GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen

Ameli, Katharina; Valdor, Lara L.

2020

https://doi.org/10.25595/2861

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Ameli, Katharina; Valdor, Lara L.: *Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 12 (2020) Nr: 3, 141–156. DOI: https://doi.org/10.25595/2861.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v12i3.10

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY SA 4.0 Lizenz (Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu dieser Lizenz finden Sie hier:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de

Terms of use:

This document is made available under a CC BY SA 4.0 License (Attribution - ShareAlike). For more information see:

https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en

GenderOpen – Repositorium für die Geschlechterforschung: www.genderopen.de

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Katharina Ameli, Lara L. Valdor

Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen

Zusammenfassung

Der zunehmende Wandel durch eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems und die damit verbundenen strukturellen Veränderungen zeigen Auswirkungen auf die Geburtshilfe. Hierbei ist besonders der Bereich um Gewalt unter der Geburt in den letzten Jahren im öffentlichen Diskurs vermehrt in den Fokus gerückt. Der vorliegende Beitrag analysiert das Thema von Gewalt unter der Geburt im Kontext von Interaktion und Professionalität. Er arbeitet am Beispiel eines Geburtsberichts Gewalterfahrungen heraus und untersucht diese im Kontext professionalisierter Interaktionen. Gezeigt wird, welche interaktionalen Prozesse Gewaltformen unter der Geburt beeinflussen und welche Interdependenzen sich mit der Professionalität von Geburtshelfer*innen ergeben. Der Beitrag forciert eine mikroperspektivische Sicht auf Interaktions- und Kommunikationsansätze, bei der sowohl die Kommunikationsebene als auch die Selbstbestimmung von Frauen als wesentlich verstanden werden.

Schlüsselwörter
Gewalt, Geburt, Ökonomisierung, Kommunikation, Selbstbestimmung, Trauma

Summary

Birth between interaction, professionalism and experienced violence

The increasing economization of the healthcare system and the associated structural changes are having an impact on obstetrics. The issue of violence during childbirth has increasingly come to the fore in recent years, especially in the public discourse. The article looks at the issue of violence during childbirth by analysing the interface between interaction and professionalism. Using the example of a birth report, the article elaborates the experiences of violence in the context of interaction and professionalization. It shows the interactionist processes which influence forms of violence during childbirth and the interdependences which result from the professionalism of obstetricians. The article provides a micro-perspective view of interaction and communication approaches, in which the communication level and the self-determination of women in particular are understood as being key.

Keywords
violence, birth, economization, communication, self-determination, trauma

1 Einleitung

Der historische Wandel durch eine Ökonomisierung des Gesundheitssystems und die damit verbundenen strukturellen Veränderungen betreffen auch die Geburtshilfe (vgl. Jung 2017: 33). In den letzten 20 Jahren zeigen sich strukturelle Änderungen in der geburtshilflichen Versorgungsstruktur durch Kreißsaalschließungen und Hebammenmangel, bei gleichzeitiger Zunahme an technisierter und interventionsreicher Geburtsmedizin (vgl. Jung 2018: 63). Die Ökonomisierungstendenzen der Geburtshilfe und die Praxis des Gebärens sind bereits seit den 1970er-Jahren in der Frauen- und Geschlechterforschung sowie in Public-Health-Diskursen untersucht worden, ohne dabei näher auf damit verbundene Gewalterfahrungen von Gebärenden einzugehen (vgl. Kühn/Klinke

2006). Die im Jahr 2004 eingeführte DRG-Fallpauschale hat zudem eine Analyse der Ökonomisierung verstärkt, da vermehrt Anreize für geburtshilfliche Interventionen geschaffen wurden (vgl. Jung 2018: 66). Die aus der Einführung der DRG-Fallpauschale resultierte Verschlankung der prozess- und ergebnisorientierten professionalisierten Handlungsabläufe (Kühn/Klinke 2006) bedingt eine Orientierung an Planbarkeit, Kalkulierbarkeit und Haftung (vgl. Kolip/Nolting/Zich 2012; Jung 2018: 66), die im Spannungsfeld mit der Selbstbestimmung gebärender Frauen steht. Selbstbestimmung erfüllt hierbei nicht ausschließlich die Funktion einer selbstbestimmten Handlungsfähigkeit, sondern wird als individuelle Dienstleistung in Form von Information, Vorbereitung und freier Entscheidungen zur Verhinderung geburtshilflicher Gewalt verstanden (vgl. Jung 2017: 31).

Die beschriebenen Entwicklungen wurden von Initiativen, wie beispielsweise der Roses Revolution, aufgegriffen. Im Jahr 2019 veröffentlichte diese über 200 Berichte von betroffenen Frauen anonymisiert in den sozialen Medien, um die gravierenden Problemlagen in Form von Gewalterfahrungen gebärender Frauen aufzuzeigen.

Im Jahr 2019 wies zudem erstmals das Parliamentary Assembly of the Council auf Folgendes hin: „Obstetric and gynaecological violence is a form of violence that has long been hidden and is still too often ignored“ (Parliamentary Assembly 2019: o. S.).

Gewalt in der Geburtshilfe wird in Anlehnung an Neidhardt und die WHO als physische und psychische Komponente durch eine Entpersonalisierung von Gebärenden verstanden, die strukturell umgesetzt wird und sich negativ auf Frauen und Kinder auswirkt (Neidhardt 1986: 125; WHO 2015). Geburtshilfliche Gewaltformen reichen laut Bowser und Hill von physischem Missbrauch in der Behandlung über Eingriffe ohne Einwilligung, Missachtung der Privatsphäre und Würde, Diskriminierung, die auf spezifischen Patientenattributen basiert, bis hin zur Verweigerung von Behandlungen oder Eingriffen durch medizinisches Personal (Bowser/Hill 2010: 10ff.). Bohren et al. (2019) konnten feststellen, dass Frauen die höchste Form von Gewalt 15 Minuten vor sowie während des Geburtsverlaufs erfahren.

Neben dieser Form von direkter Gewalt von Menschen an Menschen in der Geburtshilfe können ebenfalls strukturelle Gewaltausprägungen in Form von „Ausbeutung“, „Penetration“, „Segmentierung“, „Marginalisierung“ und „Fragmentierung“ beschrieben werden. Hierbei gibt es nicht immer einen direkten Täter, sondern die Gewaltstrukturen werden in die sozialen Strukturen des Systems eingebettet (Galtung 2007: 344). Nicht zuletzt wird durch kulturelle Gewalt eine Legitimation der direkten und strukturellen Gewalt geschaffen. Dieser fließende Übergang in Richtung einer Ritualisierung von Gewalt (vgl. Galtung 2007: 365) weist nicht zuletzt enge Bezüge zur Ökonomisierung der Geburtshilfe und der Wahrnehmung des Menschen als „medizinischer Fall“ auf (vgl. Jung 2017: 35ff.).

Die Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt ist eng an Grenzüberschreitungen und Grenzübergriffe geknüpft. Praktische Modelle beschreiben Grenzüberschreitung im Allgemeinen als eine Missachtung von körperlicher Distanz, als Missachtung eines respektvollen Umgangsstils oder als Missachtung von Schamgrenzen und sexuellen Normen (vgl. Enders et al. 2010: 2). Grenzübergriffe hingegen benennen geplante Handlungen durch fachliche und individuelle Defizite. Diese ergeben sich vielfach durch das Hinwegsetzen über institutionelle Regeln, kulturelle oder gesellschaftliche Normen,

berufliche Standards oder einen Widerspruch von Gebärenden. Vernachlässigungen, die Verweigerung von Betreuung oder Behandlung und Unzulänglichkeiten in der Kontinuität der Behandlungen lassen sich als Grenzübergriffe im Sinne der Autor*innen beschreiben (vgl. Enders et al. 2010: 4).

Wenngleich Gewalt unter der Geburt seit mehreren Jahren ein ernst zu nehmendes Problem in verschiedenen Ländern der Welt darstellt und dadurch grundlegende Menschenrechte von Frauen verletzt werden, zeigt sich erst in den letzten Jahren eine tiefergehende wissenschaftliche Hinwendung zu diesem Thema (vgl. Barbosa Jardim/Modena 2018; Kornelsen/Stoll/Grzybowski 2011; Snowden et al. 2015; Morris/Robinson 2016; Bohren et al. 2019). Gegenwärtig stellt besonders die (soziologische) Analyse von Gewalt unter der Geburt durch medizinisches Personal – sowohl national als auch international – einen blinden Fleck in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik dar. Dieser zeigt sich besonders in der Analyse und Erklärung, wie geburtshilfliche Gewalt qualitativ von Gebärenden erlebt und im professionalisierten geburtshilflichen Interaktionsprozess eingeordnet wird.

An eben diesem Desiderat setzt der vorliegende Beitrag an, indem Gewalterfahrungen im Kontext von Interaktion und Professionalisierung für den Forschungsstandort Deutschland fallbasiert diskutiert werden. Hierbei wird der Blick auf die Interdependenzen gelegt, die innerhalb von professionalisierten Interaktionen zwischen geburtshilflichem Personal und gebärenden Frauen relevant sind. Zugleich werden Zusammenhänge zwischen Ökonomisierungstendenzen und erfahrbarer Gewalt herausgearbeitet.

Der Beitrag fokussiert explorativ mithilfe einer Einzelfallanalyse (Baur/Lamnek 2005) als abgegrenzte Einheit – einen für sich stehenden Fall – die konkrete Geburtssituation (vgl. Hering/Schmidt 2014: 534). Der Fall wird vor dem Hintergrund professioneller geburtshilflicher Interaktionen und erfahrener Gewalt in seinen interaktionalen Binnenstrukturen und Umweltverhältnissen umfassend analysiert (vgl. Yin 2009: 18). Hierfür wurde ein Geburtsbericht, der im Rahmen der Roses Revolution anonym von einer betroffenen Frau in den deutschen sozialen Medien veröffentlicht wurde, als Dokument ausgewählt, um Erkenntnisinteressen in Bezug auf bestehende Diskurse der Geburtshilfe herzustellen und das Phänomen der Gewalt in diesem fallbasierten Kontext in all seinen Facetten sowie möglichst erschöpfend für die sozialwissenschaftliche Debatte zugänglich zu machen (vgl. Hering/Schmidt 2014: 531ff.). Dieses Vorgehen ist fundamental, um die gegenwärtig nicht thematisierten Zusammenhänge von Interaktion, Professionalisierung und Gewalterfahrung während der Geburt aufzuzeigen. Diesem Ansatz voraus geht die Annahme, Gewalt im Mikrobereich zu analysieren (vgl. Hoebel/Knöbl 2019), um Motive, Situationen und Konstellationen aufzudecken.

Hierfür wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1999) ein Schwerpunkt der Analyse auf die Interdependenzen von Interaktion und professionellem Handeln im Kontext von Gewalterfahrungen gelegt. Dabei werden zunächst die theoretischen Konstrukte von Gewalt, Interaktion und Professionalisierung im Kontext geburtsmedizinischer Interventionen in Deutschland aufeinander bezogen und mit Blick auf die Forschungsfrage geklärt. Anknüpfend daran wird die Analyse des Einzelfalls mit den theoretischen Konzepten in Verbindung gebracht und das Thema Gewalt unter der Geburt tiefergehend beleuchtet. Unter Berücksichtigung der ärztlichen Sicht zum Grundsatz der Debatten um Gewalt unter der Geburt werden abschließend die komple-

xen Verzahnungen von Gewalterfahrungen in der Geburtshilfe skizziert und Lösungsvorschläge präsentiert.

2 Gewalt und professionelles Handeln in Interaktionen der Geburtshilfe

Die Geburtshilfe kennzeichnet sich durch Interaktionen in Form immaterieller Leistungen (Goffman 1996: 7), die nach Blumer (1969) durch „wechselseitiges Verhalten" sowie physische, soziale und abstrakte Objekte entstehen (Abels 2007: 48). Im Kontext geburtshilflicher Interaktionen wird der Körper der Gebärenden als ein Territorium (Reiger 1997: 37) verstanden. Diese, als die Grenze des Menschen beschriebene Hülle (Goffman 1982: 67) wird bei geburtsmedizinischen Interventionen durch professionalisierte Abläufe in Form von vaginalen Untersuchungen und standardisierten Interventionen besonders berührt. Hierdurch entsteht eine aktive und direkte Form professionalisierter Interaktionen an Grenzen (Goffman 1982: 67) mit einer hohen Verwundbarkeit (Goffman 2001: 60). Emotionen und der Körper sind dabei nicht, wie von Neumann und Maier (2019: 115ff.) beschrieben, voneinander zu trennen, sondern durch „Gefühle, Stimmungen, Körperstellungen und Muskelbewegungen […] im Sozialen Handeln innig ineinander verknüpft" (Goffman 2001: 60).

Interaktionen vor, während und nach der Geburt gehen mit einer Rollenübernahme innerhalb der Interaktion einher, indem das Individuum sowohl seine eigene Bedeutung einem anderen eröffnet als auch den symbolisch beigemessenen Wert der integrierten Objekte, wie beispielsweise einer Saugglocke, kenntlich macht.

Hierbei entstehende kommunikative Missverständnisse oder ungleiches Wissen können an dieser Stelle zu Schwierigkeiten beim Verstehen und Interpretieren von Informationen führen (Neumann/Maier 2019: 115; Somm/Hajart/Mallat 2018: 72; Montiel 2017: 79ff.) und oftmals in einen Vertrauensverlust münden (vgl. Abels 2007: 50ff.). Nicht selten weist der kommunikative Verlauf im Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis eine Wissensasymmetrie auf, wodurch die Behandlung für Patient*innen nicht automatisch und generell schlüssig erscheint, die Selbstbestimmung der Patient*innen jedoch fortbesteht (Haselhoff 2016; Neumann/Maier 2019: 115).

Das Darbieten des professionellen Habitus kann eine Asymmetrie in der Interaktion verstärken und bedingen, dass (gewaltvolle) Handlungen als Fehler im professionellen Handeln begünstigt werden. Dies resultiert vielfach aus einer Nicht-Berücksichtigung dessen, dass Lehrbücher und universitäres Lernen nicht automatisch kompatibel mit der Realität von Patient*innen sind (vgl. Schütze 1992: 137f.).

Den Asymmetrien wird prozesshaft durch Aushandlungs- und Interaktionsverfahren begegnet (vgl. Schütze 2002: 59ff.). Geschieht dies nicht, kündigt dies für die restliche Interaktionssituation der Geburt eine grundlegende Störung an (vgl. Neumann/Maier 2019: 115).

Dies erfordert die Berücksichtigung einer Offenheit als einem Teilbereich von Professionalität, um Divergenzen der Interaktion zu erkennen und diese anzupassen (vgl. Schütze 1992: 137f.). Hierfür sind sowohl die Abwägung von Alternativen als auch die Möglichkeit einer Entscheidungsfreiheit für Gebärende ebenso relevant wie

das Aufgreifen von Fehlern und Paradoxien professionellen Handelns (vgl. Schütze 2002: 51).

Professionalität wird als ein Handeln von Professionellen und ein Handeln bestimmter Qualität verstanden (vgl. Pfadenhauer 2005: 9). Im Sinne Schützes muss das „professionelle Handeln [...] für seine Expertise – anders als bei Laienhandeln – aus den Ressourcen der einschlägigen höhersymbolischen Sinnwelten schöpfen und [...] die empirischen Anzeichen für höhersymbolisch bedeutsame Tatbestände in der Fallempirie des Klienten voraussetzungsreich symbolisch interpretieren“ (Schütze 2002: 62). Strafrechtliche und ethische Perspektiven zeigen zudem, dass ein professionelles medizinisches Handeln nur unter dem Umstand der Legalität und der gleichzeitigen moralischen Vertretbarkeit entstehen kann (vgl. Schütze 1992: 137ff.; Zimmermann 2017: 51).

Das professionelle Selbstverständnis medizinischen Personals im geburtshilflichen Prozess konnte Schäfers (2012) in einem Interview mit einem Geburtshelfer herausarbeiten. Dieser nennt mit der Unversehrtheit von Mutter und Kind zwei Handlungsziele der professionalisierten Geburtshilfe. Für das Kind sei die Hebamme zuständig, während die Unversehrtheit der Mutter durch die interventionspraktische Arbeit von Ärzt*innen zu übernehmen sei, die zugleich dafür Sorge tragen, dass das Kind „heil“ bleibt (Schäfers 2012: 234).

Zur Zielerreichung ist im Vorhinein ein interventionspraktisches Arbeitsbündnis zwischen allen an der Interaktion beteiligten Akteur*innen notwendig. Dieses ist eng an den Austausch relevanter Informationen und die Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Gebärenden geknüpft (vgl. Jung 2017). Mangelnde Kommunikations- und Aushandlungsprozesse bergen hierbei ein hohes Risiko einer Vernachlässigung der Selbstbestimmtheit von Gebärenden oder der Bedürfnisse des zu gebärenden Kindes durch medizinisches Personal (vgl. Zimmermann 2017: 53; Neumann/Maier 2019: 115) und können zur Folge haben, dass Gewalt vor, während oder nach der Geburt begünstigt wird.

3 Darstellung und Analyse unter Berücksichtigung von Interaktion, Gewalt und professionellem Handeln

Der folgende Abschnitt beschreibt die Darstellung und Analyse von Gewalt. Im Hinblick auf geburtshilfliche Interaktionen sowie im Kontext von professionellem Handeln und erfahrener Gewalt wird dies anhand des Einzelfalls verdeutlicht.

3.1 Darstellung des Einzelfalls

Die Gebärende Anja beschreibt in ihrem Geburtsbericht eine Diskrepanz in ihrer Vorstellung eines „natürlichen Geburtsverlaufs“ und den vom medizinischen Personal durchgeführten „unnötigen Eingriffen“. Diese zeichnen sich durch einen gegen den Willen der Gebärenden gelegten venösen Zugang, die Anordnung, für eine gewisse Zeit zu liegen – was sich durch eine mangelnde Betreuung seitens der Hebamme verlängert –, und die Ablehnung eines Wannenbads aus. Schließlich entbindet Anja – entgegen der Absprachen beim Vorgespräch und der Äußerungen während der Geburt – liegend

auf dem Kreißsaalbett. Sie beschreibt sich selbst in der Situation als „willenlos". Dies resultiert aus dem angehängten Wehentropf ohne Aufklärung sowie dem nicht abgesprochenen Dammschnitt, der Geburt durch Saugglocke und dem parallel durchgeführten Druck auf den Bauch. Die Erfahrung der Geburt beschreibt sie als „enttäuschend" aufgrund mangelnder Aufklärung und der Ignoranz des medizinischen Personals.

Schon zu Beginn des analysierten Geburtsreports wird deutlich, dass die Gebärende Anja kurz vor der Geburt steht und aus diesem Grund das im Vorhinein gewählte Krankenhaus aufsucht. Sie wird von ihrem Partner Christian begleitet und unterstützt, sodass davon ausgegangen werden kann, dass beide Interaktionsteilnehmer*innen eine ähnliche Vorstellung von Objekten haben, mit denen sie während der geburtshilflichen Interaktion konfrontiert werden. Dieser Schluss ergibt sich aufgrund ihres Zusammenlebens und der Erwartung des gemeinsamen Kindes (vgl. Abels 2007: 50).

Im weiteren Verlauf treten zwei weitere Teilnehmerinnen in die Interaktion ein, die Ärztin Frau Dr. Weber und die diensthabende Hebamme Stephanie. Beide Personen lassen den Schluss zu, über ein ähnliches symbolisches Verständnis von Objekten zu verfügen. Dies ergibt sich dadurch, dass sie sich in einer medizinischen Interaktion und einem ritualisierten Ablauf befinden (vgl. Goffman 1996: 10; Schütze 1992: 139). Anja unternimmt wiederholt den Versuch, in den Verlauf der Geburt nach ihren persönlichen Vorstellungen, z. B. durch ein Wannenbad, einzugreifen. Infolge eines wiederkehrenden Übergebens im Geburtsverlauf kommt es zu einem ersten Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten. Anja lehnt den Venenkatheder zunächst vehement ab, lässt sich im weiteren Verlauf jedoch „widerwillig" darauf ein. Hierbei hat Anja das Gefühl, dass ihre Interessen nicht kohärent mit den Interessen von Dr. Weber stehen. Anstatt auf ihre Bedürfnisse einzugehen oder Handlungsalternativen anzubieten, wird laut Anja der vermutlich schnellste und sicherste Weg gewählt, um ihren Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen (vgl. Bechmann 2014: 32). Dieses Vorgehen deckt sich mit den gegenwärtigen hohen Interventionsraten unter der Geburt, um eine schnelle und sichere Geburt im Sinne der Wirtschaftlichkeit zu befördern (vgl. Jung 2018: 66).

Als Nächstes wird eine weitere Untersuchung an Anja vorgenommen, nach der sie selbstständig mit sich (und dem Baby) interagiert: Sie veratmet Wehen und erfährt dadurch unmittelbar positive Wirkungen. Sie scheint um den symbolischen Gehalt ihrer Handlung zu wissen (vgl. Abels 2007: 50).

Im weiteren Verlauf des Reports zeigt sich ein Bruch zwischen allen vier Interaktionspartner*innen. Aufgrund unzureichender Untersuchungsergebnisse (Verschlechterung der kindlichen Herztöne) wird Anja dazu angehalten, sich hinzulegen. Wenngleich sie das Bedürfnis hat, sich zu bewegen, fügt sie sich der Situation und es folgt im weiteren Verlauf eine nicht abgesprochene Behandlung durch einen Wehentropf, der erneut die Beförderung einer schnellen Geburt im Sinne der Ökonomie andeutet (vgl. Jung 2018: 66). Durch die mangelnde Kommunikation innerhalb der Interaktion ergibt sich eine Diskrepanz in der Bedeutungszuschreibung des Objektes „Wehentropf" (vgl. Kirchhoff-Hund 1978: 91ff.), die schließlich in ein Gefühl von Unverständnis und Einsamkeit mündet (vgl. Kirchhoff-Hund 1978: 91ff.). Anjas Partner Christian versucht an dieser Stelle, die Rolle des Vermittlers einzunehmen, obwohl auch ihm das Objekt nicht bekannt ist (vgl. Goffman 1996: 142ff.; Hettlage 2000: 193; Schmidt 2018: 18f.). Diese Interaktionssequenz verdeutlicht das grundlegende asymmetrische Interaktionsdefizit,

welches in einem Vertrauensverlust endet (vgl. Goffman 1996: 15f.). Unterstrichen wird dies durch nicht eintretende Versprechungen eines Wannenbads. Die Kommunikation zur Wiederherstellung der vorigen Interaktion über die Gründe des nicht durchgeführten Wannenbads oder des Wehentropfs bleiben aus (vgl. Faden/Beauchamp 1986: 324; Goffman 1996: 142ff.).

Die mangelnde Kommunikation innerhalb der Interaktion zeigt sich im weiteren Verlauf als ein Produkt unzureichender Aufklärung und des fehlenden Einbezugs von Anja. So beschreibt sie, dass während der Austreibungsphase Medikamente gegeben wurden sowie Interventionen durchgeführt wurden, deren Sinn und Bedeutung nicht hervorgehoben oder besprochen wurden. Dies führte in der Folge zu weiterem Unverständnis und einer Abwehrhaltung von Anja. Sie wird zu einer passiven Interaktionsteilnehmerin, die aus der symbolischen Handlungswelt des medizinischen Personals exkludiert wird (vgl. Schütze 1992: 137ff.). Dies zeigt sich im Bericht in der Durchführung eines Dammschnittes, dem Nachhelfen durch die Saugglocke und dem Drücken auf den Bauch ohne eine vorherige Absprache, Aufklärung oder Ankündigung.

Der letzte Teil des Reports verdeutlicht reflexiv die medizinische Begründung für die Medikamente und Eingriffe. So konstatiert Anja: „Ich hatte einen Geburtsstillstand". Dennoch entbindet dies strafrechtlich, professionell und ethisch nicht von der Vermittlung der Notwendigkeit und Risiken einer Medikamentengabe vor der Austreibungsphase. Die Gesten der Interaktionspartner*innen konnten beim Gegenüber der Hilfeleistung und Schadensabwendung, als welche sie wahrscheinlich gedacht waren, nicht zugeordnet werden (vgl. Schütze 1992: 137ff.; Rössel 2008 428; Zimmermann 2017: 51).

3.2 Einzelfallanalyse

Die Analyse der dargestellten Interaktionen lässt vorrangig direkte Gewaltformen erkennen (vgl. Galtung 2007: 344), wobei diese nicht losgelöst von struktureller und kultureller Gewalt betrachtet werden können (vgl. Galtung 2007: 365).

Der erste Hinweis auf direkte Gewaltprozesse ergibt sich in dem Report in Anjas Erläuterung, dass sie sich nach einigem „Hin und Her" trotz erstmaliger Ablehnung widerwillig einen venösen Zugang legen lässt. Diese als Routinemaßnahme durchgeführte Intervention lässt eine Verbindung von struktureller und direkter Gewalt erkennen. Als Routinemaßnahme zur Verkürzung der Geburt kommt es zu durchgeführten Interventionen in Form von Medikationen ohne Information und Aufklärung, die sich als strukturelle Gewalt kennzeichnen lassen (vgl. Ketelhut 2005: 40). Dies führt im analysierten Fall dazu, dass die Betroffene nicht über ein eventuelles Risiko, wie z. B. eine von ihr beschriebene Bewusstlosigkeit nach der Gabe des Medikaments, aufgeklärt wurde. Die durchgeführten Interventionen haben zwar das Ziel einer Schadensvermeidung, ignorieren jedoch weitgehend die persönlichen Befindlichkeiten und Rechte der Patientin.

Die Momente des Alleinseins im Kreißsaal und die unzureichende Betreuung lassen zunächst keine direkte Gewalthandlung im klassischen Sinne erkennen, weil sich augenscheinlich keine Konsequenzen aus der Handlung bzw. Nichthandlung ergeben. Im Sinne von Bowser und Hill und der WHO stellt dies eine unsichtbare Gewalthandlung dar (Bowser/Hill 2010: 10ff.; WHO 2015). Das Alleinsein in der Geburtssituation ohne medizinische Betreuung birgt eine hohe Gefahr, dass werdende Mütter verunsi-

chert werden und dieses Gefühl nicht durch ihre*n Partner*in kompensiert werden kann (vgl. Nilsson/Lundgren 2009). Das Alleingelassenwerden von Gebärenden über einen längeren Zeitraum lässt sich als Folge der Ökonomisierung, des Wandels der Geburtshilfe (Jung 2017) und der Struktur des Krankenhauses kennzeichnen (vgl. Luhmann 1975: 8f.). Diese Strukturen münden im analysierten Fall in erfahrene direkte Gewalt durch Grenzübergriffigkeit. So wird Anja Anweisung gegeben, sich hinzulegen, um anschließend ein wehenförderndes Medikament – durch den Venenkatheder, den sie nur widerwillig legen ließ – zu verabreichen. Dies geschieht ohne vorige Aufklärung oder Einwilligung und verdeutlicht die Interdependenz zwischen direkter und struktureller Gewalt, wenngleich das Ausmaß der kulturellen und strukturellen Gewalt den Zuständigkeitsbereich der Ärztin und Hebamme im Bericht übersteigt. Es lässt sich argumentieren, dass strukturelle wie auch kulturelle Gewalt das medizinische Personal im professionellen Handeln wesentlich beeinflussen. Dennoch entbindet dies nicht von ethischen und rechtlichen Handlungsgrundsätzen und der persönlichen Verantwortung für die Patientin (vgl. Eckart 2017: 337; Zimmermann 2017: 65ff.). An dieser Stelle wird wie im Brennglas deutlich, dass direkte, strukturelle und kulturelle Gewalterfahrungen Gebärende und geburtshilfliches Personal gleichermaßen betreffen. Es wird veranschaulicht, wie eng verbunden die strukturellen und kulturellen Ursachen von Gewalt mit der direkten Ausübung von Gewalt im Kontext professioneller Interaktionen sind.

Am Ende des Reports schildert die Patientin die für sie dramatischen Ereignisse des unkommentierten Dammschnitts, der Austreibungsphase und die daran gebundene Zuhilfenahme einer Saugglocke sowie des Nachhelfens durch eine unangekündigte Druckausübung auf den Bauch. Diese Handlungen entsprechen den Kennzeichen der direkten (personalen) Gewalt, weil sie am Körper der werdenden Mutter in Erscheinung treten und erneut ohne vorige Aufklärung und direkte Kommunikation durchgeführt werden (vgl. Galtung 2007: 348f.). Neben den psychischen Schäden, die hierauf entstanden sein dürften, sind die Auswirkungen des invasiv vorgenommenen Dammschnittes vermutlich das deutlichste Resultat der erlebten und beschriebenen Gewalterfahrung.

Auch wenn die Geburt als eine vom Alltag der Frau abweichende Situation verstanden wird (Neumann/Maier 2019), legitimiert dies nicht, Gebärenden während der Geburt ein körperliches und seelisches Leid zuzufügen und ihre Würde zu verletzen. Dies ist das Resultat der Widrigkeiten in der kommunikativen Interaktion zwischen Interaktionspartner*innen. Besonders die Gesprächssituationen mit dem medizinischen Personal erlauben den Schluss, dass das Vorenthalten von relevanten Informationen zu Missverständnissen führt, die schließlich in Gewalt enden (vgl. hierzu Schütze 1992: 137f.). Dies lässt sich dadurch erklären, dass das medizinische Personal in der Interaktionssituation mit Patientinnen und deren Begleitung davon ausgeht, dass die getätigten Äußerungen den gleichen weitreichenden Informationsgehalt haben wie in der Interaktion untereinander (im Sinne der Kommunikation unter medizinischem Personal) (vgl. Abels 2007: 50ff.; Schäfers 2012). Diese Annahme führt letztlich dazu, dass Hebamme Stephanie und Dr. Weber die Singularität des Ereignisses für die Eltern verkennen und stattdessen ein grundlegendes Verständnis für die eigene Situation voraussetzen (vgl. Abels 2007: 50ff.). Obwohl die Patientin zuvor eine klare Vorstellung ihrer Geburt hatte und diese explizit äußert, führt die Unvollständigkeit und Ignoranz in der direkten Kommunikation dazu, dass ihr die Möglichkeiten dazu verwehrt bleiben,

selbstbestimmt am Geburtsverlauf beteiligt zu sein. Daran schließt unmittelbar das Gefühl der Enttäuschung an, was die Interaktion und den weiteren Kommunikationsverlauf erschwert (vgl. Kirchhoff-Hund 1978: 91ff.) und schließlich zu der Entscheidung führt, das Krankenhaus für eine künftige Entbindung auszuschließen. Dies ist das Resultat in der fehlenden Wiederherstellung des Images der Frau durch die Geburtshelfer*innen (vgl. Bechmann 2014: 35; Goffman 1996: 10).

Die erfahrene Gewalt zeigt hohe Divergenzen zwischen dem professionellen Habitus des medizinischen Personals und dem Habitus der Frau. Dies lässt sich durch die Äußerungen der Patientin belegen, in denen sie vermehrt darauf verweist, das Handeln des medizinischen Personals nicht zu verstehen (vgl. Schütze 1996: 190ff.; Schütze 1992: 135ff.). Anhand der Kommunikation zwischen Patientin und medizinischem Personal wurde bereits aufgezeigt, dass die knappe Form des Informationsaustausches die Unsicherheit der Patientin erhöht. Dies liefert den Hinweis auf die eingangs beschriebenen Wissensasymmetrien zwischen Professionellen und Klientin, die im Grunde genommen kennzeichnend für professionelle Interaktionen sind (vgl. Schmidt 2008: 841; Schütze 1996: 190ff.; Schütze 1992: 135ff.). Dennoch obliegt dem medizinischen Personal die Verantwortung, der Patientin den Wissensstand zu vermitteln, der es ihr ermöglicht, selbstbestimmte Entscheidungen zu fällen, die den Verlauf der Geburt ihres Kindes bestimmen und das Vertrauen in das medizinische Personal bekräftigen. Trotz bestehendem Berufsethos und rechtlicher Verpflichtung (vgl. Zimmermann 2017: 65ff.) wird diese grundlegende Aufgabe verfehlt. Vielmehr werden Maßnahmen ohne vorherige Aufklärung und Absprache vorgenommen (vgl. Bechmann 2014: 35), welche letztlich in medizinische Eingriffe und die damit einhergehende Verweigerung des Rechts auf eine selbstbestimmte Geburt münden (vgl. Zimmermann 2017: 65ff.; Jung 2018). Sowohl die Ärztin als auch die Hebamme lassen unbeachtet, dass der professionelle Habitus des medizinischen Personals im Spannungsfeld mit dem Habitus der Patient*innen steht. Hierdurch ergibt sich für die Gebärende nur noch der marginale Einfluss auf das eigene Verhalten im Geburtsverlauf (vgl. Sander 2014: 20ff.). Dies geht auf eine Ritualisierung der professionalisierten Arbeitsabläufe zurück, die so starr internalisiert sind, dass ein Abweichen kaum möglich ist. Somit kennzeichnet sich die professionelle Interaktion durch eine Asymmetrie in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung, die maßgeblich durch ökonomische Tendenzen gesteuert wird (vgl. Schütze 2000: 59, 86f.; Jung 2017), Selbstbestimmtheit ignoriert und schließlich in Formen geburtshilflicher Gewalt mündet.

Die Analyse des Reports lässt den Schluss zu, dass am Tag der Geburt mehrere Frauen parallel entbinden, da zwischen den Betreuungszeiten der Hebammen lange Wartezeiten liegen. Dieser Befund ist ebenfalls als eine Folge der Ökonomisierung zu deuten und im Sinne der WHO (2015) eine Form direkter und struktureller Gewalt in ritualisierten Abläufen.

Das Wechseln zwischen den verschiedenen Geburten stellt zudem für das Personal eine Herausforderung dar und verdeutlicht Formen der strukturellen Gewalt auch auf der Seite des medizinischen Personals. So ist es nötig, sich – aufgrund mangelnden Personals – wiederholt in ändernde Situationen und Patientinnen einzufühlen. Die Internalisierung von Handlungsabläufen erscheint im Sinne des professionellen Handelns zunächst sinnvoll, da es eine adäquate Behandlung von Frauen unter der Geburt zulässt.

Die Internalisierung wirkt auf Patient*innen jedoch verschreckend und verunsichernd, da diese nicht in die Rituale der medizinischen Interaktionen integriert sind. Aus diesem Grund lässt es sich für Gebärende nur begrenzt nachvollziehen, dass die Ritualisierung von Geburten an eine professionelle Distanz gebunden ist (vgl. Schmidt 2008: 841; Schütze 2000: 86f.), die direkte Gewalt fördert.

Der analysierte Fall verdeutlicht, dass der werdenden Mutter mit fortschreitender Geburtssituation jegliche Entscheidungsgewalt über den Geburtsverlauf entzogen wird. Es entsteht das Szenario, welches Zimmermann (2017) beschreibt: Die Mutter wird zu einer Hülle, aus der das Kind herausgeboren wird. Hierbei sind die ohne Einwilligung vorgenommene Medikation, die Zuhilfenahme einer Saugglocke mit gleichzeitigem Druck auf den Bauch und die Durchführung eines Dammschnittes Belege dafür, wie passiv die werdende Mutter in diesem Geburtsprozess gemacht wird.

Die Analyse veranschaulicht die Gefahren, Gewalt unter der Geburt in Form von psychischem Druck, physischer Verletzung oder dem Entzug der Selbstbestimmtheit direkt zu verüben und durch ökonomisierte und professionalisierte Behandlungsabläufe kulturell zu legitimieren. Dies bedingt die Beförderung eben jener direkten und strukturellen Gewalt, da grundsätzliche Entscheidungen über den Willen der Mutter hinweg getroffen und umgesetzt werden (vgl. Wolber 2007: 888f.).

4 Die Diskussion um Gewalt aus ärztlicher Sicht

Obwohl die ärztliche Sicht zu diesem Bericht nicht zur Analyse vorlag, soll die allgemeine Diskussion um Gewalt in der Geburtshilfe aus ärztlicher Sicht aufgegriffen werden. Hierfür werden die Befunde zum Thema der Gewalterfahrung in der Geburtshilfe zweier Ärzt*innen herangezogen und anknüpfend an die Analyse des Geburtsberichts auf diesen bezogen (Neumann/Maier 2019). So konstatieren die Autor*innen, dass die grundsätzliche Idee einer sogenannten „sanften Geburt“ zu falschen Vorstellungen bei Frauen führe. Dies resultiere aus den gesellschaftlich verzerrten Vorstellungen einer Geburt und einer daran geknüpften verfälschten Erwartungshaltung. So seien diese „nicht realitätsbezogen“, sondern emotional aufgeladen (Neumann/Maier 2019: 115f.). Eine weitere Schwierigkeit im laufenden Geburtsprozess sei zudem, dass notwendige Handlungen nicht sofort durch Gebärende oder ihre Partner*innen verstanden würden. Dies sei besonders in (lebens-)bedrohlichen Situationen relevant, da notwendige Eingriffe nicht immer detailliert und nachvollziehbar erklärt werden könnten. Das führe in der Folge häufig dazu, dass Informationen nicht in der nötigen Schnelligkeit aufgenommen würden. Der Hintergrund dafür sei, dass Ärzt*innen besonders bei ungünstigem Geburtsverlauf die zuvor genannten rechtlichen Folgen, im Sinne der Verantwortung für Mutter und Kind, mitreflektieren würden. Das bedeutet: „Jeder Eingriff – ob als Einsatz von Wehenmittel, Dammschnitt, Saugglocke, Kaiserschnitt durchgeführt – hat eine Indikation und wird nicht wahllos angewendet“ (Neumann/Maier 2019: 116).

Die Autor*innen merken an, dass es nicht verwunderlich sei, dass geburtshilfliche Eingriffe automatisch als Gewalt empfunden würden, weil das vorgefertigte Bild der Geburt als eine „Naturgewalt“ nicht mehr passe (Neumann/Maier 2019: 116). Im Hinblick auf das analysierte Fallbeispiel lässt sich schlussfolgern, dass sich die Gebärende Anja

zuvor im Entbindungskrankenhaus über die Geburt informierte und die dortigen und im Geburtsverlauf getätigten Absprachen im Geburtsverlauf unberücksichtigt blieben.

Die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist laut Neumann und Meier dadurch beeinflusst, dass Gebärende und ihre Partner*innen häufig zu emotional reagieren, während Geburtshelfer*innen rational agieren. Diese Rationalität geht auf das Selbstverständnis der Profession zurück, in der Geburtshilfe auf ein übergeordnetes, rationales Ziel hin fokussiert ist: „[d]ie Gesundheit von Mutter und Kind" (Neumann/Meier 2019: 119).

Dieses Ziel verkennt die Einigkeit beider Interaktionspartner*innen in geburtshilflichen Interaktionen, da die Verantwortung zur Zielerreichung bei den Geburtshelfer*innen liege (vgl. Neumann/Meier 2019: 119). Wenngleich die Sichtweise von Ärzt*innen im Kontrast zu der Selbstbestimmung der Gebärenden steht und Probleme im Geburtsverlauf bedingen, nennen die Autor*innen die Notwendigkeit der Einhaltung von professionsethischen Vorgaben. Undiskutiert bleiben gegenwärtig die Berücksichtigung und Aufarbeitung von Interdependenzen geburtshilflicher Gewalterfahrung und postnatalen post-traumatischen Belastungsstörungen, welche die Gesundheit von Mutter und Kind wesentlich beeinflussen (vgl. Dekel/Stuebe/Dishy 2017).

5 Folgerungen

Die Analyse der theoretischen Konzepte, der gegenwärtige Stand der Forschung sowie der analysierte Einzelfall und die einbezogene ärztliche Sichtweise zum Thema verdeutlichen, dass Gewalt in der Geburtshilfe eine komplexe und nicht zu unterschätzende Bedeutung in täglichen Geburtsprozessen (in Kliniken) einnimmt.

Die Ökonomisierung der Geburtshilfe hat sich bereits mit den etablierten und aus der Profession legitimierten kulturellen Praktiken (Neumann/Maier 2019) im Arbeitsablauf verstetigt. Der begrenzte zeitliche Rahmen für Geburten steht dabei nicht selten in einem Konflikt mit dem Selbstverständnis von Ärzt*innen auf der einen Seite (vgl. Klinke 2018: 154) und dem Wunsch nach einer selbstbestimmten Geburt von Gebärenden auf der anderen Seite (vgl. Jung 2017: 35ff.). Die Entwicklung hin zur betriebswirtschaftlichen Anordnung in der Gestaltung von Beziehungen und professionellen Interaktionen mit Patient*innen (vgl. Klinke 2018: 154) begünstigt strukturelle Gewalt (vgl. Galtung 2007: 365). In der Folge dieser strukturellen Gewalt kommt es innerhalb der Geburtshilfe zu Formen direkter Gewalt durch Geburtshelfer*innen, die sich letztlich durch kulturelle Gewalt verstetigt und legitimiert.

Zur Lösung dieses Dilemmas sind personale und strukturelle Transformationen erforderlich. Eine Entwicklung von verantwortlichem geburtshilflichem Personal im Hinblick auf Ethik, Grundgesetze und Menschenrechte als auch die Auseinandersetzung mit ökonomischen Zwängen ist dringend angeraten, um ritualisierte Rahmenbedingungen von unmenschlichem, gewaltvollem Verhalten in der Geburtshilfe abzuschaffen.

Das bedeutet, dass die Auswirkungen des professionellen Handelns sowie die Bedeutung kommunikativer Gesten in der geburtlichen Interaktion sowie Auswirkungen der eigenen Handlung vorherzusehen und zu reflektieren sind (vgl. Schütze 1992: 137ff.). Hierfür ist es relevant, dass sich medizinisches Personal in der Geburts-

hilfe bewusst wird über die Bedeutung umfangreicher Informationen für Gebärende in den einzelnen Interaktionen. Die daran geknüpfte Achtung vor der Selbstbestimmung der Frau erscheint nicht nur aus professionsethischer Sicht, sondern auch aus strafrechtlicher Sicht zentral (vgl. Zimmermann 2017: 65ff.). Der Einbezug der Frauen durch eine Erläuterung etwaiger zur Verfügung stehender Alternativen ermöglicht es gebärenden Frauen, besser nachvollziehen zu können, welche Intention die Interaktion verfolgt und ob sie dieser zustimmen möchten.

Dies ist auch im Eigeninteresse des professionellen Handelns, damit nicht die erlebten Gewaltprozesse weitere Folgeeingriffe anderer Professionen notwendig machen, um die Erfahrung zu verarbeiten oder das Neugeborene zu sozialisieren. Geburtshilfliche Berufe sollten nicht Probleme erzeugen, die andere helfende Instanzen ausgleichen müssen.

Es ist daher erforderlich, künftige Interaktionen so auszugestalten, dass reale Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung von Patient*innen – unter Berücksichtigung ökonomischer und professionalisierter Handlungsprozesse – erhalten bleiben.

Literaturverzeichnis

Abels, Heinz (2007). *Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in die interpretativen Theorien der Soziologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Barbosa Jardim, Danúbia Mariana & Modena, Celina Maria (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26.* http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069

Baur, Nina & Lamnek, Siegfried (2005). Einzelfallanalyse. In Lothar Mikos & Claudia Wegener (Hrsg.), *Qualitative Medienforschung. Ein Handbuch* (S. 241–253). Konstanz: UTB.

Bechmann, Sascha (2014). *Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung*. Tübingen: Francke.

Blumer, Herbert (1969). *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. New Jersey: University of California Press.

Bohren, Meghan A.; Mehrtash, Hedieh; Fawole, Bukola; Maung Maung, Thae; Balde, Mamadou Dioulde; Maya, Ernest; Thwin, Soe Soe; Aderoba, Adeniyi K.; Vogel, Joshua P.; Irinyenikan, Theresa Azonima; Adeyanju, A. Olusoji; Oo Mon, Nwe; Adu-Bonsaffoh, Kwame; Landoulsi, Sihem; Guure, Chris; Adanu, Richard; Diallo, Boubacar Alpha; Gülmezoglu, A. Metin; Soumah, Anne-Marie; Sall, Alpha Oumar & Tunçalp, Özge (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet, 394*, 1750–1763. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0

Bowser, Diana & Hill, Kathleen (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a landscape analysis*. Boston: URC-Traction Project, Harvard School of Public Health. Zugriff am 24. Juni 2020 unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401776/.

Dekel, Sharon; Stuebe, Caren & Dishy, Gabriella (2017). Childbirth Indeed Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology, 8*, 560. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560

Eckart, Wolfgang U. (2017). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54660-4

Enders, Ursula; Kossatz, Yücel; Kelkel, Martin & Eberhardt, Bernd (2010). *Zur Differenzierung zwischen Grenzverletzungen, Übergriffen und strafrechtlich relevanten Formen der Gewalt im pädagogischen Alltag*. Zugriff am 14. Juli 2019 unter www.praevention-bildung.dbk.de/fileadmin/redaktion/praevention/microsite/Downloads/Zartbitter_GrenzuebergriffeStraftaten.pdf.

Faden, Ruth & Beauchamp, Tom L. (1986). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

Galtung, Johan (2007). *Frieden mit friedlichen Mitteln. Friede und Konflikt, Entwicklung und Kultur*. Münster: Agenda Verlag.

Goffmann, Erving (1982). *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (1996). *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Goffman, Erving (2001). *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt/Main: Campus.

Haselhoff, Vanessa Julia (2016). „Vertrauen, aber…" – Die medizinische Dienstleistung, Rollen und Beziehungsmodelle von Patienten und Ärzten und das komplexe Konstrukt Patientenvertrauen. In Volker Nürnberg (Hrsg.), *Die ärztliche Zweitmeinung. Fehler, Vertrauen und Qualität in der Medizin* (S. 1–20). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hering, Linda & Schmidt, Robert (2014). Einzelfallanalyse. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 529–541). Wiesbaden: Springer VS.

Hettlage, Robert (2000). Erving Goffman (1922–1982). In Dirk Kaesler (Hrsg.), *Klassiker der Soziologie. Von Talcott Parsons bis Pierre Bourdieu* (Bd. 2, S. 188–205). München: Beck.

Hoebel, Thomas & Knöbl, Wolfgang (2019). *Gewalt erklären! Plädoyer für eine entdeckende Prozesssoziologie*. Hamburg: Hamburger Edition.

Jung, Tina (2017). Die „gute Geburt" – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *GENDER, 9*(2), 30–45. https://doi.org/10.3224/gender.v9i2.03

Jung, Tina (2018). Sichere Geburten? Aspekte der Versorgungsqualität in der Geburtshilfe in Zeiten der Ökonomisierung des Gesundheitssystems. In Helga Krüger-Kirn & Laura Wolf (Hrsg.), *Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung: Aktuelle Studien und Standpunkte* (S. 63–77). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.3224/gender.v11i2.12

Ketelhut, Barbara (2005). Zur Bedeutung von Strafe im Kontext struktureller Gewalt. Weibliche und männliche Erfahrungen in der Sozialisation. In Evangelische Fachhochschule Hannover (Hrsg.), *efh-papers* (S. 39–40). Hannover: Blumhardt.

Kirchhoff-Hund, Bärbel (1978). *Rollenbegriff und Interaktionsanalyse. Soziale Grundlagen und ideologischer Gehalt*. Köln: Pahl-Rugenstein.

Klinke, Sebastian (2018). Das berufliche Selbstverständnis von ÄrztInnen im DRG-Krankenhaus. Qualitative und Quantitative Tendenzen. In Sebastian Klinke & Martina Kadmon (Hrsg.), *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung* (S. 105–157). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56647-3_7

Kolip, Petra; Nolting, Hans-Dieter & Zich, Karsten (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Zugriff am 08. Dezember 2019 unter https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/.

Kornelsen, Jude; Stoll, Kathrin & Grzybowski, Stefan (2011). Stress and anxiety associated with lack of access to maternity services for rural parturient women. *Australian Journal of Rural Health, 19*(1), 9–14. https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01170

Kühn, Hagen & Klinke, Sebastian (2006). Krankenhaus im Wandel. Zeit- und Kostendruck beeinflussen die Kultur des Heilens. *WZB-Mitteilungen,* (113), 6–9.

Kurtz, Thomas (1998). Professionen und professionelles Handeln. Soziologische Überlegungen zur Klärung einer Differenz. In Sibylle Peters (Hrsg.), *Professionalität und betriebliche Handlungslogik. Pädagogische Professionalisierung in der betrieblichen Weiterbildung als Motor der Organisationsentwicklung* (S. 105–121). Bielefeld: Bertelsmann.

Luhmann, Niklas (1975). *Macht*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Mayring, Philipp (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Montiel, Juan P. (2017). Geburtshilfliche Gewalt als eigenmächtige Verfügung über die Körpersphäre der Schwangeren. In Hans Kudlich, Christian Jäger & Juan Pablo Montiel (Hrsg.), *Aktuelle Fragen des Medizinstrafrechts* (S. 79–110). Baden-Baden: Nomos. https://doi.org/10.5771/9783845282756-79

Morris, Theresa & Robinson, Joan H. (2016). Forced and Coerced Cesarean Sections in the United States. *Contexts, 16*(2), 24–29. https://doi.org/10.1177/1536504217714259

Neidhardt, Friedhelm (1986). Gewalt. Soziale Bedeutungen und sozialwissenschaftliche Bestimmungen des Begriffs. In Bundeskriminalamt (Hrsg.), *Was ist Gewalt? Auseinandersetzungen mit einem Begriff. Strafrechtliche und sozialwissenschaftliche Darlegungen von Volker Key und Friedhelm Neidhardt* (S. 109–147). Wiesbaden.

Neumann, Hans & Maier, Barbara (2019). *Geburt positiv erleben. Chancen und Grenzen moderner Entbindungsmöglichkeiten*. Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58375-3

Nilsson, Christina & Lundgren, Ingela (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery, 25*(2), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017

Parliamentary Assembly (2019). *Resolution 2306*. Zugriff am 08. Dezember 2019 unter http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en.

Pfadenhauer, Michaela (2005). Die Definition des Problems aus der Verwaltung der Lösung. In Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelles Handeln* (S. 9–22). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reiger, Horst (1997). *Face-to-face Interaktion. Ein Beitrag zur Soziologie Erving Goffmans* (2., durchges. Aufl.). Frankfurt/Main u. a.: Peter Lang.

Rössel, Jörg (2008). Konflikte in der Theorie der Interaktionsrituale. In Thorsten Bonacker (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien. Eine Einführung* (S. 427–445). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sander, Tobias (2014). Soziale Ungleichheit und Habitus als Bezugsgrößen professionellen Handelns: Berufliches Wissen, Inszenierung und Rezeption von Professionalität. In Tobias Sander (Hrsg.), *Habitussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln* (S. 9–32). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06887-5

Schäfers, Jochen (2012). Zum Problem der Professionalität der Geburtshilfe. In Heinrich Bollinger, Anke Gerlach & Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen* (S. 223–238). Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Schmidt, Axel (2008). Profession, Professionalität, Professionalisierung. In Herbert Willems (Hrsg.), *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge*

(S. 835–864). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90987-5_17

Schmidt, Axel (2018). Interaktion und Kommunikation. In Dagmar Hofmann & Rainer Winter (Hrsg.), *Mediensoziologie. Handbuch für Wissenschaft und Studium* (S. 15–38). Baden-Baden: Nomos. https://doi.org/10.5771/9783845264196-12

Schütze, Fritz (1992). Sozialarbeit als „bescheidene" Profession. In Bernd Dewe, Wilfried Ferchhoff & Frank-Olaf Radtke (Hrsg.), *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern* (S. 132–170). Opladen: Leske + Budrich. https://doi.org/10.1007/978-3-663-09988-8_8

Schütze, Fritz (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In Arno Combe & Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 183–251). Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Schütze, Fritz (2000). Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriss. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS), 1*(1), 49–96.

Schütze, Fritz (2002). Das Konzept der sozialen Welt im symbolischen Interaktionismus und die Wissensorganisation in modernen Komplexgesellschaften. In Inken Keim & Wilfried Schütte (Hrsg.), *Soziale Welten und kommunikative Stile* (S. 57–83). Tübingen: Gunter Narr Verlag.

Snowden, Jonathan M.; Cheng, Yvonne W.; Emeis, Cathy L. & Caughey, Aaron B. (2015). The impact of hospital obstetric volume on maternal outcomes in term, non-low-birthweight pregnancies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 212*(3), 380–389. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.026

Sombre de, Steffen & Mieg, Harald (2005). Professionelles Handeln aus der Perspektive einer kognitiven Professionssoziologie. In Michaela Pfadenhauer (Hrsg.), *Professionelles Handeln* (S. 55–66). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-11166-5_3

Somm, Irene; Hajart, Marco & Mallat, Anja (2018). *Grenzen der Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. Personale Kompetenzen in pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19743-8

Wolber, Edith (2007). Facetten der Gewalt in der geburtshilflichen Arbeit. *Hebammenforum: Das Magazin des Bunds deutscher Hebammen*, (11), 886–890.

World Health Organization (WHO) (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Zugriff am 26. August 2019 unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=EE3BAEC611A544D4F3C1839CAEF6CFF9?sequence=1.

Yin, Robert K. (2009). *Case study research*. Thousand Oaks: Sage.

Zimmermann, Frank (2017). Strafbare Geburtshilfe? Schutz und Grenzen des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren bei der Geburt. In Hans Kudlich, Christian Jäger & Juan Pablo Montiel (Hrsg.), *Aktuelle Fragen des Medizinstrafrechts* (S. 49–78). Baden-Baden: Nomos. https://doi.org/10.5771/9783845282756-49

Zu den Personen

Katharina Ameli, Dr. rer. soc., Lehrbeauftragte am Institut für Soziologie und Zentrumskoordination am ICAR3R der Justus-Liebig-Universität Gießen. Arbeitsschwerpunkte: Gewalt und Geburt, Professionalisierung und Human-Animal Studies.
Kontakt: Institut für Soziologie, Karl-Glöckner-Straße 21 E, 35394 Gießen
E-Mail: katharina.ameli@erziehung.uni-giessen.de

Lara L. Valdor, Lehrerin für Haupt- und Realschule, angehende Doktorandin an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Arbeitsschwerpunkte: Gewalt unter der Geburt.
E-Mail: lara.l.valdor@lehramt.uni-giessen.de