte im Themenfeld innerhalb der Organisation/Institution

(Veränderungen) Verständnis von Selbstbestimmung

(Veränderungen) Verständnis von Diversität / Inklusion

Einstieg	Konzept Birth Justice	Notwendige Veränderungen / Visionen	Persönlicher Bezugsrahmen	Institutioneller Bezugsrahmen	Zur Person
----------	-----------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	-----------------------

Nun sind wir fast am Ende des Interviews. Ich habe noch einige Fragen zu Ihrer Person.

E. Zur Person

1. Bitte nennen Sie mir ihr Alter und ihr Geschlecht.

2. Bitte nennen Sie ihre berufliche Qualifikation.

Wenn Sie studiert haben: Was haben sie studiert? Wann?

*Wenn Sie in Ihrer Organisation/Institution ehrenamtlich tätig sind:
Gehen Sie einer Lohnarbeit nach? Welcher?*

3. Bitte nennen Sie ihre Funktion/Stellung innerhalb Ihrer Organisation/Institution.

4. Wie lange / seit wann sind Sie schon in Ihrer Organisation tätig?

Ausstieg:

Jetzt haben wir einiges besprochen, gibt es von Ihnen noch etwas, das bisher im Interview nicht zur Sprache gekommen ist, was Ihnen aber wichtig ist? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

Möchten Sie mir eine Rückmeldung zum Interview (zur Interviewführung, zu den Inhalten etc.) geben?

Ich bedanke mich sehr herzlich für das Gespräch.

C Anschreiben

Guten Tag,

mein Name ist Christiane Winkler (sie/ihr), ich bin Hebamme und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang Hebammenwissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Im Rahmen meines berufsbegleitenden Masterstudiums der angewandten Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg führe ich ein Studienprojekt zum Thema Birth Justice (Geburtsgerechtigkeit) durch. Dafür möchte ich die Potentiale des Konzeptes Birth Justice für den deutschsprachigen Raum eruieren. Ziel ist es, neue Perspektiven sowohl für politischen Aktivismus für Geburtsgerechtigkeit als auch für die gesundheits- und hebammenwissenschaftliche Forschung zu eröffnen.

In diesem Sinne möchte ich Gespräche sowohl mit Expert*innen und Aktivist*innen für Reproduktive Gerechtigkeit (oder Birth Justice im Speziellen) führen, sowie mit Aktivist*innen aus Elterninitiativen, die sich für eine verbesserte geburtshilfliche Versorgung in Deutschland einsetzen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie Zeit für ein solches Gespräch hätten und mich mit ihrer Expertise und ihren Erfahrungen zum Thema unterstützen würden.

Die Interviews sollen über den digitalen Webkonferenzdienst BigBlueButton durchgeführt und aufgezeichnet, dann digital verschriftlicht und anonymisiert werden.

Falls Sie selbst keine Bereitschaft oder Kapazität für ein solches Interview haben, freue ich mich auch sehr über Hinweise bezüglich geeigneter, potentieller Gesprächspartner*innen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Christiane Winkler

D Datenschutzrechtliche Dokumente

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

A Gegenstand des Forschungsprojekts

Forschungsprojekt: Birth Justice

Forschungszweck: Eruierung von Potentialen des Konzeptes Birth Justice (Geburtsgerechtigkeit) für den deutschsprachigen Raum

Institution: Hochschule Merseburg

Projektleitung: Christiane Winkler

Interviewdatum:

B Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass im Rahmen des unter A beschriebenen Forschungsprojektes Daten meiner Person erhoben und ausgewertet werden. Die Erhebung erfolgt durch die Aufzeichnung eines Onlineinterviews über die Plattform BigBlueButton, welches anschließend transkribiert, anonymisiert und für wissenschaftliche Analysen und daraus hervorgehende Veröffentlichungen auszugsweise verwendet wird. Die Transkription erfolgt voraussichtlich mittels externer Auftragsverarbeitung. Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen werden nicht möglich sein. Sofern ich besondere Kategorien von personenbezogenen Daten angebe bzw. angegeben habe, sind diese von der Einwilligungserklärung umfasst (s. Punkt 4 der Datenschutzhinweise). Die Löschung der Aufnahmedateien, Ihres Namens und Ihrer Kontaktdaten erfolgt nach Abgabe und Bewertung der Abschlussarbeit.

Über Art und Umfang von Erhebung und Auswertung wurde ich mündlich und in der schriftlichen Anlage zu dieser Erklärung umfassend informiert.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann die Einwilligung ablehnen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft gegenüber der durchführenden Institution widerrufen (s. Punkt 9 der Datenschutzhinweise). Die weitere Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wird ab diesem Widerruf unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Die Informationen über die Erhebung und Verarbeitung der Daten gemäß DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Vorname, Nachname in Druckschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Informationen über die Erhebung und Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten

1. Am Forschungsprojekt beteiligte Personen:

Das Forschungsprojekt wird durchgeführt von Christiane Winkler, Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur. Die durchführende Person ist zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung verpflichtet.

2. Zweck der Datenverarbeitung:

Die Erhebung und Verarbeitung der Daten dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Ihre Kontaktdaten werden gesondert und ausschließlich für die Projektdurchführung zugänglich gespeichert. Dies dient der Dokumentation Ihrer Einverständniserklärung und einer möglichen Identifizierung Ihrer Daten, falls Sie diese Einwilligung später widerrufen. Nach Löschung der Interviewaufnahme ist ein Widerruf nicht mehr möglich.

3. Art der Datenverarbeitung:

Grundlage der Datenverarbeitung bildet die DSGVO. Die Gespräche werden aufgezeichnet, die Aufnahmen mittels externer Auftragsverarbeitung digital verschriftlicht und anonymisiert. Bei der Anonymisierung werden Personennamen, Ortsnamen und Berufsbezeichnungen durch Codes ersetzt. Zugriff auf diese Daten hat ausschließlich die Projektdurchführung. In der Abschlussarbeit können einzelne anonymisierte Zitate in sprachlich geglätteter Form wiedergegeben werden. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zum Zweck einer automatisierten Entscheidungsfindung (einschließlich Profiling) gemäß Art. 22 Abs. 1 und Abs. 4 DSGVO findet nicht statt.

4. Kategorien der zu verarbeitenden Daten:

Offene Interviews können verschiedene Arten von Daten enthalten. Insbesondere können besondere Kategorien enthalten sein, die Aufschluss geben über ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

5. Kontaktdaten der datenverarbeitenden Stelle:

Bei Fragen, Hinweisen oder dem Wunsch, Ihre Einwilligung zu widerrufen, wenden Sie sich bitte an: Christiane Winkler, Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur, Eberhard-Leibnitz-Str. 2, 06217 Merseburg. Mailkontakt: christiane.winkler2@stud.hs-merseburg.de

6. Rechtsgrundlage:

Die Verarbeitung der von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Sofern besondere Kategorien personenbezogener Daten betroffen sind, verarbeiten wir die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auf Basis Ihrer Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

7. Dauer der Speicherung / Kriterien für die Festlegung der Dauer:

Die personenbezogenen Daten aller interviewten Personen werden aggregiert verarbeitet und aufbewahrt. Die Löschung der Aufnahmedateien, Ihres Namens und Ihrer Kontaktdaten erfolgt nach Abgabe und Bewertung der Abschlussarbeit. Ihre Einwilligungserklärung nach spätestens 5 Jahren.

8. Ihre Rechte:

Ihre Einwilligung in die Teilnahme ist freiwillig. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Die weitere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten wird ab diesem Widerruf unzulässig. Dies berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Christiane Winkler, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst und durchgeführt habe. Es wurden keine anderen, als in der Arbeit angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die wörtlichen oder sinngemäß übernommenen Zitate habe ich als solche kenntlich gemacht.

Leipzig, 22.08.2022

Unterschrift