GENDER
OPEN
REPOSITORIUM

Die Evidenz, die Politik und die Selbstbestimmung: Medizinische Leitlinien für die Geburtshilfe als vielschichtige politische Projekte

Fröhlich, Marie

2024

https://doi.org/10.25595/2537

Veröffentlichungsversion / published version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Fröhlich, Marie: *Die Evidenz, die Politik und die Selbstbestimmung: Medizinische Leitlinien für die Geburtshilfe als vielschichtige politische Projekte*, in: Gender : Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, Jg. 16 (2024) Nr: 1, 41–55. DOI: https://doi.org/10.25595/2537.

Erstmalig hier erschienen / Initial publication here: https://doi.org/10.3224/gender.v16i1.04

Nutzungsbedingungen:

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

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

Terms of use:

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

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

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

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Marie Fröhlich

Die Evidenz, die Politik und die Selbstbestimmung: Medizinische Leitlinien für die Geburtshilfe als vielschichtige politische Projekte

Zusammenfassung

Infolge politischen wie medizinpraktischen Regulierungsbedarfs wurden 2020 zwei große evidenzbasierte Leitlinien veröffentlicht, die zu einer Standardisierung der Geburtshilfe in Deutschland beitragen sollen. Basierend auf Material einer umfangreichen ethnographischen Regimeanalyse der Regulierung von Geburt, beleuchte ich diese Wissensprojekte und arbeite fünf sie kennzeichnende wissenspolitische Dimensionen heraus: Neben der Intention einer Standardisierung der geburtshilflichen Praxis ist dies auch der Anspruch einer *Evidenzbasierung* der politischen Regulierung von Geburt. Trotz scheinbarer Widersprüche boten die Leitlinien weiterhin die Möglichkeit, auch selbstbestimmungsrelevante Forderungen in Rationalitäten von *Evidenz* zu codieren – eine Errungenschaft frauen*gesundheitspolitischer Akteure. Aus der Perspektive der *Reproduktiven Gerechtigkeit* gilt es hingegen, die Leitlinien kritisch zu beleuchten. Angesichts dieser multiplen Agenden erweisen sich Leitlinien als vielfältige, ambivalente, ineinander verwobene, konfligierende wie kokonstitutierende, durch Rückkopplungseffekte gekennzeichnete politische Projekte.

Schlüsselwörter
Geburtshilfe, Selbstbestimmung, Feminismus, Leitlinie, Evidenzbasierte Medizin, Reproduktive Gerechtigkeit

Summary

Evidence, politics and self-determination: Medical guidelines for obstetrics as multi-layered political projects

Owing to the need for regulation, both in politics as well as in medical practice, two major evidence-based guidelines were published in 2020 with the aim of contributing to the standardization of obstetric care in Germany. Based on material from an extensive ethnographic regime analysis of the regulation of childbirth, I shed light on these knowledge projects and elaborate five knowledge-policy dimensions that characterize them. In addition to their intent to standardize medical practice, these include the aspiration of providing *evidence-based* political regulation of childbirth. Despite apparent contradictions, the guidelines provided the opportunity to encode self-determination-relevant *calls* in rationalities of *evidence* – a win for women's health policy actors. From the perspective of *reproductive justice*, however, the guidelines need to be critically examined. In view of these multiple agendas, guidelines prove to be multifaceted, ambivalent, interwoven, conflicting as well as co-constituting political projects that have feedback effects.

Keywords
obstetric care, self-determination, feminism, guidelines, evidence-based medicine, reproductive justice

Open Access © 2024 Autor*innen. Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

https://doi.org/10.3224/gender.v16i1.04

1 Einleitung

Ende des Jahres 2020 gaben führende Fachgesellschaften im Bereich der Geburtshilfe den Abschluss eines mehrjährigen Großprojekts bekannt: die Veröffentlichung zweier großer Leitlinienprojekte, nämlich der S3-Leitlinie *Sectio Caesarea*[1] sowie der komplementär angelegten S3-Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin*[2]. Diese sollen nunmehr als Qualitätsentwicklungsinstrumente Ärzt*innen und Hebammen „Handlungskorridore" für die geburtshilfliche Praxis bieten, indem sie eine umfassende systematische Auswertung qualitativ hochwertiger Studien sowie darauf basierende Handlungsempfehlungen darstellen. Mit Leitlinien und der ihnen zugrunde liegenden Evidenzbasierten Medizin (EbM) ist generell der positivistische Anspruch verbunden, allgemeingültige Aussagen über die bestmögliche Versorgung und Vorgehensweisen in einem bestimmten medizinischen Fachbereich treffen zu können, auch unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten. Als Standardisierungsinstrumente reichen sie somit unmittelbar in die klinische Praxis hinein und verknüpfen diese wiederum mittelbar über verschiedene Audit-Prozesse mit weiteren Instanzen des Gesundheitswesens (vgl. Timmermans 2005; Shore/Wright 2015). Und so reicht auch der mit den beiden geburtshilflichen Leitlinien verbundene Geltungsanspruch weit über die klinische Praxis hinaus und weist ins Zentrum versorgungspolitischer Debatten rund um die Geburtshilfe.

Vieles an diesem normierenden wissensbasierten Format ist bemerkenswert aus meiner Perspektive einer kulturanthropologischen Politik- und Geschlechterforschung. Denn angesichts verschiedener ökonomisierungsbedingter infrastruktureller Verschiebungen (vgl. Jung 2017) ist die Regulierung und Ausgestaltung der Geburtshilfe über die vergangenen Jahre (wieder) zum Politikum geworden.[3] Diese Entwicklungen spielen sich vor dem Hintergrund virulent geführter normativer Debatten ab: Natürlichkeit vs. Risiko, Selbstbestimmung vs. Unterdrückung, Geburtshilfe vs. Geburtsmedizin und weitere. Historisch auf diese Spannungsfelder blickend, fällt zudem der sich stets aktualisierende bedeutende Stellenwert von Wissen und Wissenschaft auf – so aktuell die Signifikanz evidenzbasierten Wissens.

Dieser Beitrag setzt mithin an dem mit Leitlinien verbundenen Objektivitätsanspruch an, ‚reines' Wissen als objektive Entscheidungsgrundlage zur Verfügung zu stellen. Demgegenüber kann ich, basierend auf empirischem Material einer mehrjährigen Feldforschung, zeigen, wie nun im Falle der beiden neuen geburtshilflichen Leitlinien in solchen evidenzbasierten medizinischen Handreichungen höchsten Gütegrades auch explizit normative Konzepte wie *Selbstbestimmung* und *frauzentrierte*[4] *Geburtshilfe*

1 Sie betrifft Schwangere, „bei denen eine Indikation zu einer Sectio vorliegt oder die eine Sectio aus anderen Gründen erwägen" (Leitlinie Sectio Caesarea 2020: 16).

2 Diese gilt für Schwangere/Gebärende sowie deren Kinder, sofern sie „in SSW 37+0–41+6 als Einling aus Schädellage geboren werden" (Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 10). Verschiedene weitere Varianten von Schwangerschaften/Geburten sind in anderen Leitlinien abgebildet.

3 Der Beitrag basiert auf einem Kapitel meines Dissertationsprojekts mit dem Arbeitstitel „Contesting Birth: Körper- und Gesundheitspolitische Regulierung von Geburt", in dem ich verschiedene dieser Politiken untersuche.

4 Queerfeministischen Einsichten folgend, gehe ich davon aus, dass Schwangerschaft und Gebären nicht notwendigerweise an ‚Frausein' geknüpft sein müssen. Ausschlaggebend ist das körperliche Vermögen: Nicht alle Frauen können schwanger werden und gebären; und: auch trans Männer, nicht-, a-binäre sowie genderfluide Personen mit Uterus können schwanger sein und gebären. Daher verwende ich die Begriffe schwangere/gebärende Person. ‚Frauen' verwende ich lediglich als Feld- bzw. Literaturbegriff.

nicht nur Erwähnung finden, sondern gar den generellen Anspruch und die Ausrichtung begründen: ein Novum. So erscheinen Leitlinien in dieser Perspektive als von Beginn an auf vielfältige Weise politisch aufgeladene, multidimensionale *policies*, die zu unterschiedlichen Zwecken verschiedener Akteure vorangebracht wurden (vgl. Shore/Wright 2011). Diese Verkopplung teils ineinandergreifender, teils konfligierender, stets unterschiedlich gelagerter politischer Projekte sowie die verschiedenen damit verbundenen Rationalitäten und daraus resultierenden Spannungen fächere ich dicht am empirischen Material bleibend auf, und werde fünf miteinander korrespondierende wissens-/politische Dimensionen rund um die Leitlinien nachzeichnen.

Das Forschungsdesign folgt dabei, kulturanthropologisch-methodologische Ansätze multiskalaren Forschens in emergenten Feldern berücksichtigend, der von mir in Anlehnung an die *ethnographische Grenzregimeanalyse* entwickelten *Gesundheitsregimeanalyse reproduktiver Felder* (vgl. Hess/Kasparek/Schwertl 2018). Diese stellt einen praxeographischen, radikalkonstruktivistischen Ansatz mit einem Fokus auf Akteure, Praktiken und Diskurse dar. Regime werden hier verstanden als nichthierarchische, ungeordnete, dynamische Kräfteverhältnisse ohne zentrale Logik und gekennzeichnet durch „[w]echselnde Akteurskonstellationen, situative Allianzen, taktische Bündnisse und strategische Kompromisse […] ebenso wie sich verschiebende Rationalitäten, auftauchende Diskurse, konkrete Herausforderungen und pragmatische Lösungen“ (Kasparek 2021: 28). Dieser Ansatz stellt zugleich den Versuch dar, sich einer Positionierung zu im Feld vehement vertretenen normativen Standpunkten – etwa zur ‚guten‘ oder ‚sicheren‘ Geburt/-shilfe im Spannungsfeld zwischen natürlichkeitsorientierten und medikalisierten Ausdeutungen – explizit zu entziehen und diese zu denaturalisieren. Datengrundlage meiner Überlegungen zu Leitlinien als *policies* sind zwischen 2017 und 2020 durchgeführte 1) Teilnehmende Beobachtungen bei medizinwissenschaftlichen und leitlinienrelevanten Tagungen und Konferenzen, bei Netzwerk- und Bündnistreffen sowie in Kreißsälen; 2) Interviews und informelle Gespräche mit Leitliniensteller*innen und ihrem professionellen Umfeld, mit Ärzt*innen und Hebammen; ebenso wie 3) eine symptomatische Diskursanalyse relevanter Veröffentlichungen im Feld (vgl. auch Tsianos/Hess 2010).

Auf dieser Grundlage werde ich zunächst herausarbeiten, wie erstens die Veröffentlichung der Leitlinien einen Höhepunkt in einem langjährigen Standardisierungsprozess markiert, der sich, so meine These, als medizinwissenschaftliche wie -praktische epistemologische Wende fassen lässt. Dieser transformative Anspruch bleibt dabei zweitens in der klinischen Praxis keinesfalls unwidersprochen, was nicht zuletzt auf die Umstrittenheit der den Leitlinien zugrunde liegenden EbM selbst zurückzuführen ist, die sich hingegen als höchst anschlussfähig für verwaltungs- und politische regulative Technologien herausstellt (Kap. 2). Aus dieser Perspektive erweist es sich daher als naheliegend, dass drittens, wie meine Daten zeigen, mit den Leitlinien von Anfang an auch eine versorgungspolitische Wirkungsintention verknüpft war und sie gleichsam strategisch als politische Instrumente der Wissensproduktion und als Basis versorgungspolitischer Folgeregulierung zum Einsatz gebracht werden soll(t)en (Kap. 3). Die heterogene Besetzung der Leitlinienkommission unter erstmaliger Teilnahme von Hebammen und Elternvertreter*innen eröffnete dabei viertens neue Aushandlungsräume und Diskursverschiebungen. Ihnen ist zuzuschreiben, dass selbstbestimmungsrelevante Normen handlungsanleitend in den Leitlinien implementiert sind. Am Beispiel

der Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* werde ich zeigen, welche neuen Impulse dies ermöglichte – und zugleich kritisch die ambivalenten Wendungen des aufgeworfenen Selbstbestimmungskonzeptes befragen (Kap. 4). Weiterhin werde ich fünftens unter Rückgriff auf den Ansatz der *Reproduktiven Gerechtigkeit* herausarbeiten, wie auch sozialpolitische Vorannahmen, Interessen und Biases in die Leitlinien eingeschrieben sind (Kap. 5). Im abschließenden Fazit (Kap. 6) rekapituliere ich die zentralen Argumente des Beitrags und ordne sie ein.

2 Leitlinien als Instrumente medizinischer Qualitätsentwicklung

Der Erstellung der beiden geburtshilflichen Leitlinien ging ein längerer Entstehungsprozess voraus, der einleitend knapp umrissen wird. Als Grundlage für meine weitere Argumentation erläutere ich sodann die Formate Leitlinie und EbM, bevor ich das erste mit den Leitlinien verbundene Ziel einer Standardisierung der Geburtshilfe ausführe.

Ab den 2010er-Jahren führten infrastrukturelle (Hebammenmangel, Kreißsaalschließungen, Ökonomisierung) wie klinisch-praktische (gestiegene Interventionsraten) Entwicklungen zu einer zunächst berufspolitischen, gesellschaftlichen, medialen und später auch politischen Problematisierung und Wahrnehmung von regulativem Handlungsbedarf im Bereich der Geburtshilfe. Insbesondere neue Daten zu hohen Interventionsraten lenkten den Blick auf eine höchst heterogen ausgestaltete geburtshilfliche Versorgung in Deutschland: Das Ausmaß des Einflusses von Entscheidungsspielräumen des medizinischen Personals sowie von deren regionalen wie auch lokalspezifischen infrastrukturellen Umständen wurde offensichtlich (vgl. Kolip/Nolting/Zich 2012). In der Folge übten über die Jahre verschiedene Akteure politischen Druck aus und forderten eine evidenzbasierte Standardisierung der Geburtshilfe.[5] Schließlich beauftragte 2015 das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Erstellung der beiden Leitlinien:[6] Sie sollten dazu beitragen, Versorgungsunterschiede zu minimieren und Vorgehen und Interventionen in der Geburtshilfe zu normieren und zu vereinheitlichen.

Laut Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind Leitlinien

> „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen sowie Angehörigen von weiteren Gesundheitsberufen und Patient*innen/Bürger*innen für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen." (AWMF Leitlinien 2022)

Als solche Qualitätsentwicklungsinstrumente sind Leitlinien an der Schnittstelle zwischen einerseits Medizin als Wissenschaft und andererseits medizinischer Praxis an-

5 Dies lässt sich in der Rückschau zwar als lineare Entwicklung deuten; wie heterogen, unkoordiniert und teils auch zufällig die Ereignisse, Debatten und Verweisnahmen sich tatsächlich gestalteten, zeichne ich ausführlicher in meinem Dissertationsprojekt nach.

6 Erst- und einmalig finanzierte das BMG hier die Erstellung von Leitlinien: Gelder flossen dabei für die Erstellung der grundlegenden Evidenzberichte an das Institut für Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG).

gesiedelt. Methodologisch den Prinzipien der EbM folgend, soll die aktuelle Studienlage systematisch ausgewertet werden, und es sollen – dies stellt den entscheidenden Unterschied zu anderen Übersichtsarbeiten dar – auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Praxis formuliert werden. Ziel sei „die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen" (Muche-Borowski/Knopp 2011: 217).

Die den Leitlinien zugrunde liegende EbM ist ein relativ junges Phänomen. In den 1980er-Jahren in Kanada entwickelt, erreichte sie Mitte der 1990er-Jahre auch Deutschland (vgl. Raspe 2011). Anliegen und Anspruch der EbM definierten ihre Begründer*innen folgendermaßen:

> „EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten, externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung." (Sackett et al. 1997: 644)

Später wurde diese Definition noch um die Einbindung der Präferenzen der Patient*innen erweitert (vgl. Raspe 2011: 215). Die hier implizit geforderte Neuerung ist die unbedingte Orientierung an und Priorisierung von *epidemiologischen Daten und statistischen Werten*, die Aussagen über die Wirksamkeit einer jeweiligen therapeutischen Maßnahme versprechen, gegenüber individuellen ärztlichen Erfahrungswerten, hauseigenen Konventionen oder vermeintlich bewährten medizintherapeutischen Traditionen. Konkret bilden dabei *Randomized Controlled Trials* (RCT) den „‚Goldstandard' zur Bestimmung von Wirksamkeit" (Raspe 2018: 74). Ärzt*innen – und im Fall der Geburtshilfe auch Hebammen – sind also aufgefordert, sich in der Abwägung von Therapiemöglichkeiten an verfügbaren RCT und Metastudien zu orientieren, deren Design und methodologisches Setting sowie die Übertragbarkeit auf den konkreten Fall geprüft und der Patient*in als Therapieangebote dargelegt werden sollen. Dieser Aufwand ist individuell im Berufsalltag nicht zu bewerkstelligen – das Format, über das dieser Anspruch praktikabel realisiert werden soll, ist mithin die Leitlinie.

Leitlinien werden vorrangig von interdisziplinär zusammenarbeitenden medizinischen Fachgesellschaften entwickelt.[7] Um auch die Betroffenenperspektive zu berücksichtigen, werden bspw. Organisationen der Selbsthilfe einbezogen. Die genaue Zusammensetzung des Gremiums sowie die konkreten Erstellungsverfahren variieren je nach ‚Gütegrad' der jeweiligen Leitlinien.[8]

7 Im Fall der hier untersuchten Leitlinien sind dies etwa die federführenden Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) sowie die Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM), die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und zahlreiche weitere.

8 Grob vereinfacht stellen S1-Leitlinien einen recht informellen Konsens von Expert*innen zu einem Fachgebiet dar; in Leitlinien der Stufe S2k erfolgt die Erarbeitung eines solchen Konsenses nach formalisierten Verfahren und Ansprüchen; S2e-Leitlinien beruhen auf der Evaluation von Studien nach Kriterien der EbM; die mit dem höchsten Gütegrad assoziierten S3-Leitlinien kombinieren schließlich die beiden letztgenannten Verfahren und beruhen somit auf medizinischer Evidenz, deren Einsichten in formalisierten Konsensverfahren mit Blick auf die Implementierungsmöglichkeiten diskutiert werden (vgl. https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik [Zugriff: 17.05.2023].

Es lässt sich als ein erstes mit der Einführung von geburtshilflichen S3-Leitlinien verbundenes *wissenschafts- und praxispolitisches Ziel* festhalten: Die beiden Leitlinien sollen als Qualitätsentwicklungsinstrumente einen neuen Rahmen setzen, um Vorgehen und Interventionen in der geburtshilflichen Praxis zu normieren und zu vereinheitlichen. Mit ihnen ist ein *transformativer Anspruch* verbunden: Auf der Basis evidenzbasierter Vorgehensweisen sollen professionelle Zuständigkeiten, Abläufe, Indikationsstellungen und Interventionen standardisiert werden, um flächendeckend und vergleichbar ein bestmögliches maternales und neonatales Outcome zu gewährleisten und Interventionsraten zu senken. Ein evidenzbasierter medizinischer Standard für die Geburtshilfe soll hiermit etabliert werden. Oder anders formuliert: Mittels der Leitlinien soll die geburtshilfliche Versorgung unter den Vorzeichen Evidenzbasierter Medizin aktualisiert und recodiert werden.

Doch ist dies nicht unumstritten. Kritiker*innen der EbM und der Leitlinien befürchten unter anderem, so Samerski (2014: 22), dass die Geburtshilfe „zwar wissenschaftlicher" werde, aber dabei „das konkrete Gegenüber aus dem Auge" verlieren könne. Medizinstatistiker*innen würden auf Basis der Studienlage eine „fiktive Gebärende" entwerfen: „Alles, was die Frau ausmacht, alles Konkrete, Persönliche, Leibhaftige lassen sie außer Acht" (Samerski 2014: 23). In meinem empirischen Material ist mehrfach die Sorge und auch Empörung geburtshilflich tätiger Ärzt*innen dokumentiert, dass ihre Erfahrungen aus langjähriger Praxis nun delegitimiert werden könnten und sie zukünftig mit Blick auf statistische Mittelwerte Entscheidungen treffen sollten. Tatsächlich sind Akzeptanz und Legitimation der EbM in der klinischen Praxis generell recht umstritten (vgl. Eichler et al. 2015; Raspe 2018: 75). Raspe erklärt das distanzierte Verhältnis zwischen EbM und Klinik dadurch, „dass die EbM bei uns zuerst im Sozialrecht, in einem der Klinik fernliegenden normativen Kontext Karriere machte" (Raspe 2018: 75). Tatsächlich ist die regulative und verwaltungstechnologische Bezugnahme auf die EbM hochspannend. So zeigt Raspe, dass die EbM bereits in den späten 1990er-Jahren Eingang in die bundesdeutsche Gesetzgebung fand – noch bevor sie in medizinwissenschaftlichen wie -praktischen Kreisen überhaupt nennenswert rezipiert wurde (Raspe 2018: 73ff.). Dies verweist auf die Passförmigkeit, die einem solchen positivistischen und evaluativen Verständnis von Medizin und Wissen im Zeitalter von *audit culture* und *accountability* mit Bezug auf Verwaltungs- und Versorgungspolitiken bzw. deren gouvernementalen Rationalitäten inhärent ist (vgl. Strathern 2000; Shore/Wright 2015). Den Versuch einer solchen politischen Inwertsetzung des Wissensformats Leitlinie zeichne ich im folgenden Kapitel nach.

3 Leitlinien als Instrumente der Gesundheitsversorgungspolitik

Die skizzierte Transformation der klinischen Praxis ist bei Weitem nicht die einzige mit den Leitlinien verbundene Wirkungsintention. So erzählte eine Person aus dem Umfeld der Leitlinienersteller*innen, die um Anonymität bat, im Gespräch: „Es geht uns ja auch nur eher am Rande um die [medizinische] Praxis. […] Aber wir wollen ja vor Allem jetzt auch erstmal sehen: Wie weit kommen wir eigentlich mit so einem Instrument, also

politisch.“[9] Dieses Ansinnen, die Leitlinien auch zu politischen Zwecken einzusetzen, bezeichnet ein an der Leitlinie *Sectio Caesarea* beteiligter Gynäkologe einige Zeit später auf einem Kongress gar als den „entscheidende[n] Punkt“ dieses Wissenschaftsprojekts.[10]

Doch was kann dies bedeuten, mit Leitlinien ‚politisch weit zu kommen‘? Der Vortragende erläuterte dies dem Fachpublikum folgendermaßen: S3-Leitlinien könnten nach ihrer Veröffentlichung „durch das IQWIG aufgegriffen“ werden, also durch das im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) stehende wissenschaftliche Institut, das bereits die Evidenzgrundlagen für die Leitlinien erarbeitet hatte. Dies bedeute, so der Experte: „Wenn wir an einer S3-Leitlinie die wissenschaftliche Relevanz darstellen, dann wird das auch Eingang in die G-BA-Besprechungen finden“. Vermittelt über das IQWIG soll somit der festgestellte Handlungsbedarf im Bereich der Geburtshilfe in den Kompetenzbereich des G-BA verwiesen werden. Ein Kompetenzbereich, der sich zentral durch die hier inne liegende Richtlinienbefugnis auszeichnet: Als *untergesetzliche Normen* regeln Richtlinien versorgungspolitische Belange und sind rechtlich bindend für die Akteure der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Aufnahme der Leitlinieninhalte in eine neue Richtlinie würde somit bedeuten, dass gesetzgeberische und implementierende Akteure des Gesundheitswesens Rahmenbedingungen und Ausgestaltungsformen in die Wege leiten müssten, die eine entsprechende Umsetzung der Vorgaben möglich machen würden. Deutlich wird hier wiederum die bereits angesprochene Anschlussfähigkeit der EbM in verwaltungs- und weiteren regulativen Prozessen. Doch könne man nicht einfach „mit dem G-BA sprechen“, erläuterte der Mediziner seinen Kolleg*innen im selben Vortrag: „wir müssen die Leitlinie machen […] und *dann* kann es Eingang finden in die G-BA-Besprechungen.“ Um hier wirksam werden zu können, muss EbM also zunächst in bestimmte Formate überführt werden. Das optimistische Fazit des Vortragenden war daher: Wenn die S3-Leitlinie klar und eindeutig sei, würde der G-BA sich des Themas annehmen. „Das hat immer geklappt und das wird immer wieder sein.“

Besondere Hoffnungen auf Veränderungen durch diese politische und verwaltungstechnologische Zirkulation der Leitlinien äußerte eine an der Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* beteiligte Hebammenvertreterin im Interview insbesondere hinsichtlich der Personalwirksamkeit: „Weil wir bislang einfach schlicht und ergreifend überhaupt kein Instrument haben, um darzustellen, warum es denn so wichtig ist, in den Kreißsälen bestimmte Personalsituationen einzuhalten.“[11] Dies sei umso relevanter, als dass übliche Instrumente der Personalbemessung in der Geburtshilfe nicht greifen könnten. Mittels eines aufbereiteten Evidenzcorpus ließe sich folglich Fachfremden die Situation besser darstellen: „[…] sagen zu können: Das ist das, was evident ist, so müssten wir eigentlich arbeiten. Aber wir können nicht so arbeiten, weil *(Pause)* Das wird passieren. Definitiv.“

Festzuhalten bleibt erstens, dass Leitlinien als Wissensprojekt und -format zwischen gegenläufig strukturierten Rationalitäten oszillieren: Einerseits besteht der positivistische Anspruch, Handlungsempfehlungen auszusprechen, die faktenbasiert seien

9 Interview im Mai 2018. Bei Verweis auf empirisches Material gilt jeweils die bei der ersten Nennung in der Fußnote aufgeführte Quelle auch für später folgende Verweise.
10 Jahrestagung der AGG 2018, Feldforschungsprotokoll vom 22.06.2018.
11 Interview mit Hebammenvertreterin im Juni 2018.

und durch die methodische Strenge unhinterfragbaren objektivierten Wert hätten – andererseits zeichnet sich deutlich die im Rahmen der politischen Inwertsetzung aufscheinende Kopplung mit politischen und weiteren implizit normativ aufgeladenen Vorstellungen ab. Zweitens erweist sich der transformative Anspruch, den ich im vorhergehenden Kapitel für den Bereich der medizinischen Praxis herausgearbeitet habe, auch im regulativen Kontext als relevant: So komme ich in der Analyse meiner mehrjährigen Forschung zu dem Schluss, dass vermittels der potenziellen politischen Zirkulation und Reichweite der Leitlinien neben der geburtshilflichen Praxis auch deren *Regulierung* unter Rückgriff auf das Wissenschaftsformat EbM recodiert und unter den Vorzeichen der EbM neu ausgehandelt, konsensiert, definiert und aktualisiert werden soll. Diese verkoppelten epistemologischen Neuordnungen lassen sich als eine spezifische Form der Re-Medikalisierung verstehen: als *Evidenzbasierung der Geburtshilfe.*

4 Leitlinien als Vehikel für selbstbestimmungsrelevante Forderungen

Am Beispiel der von mit den Leitlinien verbundenen Zielsetzungen und Wirkungsansprüche habe ich herausgearbeitet, wie mittels der ‚Währung' EbM in Form von Leitlinien zugleich verschiedenartig gelagerte politische Projekte verfolgt werden. Diese basieren maßgeblich auf dem mit der EbM verbundenen – und wie dargelegt: nicht unumstrittenen – Anspruch, objektive, wertneutrale Daten zur Verfügung zu stellen. Leitlinien und EbM erscheinen hier qua Verfasstheit als Instrumente eines *Herrschaftswissens*. Zugleich konnte ich im Laufe meiner Feldforschung und Interviews sehr regelmäßig dokumentieren, wie politische Akteure wie etwa Hebammen- und Elternvertreter*innen mit und durch die Leitlinien Ziele verfolgten, die sich als emanzipatorisch verstehen lassen. Dieser Ambivalenz und der engen Kopplung von Wissen und normativen Forderungen widme ich mich in diesem Kapitel.

Bemerkenswert in der Besetzung der beiden Leitliniengruppen war die intensive Einbindung der noch recht jungen akademischen Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI), der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), des Deutschen Hebammenverbands (DHV) ebenso wie der Elterninitiative MotherHood und des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF).[12] Durch eine solch heterogene Zusammensetzung sollten Legitimation und Aussagekraft der Leitlinien gestärkt und das bereits angesprochene Kriterium der Anwender*innen- und Patient*innenorientierung realisiert werden. Gleichsam eröffnete sie neue Debattenräume und Akzentsetzungen. Denn sowohl die Institutionen mit wissenschaftlichem als auch jene mit berufspolitischem oder zivilgesellschaftlichem Mandat traten selbstredend nicht als neutrale Akteure in die Kommission ein, sondern waren, neben dem Ziel, evidenzbasierte Grundlagen zu schaffen, ganz unterschiedlichen weiteren Anliegen verpflichtet. Am Beispiel der Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* werde ich zunächst den Einfluss dieser neuen Akteure hinsichtlich des hier eingebrachten Selbstbestim-

12 Eine Übersicht über alle beteiligten Institutionen und die sie vertretenden Personen findet sich hier: Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 3f.

mungsbegriffs herausarbeiten und befragen. Anschließend werde ich zeigen, wie in der Leitlinie darüber hinaus auch weitere betreuungsrelevante normative Forderungen als evidenzbasiertes Wissen eingebracht sind.

Werfen wir also einen Blick in die Leitlinie. Der grundsätzliche Anspruch an eine Geburtshilfe ist hier formuliert als

> „Wunsch, die interdisziplinäre Zusammenarbeit der geburtshilflichen Akteur*innen und deren Verständnis einer *frauzentrierten* Geburtshilfe zu stärken, um so die vaginale Geburt noch häufiger in ihrer *Natürlichkeit* begleiten zu können und damit die Frauen- sowie Kinder- und Familiengesundheit zu fördern." (Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 9; Hervorh. M. F.)

Damit einhergehend wird nachdrücklich an mehreren Stellen die Entscheidungskompetenz der Gebärenden hervorgehoben, etwa hier:

> „Mit dem Anspruch, Frauen und ihren Familien eine *selbstbestimmte* Geburt zu ermöglichen und gleichzeitig rechtlichen Vorgaben gerecht zu werden, ist für Hebammen und Ärzt*innen die Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Ausmaß der *Einbeziehung* der Frau in Entscheidungen zwingend erforderlich." (Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 13; Hervorh. M. F.)

Entscheidungsfindungsmodelle wie *informed consent*, *informed choice* und *shared decision making* gelten dann als Strategien der Wahl, um dies zu realisieren. Als drei relevant zu berücksichtigende Gegenstandsbereiche treten in diesen Auszügen folglich Gesundheit, Recht und Selbstbestimmung in Erscheinung. Insbesondere Selbstbestimmung ist dabei ein Novum: Ähnliche normative Forderungen finden sich in früheren geburtshilflichen Leitlinien nicht. Über medizinische Parameter und rechtliche Vorgaben hinaus werden hier also erstmals feministische Forderungen, die schon seit den 1970er-Jahren (vgl. Lenz 2008: 179–207) stark gemacht wurden, in einer medizinischen Handreichung integriert. Ein neuer Standard in der Geburtshilfe soll sich demnach nicht nur etwa an Mortalitäts- und Morbiditätsraten messen lassen, sondern auch an seiner *Haltung*. Doch gerade Letzteres lässt sich schwerlich klar umreißen – nicht zuletzt, weil Selbstbestimmung mittlerweile zum „Schlüsselbegriff in der Geburtshilfe" (Jung 2017: 31) aufgestiegen ist und multiple Anknüpfungs- und Verwendungsmöglichkeiten zulässt. So leitet Jung anschaulich her, wie Selbstbestimmung insbesondere vor dem Hintergrund einer ökonomisierten Geburtshilfe als „hochgradig ambivalent" (Jung 2017: 32) und „auch als *ein Moment* herrschaftsförmiger Praktiken und Prozesse zu verstehen" sei (Jung 2017: 32; Hervorh. im Original). Dies insofern, als sie in ihrer neoliberal aufgeladenen Bedeutung Schwangere und Gebärende als informierte Nutzer*innen geburtshilflicher Möglichkeiten responsibilisiert (vgl. Seehaus 2015) und qua Technologien wie etwa dem *informed consent* implizit die Verantwortung für die Realisierung einer ‚guten Geburt' nicht den infrastrukturellen und professionellen Umständen, sondern den gebärenden Individuen zuweist (vgl. Jung 2017: 32). Mit einer solchen Individualisierung geht effektiv eine Depolitisierung einher.

In der Leitlinie präsentiert sich denn Selbstbestimmung unter dem ausgeführten Fokus auf die zentral gesetzte Entscheidungskompetenz zunächst primär im Lichte eines geburtsmedizinischen Paradigmas (vgl. Malacrida/Boulton 2014), das „Frauen […] als verantwortliche Subjekte ihrer risikobelasteten Umstände adressiert, die sie im Sinne eines optimierten Gesundheitsverhaltens (insbesondere mit Blick auf das Kindswohl)

managen sollen“ (Jung 2017: 36). Gleichsam gibt es jedoch Hinweise darauf, dass sich auch Forderungen eines weiteren, ‚alternativen‘ Ansatzes hier finden lassen (vgl. Malacrida/Boulton 2014). Dies zeigt der Blick auf konkrete Handlungsempfehlungen, so etwa die Empfehlung 6.3 des Kapitels „Strategien zur Schmerzbewältigung während der Geburt“, in der es heißt:

„Eine Frau, die sich nach erlernten Massagetechniken von ihrer Geburtsbegleitung massieren lassen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden.“ (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1+, Konsensstärke 88,2 Prozent; Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 76)

Oder auch Empfehlung 6.7 desselben Kapitels:

„Gebärende sollen darin unterstützt werden, die Musik ihrer Wahl abzuspielen.“ (Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1+, Konsensstärke 81,3 Prozent; Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: 77)

Beide Handlungsempfehlungen wirken auf den ersten Blick wenig brisant. Und doch wird hier Aspekten eine Leitlinienrelevanz zugeschrieben, die in medizinischen Handreichungen selten zu finden sind: denen des körperlichen bzw. emotionalen und psychischen *Wohlbefindens* der Gebärenden. Diese werden mit demselben standardisierten Instrumentarium (Empfehlungsgrad, Evidenzgrad, Konsensstärke) verhandelt, das auf physiologisch-medizinische Belange angewendet wird. Hervorzuheben ist dies zudem, weil es über die Unschärfen des Selbstbestimmungsbegriffs hinausreicht und diesen um ganz konkrete Umsetzungsvorschläge ergänzt. Zweitens weist es auf Dimensionen von Für_Sorge und sozial-emotionaler Relationalität hin: Geburtshelfer*innen sind dazu angehalten, neben dem technischen Monitoring körperlicher Werte (Herztöne, Muttermunderöffnung u. a.) auch andere Dimensionen von Care zu praktizieren, sich ins Verhältnis zu setzen und Gebärende neben der medizinischen auch auf der Ebene der individuellen Erfahrung zu begleiten. Somit werden letztlich Themen in der Leitlinie integriert, die vonseiten frauen*gesundheitsbewegter Akteure bereits seit Langem als Aspekte ‚guter‘ Geburtshilfe gefordert werden.

Dass solche Dimensionen von Care- und emotionaler Arbeit ausgerechnet in einer Handreichung implementiert sind, die den Anspruch verfolgt, strengste objektivierbare methodische Standards zu verfolgen, scheint zunächst widersprüchlich. Doch möglich wird dies auch, weil Leitlinienkommissionen relativ frei darin sind, den Zuschnitt der zu behandelnden Fragestellungen selbst festzulegen. Dies eröffnet Befürworter*innen eines alternativen geburtshilflichen Ansatzes die Möglichkeit, eben solche Fragestellungen einzubringen und *in terms of evidence* beantworten zu lassen. In Konzepte und Terminologien der EbM gefasst, können selbstbestimmungsrelevante Normen dann als relevant im Sinne ‚guter maternaler Outcomes‘ in Leitlinienempfehlungen einfließen. Darüber hinaus eröffnet das in S3-Leitlinien geforderte Konsensverfahren den Raum, solche Fragestellungen auch zur Debatte zu stellen und auszuloten. Die solchermaßen als evidenzbasiertes Wissen in Zirkulation gebrachten Handlungsempfehlungen treten denn zunächst als positivistisch-objektiv in Erscheinung. Meine Untersuchung zeigt freilich, dass sie jedoch als Resultate politischer, vermachteter, situativ spezifischer Prozesse der Hervorbringung und Stabilisierung vielfältig verflochtener Agenden zu verstehen sind.

Diese Möglichkeitsräume führten im Fall der Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin* in mancherlei Hinsicht zu inhaltlichen Verschiebungen: weg von einer Geburtshilfe als einem recht technischen Entbindungsprozess und hin auch zu erfahrungs- und begleitungsrelevanten, ganzheitlichen Dimensionen von Geburt, wie sie seit Längerem auch als „Kulturwandel in der Geburtshilfe" gefordert werden. Die *Evidenzierung* genuin frauen*gesundheitspolitischer Forderungen kann somit durchaus als Erfolg feministischer Kämpfe gelesen werden.

5 Leitlinien aus der Perspektive Reproduktiver Gerechtigkeit befragen

Das transformative Potenzial, das Leitlinien inhärent ist, möchte ich abschließend aus der Perspektive der *Reproduktiven Gerechtigkeit* kritisch gegenlesen. Das Konzept der *Reproduktiven Gerechtigkeit* fokussiert zentral, wie höchst ungleich die Ermöglichungsräume reproduktiver Projekte sich gestalten. Schwarzen feministischen Debatten der frühen 1990er-Jahre entstammend, forderte *Reproductive Justice* die Erweiterung des Konzepts *reproduktiver Rechte* um die Dimension der sozialen Gerechtigkeit (vgl. Ross 2021: 18ff.; Schultz 2022: 369). Die reproduktiven Bedingungen und Kämpfe von Personen of Colour sollen hier zentral gesetzt werden, um so „strukturell verankerte Ungleichheits- und Gewaltverhältnisse rund um das Kinderbekommen und das Zusammenleben mit Kindern sichtbar zu machen – und Kämpfe dagegen zu verbinden" (Kitchen Politics 2021: 7). Von diesen Kämpfen ausgehend wird es möglich, verschiedenartige und verschränkte Ungleichheits- und Unterdrückungserfahrungen zu analysieren (vgl. Ross 2021: 27): Diese umfassen neben aktiven Formen der Bevölkerungskontrolle insbesondere *implizite* Ermöglichungs- und Verhinderungsstrukturen für reproduktive Begehren (mehrfach) marginalisierter Gruppen, also „das Geflecht von scheinbar unverbundenen Politiken […], die zusammen ein totalisierendes System der Eindämmung bilden" (Ross 2021: 23). Auch die Implikationen der Leitlinien können als Beitrag zu diesen impliziten Ermöglichungs- und Verhinderungsstrukturen verstanden werden.

Wie alle Bereiche des Gesundheitswesens ist auch die Geburtshilfe durchzogen von den sozialen, strukturellen und institutionellen Tatsachen gesellschaftlicher Ungleichheit (vgl. Rose/Planitz 2021; Winkler/Babac 2022). Rassismus, Klassismus, Ableismus und weitere Diskriminierungsachsen aktualisieren sich hier intersektional und führen zu ungleichen geburtshilflichen Versorgungslagen für (mehrfach) diskriminierte Gruppen. Angesichts des Anliegens einer Standardisierung der Geburtshilfe im Sinne einer Verbesserung der Versorgungslage für *alle* Gebärenden und des großen normativen Transformationspotenzials, das bereits verdeutlicht wurde, argumentiere ich, dass die Leitlinienkommissionen durchaus die Möglichkeit hätten nutzen können, auch diesen Tatsachen sozialer Ungleichheit Rechnung zu tragen. Doch meine Untersuchung der beiden Leitlinien ergibt, dass hier Interaktionsmodi im Kreißsaal als diskriminierungsfreie, wertneutrale Begegnungen sozial unmarkierter Personen imaginiert werden. Eine solche Setzung privilegiert den Status quo und somit vorrangig weiße, akademische, finanziell abgesicherte, cis- und heterosexuelle Menschen ohne Behinderung. Stattdessen hätte im Erstellungsprozess insbesondere der Leitlinie *Vaginale Geburt am Termin*

auch die Evidenzlage zu verschiedenen diskriminierungsrelevanten Faktoren evaluiert werden können: etwa zur Relevanz gelingender sprachlicher Verständigung unter der Geburt, zu den Auswirkungen von Mehrfachdiskriminierung auf die psychische Gesundheit und das Vertrauen in Institutionen des Gesundheitswesens oder zur Relevanz divers aufgestellten und diversitätssensibel geschulten geburtshilflichen Personals sowie zu zahlreichen weiteren diskriminierungssensiblen Faktoren und deren Auswirkungen auf Geburtserleben und maternales und neonatales Outcome. Auch diese hätten als normative Soll-Forderungen politisch-strategisch nutzbar gemacht werden können. Doch ist anzunehmen, dass die sozialpolitischen Positionierungen und *implicit biases* der Leitlinienmitglieder, die weit über die jeweiligen fachlichen Differenzen hinausgehend ihre Ansichten prägen, zu entsprechenden Leerstellen in ihrer Wahrnehmung geführt haben. So sind letztlich die Leitlinien im Sinne unterkomplexer Imaginationen und Projektionen der Zielgruppe der Gebärenden entstanden, die ihnen bestimmte soziale Positionierungen, Reflexions- und Artikulationsfähigkeiten und Handlungsmacht zuschreiben und diese voraussetzen.

6 Fazit: Leitlinien als umkämpfte Projekte

Auf der Grundlage einer ethnographisch gesättigten Analyse habe ich in diesem Beitrag zunächst gezeigt, wie Leitlinien sowohl als Qualitätsinstrumente medizinischer Standardisierung als auch als Grundlage für regulative Versorgungspolitik zu einer *Evidenzbasierung der Geburtshilfe* beitragen – keinesfalls unumstrittene Transformationsprozesse. Daran anschließend habe ich herausgearbeitet, wie in diesem Rahmen selbstbestimmungsrelevante Normen maßgeblich in die Leitlinie eingeschrieben wurden und so frauen*gesundheitsbewegte Forderungen, in *terms of evidence* codiert, Teil einer medizinischen Handreichung höchsten Gütegrades werden konnten. Das transformative Potenzial der Leitlinien wurde hingegen nicht genutzt, um auch diskriminierungsrelevante Fragestellungen in versorgungspolitischen Aushandlungen zu stärken.

Ziel und dezidiertes politisches Interesse des Beitrags war es dabei, Ambivalenzen, Graustufen und Irritationen rund um die Leitlinien herauszuarbeiten und zu entfalten. Anliegen war es dabei nicht, sie als *policies* der Regulierung von Geburt zu bewerten und etwa für *gut* oder *schlecht* zu befinden, sondern vielmehr, die Mehrdeutigkeit dieser komplexen emergenten Phänomene hervorzuheben und diese zu *veruneindeutigen*. So können Leitlinien *zugleich* als Mittel wie als Zweck verstanden werden, als Qualitätsentwicklungsinstrument wie *auch* als Vehikel zur Codierung weiterer, anders gelagerter normativer Forderungen, als Instrumente von Herrschaftswissen wie *auch* als Instrumente emanzipatorischer Anliegen.

Angesichts dieser multiplen Anliegen und Agenden offenbart sich die postulierte Wertneutralität und Objektivität von Wissenschaftsprojekten wie Leitlinien als Chimäre. So erscheinen Leitlinienprojekte in dieser Hinsicht vielmehr als vielfältig ineinander verwobene, teils konfligierende, teils kokonstitutierende, auch durch Rückkopplungseffekte gekennzeichnete Projekte. Im Sinne einer solchen Perspektivierung habe ich anhand der fünf aufgezeigten Dimensionen spezifische und situierte Konfigurationen von Rationalitäten, Technologien und *moral reasonings* herausgearbeitet (vgl. auch Collier/

Lakoff 2005). Sie ermöglichen es, versorgungspolitische Fragestellungen in der Geburtshilfe über infrastrukturelle Dimensionen hinaus auch in ihren wesentlichen normativen, bevölkerungspolitischen und wissensbasierten Dimensionen und Hintergründen zu verstehen. Diese konnten hier selbstverständlich nur vereinfacht dargestellt werden. Als einige weitere Dimensionen lassen sich etwa nennen: Erstens die umfänglichen berufspolitischen Aushandlungen und Konflikte sowohl zwischen Hebammen und Ärzt*innen als auch innerhalb der jeweiligen Disziplinen. Zweitens die Herausforderung für die Leitlinienkommissionen, sich bei der Formulierung von Empfehlungen an den normativen Soll-Vorgaben der Evidenzlage zu orientieren – wissend, dass die infrastrukturellen Gegebenheiten eine Umsetzung oft nicht zulassen würden. Daran anschließend ist dies drittens die Frage nach dem Verhältnis von Programmatik und Praxis: Wie finden die Leitlinien in der Praxis Verbreitung, wie werden sie in Wirkung gebracht? Welche Veränderungen bewirken sie in der medizinischen Praxis – und welche nicht? Leitlinien als *policies*, dies ist viertens festzuhalten, bündeln und binden Ressourcen, Energien und Fokus einer kaum zu überblickenden Zahl an Akteuren und Prozessen. Im Kontext (versorgungs)politischer Forderungen sind sie längst zum *best practice*-Format avanciert: Kaum ein Positionspapier kommt ohne den Verweis auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Leitlinien aus. So bleibt abschließend zu fragen, welche Auswirkungen diese hegemoniale Position im Diskurs darüber hinaus hat – was bleibt oder wird durch das fortwährende Abstellen auf die Leitlinien unsichtbar?

Anmerkung

Ich danke den anonymen Gutachter*innen, den Herausgeberinnen des Schwerpunkthefts und der Redaktion für ihre konstruktiven Überarbeitungshinweise und die Unterstützung im Entstehungsprozess.

Literatur- und Quellenverzeichnis

AWMF Leitlinien (2022). *Definition Leitlinie*. Zugriff am 14. November 2022 unter https://www.awmf.org/leitlinien.

Collier, Stephen J. & Lakoff, Andrew (2005). On Regimes of Living. In Aihwa Ong & Stephen J. Collier (Hrsg.), *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems* (S. 22–39). Malden/Massachusetts: Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch2

Eichler, Martin; Pokora, Roman; Schwentner, Lukas & Blettner, Maria (2015). Evidenzbasierte Medizin: Möglichkeiten und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt, 112*(51–52), A 2190–2192.

Elle, Johanna & Fröhlich, Marie (2019). Politics of Vulnerability: Lokale Aushandlungen zu Unterbringung und medizinischer Versorgung schwangerer geflüchteter Frauen seit 2015. In Beate Binder, Christine Bischoff, Cordula Endter, Sabine Hess, Sabine Kienitz & Sven Bergmann (Hrsg.), *Care: Praktiken und Politiken der Fürsorge. Ethnographische und geschlechtertheoretische Perspektiven* (S. 311–326). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.2307/j.ctvg5bt2t.21

Fröhlich, Marie; Schütz, Ronja & Wolf, Katharina (Hrsg.). (2022). *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*. Bielefeld: transcript. https://doi.org/10.1515/9783839452721

Hess, Sabine; Kasparek, Bernd & Schwertl, Maria (2018). Regime ist nicht Regime ist nicht Regime. Zum theoriepolitischen Einsatz der ethnografischen (Grenz-)Regimeanalyse. In Andreas Pott, Christoph Rass & Frank Wolff (Hrsg.), *Was ist ein Migrationsregime?, What Is a Migration Regime?* (S. 257–283). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20532-4_12

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

Kasparek, Bernd (2021). *Europa als Grenze. Eine Ethnographie der Grenzschutz-Agentur Frontex*. Bielefeld: transcript.

Kitchen Politics (2021). Einleitung: Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. In Kitchen Politics (Hrsg.), *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit* (S. 7–16). Münster: edition assemblage.

Kolip, Petra; Nolting, Hans-Dieter & Zich, Karsten (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Zugriff am 17. Mai 2023 unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf.

Leitlinie Sectio Caesarea 2020: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (2020). *Langfassung der Leitlinie Sectio Caesarea*. Zugriff am 17. Mai 2023 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf.

Leitlinie Vaginale Geburt am Termin 2020: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (2020). *Langfassung der Leitlinie Die Vaginale Geburt am Termin*. Zugriff am 17. Mai 2023 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf.

Lenz, Ilse (2008). *Die Neue Frauenbewegung in Deutschland: Abschied vom kleinen Unterschied. Eine Quellensammlung*. Wiesbaden: Springer VS.

Malacrida, Claudia & Boulton, Tiffany (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, *18*(1), 41–59.

Muche-Borowski, Cathleen & Knopp, Ina (2011). Wie eine Leitlinie entsteht. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*, *25*(4), 217–223. https://doi.org/10.1007/s00398-011-0860-z

Raspe, Heiner (2011). Konzept und Methoden der Evidenz-basierten Medizin: Besonderheiten, Stärken, Grenzen, Schwächen und Kritik. In Felix Thiele & Annemarie Gethmann-Siefert (Hrsg.), *Ökonomie und Medizin* (2. Aufl., S. 207–253). München: Wilhelm Fink.

Raspe, Heiner (2018). Eine kurze Geschichte der Evidenz-basierten Medizin in Deutschland. *Medizinhistorisches Journal, 53*(1), 71–82. https://doi.org/10.25162/medhist-2018-0004

Rose, Lotte & Planitz, Birgit (2021). Der ungleiche Start ins Leben. Soziale Differenzen ‚rund um die Geburt' als wissenschaftliche und sozialpolitische Herausforderung. In Olivia Mitscherlich-Schönherr & Reiner Anselm (Hrsg.), *Gelingende Geburt: Interdisziplinäre Erkundungen in umstrittenen Terrains* (S. 247–270). Berlin: De Gruyter.

Ross, Loretta J. (2021). Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In Kitchen Politics (Hrsg.), *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit* (S. 17–60). Münster: edition assemblage.

Ross, Loretta J. & Solinger, Rickie (2017). *Reproductive Justice: An Introduction.* Berkeley: University of California Press.

Sackett, David L.; Rosenberg, William M. C.; Gray, J. A. Muir; Haynes, R. Brian & Richardson, W. Scott (1997). Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? *Münchner medizinische Wochenschrift, 139*(44), 644–645.

Samerski, Silja (2014). *Ende des kundigen Urteils?* Zugriff am 17. Mai 2023 unter http://samerski.de/wp-content/uploads/2015/01/SHV_3_2014_Samerski.pdf.

Schultz, Susanne (2022). Reproduktive Gerechtigkeit. In Lisa Yashodhara Haller & Alicia Schlender (Hrsg.), *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft* (S. 363–374). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. https://doi.org/10.2307/j.ctv25c4z9b.31

Seehaus, Rhea (2015). Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt. Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien, 21*(2), 51–68. https://doi.org/10.3224/fzg.v21i2.20936

Shore, Cris & Wright, Susan (2011). Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility. In Cris Shore, Susan Wright & Davide Però (Hrsg.), *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power* (S. 1–26). Brooklyn NY: Berghahn Books. https://doi.org/10.1515/9780857451170-001

Shore, Cris & Wright, Susan (2015). Audit Culture Revisited: Rankings, Ratings, and the Reassembling of Society. *Current Anthropology*, *56*(3), 421–444. https://doi.org/10.1086/681534

Strathern, Marilyn (2000). *Audit Cultures. Anthropological Studies in Accountability, Ethics and the Academy.* London: Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203449721

Timmermans, Stefan (2005). From Autonomy to Accountability. The role of clinical practice guidelines to professional power. *Perspectives in Biology and Medicine, 48*(4), 490–501.

Tsianos, Vassilis & Hess, Sabine (2010). Ethnographische Grenzregimeanalyse. In Sabine Hess & Bernd Kasparek (Hrsg.), *Grenzregime. Diskurse, Praktiken, Institutionen in Europa* (S. 243–264). Bielefeld: transcript.

Winkler, Christiane & Babac, Emine (2022). Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 47*(1), 31–58. https://doi.org/10.1007/s11614-022-00472-5

Zur Person

Marie Fröhlich, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie der Universität Göttingen. Arbeitsschwerpunkte: körper- und gesundheitspolitische Regulierung von Geburt, Politiken der Reproduktion, soziale Ungleichheit und Migrations- und Grenzregimeforschung.
Kontakt: Institut für Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie, Heinrich-Düker-Weg 14, 37073 Göttingen
E-Mail: mfroehl2@uni-goettingen.de