



Rassismus und Diskriminierung in der Geburtshilfe

Der Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung während Schwangerschaft und Geburt ist ein Menschenrecht – doch auch in Deutschland wie an vielen Orten der Welt – keine Selbstverständlichkeit. Für Menschen nicht-deutscher Herkunft bestehen zusätzliche Hürden, denn auch das Gesundheitssystem ist von rassistischen und diskriminierenden Strukturen geprägt.

Erfahrungen von Rassismus können schwerwiegende körperliche und psychische Folgen haben, die einem posttraumatischen Belastungssyndrom ähneln oder sogar lebensbedrohlich sein können – etwa, wenn Symptome nicht ernst genommen, sondern aufgrund von Vorurteilen fehlinterpretiert werden (Göbel, et al., 2024). Immer wieder berichten Betroffene und Fachpersonal von mangelnder Versorgung, Gewalt und Diskriminierung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt.

Besonders betroffen sind marginalisierte und minorisierte Gruppen, darunter Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, trans- und intergeschlechtliche sowie andere queere Personen, Menschen in Armut, Personen mit Sprachbarrieren und insbesondere Black, Indigenous und People of Colour (BIPoC)¹.

Benachteiligung in der Versorgung und Folgen

US-amerikanische Studien belegen, dass Schwarze Frauen² in den USA unverhältnismäßig schlechtere perinatale Gesundheitsergebnisse haben als Weiße Frauen. Das betrifft sowohl die Rate schwangerschaftsbedingter Todesfälle als auch die maternale Morbidität. So lag die schwangerschaftsbedingte Mortalitätsrate unter Schwarzen Frauen zwischen 2011 und 2016 bei 42,2 pro 100.000 Geburten, während sie unter Weißen Frauen nur 13,0 betrug (CDC 2016). Auch die Säuglingssterblichkeit zeigt ein drastisches Ungleichgewicht: unter der Schwarzen Bevölkerung ist sie doppelt so hoch wie bei Weißen (CDC 2016). So verstarben in 2016 11,4 Schwarze Säuglinge pro 1000 Lebendgeburten im Vergleich zu 4,9 Weißen Säuglingen (CDC 2016). Auch die Frühgeburtenrate unter Schwarzen Frauen ist signifikant höher. Sie lag in 2016 unter Schwarzen Gebärenden bei 14 % im Vergleich zu 9 % bei Weißen Frauen (CDC 2016).



Forschungsergebnisse zeigen: Diese Ungleichheiten lassen sich nicht allein durch eine höhere Prävalenz von Risikofaktoren wie niedriges Einkommen, eingeschränkten Zugang zur Schwangerschaftsversorgung oder schlechtere gesundheitliche Voraussetzungen erklären.

Zwar sind Schwarze Frauen* mit größerer Wahrscheinlichkeit von diesen miteinander in Beziehung stehenden Risikofaktoren betroffen als Weiße, die perinatalen Ungleichheiten sind jedoch auf rassische und geschlechtsbezogene Diskriminierung zurückzuführen, denen Schwarze Frauen* ausgesetzt sind. „Race“³ selbst stellt einen Risikofaktor dar, dessen Mechanismus noch nicht vollständig erforscht ist. Eine Erklärung besagt, dass struktureller Rassismus soziale und ökonomische Ungleichheiten erzeugt, die Schwarze und Weiße Frauen auf unterschiedliche Lebenswege führen – mit langfristigen Folgen für ihre Gesundheit und die ihrer Kinder. Nicht die Ethnizität, sondern die Erfahrungen struktureller rassischer Diskriminierung beeinträchtigen die Gesundheit Schwarzer Frauen, People of Color und ihrer Kinder (Center for American Progress 2018) erheblich.

In Deutschland lassen sich die Auswirkungen von Ungerechtigkeit, Diskriminierung und Rassismus in der Geburtshilfe weniger gut mit Zahlen belegen. Quantitative Studien zu Gebärenden mit sogenanntem Migrationshintergrund zeigen zwar bestimmte Unterschiede – wie niedrigere Frühgeburts-, Sectio- und PDA-Raten, seltenere Verlegungen von Neugeborenen auf Intensivstationen sowie häufigere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft im Vergleich zu Schwangeren und Gebärenden ohne diesen Hintergrund. Doch die Aussagekraft dieser Daten ist begrenzt, denn je nach Datensatz variieren die Definitionen des sogenannten Migrationshintergrunds, was die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse erheblich einschränkt (Winkler & Babac, 2022). Ein weiteres Problem ist die unspezifische Kategorie „Migrationshintergrund“ in der deutschen Perinatalstatistik, die keine weitere Differenzierung vornimmt, die notwendig wäre, um intersektionale Zusammenhänge sichtbar zu machen. Damit bleibt die Studienlage zur reproduktiven Gerechtigkeit lückenhaft und wenig aussagekräftig.

Gleichzeitig zeigen strukturelle Versorgungsdefizite deutliche Benachteiligungen von Schwangeren mit sogenanntem Migrationshintergrund. Laut Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI, 2023) gibt es bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen keine signifikanten Unterschiede, allerdings nehmen Frauen mit Migrationshintergrund, die weniger als fünf Jahre in Deutschland sind, später an der ersten Vorsorgeuntersuchung teil. Frauen mit Migrationshintergrund nehmen jedoch signifikant seltener Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitungskurse bei Hebammen wahr und erhalten insgesamt wesentlich seltener



kontinuierliche Hebammenbetreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Damit steht ihnen ein wesentlicher Teil des mit der Hebammenbetreuung verbundenen gesundheitsfördernden Potenzials – wie einer geringeren intrauterinen Mortalität, interventionsärmere Geburten und einer positivere Geburtserfahrung (siehe Modul 6) – in viel geringerem Umfang zur Verfügung. Dies liegt sowohl an eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten als auch daran, dass sie nicht oder zu spät über diese Betreuungsmöglichkeiten informiert werden (Winkler & Babac, 2022). Alle diese Ergebnisse weisen auf migrationsbedingte und rassifizierte Ungerechtigkeiten hin – mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen.

Diskriminierungserfahrungen und strukturelle Barrieren

Qualitative Studien aus Europa belegen zahlreiche Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt in der geburtshilflichen Versorgung aufgrund ethnischer Herkunft. Dazu zählen Vorurteile, stereotypisierende Annahmen bezüglich des angenommenen kulturellen Hintergrundes sowie rassistische Diskriminierung. Betroffene berichten von respektlosem, ignorierendem oder verunsicherndem Verhalten seitens der Fachkräfte. Hinzu kommen unzureichende Kommunikation und Beziehungsgestaltung sowie ineffektive oder schlechte Kommunikation aufgrund von Sprachbarrieren (Winkler & Babac, 2022).

Darüber hinaus zeigen die Studien die Benachteiligung durch strukturelle Barrieren wie Zugangsbarrieren zur perinatalen Gesundheitsversorgung und einen allgemeinen Mangel an Informationen über bestehende Versorgungsmöglichkeiten, wodurch die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen eingeschränkt werden. Die Studienergebnisse betonen die zentrale Bedeutung einer respektvollen, empathischen und kontinuierlichen sowie traumasensiblen Betreuung und die Notwendigkeit der Schulung von Fachkräften (siehe Winkler & Babac, 2022).

Reproduktive Gerechtigkeit – das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung

Das in den USA entstandene Konzept *Reproductive Justice* (*Reproduktive Gerechtigkeit*) umfasst das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Dazu gehören sowohl das Recht, Kinder zu bekommen, als auch die Freiheit, sich dagegen zu entscheiden. Ebenso



beinhaltet es die Möglichkeit, Kinder in einem sicheren und gesunden Umfeld aufwachsen zu lassen. Die *Reproductive-Justice-Bewegung* ist eine Erweiterung der *Pro-Choice-Bewegung*, die sich für das Recht auf Schwangerschaftsabbruch einsetzt, um eine intersektionale Perspektive. Das bedeutet, dass sie die Mehrdimensionalität von Diskriminierung in den Blick nimmt und reproduktive Gerechtigkeit im Kontext weiterer sozialer Ungleichheiten betrachtet. Dabei verbindet das Konzept der *Reproduktiven Gerechtigkeit* reproduktive Gesundheit und Rechte mit anderen Themen sozialer Gerechtigkeit wie ökonomischer Ungleichheit, Bildung, Gentrifizierung und Rechten von Migrant*innen (siehe Winkler & Babac, 2022).

Der Begriff *Reproductive Justice* wurde in den 1990er-Jahren von Schwarzen Feministinnen und Feministinnen of Colour in den USA geprägt. Sie kritisierten, dass der damalige Diskurs über reproduktive Rechte überwiegend aus einer weißen privilegierten Perspektive geführt wurde. Ihr Ziel war es, das Verständnis von reproduktiver Gerechtigkeit um eine menschenrechtsbasierte Perspektive zu erweitern und neu zu definieren (Price 2020). Die *Reproductive-Justice-Bewegung* setzt sich seither für eine inklusivere Definition reproduktiver Rechte ein und stärkt insbesondere die Mobilisierung Schwarzer Frauen, Frauen of Color sowie weiterer marginalisierter Gruppen.

Eng mit *Reproductive Justice* verknüpft ist der Begriff *Birth Justice* – Gerechtigkeit um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. *Birth Justice* weist auf ungleiche Machtverhältnisse sowie auf strukturelle Gewalt im geburtshilflichen Kontext hin und fordert einen diskriminierungsfreien Zugang zur peripartalen Gesundheitsversorgung. Dabei gilt „race“ als eigenständiger Risikofaktor: Seit Langem ist bekannt, dass Schwarze Schwangere, Gebärende und ihre Neugeborenen überdurchschnittlich häufig von höheren Mortalitäts- und Morbiditätsraten betroffen sind und einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Der Begriff „*Birth Justice*“ wurde – ebenso wie *Reproductive Justice* – von Schwarzen US-amerikanischen Feministinnen geprägt. Ausgehend von der Kritik am sogenannten „Weißen Feminismus“ will der Begriff strukturelle Ungleichheiten und Gewalt im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft sichtbar machen. Die *Birth-Justice-Bewegung*, die vor etwa 15 Jahren entstand, setzt sich intensiv mit Intersektionalität auseinander und fordert ein geburtshilfliches System, das allen Menschen unabhängig von ihrer sozialen und ethnischen Herkunft eine respektvolle und gleichwertige Versorgung bietet.



Klassismus und Intersektionalität – Das Zusammenspiel von Mehrfachdiskriminierung

Für das Verständnis der Mechanismen von Benachteiligung und Diskriminierung sind die Begriffe Klassismus und Intersektionalität von zentraler Bedeutung.

Klassismus bezeichnet die Abwertung von Menschen auf Grundlage ihres tatsächlichen, vermuteten oder zugeschriebenen Einkommens, Bildungsgrades oder beruflichen Status. Er geht mit Stigmatisierung einher und hat Auswirkungen auf Gesundheit und Lebenserwartung, beispielsweise durch erschwerten Zugang zu essenziellen Bereichen wie Bildung, Wohnraum, Gesundheitsversorgung und gesellschaftlicher Teilhabe. Klassistische Diskriminierung zeigt sich in stereotypen Annahmen und diskriminierendem Verhalten (Jung 2024, S. 75).

Intersektionalität beschreibt das komplexe Zusammenwirken von Kapitalismus, patriarchalen Strukturen und Rassismus als miteinander verwobene, sich wechselseitig verstärkende Ungleichheits-, Ausbeutungs- und Herrschaftsverhältnisse. Diese Macht- und Diskriminierungsstrukturen können sich gegenseitig verstärken – beispielsweise, wenn eine Frau gleichzeitig Roma, lesbisch und/oder geflüchtet ist. Jung spricht von: „... Überkreuzungen von Diskriminierungsformen entlang von race, class und gender“ (2024, S.76). In der Versorgung rund um die Geburt betrifft Intersektionalität alle Menschen mit Zugangsbarrieren, wie etwa Frauen mit Behinderungen, mit Lernschwierigkeiten oder mit einer Migrationsgeschichte sowie Menschen aus marginalisierten ethnischen Gruppen. Auch Menschen aus dem LGBTIQ+ Spektrum erleben intersektionale Benachteiligungen. Ihre Erfahrungen sind in Europa bisher noch wenig erforscht.

Alle diese Gruppen sind in Gesundheitsversorgung häufig mit Stigmatisierung, Diskriminierung und mangelnder Unterstützung durch die Fachkräfte konfrontiert – sei es durch unzureichende oder fehlerhafte Informationsvermittlung, mangelnde Einbindung in Entscheidungsprozesse oder Missachtung ihrer Bedürfnisse bis hin zur Verweigerung notwendiger Behandlungen. Menschen an den Schnittstellen mehrerer struktureller Unterdrückungsmechanismen sind einem erhöhten Risiko für Gewalt und Rassismus ausgesetzt. Diese besonderen Verletzungsrisiken unterstreichen die Notwendigkeit eines verstärkten Schutzes und gezielter Unterstützung.



Die verschiedenen Ebenen von Rassismus

Rassismus durchzieht alle Bereiche der Gesellschaft. Er beeinflusst Denken, Verhalten und Kommunikation sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene. Er zeigt sich in offenen und subtilen Formen, etwa durch Beleidigungen, Vorurteile und Abwertungen oder durch sprachliche und nonverbale Ausgrenzung. Indem bestimmte Gruppen als `anders´ konstruiert und systematisch abgewertet werden, sichert Rassismus die Dominanz und den Normativitätsanspruch der Agierenden (Keil-Reppmann, 2024).

Ähnlich wie bei Gewalt werden auch in Bezug auf Rassismus verschiedene Ebenen unterschieden. Diese sind (Keil-Reppmann, 2024):

Struktureller Rassismus beschreibt Macht- und Ungleichverhältnisse, die durch Ausgrenzung entstehen, zum Beispiel durch Zugangsbarrieren zu Bildung, Wohnraum und Gesundheit, Unsichtbarmachung oder durch wirtschaftliche Benachteiligung aufgrund von Armut.

Institutioneller Rassismus manifestiert sich innerhalb von Institutionen und Organisationsstrukturen. Er äußert sich z. B. in diskriminierenden Routinen, Vorschriften und Entscheidungen, die marginalisierte Gruppen systematisch benachteiligen und bestehende Ungleichheiten verfestigen.

Individueller Rassismus äußert sich in offenen oder verdeckten Verhaltens- und Kommunikationsmustern von einzelnen Personen oder Gruppen. Das geschieht oft unbewusst, weil Denk- und Handlungsweisen oder Vorurteile unreflektiert übernommen und weitergegeben wurden. Diese Praxen tragen dazu bei, dass Ungleichheiten und Ausgrenzungen gerechtfertigt oder verstärkt werden und bestehen bleiben.

Die Auswirkungen von Rassismus sind tiefgreifend: Stereotypisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung beeinflussen nicht nur die Sprache, sondern auch die Empathiefähigkeit und das Fürsorgeverhalten.

Nach Jung (2024) manifestieren sich Klassismus und Mehrfachdiskriminierung in verschiedenen Dimensionen der Geburtshilfe. Hierzu gehören:

- Eingeschränkter oder verwehrter Zugang zu geburtshilflicher Versorgung, ein eingeschränkter Zugang zu Wissen und Aufklärung und mangelnde Wahlfreiheit.



- Entwürdigende Interaktionen und diskriminierende Einstellungen des Personals gegenüber Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die sich unter anderem in abwertenden und verletzenden Kommentaren äußern.
- Klassistisch geprägte geburtshilfliche Entscheidungen des Personals, etwa hinsichtlich der Gabe oder des Vorenthaltens von Schmerzmitteln, unzureichender empathischer Begleitung oder Vernachlässigung bei der Geburt sowie einer höheren Kaiserschnitttrate bei bestimmten Gruppen (Jung, 2024, S.80).

Die Studienlage zu Klassismus und Mehrfachdiskriminierung in der Geburtshilfe ist, so Jung eklatant unzureichend. Diese Forschungslücke unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf in Forschung und Praxis.

Koloniale Kontinuitäten

Rassistisch begründete reproduktive Ungerechtigkeit hat eine lange Tradition mit vielen Dimensionen. Ein kritischer Blick auf den Kampf von Frauen für Gleichberechtigung zeigt das Ausmaß reproduktiver Ungerechtigkeit und die Ausbeutung der Körper Schwarzer Frauen im Namen der Wissenschaft. Viele „Errungenschaften“ der Gynäkologie und Geburtshilfe – u. a. die medikalisierte Geburt und die Anti-Baby-Pille – beruhen auf rassistischen und klassistischen Strukturen: Die zugrundeliegenden Forschungen wurden mit Schwarzen Frauen durchgeführt – oft mit gravierenden gesundheitlichen Folgen. Es ist davon auszugehen, dass die meisten von ihnen kein informiertes Einverständnis gaben. Oparah (2015) spricht in diesem Zusammenhang von „obstetrical apartheid“.

Der Blick auf die transnationale Geschichte des europäischen Kolonialismus und Imperialismus zeigt, „... dass die Gewinnung von geburtsmedizinischem Wissen und Techniken eng mit der Ausbeutung und von Gewalt an rassifizierten und sozial marginalisierten schwangeren Körpern verwickelt war“ (Jung, 2024, S. 80). Diese historischen Kontinuitäten setzen sich bis heute fort: in rassistisch konnotierte Handlungs- und Kommunikationspraktiken als Ausdruck transgenerativ vermittelter Ideologien von Ungleichheit.



Ein kritischer Blick auf die Frauenbewegung und Frauengesundheitsbewegung der 1980er Jahre

Der Kampf von Frauen für ihre Rechte gegen eine patriarchale Unterdrückung war nicht frei von rassistischen, klassistischen und kolonialen Prägungen. Das zeigt sich beispielsweise an der US-amerikanischen Frauenbewegung und den Suffragetten in Europa. Beide Bewegungen kämpften für das Wahlrecht von Frauen – jedoch ohne Schwarze Frauen miteinzubeziehen. Während das Wahlrecht für Weiße Frauen in den USA 1920 erkämpft wurde, hatten die Kämpfe Schwarzer Frauen erst 1965, nach einer brutal niedergeschlagenen Demonstration, ihr Ziel erreicht.

Diese Haltung der Ausgrenzung hat sich über viele Jahrzehnte fortgesetzt. Winkler und Babac (2022) weisen darauf hin, dass auch die Frauenbewegung der 1970er Jahre und die daraus hervorgegangene Frauengesundheitsbewegung der 1980er Jahre intersektionale Perspektiven weitgehend ausblendete. Die alternative Geburtsbewegung (Alternative Birth Movement), die in den USA aus feministischem Protest gegen medizinische Bevormundung entstand, schloss benachteiligte Frauen nicht ein. Aufgrund dieses fehlenden Blicks auf ethnische Minderheiten, Schwarze und sozial Benachteiligte sowie weitere marginalisierte Gruppen entwickelte sich in den USA das Birth Justice Movement (BJM). Ähnliche Haltungen der Ausgrenzung beziehungsweise Ignoranz seien auch in Bezug auf die Geburtsaktivist*innen in Deutschland zu beobachten, so Winkler und Babac (2022). Sie machen darauf aufmerksam, dass Minderheiten bis heute zu wenig oder gar nicht in Aktivist*innengruppen vertreten sind und intersektionale Perspektiven in der Wissenschaft oft vernachlässigt werden.

Notwendige Entwicklungen in Forschung und Praxis

Die tiefgreifenden Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung sowie die unzureichende Berücksichtigung intersektionaler Perspektiven in der Wissenschaft zeigen den dringenden Handlungsbedarf in Forschung und Praxis. Um eine menschenrechtsbasierte, respektvolle Betreuung als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsversorgung zu etablieren und gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, braucht es, so Winkler & Babac (2022), verlässliche Erhebungen zur peripartalen Versorgung marginalisierter und minorisierter Personen sowie zu deren Erfahrungen. Neben einer differenzierten Datenerhebung, die Intersektionalität und das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren berücksichtigt, ist



qualitative Forschung zu den spezifischen Erfahrungen einzelner Gruppen in der perinatalen Versorgung notwendig. Für nachhaltige Veränderungen in der Praxis müssen Intersektionalität und ihre Auswirkungen in die Ausbildung der Fachkräfte integriert und durch interdisziplinäre Fortbildungen vertieft werden. Darüber hinaus ist es essenziell, dass Minderheiten sowohl in der Wissenschaft als auch in Aktivist*innengruppen stärker vertreten sind, um eine gerechtere und inklusivere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Literatur

„Bipoc“. Glossar, Neue Deutsche Medienmacher*innen (2022),

<https://glossar.neuemedienmacher.de/glossar/bipoc/>. Zugriff am 23. März 2025

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2016. Health United States. Table

10. [https://www.cdc.gov/nchs/data/16.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/16.pdf), Zugriff: 23. März 2025.

Center for American Progress. 2018. Exploring African Americans' high maternal and infant death

rates. https://cdn.americanprogress.org/content/uploads/2018/01/29114454/012918_MaternalInfantMortalityRacialDisparities-brief.pdf. Zugriff: 23. März 2025

Göbel, A., Rihm, L., Garthus-Niegel, S. (2024) Psychische Belastungen und Störungen nach erlebter Gewalt. In M. Kruse & K. Hartmann (Hrsg.), Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Schattauer.

Jung, T. (2024) Gewalt in der Geburtshilfe – politologische Standortbestimmung. In M. Kruse & K. Hartmann (Hrsg.), Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Schattauer.

Jung, T. (2024) Intersektionalität und Diskriminierung: Klassismus und Gewalt in der Geburtshilfe. In M. Kruse & K. Hartmann (Hrsg.), Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Schattauer.

Keil-Reppmann L. (2024). Kommunikation und Macht – eine Untersuchung zu Rassismus in der Hebammenarbeit. Hebamme, 37: 26–31.

National Partnership for Women & Families (2018). Black women's maternal health: a multifaceted approach to addressing persistent and dire health disparities. Washington: National Partnership for Women & Families. Issue Brief.

Oparah, J. (2015). Beyond coercion and malign neglect. Black women and the struggle for birth justice. In J. C. Oparah & A. D. Bonaparte (Hrsg.), Birthing justice: black women, pregnancy, and childbirth (S. 1–18). New York: Routledge.

Price, K. (2020). What is reproductive justice? How women of color activists are redefining the prochoice paradigm. Meridians: feminism, race, transnationalism 19, 340–362.

„Race“. Glossar, Neue Deutsche Medienmacher*innen (2022).

<https://glossar.neuemedienmacher.de/glossar/race/>. Zugriff am 23. März 2025.

Robert Koch Institut (RKI). (2023). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick. Kapitel 6 Frauen mit Migrationshintergrund.

<https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und->



[Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/06_Frauen_mit_Migrationshintergr und.pdf?_blob=publicationFile&v=1](#) Zugriff am 23.März 2025.

“Schwarze Menschen, Schwarze*r.” *Glossar*, Neue Deutsche Medienmacher*innen (2022).
<https://glossar.neuemedienmacher.de/glossar/schwarze-menschen-schwarzer/>. Zugriff am 23. März 2025.

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

Verweis auf Video:
Respektlosigkeit, Gewalt und Diskriminierung – Erfahrungen Cheng Yee Chong (Modul 02)

*In diesem Interview wird deutlich, wie individueller, institutioneller und struktureller Rassismus zusammenwirken und welche nachhaltigen Folgen die damit einhergehenden Umgangs- und Behandlungsweisen für die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen haben. Das Video enthält sehr berührende Passagen; daher empfehlen wir Schwangeren und ihren Partner*innen, gut auf sich zu achten und zu prüfen, ob das Video in dieser Situation für sie geeignet ist.*

Verweis auf Video:

Politik der Geburt, Machtverhältnisse und Gewalt – Expertinneninterview mit Tina Jung (Modul 01)