

Erklärung von DHV und HVN zu Gewalt in der Geburtshilfe

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat schon in ihrer Erklärung 2015 festgestellt, dass jede Frau das Recht auf den bestmöglichen Gesundheitsstandard hat¹. Darin inkludiert ist das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt sowie das Recht, frei von Gewalt und Diskriminierung zu leben. Die WHO gibt in ihrer Definition zur geburtshilflichen Gewalt jeglichen Missbrauch, jede Respektlosigkeit und jede Misshandlung während der Geburt durch medizinisches Personal an, die zu einer Verletzung der Würde der Frau führt. Dies kann durch körperlichen Missbrauch, Demütigung durch verbale Beschimpfungen, mangelnde Vertraulichkeit, unnötige Schmerzen und vermeidbare Komplikationen erfolgen². Dazu zählen auch aufgezwungene oder ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommene medizinische Eingriffe, Missachtung der Schweigepflicht, grobe Verletzung der Intimsphäre und Vernachlässigung unter der Geburt. Einem erhöhten Risiko von geschlechtsbezogener Gewalt sind Frauen ausgesetzt, die mit einem niedrigen sozialwirtschaftlichen Status leben, die einer ethnischen Minderheit angehören, die einen Migrationshintergrund haben oder mit HIV infizierte Frauen. Dies kann sowohl für die Mutter als auch für den Säugling unmittelbar negative Folgen haben, welche vorübergehend, langanhaltend, chronisch oder tödlich sein können³.

Eine Studie zur Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie in der EU betrachtet die Verbreitung, die derzeitige Wahrnehmung des Problems, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die pädagogischen Leitlinien zur Prävention und Beseitigung⁴. Es gibt keinen Konsens über die Definition von geburtshilflicher Gewalt. Bisher wird in keinem EU-Mitgliedstaat geburtshilfliche Gewalt als Verletzung der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsrechte von Frauen anerkannt. Sie verfügen jedoch alle über gesetzliche Bestimmungen zu den Patient:innenrechten, zur Nichtdiskriminierung und zu geschlechtsbezogener Gewalt. Die Autor:innen haben die Herausforderung der Definition der geburtshilflichen und gynäkologischen Gewalt detailliert dargelegt. Sie weisen darauf hin, dass diese Gewalttaten nicht unbedingt vorsätzlich erfolgen, sondern mitunter das Produkt struktureller Probleme der Gesundheitssysteme sind. Gesehen wird, dass die Folgen geburtshilflicher und gynäkologischer Gewalt die körperliche, geistige und soziale Gesundheit von Frauen stark beeinträchtigen können. Zahlreiche Studien haben die physischen und psychischen Belastungen aufgezeigt, denen perinatale Pflegekräfte in ganz Europa aufgrund unzureichender Ausbildung, Unterfinanzierung und fehlender Ressourcen ausgesetzt sind.

In Deutschland ist 2017 ein gesundheitsbezogenes Strategiepapier, mit einem evidenz- und rechthebarten Ansatz entwickelt worden: im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wird die frauenzentrierte Betreuung gefordert⁵. Darin enthalten sind die Wahlmöglichkeit, die

¹ World Health Organization, WHO/RHR/14.23 (2015): Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf, Zugriff am 20.10.2024

² ebd.

³ Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., Rozee, V. (2024): Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies PE 761.478 - April 2024, Zugriff am 01.08.2024

⁴ ebd.

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. Berlin/Köln. Online verfügbar: https://www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/za/perinatalerhebung/Gesamtstatis-tik_Nds_Geburtshilfe_2019.pdf, Zugriff 20.10.2024

informierte Entscheidung, die persönliche Kontrolle, die Mit- und Selbstbestimmung sowie die Kontinuität durch eine oder mehrere bekannte Betreuungspersonen. Die Frau wird als Expertin der eigenen Entscheidungsfähigkeit anerkannt. Ihre sozialen, körperlichen, emotionalen, psychosozialen, spirituellen und kulturellen Bedürfnisse sowie Erwartungen müssen einbezogen werden. In der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ wird die frauenzentrierte Geburtshilfe mit Handlungsempfehlungen hinterlegt⁶. Ein Beispiel dafür ist der Einbezug der Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. So werden bei partizipativen Entscheidungsfindungsprozessen die Auswirkungen auf die Reduzierung von Entscheidungskonflikten und Angst gesehen.

Das Institut für Qualitätssicherung, und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) definiert sechs grundlegende und gleichzeitige Anforderungen für eine gute Gesundheitsversorgung⁷. Inkludiert ist auch die Ausrichtung an den Bedürfnissen und Wünschen der Patient:innen. Danach sollen sich die Versorgungsentscheidungen richten. Information und Kommunikation, die aktive Beteiligung an Entscheidungen und Versorgungsprozessen sind gefordert. Die Gesundheitsprofessionen behandeln mit einem respekt- und würdevollen Umgang die Patient:innen und berücksichtigen deren Diversität. Auch im Patientenrechtegesetz ist verankert, dass die Behandelnden in verständlicher Sprache zu informieren haben, die Patient:in über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufklären sowie die informierte Einwilligung der Patient:in zu geplanten Maßnahmen einzuholen haben⁸. Die Patient:in ist nicht verpflichtet, die empfohlenen Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen wahrzunehmen, sondern kann sie nach Aufklärung auch ablehnen.

In den vergangenen Jahren haben sich zivilrechtliche Organisationen wie Traum(a)Geburt e.V., MotherHood e.V., GreenBirth e.V. und der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) die Aufgabe gestellt, das Thema Gewalt in der Geburtshilfe in das öffentliche Bewusstsein zu bringen. Den Opfern dieser Gewalterfahrung fällt es oft schwer, diese zu benennen und zu verstehen⁹. Beratungsstellen unterstützen sie. Der rechtliche Weg wird selten genutzt, weil beispielsweise der Glaube an die Wirksamkeit dieser Verfahren fehlt oder die Angst besteht, erneut Opfer zu werden¹⁰. Dabei hat die Europäische Parlamentarische Versammlung in ihrer EntschlieÙung Nr. 2306 (2019) ihre Unterstützung für die Istanbul-Konvention bekräftigt¹¹. Diese enthält umfassende Verpflichtungen zur Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt¹². Sie verpflichten sich dem Schutz der Betroffenen und der Bestrafung der Täter:innen.

Als strukturelle Gewalt werden von Initiativen auch Faktoren wie fehlende Raumkapazitäten oder Personalmangel und die daraus resultierende sinkende Qualität der Geburtshilfe wie die fehlende Eins-zu-eins-Betreuung gesehen¹³. Durch Kreißsaalschließungen gibt es keine flächendeckende

⁶ DGGG und DGHWI (2020): Vaginale Geburt am Termin. S3-Leitlinie. AWMF-Register Nr. 015/083. Langfassung. Version 1.0. Online verfügbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>, Zugriff am 22.10.2024

⁷ IQTIG <https://iqtig.org/das-iqtig/rahmenbedingungen/wie-definieren-wir-gute-qualitaet/#:~:text=Eine%20gute%20Gesundheitsversorgung%20zeichnet%20sich,erfolgt%20in%20einer%20koordinierten%20Weise>, Zugriff am 20.10.2024

⁸ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013: Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113009.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0265.pdf%27%5D_1729523900713, Zugriff am 21.10.2024

⁹ Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., Rozee, V. (2024): Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination, Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate-General for Internal Policies PE 761.478 - April 2024, Zugriff am 01.08.2024

¹⁰ Parliamentary Assembly. Obstetrical and gynaecological violence. European Council (2019): https://assembly-coe.int/trans-lategoog/nw/xml/XRef/XRef-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&x_tr_sl=en&x_tr_tl=de&x_tr_hl=de&x_tr_pto=sc

¹¹ ebd.

¹² Council of Europe (2011): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, <https://rm.coe.int/1680462535>, Zugriff 22.10.2024

¹³ Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland, Homepage (2024): <https://www.gerechte-geburt.de/>, Zugriff am 22.10.2024

wohnortnahe geburtshilfliche Versorgung mehr. Durch den Ökonomisierungsdruck im Gesundheitssystem lohnt sich die interventionsfreie Geburtshilfe nicht. Die Finanzierung über Fallpauschalen (DRG) hat sich nicht bewährt. Es bleibt abzuwarten, welche Veränderungen durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz kommen werden.

Der Deutsche Hebammenverband und Hebammenverband Niedersachsen

- setzen sich für die interventionsarme und frauorientierte Geburtshilfe mit der Anerkennung individueller Bedürfnisse und Bedarfe ein. Prinzipien dabei sind u.a. die Eins-zu-eins-Betreuung und die informierte Entscheidung.
- engagieren sich dafür, dass die politisch Verantwortlichen das Gesundheitswesen in seiner Struktur so verändern, dass eine respektvolle geburtshilfliche Versorgung erreicht wird. Dazu bedarf es u.a. einer vollumfänglichen Refinanzierung der Geburtshilfe und eines leitlinienorientierten Personalbemessungsinstrumentes.
- fördern die Fortbildung der Hebammen in der traumasensiblen Begleitung der (werdenden) Mütter und Kinder sowie deren Familien.

Der Deutsche Hebammenverband und Hebammenverband Niedersachsen fordern

- analog des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ die Weiterentwicklung des Konzepts der frauorientierten Betreuung und Ausweitung auf alle an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen sowie die Sicherstellung der Anwendung des Konzepts. Dafür müssen die Berufsgruppen dementsprechend aus-, fort- und weitergebildet werden.
- eine flächendeckende und frauorientierte Versorgung der Familien mit Geburtshilfe. Hierzu sind strukturelle Veränderungen notwendig, wie die Verbesserung der Arbeitsrahmenbedingungen in den Kreißsälen, die verbindliche Einführung der Eins-zu-eins-Betreuung sowie die Einrichtung von Hebammenkreißsälen mit dem Konzept frauorientierte Betreuung und Betreuungsprinzipien wie Kontinuität, partnerschaftliche Betreuung und Einbezug in Entscheidungen.
- die Aufnahme der Zufriedenheit der Gebärenden als Qualitätskriterium der Perinatalerfassung.
- die Verpflichtung des in der Geburtshilfe tätigen Personals zu Nachgesprächen zum Geburtserleben.
- die gesetzliche Definition und Anerkennung von Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie.
- ein niedrigschwelliges Beschwerdesystem für die Opfer von Gewalt in der Geburtshilfe sowie deren Aufarbeitung, auch im Hinblick der Evaluation der Geburtsteams.

Was jede Hebamme beitragen kann

Die weltweite und nationale Befassung mit dem Thema Gewalt in der Geburtshilfe ist unerlässlich, die Verantwortung beginnt jedoch bei jeder einzelnen Hebamme und Gynäkolog:in. Einigen Gesundheitsfachleuten fällt es schwer, sich den Forderungen nach einer besseren Erkennung und Prävention von Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie zu stellen². Abfällige Bemerkungen von Hebammen und die Verwendung des Kristeller-Manövers durch Ärzt:innen wurden als die am häufigsten beobachteten

Formen von Gewalt genannt¹⁴. Bedeutsam ist auch die Kommunikation für das Erleben von traumatischen Geburten¹⁵. Fehlende oder unverständliche Aufklärung, die unter Druck stattfindet, geringschätzig und angstmachende Sprache sind dabei Faktoren.

Jede einzelne Person in den Gesundheitsfachberufen sollte ihre/seine Handlungen und Sprache reflektieren. Wer anerkennt, dass eine gute Kommunikation ein andauernder Prozess ist, der ständiger Aufmerksamkeit, Selbstreflexion und Rückversicherung bedarf, befasst sich kontinuierlich damit. Reed formulierte drei Leitfragen¹⁶:

- Sag/tu ich es für die Frau- oder für mich selbst?
- Welche tiefere Bedeutung vermitteln meine Worte/Taten?
- Dient die Nachricht dazu, die Frau in ihrer Entscheidungsmacht und Expertise zu bestärken?

Es ist die Aufgabe des Fachpersonals, das automatische Machtgefälle zwischen sich und den Schwangeren/Gebärenden gering zu halten, indem beispielsweise darauf geachtet wird, ihnen die Möglichkeit zu geben, sich zu bedecken oder anzukleiden, bevor die Befunde besprochen werden¹⁰. Wenn eine offene Frage wie „darf ich Sie vaginal untersuchen oder möchten sie das lieber nicht?“ mit nein beantwortet wird, so gilt die Leitfrage: Was braucht diese individuelle Frau jetzt?

Folgende Faktoren sind beispielsweise für die gelingende Kommunikation bedeutend¹⁰:

- Genaues Zuhören, spiegeln und rückversichern
- Wertfreiheit und Wohlwollen
- klare und verständliche Formulierungen
- Raum für Reaktion schaffen
- Möglichkeiten ansprechen und eröffnen
- W-Fragen statt Ja/Nein-Fragen
- die Fünf-zu-eins-Formel (für jede kritische oder negative Interaktion gibt es fünf konstruktive und positive)
- authentisch bleiben
- eigene Entscheidungen wachsen lassen
- Körpersprache (Gestik, Mimik und Körperhaltung) und Blickkontakt
- Erklärung der Abwesenheit und des Kurzangebundenseins bei hohem Arbeitsaufkommen
- Die Entscheidung des Gegenübers akzeptieren

Fehler zu machen, ist menschlich. Sie aber nicht zu korrigieren, verursacht größeres Leid der Betroffenen. Es gilt die Perspektive einzunehmen, dass die betroffene Person entscheidet, was sie als Gewalt empfindet, denn die Grenzen werden individuell wahrgenommen¹⁰. Nach eingehender Reflexion könnte der nächste Schritt darin bestehen, im Team über die eigene Kommunikation zu sprechen und bei Bedarf erfolgreiche Kommunikationsansätze zu implementieren.

¹⁴ Schoene, B., Oblasser, C., Stoll, K., Gross, M. M. (2023): Midwifery students witnessing violence during labour and birth and their attitudes towards supporting normal labour: A cross-sectional survey, *Midwifery*, Volume 119, 103626, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103626>.

¹⁵ Hartmann, K., Kruse, M. (2022): *Gewalt in der Geburtshilfe*, Elwin Staude Verlag, ISBN 978-3-87777-137-2

¹⁶ Reed, R. (2021): *Childbirth as a Rite of Passage: Weaving ancient wisdom with modern knowledge*, Yandina: Publisher Word Witch

**Deutscher
Hebammenverband e. V.
Lietzenburger Straße 53**

10719 Berlin

T.+49 (0) 30 3940 677 0

info@hebammenverband.de
hebammenverband.de

Der **Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV)** ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebamenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

**Hebammenverband
Niedersachsen e.V.**

Tel.: +49 175 49 02 316

vorsitzende-1@hebammen-
niedersachsen.de

hebammen-niedersachsen.de

Der **Hebammenverband Niedersachsen e.V. (HVN)** ist ein Berufsverband für Hebammen. Er hat die Aufgabe unter Wahrung der parteipolitischen und konfessionellen Neutralität die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen aller angeschlossenen Hebammen wahrzunehmen und zu fördern. Der Hebammenverband Niedersachsen e.V. hat zur Zeit circa 2.200 Mitglieder. Der Hebammenverband Niedersachsen e.V. ist Mitglied im Deutschen Hebammenverband e. V.