



## **Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe**

**Webinar im Rahmen  
des pro familia Projekts  
„Selbstbestimmung und  
Vielfalt in der Geburtshilfe“**

18. Juli 2023



---

## Impressum

**pro familia**  
Bundesverband

pro familia Bundesverband  
Mainzer Landstraße 250–254  
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)  
© 2023

Projekt: Reproduktive Selbstbestimmung und diskriminierungsarme  
Geburtshilfe menschenrechtskonform und demokratisch gestalten  
(Kurztitel: Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe)

Gefördert vom: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms  
„Demokratie leben!“

Projektkoordinatorin: Finja Petersen

Dokumentation und Redaktion: Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin

Layout: ariadne an der spree GmbH

Titelbild: ariadne an der spree GmbH

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ  
oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor:innen  
die Verantwortung.

## Gefördert vom

Gefördert vom



im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

## Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe

**Webinar im Rahmen des pro familia Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“**

18. Juli 2023

<b>Einführung</b>	Hintergrund des Webinars Finja Petersen .....	4
<b>Begrüßung</b>	Aufbau und Ziele des Webinars Alicia Schlender .....	6
<b>Vortrag 1</b>	Gewalt in der Geburtshilfe Zusammenfassung des Inputs von Dr. Tina Jung .....	8
<b>Austausch</b>	Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen der Teilnehmenden .....	11
<b>Vortrag 2</b>	Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe – die S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ als Werkzeug der Selbstbestimmung Katharina Hartmann .....	12
<b>Vortrag 3</b>	Wie kann selbstbestimmte Geburtshilfe in der Praxis gestaltet werden? Kerstin Stehr-Archuth .....	16
<b>Diskussion</b>	Handlungsmöglichkeiten zur Förderung von selbstbestimmter Geburtshilfe .....	18
<b>Resümee</b>	Auf dem Weg zu einer gerechten Geburtshilfe für alle .....	21
<b>Anhang</b>	Literatur .....	22



## Hintergrund des Webinars

Der Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung für Schwangere und Gebärende ist ein Menschenrecht und hat direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität von gebärenden Personen sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe. Das deutsche Gesundheitssystem ist von einem stetigen Personalmangel, Hierarchiestrukturen und einer enormen Arbeitsbelastung der Fachkräfte geprägt. Immer wieder berichten Fachkräfte und Personen, die eine Geburt erlebt haben, von mangelnder Versorgung, Gewalterfahrungen und Diskriminierung in der Schwangerenversorgung oder unter der Geburt. Besonders betroffen sind marginalisierte und minorisierte Personen, wie beispielsweise Black, Indigenous, People of Colour (BIPOC), trans\*, inter\* und andere queere Personen, Menschen, die in Armut leben, und Menschen mit Sprachbarrieren, Beeinträchtigungen oder Erkrankungen.

Das Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des pro familia Bundesverbands, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“, möchte dem entgegenwirken. Verschiedene Veranstaltungen sollen Fachkräften der Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung sowie jungen Engagierten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR) die Möglichkeit bieten, sich entsprechend einer reproduktiven Gerechtigkeit zu sensibilisieren. Das Projekt zielt darauf, vielfältige Bedarfe sichtbar zu machen und eine Debatte anzustoßen, um Fachkräfte zu sensibilisieren, sodass Gebärenden trotz struktureller Herausforderungen mehr Selbstbestimmung unter der Geburt ermöglicht, Gewalt im Geburtsumfeld reduziert und der Weg zu einer menschenrechtskonformen Geburtshilfe geebnet wird.



Bild: privat

### *Finja Petersen*

Finja Petersen ist Sozialwissenschaftlerin und Koordinatorin des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ beim pro familia Bundesverband.

Im ersten Webinar im Rahmen dieses Projekts wurden Grundlagen zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe vorgestellt sowie konkrete Missstände und praktische Ansätze zur Förderung der Selbstbestimmung von Gebärenden diskutiert. Mit etwa hundert teilnehmenden Personen, von denen die meisten Fachkräfte aus der Geburtshilfe waren, ist das dreistündige Webinar auf großes Interesse gestoßen, was sich auch in angeregten Diskussionen äußerte. Die große Nachfrage und die positiven Rückmeldungen deuten auf einen hohen Bedarf bei Fachkräften hin, sich mit der selbstbestimmten Geburt zu beschäftigen, aber auch auf die Notwendigkeit, die öffentliche Debatte zu stärken.

Auch wenn die Veranstaltungen innerhalb des Projekts primär die Sensibilisierung auf individueller Ebene zum Ziel haben, ergibt sich daraus ein breiteres Wissen, durch das auch Veränderungen auf strukturellen Ebenen angestoßen werden können.

Wir freuen uns, die Erkenntnisse dieser Veranstaltung in der vorliegenden Dokumentation nun einem breiteren Publikum zur Verfügung zu stellen. Damit wollen wir einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung aller Menschen rund um die Geburt leisten.

## Weitere Informationen

Link zum Projekt:

[„Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“](#)

Link zum Projekt auf Instagram:

[@geburtshilfe\\_profamilia](#)





## Aufbau und Ziele des Webinars

Im heutigen Webinar wird es um Gewalt und Selbstbestimmung in der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe gehen. Wir wollen gemeinsam mit den Teilnehmenden einen Lernraum eröffnen, um die fachliche Reflexion über eine Geburtshilfe, die Selbstbestimmung fördert und Vielfalt respektiert, zu ermöglichen. Dabei möchten wir auch eigene Erfahrungen diskutieren. Wir möchten uns sowohl über gelungene Beispiele für eine selbstbestimmte Geburt austauschen als auch persönliche, institutionelle oder strukturelle Grenzen benennen und konkrete Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Ein zentraler Bezugspunkt dabei ist die Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin, die in mehreren Punkten wegweisend für die heutige Geburtshilfe ist ([Link zur Leitlinie](#)). Für die inhaltliche Gestaltung des Webinars, haben wir drei Referentinnen um Inputs gebeten. Dr. Tina Jung, Gastprofessorin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, gibt einen Überblick über Gewalt in der Geburtshilfe, worin sie sich näher mit dem Begriff und seinen Ursprüngen auseinandersetzt, Rechtsnormen aufzeigt, die Gewalt in der Geburtshilfe als Menschenrechtsverletzung anprangern, sowie über eigene empirische Forschungen zum Thema berichtet. Anschließend stellt Dr. Katharina Hartmann, Mitgründerin der Bundeselterninitiative Mother Hood e. V., die Leitlinie zur vaginalen Geburt vor, an deren Ausarbeitung sie beteiligt war. Sie geht dabei insbesondere darauf ein, inwiefern die Leitlinie das Recht auf eine selbstbestimmten Geburt stärkt. Im dritten Input wird Kerstin Stehr-Archuth, leitende Hebamme im Geburtszentrum des Evangelischen Amalie Sieveking Krankenhauses in Hamburg, einen Blick aus der Praxis geben und darlegen, welche Prozesse und Einrichtungen nötig sind, um eine selbstbestimmte Geburt in einem Krankenhaus für möglichst viele Menschen zu ermöglichen.



Bild: Benjamin Jenak

### *Alicia Schlender*

Alicia Schlender hat das Webinar moderiert. Sie promoviert an der der Humboldt-Universität Berlin im Lehrbereich Soziologie der Arbeit und Geschlechterverhältnisse. Außerdem arbeitet sie als Referentin und systemische Beraterin.

Neben den Inputs möchten wir die Teilnehmenden auch dazu anregen, in den Erfahrungsaustausch zu gehen. In einer Gruppenarbeit sollen sie sich über eine Situation austauschen, in der sie die Selbstbestimmung einer gebärenden Person als eingeschränkt wahrgenommen haben und Lösungsansätze diskutieren. Die Live-Umfrage unter den Teilnehmenden zu Beginn des Webinars verdeutlicht, dass viele der Anwesenden bereits Bezug zu Situationen hatten, in denen die Selbstbestimmung einer gebärenden Person als eingeschränkt wahrgenommen wurde (Abb.1).

Der Chat bietet während des gesamten Webinars eine weitere Möglichkeit für Austausch und Vernetzung. Außerdem möchten wir am Ende in eine gemeinsame Diskussion mit den Referierenden und Teilnehmenden gehen, die den Fokus darauf legt, wie selbstbestimmte Geburtshilfe in der Praxis gestaltet werden kann.

## Ergebnis

Erinnert ihr euch an eine Situation, in der ihr die Selbstbestimmung der schwangeren/gebärenden Person als eingeschränkt wahrgenommen habt?

Umfrageteilnehmende: 77  
(Mehrere Antworten sind möglich)

- A: Ja, ich war als Fachkraft aktiv an dieser Situation beteiligt
- B: Ja, ich habe mich als schwangere/gebärende Person selbst in der Position befunden
- C: Ja, ich habe so eine Situation beobachtet
- D: Nein

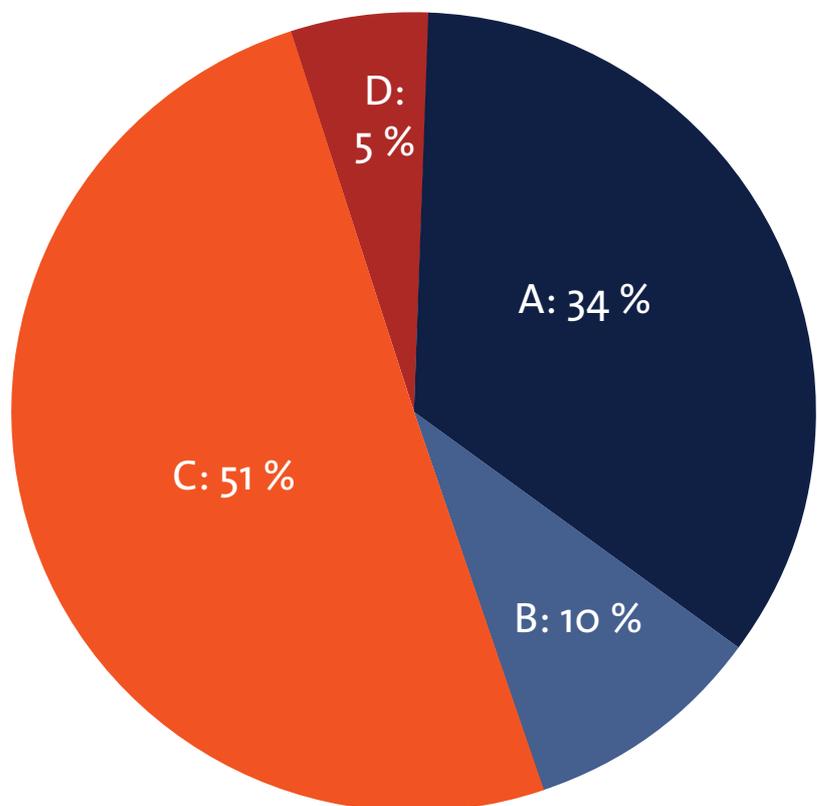


Abb. 1: Ergebnisse der Live-Umfrage unter den Teilnehmenden zu Beginn des Webinars



# Gewalt in der Geburtshilfe

## Zusammenfassung des Inputs von Dr. Tina Jung

Dr. Tina Jung forscht unter anderem zu sozialer Ungleichheit und geschlechtsspezifischen Gewalterfahrungen, auch mit Fokus auf Schwangerschaft und Gebärende. Sie hat unter anderem ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Gewalt gegen Frauen während der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen (GFGE). Begriff, Ursachen, Entstehungskontext“<sup>1</sup> wissenschaftlich geleitet und sprach im Webinar über dieses Thema unter Einbeziehung ihrer eigenen Forschungen, der Forschungsliteratur zum Thema sowie internationaler Vereinbarungen und Rechtsnormen, die den Bereich Gewalt in der Geburtshilfe betreffen.

Einleitend berichtete sie, dass Gewalt in der Geburtshilfe kein neues Phänomen sei, dass aber in den letzten zehn Jahren eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema in Deutschland begonnen habe. Dies geht zusammen mit dem ersten Auftreten der Roses Revolution, einer Initiative, die sich gegen Gewalt in der Geburtshilfe wendet.



Bild: privat

### *Dr. Tina Jung*

Dr. Tina Jung ist promovierte Politikwissenschaftlerin und Gastprofessorin mit Schwerpunkt Geschlechterforschung an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

<sup>1</sup> Das Projekt wurde vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst (HMWK) von 2018 bis 2019 an der Justus-Liebig-Universität in Gießen gefördert und umfasste sowohl Sichtung und Analyse der internationalen Forschungsliteratur zur Thematik als auch leitfadengestützte Interviews mit Müttern, die Gewalt in der Geburtshilfe erfahren haben, sowie mit Geburtshelfer:innen. Publikation zur Studie: Tina Jung (2023): Gewalt in der Geburtshilfe als Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen. Begriff, Konzept und Verständnisweisen. In: Eva Labouvie (Hrsg.): Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart. Bielefeld: transcript, S. 273–296. Online unter: <https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-6495-9/geschlecht-gewalt-und-gesellschaft/> (Zugriff: September 2023). Weitere Beiträge erscheinen in Kürze, darunter Tina Jung (i. E.): Gewalt in der Geburtshilfe – eine politische und politikwissenschaftliche Standortbestimmung. In: Martina Kruse, Katharina Hartmann (Hrsg.): Handbuch gewaltfreie Geburt. Stuttgart: Schattauer (erscheint 2024) sowie Tina Jung (i. E.): Intersektionalität und Diskriminierung: Klassismus und Gewalt in der Geburtshilfe. In: ibid.

Die Referentin definierte zunächst den Begriff ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘ als geschlechtsspezifische Form der Gewalt, die sich gegen Frauen und gebärende Personen richtet. Dabei bezog sie alle gebärenden Personen, also auch gebärende lesbische, bisexuelle, nicht-binäre, agender, trans\* und inter\* Personen ein.

Anschließend skizzierte Dr. Tina Jung kurz, dass der Begriff ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘ (engl. ‚obstetric violence‘) zuerst durch die lateinamerikanische Frauenbewegung bekannt gemacht wurde. Im Zuge der dortigen Proteste hätten sich in Lateinamerika eine Reihe von Rechtsnormen herausgebildet, die zwar teilweise differieren, die aber alle Gewalt in der Geburtshilfe unter zwei Gesichtspunkten betrachten: als eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt und als eine Form der Gewalt im Gesundheitswesen. Das venezuelanische „Gesetz über das Recht von Frauen auf ein gewaltfreies Leben“ war das erste Gesetz dieser Art und trat 2007 in Kraft „Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia“; [Link zum Gesetzestext](#)). Es unterscheidet in Artikel 15 insgesamt 19 Formen von Gewalt gegen Frauen, darunter auch die Gewalt in der Geburtshilfe (Absatz 13), die als „Aneignung der Körper und der reproduktiven Prozesse von Frauen durch das geburtshilfliche Personal“ definiert wird.

*„Gewalt in der Geburtshilfe: Unter Gewalt in der Geburtshilfe ist die Aneignung des Körpers und der reproduktiven Prozesse von Frauen durch das Gesundheitspersonal zu verstehen, die sich in entmenslichender Behandlung, im Missbrauch von Medikalisierung sowie in der Pathologisierung natürlicher Vorgänge äußert und einen Verlust der Autonomie und der Fähigkeit, frei über Körper und Sexualität zu entscheiden, bewirkt, der sich negativ auf die Lebensqualität der Frauen auswirkt.“*

Venezuela, “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” von 2017, Artikel 15, Absatz 13 (eigene Übersetzung T.J.)

Weiter legte die Referentin dar, dass es in Deutschland zwar keine vergleichbaren Gesetze gebe, aber verschiedene Rechtsnormen, in deren Geltungsbereich auch Gewalt in der Geburtshilfe prinzipiell fällt, so etwa:

- die UN Frauenrechtskonvention (CEDAW; [Link zur Konvention](#)),
- die Istanbul-Konvention („Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von häuslicher Gewalt und Gewalt gegen Frauen“; [Link zur Konvention](#)),
- das deutsche Patient:innenrechtegesetz (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013; [Link zum Gesetzestext](#)) sowie
- eine Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats (siehe Kasten; [Link zur Resolution](#)).

*„Gewalt in Geburtshilfe und Gynäkologie ist eine Form von Gewalt, die seit Langem verborgen ist und immer noch zu oft ignoriert wird. In der Privatsphäre der ärztlichen Beratung oder der Geburt sind Frauen Opfer von Praktiken, die gewalttätig sind oder als solche wahrgenommen werden können. Dies schließt nicht-adäquate oder nicht-konsensuelle Handlungen, etwa ohne Einverständnis durchgeführte Dammschnitte und vaginale Untersuchungen, Kristeller-Handgriff [Druck auf den Oberbauch] oder schmerzhaft Interventionen ohne Schmerzbehandlung ein. Es wurde zudem über sexistisches Verhalten im Rahmen medizinischer Beratung berichtet.“*

Parlamentarische Versammlung des Europarats, Obstetrical and gynaecological violence, Resolution 2306, 2019, Punkt 3; eigene Übersetzung T.J.)



Anschließend stellte Dr. Tina Jung eine Grafik aus ihrer Publikation vor, die einige der empirischen Befunde aus dem oben genannten Forschungsprojekt visuell zusammenfasst (Jung 2023; Abb. 2). Aufgeschlüsselt sind die verschiedenen Ebenen und die verschiedenen Formen von Gewalt in der Geburtshilfe, von personaler über institutionelle und strukturelle Gewalt bis hin zur Verletzung von Rechtsnormen und dem Einwirken von gesellschaftlichen Macht- und Ungleichheitsverhältnissen sowie kultureller Normen. Sie hob hervor, dass die in der konkreten Situation der Geburt erlebte Gewalt auch auf anderen Ebenen entstehen und etwa institutionell oder strukturell begründet sein könne. Dies schränke die Handlungsmöglichkeiten einzelner Personen ein: Als Hebamme oder Gebärende könne man auf der personalen, eventuell auf der institutionellen Ebene etwas verändern, aber jenseits dessen habe man wenig direkte und unmittelbare Einflussmöglichkeiten. Gleichwohl gebe es aber Möglichkeiten vor allem in Form von politischem Engagement (in Initiativen, Vereinen, Nicht-Regierungsorganisationen, Berufsverbänden und anderem).

Um Gewalt in der Geburtshilfe effektiv zu bekämpfen, sei es daher, so die Referentin weiter, zentral, Strategien

zu entwickeln und Maßnahmen umzusetzen, die umfassend und integrierend alle benannten Dimensionen der Ursachen von Gewalt in der Geburtshilfe adressieren. Lösungsansätze, die nur isoliert einzelne Aspekte aufgreifen (zum Beispiel Kommunikationstrainings für Kreißsaalpersonal) seien zwar grundsätzlich begrüßenswert, würden aber zu kurz greifen, wenn sie sich allein darauf beschränken – und zum Beispiel nicht auch grundlegende strukturelle Änderungen in den Blick nehmen.

Als weiteren wichtigen Punkt unterstrich Dr. Tina Jung, dass Gewalt in der Geburtshilfe auch dann entstehen könne, wenn etwa Hilfe oder Beistand verweigert werden. Hier sei ‚Vernachlässigung‘ ein wichtiges Stichwort in vielen Berichten.

Abschließend stellte die Referentin ein Fallbeispiel aus ihrer Studie vor, um exemplarisch zu zeigen, wie sich Gewalt in der Geburtshilfe zeigen kann und wie davon das Wohlergehen der Betroffenen negativ beeinflusst wird. Als mögliche Auswirkungen nannte sie beispielsweise den Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit, auf zwischenmenschliche Beziehungen sowie die weitere Familienplanung entsprechender Personen.

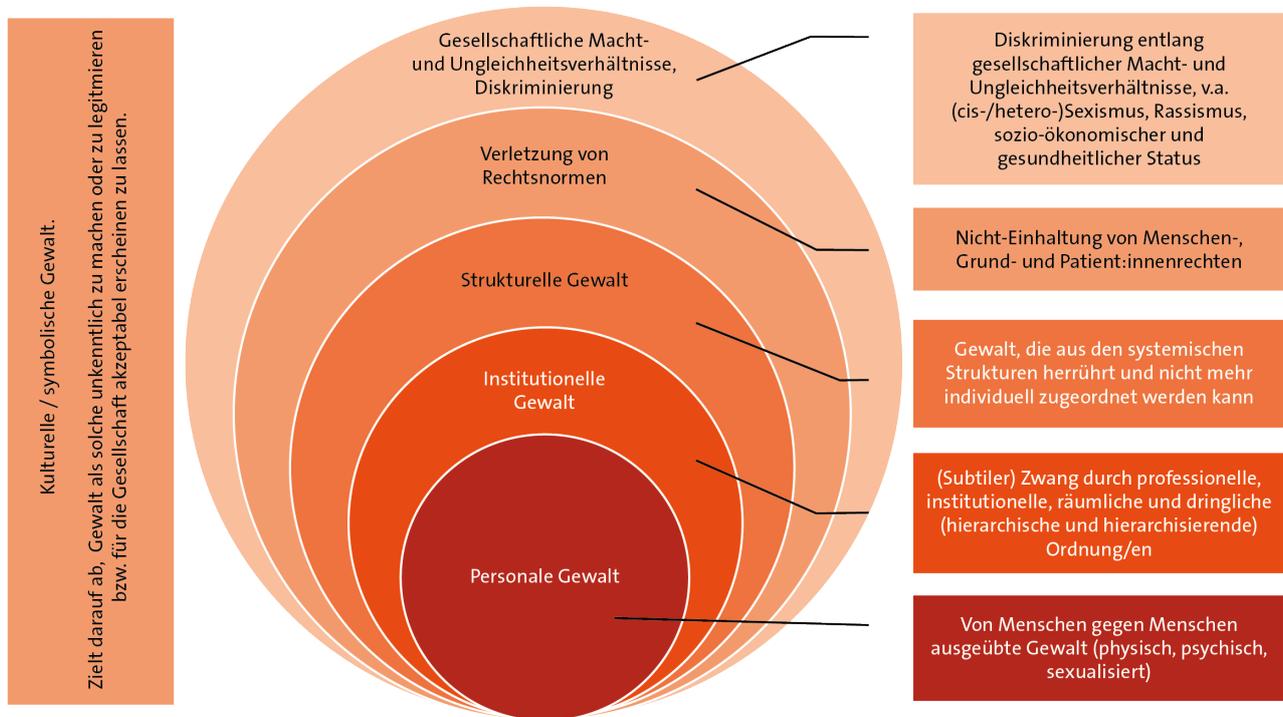


Abb. 2: Formen und Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe, vgl. Jung 2023 (wie Anm. 1), S. 294, Abb. 35

Austausch

# Gruppenarbeit zu eigenen Erfahrungen der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden wurden in mehrere Gruppen aufgeteilt und aufgefordert, zunächst eine konkrete Situation zu beschreiben, in der eine der teilnehmenden Fachkräfte die Selbstbestimmung der schwangeren oder gebärenden Person als eingeschränkt wahrgenommen hat. Anschließend sollte jede Gruppe zu dieser Situation einige Fragen beantworten, um die eigenen Gefühle in der speziellen Situation zu reflektieren sowie individuelles, institutionelles und strukturelles Verbesserungspotenzial auszuloten. Im Folgenden soll das Spektrum der Fälle und Antworten kurz dargestellt werden, um ein Streiflicht auf die Diskussionen und dort identifizierte Defizite zu geben.

## 1. Wählt eine Situation aus und beschreibt diese

Die beschriebenen Situationen reichten von erheblichen Eingriffen in den Geburtsvorgang ohne Konsens der Gebärenden und unaufgeforderte Vaginaluntersuchungen über Sprachbarrieren in einer Notfallsituation, die zu Gewalt geführt hat, bis hin zu einer Gebärenden, deren Bitte nach einer Schmerzmittelgabe nicht nachgekommen wurde, sowie einem anderen Fall, in dem das Kind nach einer schwierigen Geburt wegen fetaler Bradykardie direkt in die (weit entfernte) Erstversorgung gebracht wurde.

In den Fallschilderungen wurde deutlich, dass es bei Notfällen oder besonderen Situationen wie einer Geburt in Beckenendlage häufig zu problematischen Situationen kommt, dass aber auch Übergriffe im Kontext von Geburten mit zu erwartendem Verlauf geschehen.

## 2. Wie habt ihr euch in dieser Situation gefühlt?

Die von den Teilnehmenden beschriebenen Gefühle waren trotz der unterschiedlichen Ausgangssituationen recht ähnlich. Einige berichteten von Hilflosigkeit, Machtlosigkeit und Ohnmacht. Andere fühlten sich überfordert und unsicher oder auch schuldig, weil sie sich zu wenig für die Gebärende eingesetzt hatten.

## 3. Wie hätte die Situation besser verlaufen können? Was hättet ihr in der konkreten Situation gebraucht?

In den Gruppen wurden, bezogen auf die konkreten Fallbeispiele, eine Reihe von Verbesserungen diskutiert, die hier kurz zusammengefasst werden.

Verbesserungen auf individueller Ebene:

- Mehr Kommunikation und klarere Aufgabenverteilung im Team
- Aufklärung von Gebärenden über die Vorgehensweise
- Kommunikation mit der Gebärenden verbessern
- Andere Geburtspositionen ermöglichen (Vierfüßler statt Steinschnitt bei Beckenendlage) → hier braucht es auch insbesondere Schulung von Ärzt:innen
- Einverständnis der Eltern erfragen, wenn mehrere Personen im Raum sind (zum Beispiel Lehrkrankenhaus)

Verbesserungen auf institutioneller/struktureller Ebene:

- Möglichkeit der Versorgung des Neugeborenen in Sichtweite der Eltern
- Abbau von Hierarchien
- Klare Teamstrukturen
- Nachbesprechung im Team und mit gebärender Person institutionalisieren
- Supervision institutionalisieren
- Alternative Kommunikationswege ermöglichen (Beispiel: Schmerzskala einsetzen, um den Bedarf an Schmerzmitteln festzustellen)
- Umsetzung der S3-Leitlinien
- Ausreichend Hebammen im Kreißaal
- Möglichkeit, Dolmetscher:innen hinzuziehen



# Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe – die S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ als Werkzeug der Selbstbestimmung

Die Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ wurde 2015 bis 2020 erarbeitet und 2021 auf der Seite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) online veröffentlicht ([Link zur Leitlinie](#)). Im Folgenden möchte ich mich damit beschäftigen, inwiefern diese Leitlinie zur Selbstbestimmung von Gebärenden und damit auch zum Schutz vor Gewalt in der Geburtshilfe beitragen kann.



Bild: Daniel Hammelstein

## *Katharina Hartmann*

Dr. Katharina Hartmann setzt sich schon lange für die Verbesserung der Geburtshilfe ein, war 2013 Mitinitiatorin der Roses Revolution in Deutschland und ist Mitbegründerin der Bundeselterninitiative Mother Hood e. V., für die sie unter anderem an der Erstellung der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt mitgewirkt hat.

## Die Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“

Jede neu veröffentlichte Leitlinie hat eine Geltungsdauer von maximal fünf Jahren, die Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ gilt also noch bis Ende 2025. Als S3-Leitlinie soll sie höchste wissenschaftliche Evidenz präsentieren, die sich von Natur aus stetig weiterentwickelt, weswegen eine Eingrenzung der Geltungsdauer notwendig ist. Allerdings werden Leitlinien in Deutschland in der Regel nicht nach fünf Jahren direkt wieder aktualisiert, sondern häufig erst deutlich später. Dies liegt vor allem daran, dass die Leitlinienarbeit bei uns vor allem ehrenamtlich geleistet wird und die entsprechenden Kapazitäten nicht zur Verfügung stehen. Abgelaufene Leitlinien haben natürlich auch noch einen Wert, können aber in Teilen veraltet sein.

Die Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin gibt es in zwei Versionen: einer Kurzfassung mit 137 Seiten, die im Prinzip nur die 208 Empfehlungen, die die Leitlinienkommission erarbeitet hat, wiedergibt, sowie eine weitere fast doppelt so lange Fassung, die neben den Empfehlungen auch die Argumente, die zur Empfehlung geführt haben, sowie den Stand der Evidenz präsentiert. Außerdem wurde noch ein Leitlinienreport veröffentlicht mit über tausend Seiten, der beispielsweise Forschungsberichte enthält, die für die Leitlinie in Auftrag gegeben wurden, sowie alle Evidenztabellen für alle Studien, die genutzt wurden. Kritiker:innen äußern immer wieder, die Leitlinie sei nur Theorie. Das stimmt so nicht. Jede Leitlinie ist evidenzbasiert, das heißt, dass die Empfehlungen der Leitlinie nicht nur auf Basis theoretischer Erkenntnisse gegeben werden, sondern dass die Theorie in Studien überprüft und in der Praxis bestätigt wurde, um dann hoffentlich wieder in die Praxis zurückzuwirken.

Die Leitlinienkommission hat für die Erstellung der Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ aufgrund der mangelnden Ressourcen in Deutschland auf der besten international verfügbaren Evidenz aufgebaut. Dies war in unserem Fall die britische NICE-Guideline „Intrapartum care for healthy women and babies“ ([Link zur Guideline](#)). In Großbritannien gibt es eine eigene Institution, das Institute for Health and Care Excellence (NICE), die für die Herausgabe und Überarbeitung von Leitlinien zuständig ist. Im Bearbeitungsprozess der deutschen Leitlinie wurden diese Erkenntnisse genutzt und an den deutschen Kontext angepasst.

Ein zweiter Kritikpunkt, der häufig geäußert wird, ist, dass diese Leitlinie nur für Hebammen, nicht aber für Ärzt:innen relevant sei. Tatsächlich bezieht der Prozess der Erstellung einer Leitlinie möglichst viele relevante gesellschaftliche Gruppen ein. In diesem Fall waren zwei Fachgesellschaften federführend bei der Erstellung der Leitlinie, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) sowie die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V., welche wiederum weitere Expert:innen hinzuzogen (zum Beispiel Anästhesist:innen, Pädiater:innen, Kinderärzt:innen, niedergelassene Gynäkolog:innen etc.). Zudem wurden weitere Fachgesellschaften und Organisationen zur Teilnahme eingeladen, um möglichst viele gesellschaftliche Perspektiven in den Erarbeitungsprozess einzubringen, so auch die Initiative Mother Hood e. V. für die Elternperspektive.

Wichtig bei Leitlinien ist, dass die konsensuell entwickelten Empfehlungen nicht rechtsverbindlich sind. Es gibt starke („soll“) und schwache („sollte“) Empfehlungen und auch sogenannte Kann-Empfehlungen. Die Empfehlungen sind in jedem Kapitel durchnummeriert, und für jede Empfehlung sind der Empfehlungsgrad (A = starke Empfehlung, B = schwache Empfehlung), der Evidenzgrad (1 = höchste Evidenz; 4 = niedrigste Evidenz, EK = Expert:innenkonsens) und die Konsensstärke (Anteil der stimmberechtigten Kommissionsmitglieder, die die Empfehlung mittragen) festgehalten und auf einen Blick ersichtlich.

Personen, die in der Praxis arbeiten, sollten auf alle Fälle die Langfassung der Leitlinie lesen, die wichtige Zusatzinformationen und -einschätzungen enthält. Der Aufbau der Leitlinie folgt dem Verlauf einer Schwangerschaft und Geburt, sodass man sich leicht persönliche Schwerpunkte herausuchen kann. Die entsprechenden Empfehlungen stehen jeweils in Boxen, sind also optisch hervorgehoben, und bieten ebenfalls Orientierung.

## Was leistet die Leitlinie für die Selbstbestimmung bei der Geburt?

Die Leitlinie veröffentlicht aktuelle, evidenzbasierte, relativ leicht online zugängliche Informationen zur vaginalen Geburt in kompakter Form, die explizit „frauenzentriert“ sind (Genderformen waren hier noch kein Thema und wären vermutlich auch nicht durchsetzbar gewesen). Dass „frau“ hier im Singular steht, ist in der Leitlinie bewusst so gewählt und soll unterstreichen, dass es immer um die einzelne Person geht und nicht um einen Pool abstrakter Gebärender (siehe Kasten).

*„Wenn es erforderlich erscheint, wird bewusst der Begriff frauenzentriert und nicht frauen-zentriert gewählt. Hierbei handelt es sich um ein interdisziplinär entwickeltes Betreuungskonzept, welches auch im Nationalen Gesundheitsziel definiert wird. Damit wird dem Anspruch, eine individuelle Geburtshilfe angepasst an die jeweilige Schwangere/Gebärende zu leisten, Ausdruck verliehen.“*

Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“, S. 10.

Da die Leitlinie die beste vorhandene Evidenz zusammenfasst, stärkt sie autonome Entscheidungen von Gebärenden, indem sie Entscheidungsmöglichkeiten überhaupt erst aufzeigt und Informationen zur Verfügung stellt. Die Leitlinie kann als Messlatte für die Betreuung bei der Geburt verwendet werden. Auch wenn die Empfehlungen nicht rechtsverbindlich sind, müssen Kliniken sich damit auseinandersetzen, wenn sie von der Leitlinie abweichen. Damit gibt sie auch Personen, die während der Geburt Gewalt erfahren haben, einen Argumentationsrahmen. Die Kliniken müssen sich fragen lassen: „Wenn ihr das nicht so gemacht habt, wie es da steht, warum nicht?“ und ihr Handeln begründen.

Bahnbrechend für deutsche Verhältnisse ist in der Leitlinie auch, dass sich ein ganzes Unterkapitel dem selbstbestimmten Gebären widmet (Kapitel 4.1.: Informierte Entscheidungsfindung und selbstbestimmtes Gebären). Die Leitlinie verweist am Anfang dieses Kapitels auf Entscheidungsfindungsmodelle, die an anderer Stelle länger ausgeführt sind. Dort heißt es: „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“ (S. 13, Tabelle 9). Selbstbestimmte Entscheidungen bei der Geburt zu fördern ist also Anspruch der Leitlinie. Außerdem wird hier explizit festgelegt, dass darüber diskutiert werden muss, inwieweit und in welcher Form Gebärende in Entscheidungen während der Geburt einbezogen werden – dass sie einbezogen werden, steht hingegen außer Frage. Genau das ist in dieser Form etwas völlig Neues.

Rein quantitativ findet sich das Wort ‚Selbstbestimmung‘ nur auf sechs der 258 Seiten der Leitlinien-Langversion, aber auf fast der Hälfte der Seiten taucht das Wort ‚Frau‘ in unterschiedlichen Zusammensetzungen und grammatikalischen Variationen auf. Dass gerade dieses Wort so häufig verwendet wird, ist nicht selbstverständlich. In der Auseinandersetzung bei der Erstellung der Leitlinie wurde immer wieder darauf verwiesen, dass der Text möglichst kurz sein solle und dass es doch klar sei, dass es hier um ‚die Frau‘ geht. Wir haben dann aus unserer Perspektive dagegegehalten, dass die Gebärenden, obwohl es ja um sie geht, im Kreißaal so häufig ‚verschwinden‘, nur Objekt sind. Daher schien es wichtig, Gebärende auch grammatikalisch immer wieder als Subjekte anzusprechen, was dann zum Glück auch eine Mehrheit in der Kommission fand.

Die Stärkung von Information und Autonomie zeigt sich deutlich in Empfehlungen wie zum Beispiel, dass Gebärende in der aktiven Austrittsphase nicht vom medizinischen Personal allein gelassen werden sollen (Empfehlung 4.2) oder dass Gebärende über unterschiedliche Möglichkeiten des geburtshilflichen Settings informiert werden sollen (Empfehlung 3.2; siehe Kasten). Bei beiden Empfehlungen (und vielen weiteren) wird ganz bewusst die „Frau“ jeweils an erster Stelle vor den Geburtshelfer:innen genannt, um ihre Rolle zu betonen.

*„Frauen sollen grundsätzlich über die unterschiedlichen Möglichkeiten der erreichbaren geburtshilflichen Settings informiert werden, z. B. Zugang zu einer Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, Zugang zu ärztlicher Betreuung, Zugang zu unterschiedlichen schmerzlindernden Maßnahmen und pharmakologischen Schmerzmitteln, Möglichkeiten der vaginalen Geburt bei Zustand nach Sectio caesarea, BEL und Zwillingen und weitere Aspekte.“*

Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“, S. 17, Empfehlung 3.2

Von Gebärenden sowie Eltern wird immer wieder geäußert, dass sie sich nicht wehren konnten, nicht informiert waren, was auf sie zukommt etc. Ein Beispiel dafür ist der Kristeller-Handgriff (auch Fundusdruck genannt, also der Druck von außen auf den oberen Punkt der Gebärmutter). In Empfehlung 8.21 der Leitlinie wird dieses Vorgehen prinzipiell abgelehnt, nur „unter strenger Indikationsstellung“ sei diese Maßnahme zu erwägen und immer nur, wenn die „initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden“ erfolgt sei. Explizit ist auch das „Veto-Recht der Gebärenden“ festgelegt. Ähnliches findet sich im deutschen Patient:innenrecht (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch). Auch wenn die Rechte der Gebärenden also eindeutig festgelegt sind, nützt dies nichts, wenn Gebärende sie nicht kennen – was auf ein grundsätzliches Problem der Leitlinien hinweist, die nur breit wirksam sein können, wenn sie auch breit rezipiert werden.

Auch Empfehlung 9.11 zum Abnabeln unterstreicht beispielhaft, dass die Entscheidungen der Gebärenden in der Leitlinie respektiert werden. Hier ist festgehalten, dass die Durchtrennung der Nabelschnur auch später als fünf Minuten nach der Geburt erfolgen kann, wenn Gebärende dies wünschen. Bei dieser Empfehlung lag der Evidenzgrad bei Erstellung der Leitlinie nur bei 4. Inzwischen hat sich in der Forschung zum Abnabelungszeitpunkt einiges getan, sodass das Thema in einer Neuauflage vermutlich neu bewertet werden müsste.

Nicht zuletzt ist auch wichtig, was nicht in der Leitlinie steht. So fehlt etwa der routinemäßige venöse Zugang bei Erstaufnahme von Gebärenden. Grund sind fehlende Evidenzen – weil diese Maßnahme international nicht üblich und ein sehr deutsches Phänomen ist.

## Barrieren und Chancen der Leitlinie

Für den Zugang zur Leitlinie gibt es viele Barrieren: Nicht jede:r weiß, dass es sie gibt, nicht jede:r findet sie, sie ist in Fachsprache verfasst, die nicht jede:r versteht. Hinzu kommt, dass die Evidenz einem Forschungsbias unterliegt: Insbesondere in der Geburtshilfe gibt es viele methodische Probleme in der Datenerhebung (etwa fehlende Verblindung, schwierige Randomisierung, aber auch keine Rassismuskritik, wenig ‚frauenzentrierte‘ Parameter), die dazu führen können, dass häufig keine guten Evidenzen zur Verfügung stehen. Eine Geburt ist ein Prozess, der auf vielen Ebenen stattfindet, aber die Vorgeschichte der Gebärenden spielt immer eine Rolle, es geht immer um diese eine Person und das eine Baby. Diese Individualität und den sozialen Aspekt von Geburt mit den Empfehlungen der Leitlinie abzuwägen, ist sehr komplex. Generell ist auch die Diskriminierung im Gesundheitswesen zu beachten. In Großbritannien etwa gibt es umfangreiche Untersuchungen zum Rassismus in der Geburtshilfe – in Deutschland fehlen solche Studien, und um gute Daten zu bekommen, braucht man Einrichtungen, die mindestens tausend Geburten im Jahr betreuen. Bei uns ist die Behauptung, es könnte Rassismus in der Geburtshilfe strukturell überhaupt geben, noch immer ein Tabu. Solange wir das nicht angehen, finden diese Fragen auch keinen Platz in einer Leitlinie.

Trotzdem: Die Leitlinie ist immer noch das Beste, was wir haben, und sie kann dazu beitragen, die Selbstbestimmung von Gebärenden zu verbessern, ihnen wichtige Informationen vermitteln und dafür sorgen, dass sie ihre Rechte kennen.



### Vortrag 3

## Wie kann selbstbestimmte Geburtshilfe in der Praxis gestaltet werden?

Ich möchte einen kleinen Eindruck geben, wie wir in unserem Haus versuchen, für möglichst viele Gebärende eine selbstbestimmte Geburt zu realisieren. Der frühere Chefarzt unserer Geburtsklinik war Mitinitiator der Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“. Insofern war schon früh eine der Grundlagen unserer Arbeit, Gebärenden in unserem Haus eine selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. Wir haben stetig daran gearbeitet, unsere Strukturen und Prozesse weiterzuentwickeln, um dies umzusetzen.

Wir starten in unserem Haus in der Regel mit einem Infoabend, an dem die Schwangeren unsere Klinik kennenlernen können. Wenn sie sich für uns entscheiden, können sie unsere Hebammensprechstunde besuchen. Da wir keine Kinderklinik haben, sind die Schwangeren, die in die Sprechstunde kommen, meist in der 30. bis 36. Schwangerschaftswoche. Dort besprechen wir mit ihnen und ihren Partner:innen ihre Wünsche und erfragen, was sie mitbringen, um schon den Weg zu einer selbstbestimmten Geburt zu bahnen. Wir stellen in dieser Sprechstunde sehr spezielle Fragen zur Geburt. Denn jede Geburt ist individuell, und jede Geburt bringt auch ihre kleinen Baustellen mit. So fragen wir beispielsweise bei der Anamnese, ob jemand Erfahrungen beim Thema Gewalt oder mit sexuellen Übergriffe hat. Denn Personen, die Gewalt erlebt haben, haben häufig spezielle Bedürfnisse, brauchen geschützte Räume, eine bestimmte Betreuung. Wir versuchen anschließend, einen Weg zu erarbeiten, um eine möglichst selbstbestimmte Geburt zu gestalten. Was sind die individuellen Wünsche? Was ist umsetzbar? Wo können wir Räume schaffen? Wo gibt es aber vielleicht auch Fragen/Probleme, die sich nicht lösen lassen?



*Bild: privat*

### ***Kerstin Stehr-Archuth***

Kerstin Stehr-Archuth ist leitende Hebamme im Geburtszentrum des Evangelischen Amalie Sieveking Krankenhauses in Hamburg, das seit 1995 das erste zertifizierte babyfreundliche Krankenhaus ist.

Für Schwangere, die sich in einer speziellen Situation befinden, haben wir noch ein zusätzliches Angebot aufgebaut: Sie können mit einer Ärztin mit psychosomatischer Zusatzqualifikation sprechen, um die Geburt vorzubereiten und auch etwa Altlasten aus vorangegangenen Geburten zu besprechen. Die Ärztin gibt die Ergebnisse der Gespräche dann an unser Geburtshelfer:innen-Team weiter und diskutiert Schwerpunkte beziehungsweise Lösungsansätze mit uns. Die Umsetzung dieses Angebots in unserer Klinik erfolgte Schritt für Schritt auf Basis eines langen Lernprozesses. Heute gibt es eine feste Sprechstunde. Das bedeutet für Gebärende, für die dies wichtig ist, dass sie zusätzliche Unterstützung für eine selbstbestimmte Geburt erhalten.

Wichtig ist in unserem Haus auch ein ständiger Reflexionsprozess. Dazu gehört einerseits die Selbstreflexion – ich frage mich immer wieder selbst, ob ich richtig handle –, andererseits die Besprechung im Team, ob alle mit den Maßnahmen und der Art des Umgangs mit den Gebärenden zufrieden sind. Um dies zu institutionalisieren, haben wir Teamkonferenzen eingeführt, die regelmäßig stattfinden. Dort besprechen wir Geburten, die aus unserer Sicht nicht ganz glücklich verlaufen sind, hinterfragen uns und loten Verbesserungspotenzial aus, dies insbesondere auch zu dem Thema Selbstbestimmung in der Geburtshilfe.

Wenn man Gewalt in der Geburtshilfe vermeiden und eine selbstbestimmte Geburt in einer Klinik ermöglichen möchte, ist das aus meiner Erfahrung ein langwieriger und arbeitsreicher Prozess. Bei uns hat es mindestens zehn Jahre gedauert, bis wir Schritt für Schritt auf einem akzeptablen Niveau angekommen sind. Dabei ist es zentral, die individuellen Wünsche, die Gebärende/Paare mitbringen, zu besprechen und sie dann so weit wie möglich umzusetzen. Wir haben damit insgesamt sehr gute Erfahrungen gemacht.

Das Evangelische Amalie Sieveking Krankenhaus in Hamburg ist auch in der Ausbildung tätig. Junge Hebammen, die irgendwann den Weg in die Klinik wählen und die wir brauchen, um selbstbestimmte Geburten zu ermöglichen, müssen zunächst selbst lernen, dass man respektvoll mit Gebärenden umgeht, dass man fragt, ob man den Bauch berühren oder eine Untersuchung durchführen darf. Das ist aus meiner Sicht immens wichtig. Andererseits ist es auch zentral, respektvoll mit den Studierenden umzugehen. So frage ich die Hebammenstu-

dierenden regelmäßig, ob sie sich gut aufgehoben und wahrgenommen fühlen.

Aus einem Reflexionsbericht von Studierenden haben wir neulich erfahren, dass unsere Klinik mit Blick auf die Selbstbestimmung in der Geburtshilfe auch aus Sicht der Studierenden auf einem sehr guten Weg ist. Aus dem Bericht geht auch hervor, dass viele Einrichtungen noch nicht so weit sind. Noch immer berichten viele Hebammen und Ärzt:innen aus ihren Arbeitsbereichen, dass sich Selbstbestimmung in der Geburt in vielen Häusern sehr schleppend entwickelt.

Bei uns hat es erste Priorität, dass Gebärende ihre Geburt selbst gestalten und mit uns zusammen planen. Dies sollte meiner Ansicht nach überall Standard werden.

Abschließend möchte ich noch einige Fragen in die Diskussion geben, über die wir uns als Geburtshelfer:innen meiner Meinung nach austauschen sollten:

- Wie lebt man als Geburtshelfer:in eine gute Geburtshilfe?
- Wie kann man deutlich machen, welcher Weg ein guter Weg ist?
- Wie kann man eine gute Geburtshilfe weiterentwickeln?
- Welche Anstöße können wir geben, selbstbestimmte Geburt als Standard in deutschen Krankenhäusern zu etablieren?
- Welche Hierarchiestrukturen behindern eine gute Geburtshilfe?



## Diskussion

# Handlungsmöglichkeiten zur Förderung von selbstbestimmter Geburtshilfe

In der angeregten Diskussion berichteten die Teilnehmenden von individuellen Problemen und zeigten Hürden auf dem Weg zu einer selbstbestimmten Geburt auf. Andererseits wurden auch Handlungsräume aufgemacht, und im Laufe der Diskussion kam es im Chat bereits zu einer Reihe von Vernetzungen, um Probleme gemeinsam anzugehen.

Die Teilnehmenden waren sich einig, dass sich aktuell sehr viel in Bezug auf das Thema Gewalt in der Geburtshilfe bewegt. So ist beispielsweise der Begriff Gewalt in der Geburtshilfe inzwischen bekannt, was es wesentlich erleichtert, das Thema in die öffentliche Debatte zu bringen. Auch die Gestaltung der Leitlinie zur vaginalen Ge-

burt, die viele ‚frauenzentrierte‘ Inhalte aufnimmt, macht Hoffnung für die Zukunft. Im Einzelnen wurden folgende Aspekte breiter diskutiert:

## 1. Gesellschaftlicher Rahmen

Gewalt in der Geburtshilfe als Teil der Gewalt gegen Frauen und queere Personen ist in die Gesellschaft eingelagert. Wir leben in einer von Macht und Ungleichverhältnissen bestimmten Welt, die noch immer von patriarchalen Strukturen geprägt ist, was entsprechendes Beharrungspotenzial freisetzt. Die Resolution der Parlamentarischen Versammlung des Europarats



Abb. 3: Die Referentinnen, die Moderatorin und die Projektkoordinatorin in der Diskussion

von 2019, die sich explizit mit Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie beschäftigt, verweist auch auf diesen gesellschaftlichen Rahmen und führt an, dass jede dritte Frau in Europa Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt ist ([Link zur Resolution](#)). Hier werden auch spezifische staatliche Maßnahmen angeführt, die es zu verfolgen gilt, so etwa die Bereitstellung entsprechender Gesundheitseinrichtungen und Arbeitsbedingungen sowie einer Ausbildung, die einen respektvollen Umgang mit Gebärenden ermöglichen.

Um diese und ähnliche Forderungen umzusetzen, braucht es Bündnisse auf einer sehr breiten gesellschaftlichen Ebene.

## 2. Ärztliche Ausbildung

Das Thema Gewalt in der Geburtshilfe ist nicht nur für Hebammen, sondern auch für Ärzt:innen relevant, die ebenso in der Verantwortung stehen, einen respektvollen und fürsorglichen Umgang mit Patient:innen zu gewährleisten. Daher müsste das Thema auch Teil der ärztlichen Ausbildung sein, was bisher nicht der Fall ist.

Als Lösungsvorschläge wurden neben gemeinsamen Lehrveranstaltungen von angehenden Mediziner:innen und Hebammen auch das Potenzial der interprofessionellen Lehre betont sowie die Möglichkeit gemeinsamen Arbeitens im Skills Lab und bei Simulationen.

## 3. Flache Hierarchien, wertschätzender Umgang und inklusive Haltung

Das Gesundheitswesen ist ein Bereich, der sehr stark von hierarchischen Strukturen geprägt ist. Dies kann eine Begegnung auf Augenhöhe und eine wertschätzende Kommunikation erschweren. Andererseits braucht es in Krankenhäusern auch Hierarchien, um in Notsituationen Entscheidungspfade zu erleichtern und zu beschleunigen. Wichtig ist daher, funktionale und dysfunktionale Hierarchien voneinander zu trennen und sich vehement gegen Strukturen einzusetzen, die nur zur Unterdrückung bestimmter Gruppen dienen.

Alle Berufsgruppen, die im Krankenhaus beziehungsweise im Kreißaal tätig sind, sollten in die Teamstrukturen einbezogen und ihr Beitrag sollte wertschätzend aufgenommen werden. Dabei wurde konkret auf die Reinigungskräfte hingewiesen, die häufig ausgeschlossen und

nicht respektvoll behandelt werden (nicht selten spielt hier auch eine rassistische Diskriminierung eine Rolle). Eine inklusive und antidiskriminierende Grundhaltung persönlich und im Team zu leben, sahen die Anwesenden als zentralen Faktor, um diese Haltung dann auch an einzelne Gebärende weitergeben zu können.

Empfohlen wurde außerdem, die gebärende Person und ihr Wohlergehen ins Zentrum zu stellen anstelle des eigenen Egos, sie zu begleiten, ihre Kompetenzen und Ressourcen anzuerkennen und sie aktiv in den Geburtsprozess einzubeziehen, anstatt sie zu bevormunden und als nichtwissend darzustellen. Voraussetzung dafür ist es, seine eigene innere Einstellung und Haltung stetig zu reflektieren (siehe nächster Punkt).

## 4. Selbst- und Teamreflexion, gute Kommunikation

Selbst- und Teamreflexion sind wichtige Bausteine, die auch institutionell festgelegt sein sollten, um das eigene Verhalten und die dem zugrunde liegende Haltung regelmäßig zu reflektieren und zu überprüfen. Dabei geht es auch darum, Fehler oder Überforderungen einzugestehen und zum Beispiel rassistisches oder sexistisches Verhalten – bei sich selbst oder im Team – offenzulegen.

Neben der Reflexion ist auch die gewaltfreie Kommunikation mit der Gebärenden ein wichtiger Aspekt für eine selbstbestimmte Geburt, dies sowohl während des Geburtsprozesses als auch danach. So kann es hilfreich sein, die Geburtserfahrung im Nachhinein mit der Gebärenden zu reflektieren, und zwar einerseits für die Geburtshelfer:innen, die neben der Selbst- und Teamreflexion dadurch auch die Außensicht erhalten, andererseits aber auch für die gebärende Person, die eine für sie schwierige Situation möglicherweise besser verarbeiten kann, wenn sie die Hintergründe kennt.

Insbesondere in der Auseinandersetzung mit Gebärenden ist eine wertschätzende Haltung Voraussetzung für eine solche Kommunikation. Geht es nur darum, der gebärenden Person zu erklären, wie es wirklich war, und ihr eigenes Erleben nicht ernst zu nehmen, bewirkt das Gespräch möglicherweise sogar eine Be- anstatt eine Entlastung für die Person. Auch wenn eine Kontextualisierung wichtig ist und strukturelle Faktoren vielleicht im Einzelfall für die Situation verantwortlich sind, ändert das nichts an der konkreten Gewalterfahrung, die ernst genommen werden muss.



## 5. Interprofessionelle Teamarbeit

Das Krankenhaus und insbesondere Geburtskliniken leben von dem Miteinander unterschiedlicher Professionen, von Reinigungskräften bis hin zu Chefärzt:innen. Ein gut etabliertes, respektvolles Miteinander, das von gegenseitigem Vertrauen geprägt ist, ist gerade in einem Feld wie der Geburtshilfe, wo es teilweise um Notfallmanagement geht, zentral. Gewalt in der Geburtshilfe wird auch von Ängsten vor Komplikationen gepusht, hier kann ein von gegenseitigem Vertrauen geprägtes Umfeld dazu beitragen, Unsicherheit zu reduzieren. Die Zusammenarbeit im Team und die Zufriedenheit mit der Arbeit setzen Arbeitsbedingungen voraus, die für alle menschenwürdig geregelt sein sollten.

Außerdem ist es wichtig, über das konkrete Team hinaus Netzwerke aufzubauen und institutionell zu verstetigen, um Patient:innen bei speziellen Bedarfen weiterverweisen zu können.

## 6. Konkrete Handlungsmöglichkeiten für Einzelne

Wie kann ich als Hebamme, wenn eine Hierarchie dysfunktional ist, handeln und die selbstbestimmte Geburt unterstützen, wenn ich mich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinde?

- **Bildet Banden!**
- **Brecht das Schweigen!**
- **Sucht Euch Vorbilder!**
- **Auch kleine Gesten sind wichtig!**

Eine sehr wirkungsvolle Strategie gegen jede Form der Gewalt besteht darin, sich zusammenzuschließen und das Schweigen als Teil der Unterdrückungsmechanismen zu durchbrechen. Dies kann im Kleinen, in den Teams, die gemeinsam im Kreißaal arbeiten, beginnen. Wenn man Augen und Ohren offenhält, seinen kritischen Geist bewahrt und sich austauscht, kann man seine Handlungsräume erweitern und beispielsweise gemeinsam bei den Vorgesetzten auf Missstände hinweisen und möglicherweise dadurch Veränderungen erreichen. Hier kann es auch hilfreich sein, sich Vorbilder zu suchen, die die Selbstreflexion und den Mut zu handeln unterstützen können, aber auch möglicherweise das Gefühl, nicht allein zu sein, stärken.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, sich jenseits des eigenen Arbeitsplatzes zu organisieren und in den Austausch zu gehen, also Menschen und Zusammenhänge zu suchen, in denen sich Probleme aussprechen lassen. Hier können sich auf individueller Ebene Handlungsmöglichkeiten ergeben, die Handlungsmacht erschließen und Potenzial haben, auf die institutionelle und strukturelle Ebene einzuwirken.

Wenn man empathisch ist und bemerkt, dass eine Situation im Kreißaal aus dem Ruder läuft, kann manchmal eine kleine Geste einer einzelnen Person für die Gebärende eine große Wirkung haben und als sehr hilfreich empfunden werden. Ein bestärkendes Wort, ein freundlicher Blick können auch im Nachhinein die Aufarbeitung eines Traumas wesentlich erleichtern. So können auch Fachkräfte, die selbst innerhalb eines stressgeprägten Systems navigieren müssen, die Situation für die Gebärende deutlich verbessern.

Resümee

## Auf dem Weg zu einer gerechten Geburtshilfe für alle

Das gesellschaftliche Bewusstsein für Gewalt in der Geburtshilfe wächst. Das erste Webinar des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des pro familia Bundesverbands hat dies deutlich gezeigt. Es war ein wichtiger Schritt, um Missstände und Gewalt in der Geburtshilfe zu thematisieren und erste praktische Ansätze zur Förderung der Selbstbestimmung zu diskutieren. Das Zusammenspiel verschiedener Blickwinkel durch Inputs aus der wissenschaftlichen Perspektive, der Elternperspektive und der Perspektive einer Hebamme ermöglichte ein weitreichendes Verständnis für Gewalt im Kontext von Geburt und eröffnete gleichzeitig den Raum für Lösungsansätze auf unterschiedlichen Ebenen. Auch die Stimmen der Teilnehmenden in der Austausch- und Diskussionsphase trugen dazu bei, ein schärferes Bild der Herausforderungen und Verbesserungspotenziale zu skizzieren.

Das Webinar zeigte eindrucksvoll, dass auch Fachkräfte als Individuen in der geburtshilflichen Versorgung einen Unterschied machen können, indem sie selbst respektvoll mit den Gebärenden umgehen, aber auch indem sie sich organisieren, Missstände ansprechen und gemeinsam Veränderungen vorantreiben. Das Brechen des Schweigens und die Orientierung an Vorbildern sind effektive Strategien, um sich für eine selbstbestimmte Geburtshilfe einzusetzen.

Deutlich wurde auch, dass es selten an der Motivation der Fachkräfte mangelt, sondern häufig strukturelle Rahmenbedingungen, wie Hierarchien und Arbeitsbedingungen, ein Hindernis darstellen, um eine selbstbestimmte Geburt zu ermöglichen. Wie sich Geburtshilfe in einem großen Krankenhaus organisieren lässt, zeigte das Best-Practice-Beispiel, das Kerstin Stehr-Archuth aus Hamburg vorstellte. Deutlich wurde hier insbesondere, dass die Einrichtung von Sprechstunden, die Beachtung von Gruppen mit besonderen Bedarfen und institutionalisierte Selbst- und Teamreflexionen einen echten Beitrag leisten können, um Wünsche der Gebärenden zu kennen und umzusetzen, die unterschiedlichen Bedarfe abzudecken und eigenes Verhalten zu reflektieren.

Die Sichtbarmachung von Strukturen, die eine selbstbestimmte Geburt behindern, kann einerseits alle beteiligten Personen entlasten, andererseits aber auch deut-

lich machen, wo die Probleme liegen, und dadurch den Einzelnen Handlungsräume eröffnen. Wichtig ist dafür auch, ein Umfeld zu schaffen, das von gegenseitigem Vertrauen geprägt ist und in dem gemeinschaftliches Handeln – eine Schlüsselkomponente, um Veränderungen zu bewirken – überhaupt erst möglich wird.

Wir möchten alle Teilnehmenden und Interessierten ermutigen, sich aktiv einzubringen und interprofessionell Netzwerke zu bilden, um gemeinsam für reproduktive Gerechtigkeit und vielfältige Bedürfnisse in der Geburtshilfe einzutreten. Der Austausch und die Reflexion mit anderen Personen sind zentral, um langfristig auf eigene sowie gemeinsame Ressourcen zurückgreifen zu können und positive Veränderungen zu bewirken.

Die Förderung unseres Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ durch das Bundesfamilienministerium zeigt, dass die im Webinar geführte Diskussion auch auf politischer Ebene von Interesse ist. Der pro familia Bundesverband wird sich dafür einsetzen, die Projekterkenntnisse innerhalb seines Handlungsspielraums durch Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit auch auf politischer Ebene bekannt zu machen, um damit dazu beizutragen, die Schwangerenversorgung sowie Geburtshilfe langfristig gerecht, diskriminierungssensibel und inklusiv zu gestalten.

Nach diesem Projektauftritt schauen wir mit großer Vorfreude auf die kommenden Veranstaltungen. Bis Ende 2024 sind drei weitere Webinare sowie eine jeweils fünf-tägige Winter und eine Summer School geplant. Diese Veranstaltungen sollen eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema und weitere Schwerpunktsetzungen ermöglichen. Wir erwarten, dass sich dadurch die bereits aufgezeigten Herausforderungen weiter konkretisieren und noch präzisere Lösungsansätze finden lassen, die für Fachkräfte aus der Geburtshilfe als konkretes Handwerkszeug in die Arbeitspraxis einfließen können. Dabei sollen vor allem auch die Bedarfe von minorisierten und marginalisierten Personen in den Fokus gerückt werden, um eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung mit dem Ziel reproduktiver Gerechtigkeit zu realisieren.



## Literatur

Clinical Guideline CG190, 2007 erstmals veröffentlicht und 2014, 2017 und 2023 überarbeitet, aktuelle Version: Nice-Guideline NG 235. Online unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235> (Zugriff: September 2023).

Tina Jung (2023): Gewalt in der Geburtshilfe als Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen. Begriff, Konzept und Verständnisweisen. In: Eva Labouvie (Hrsg.): *Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart*. Bielefeld: transcript, S. 273–296. Online unter: <https://www.transcript-verlag.de/978-3-8376-6495-9/geschlecht-gewalt-und-gesellschaft/> (Zugriff: September 2023).

Martina Kruse, Katharina Hartmann (Hrsg.) (i. E.): *Handbuch gewaltfreie Geburt*. Stuttgart: Schattauer (erscheint 2024).

Parlamentarische Versammlung des Europarats (2019): *Obstetrical and gynaecological violence, Resolution 2306*. Online unter: <https://pace.coe.int/en/files/28236/html> (Zugriff: September 2023).

pro familia: Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“. Online unter: <https://www.profamilia.de/projekt-geburtshilfe> und auf Instagram unter: [https://www.instagram.com/geburtshilfe\\_profamilia/?igshid=ZDdkNTZiNTM%3D](https://www.instagram.com/geburtshilfe_profamilia/?igshid=ZDdkNTZiNTM%3D) (Zugriff: September 2023).

República Bolivariana de Venezuela: *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Mp 38.668, 2007. Online unter: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf> (Zugriff: September 2023).

S3-Leitlinie *Die vaginale Geburt am Termin*; erstellt unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., formal geprüft durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), AWMF-Registernummer 015-083, Version 1.0, Stand: 22. Dezember 2022, gültig bis: 21. Dezember 2025. Online unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083> (Zugriff: September 2023).

[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)