



# Arbeitskreis Frauengesundheit

in Medizin, Psychotherapie  
und Gesellschaft e.V.

*unabhängig - überparteilich*

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

## Bericht zu den Expertinnengutachten „Information der Öffentlichkeit zu Gewalt in der Geburtshilfe, unter besonderer Beachtung der Bedarfe von Migrantinnen und Flüchtlingsfrauen“

Erstellt im Auftrag des BMFSFJ von Juliane Beck für  
den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,  
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Berlin,  
unter Mitwirkung von Andrea Ramsell

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>Wie kann zum Thema informiert werden, ohne zu verängstigen?</b>	<b>7</b>
<b>Welche Medien sind zur Vermittlung geeignet?</b>	<b>9</b>
<b>Wie muss die Information aussehen?</b>	<b>13</b>
<b>Welche Zielgruppen müssen erreicht werden?</b>	<b>17</b>
<b>Wo erhalten Frauen nach erlittener Traumatisierung Hilfe?</b>	<b>22</b>
<b>Fortbildungen zur Thematik sind zu implementieren</b>	<b>25</b>
<b>Welche Player können zur Mitwirkung gewonnen werden, um die geplanten Informationen zu vermitteln?</b>	<b>27</b>
<b>Können Fachkräfte die Information mittragen?</b>	<b>28</b>
<b>Empfehlungen des AKF e.V.</b>	<b>30</b>
<b>Fazit des AKF e.V.</b>	<b>39</b>

## Einleitung

Mit diesem Bericht stellt der AKF e.V. die Ergebnisse der Befragung von acht Expertinnen<sup>1</sup> zu der Frage „Gewalt unter der Geburt – wie werden Betroffene und die Öffentlichkeit dazu sinnvoll informiert?“ vor. Hierzu wurde er vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) am 18.10.21 beauftragt.

Der erste Teil dieses Berichts fasst die Ergebnisse der acht Kurzgutachten themenspezifisch und ohne Wertung des AKF zusammen. Davon getrennt formuliert der AKF im zweiten Teil seine Empfehlungen auf der Basis der von den Gutachterinnen vorgelegten Ergebnisse.

Für den Terminus „Gewalt unter der Geburt“ gibt es im deutschsprachigen Raum keine einheitliche Definition. Dies wurde in der Auswertung der Expertinnen-Gutachten deutlich. Der AKF übernimmt die Definition der WHO von 2015<sup>2</sup>:

*Gewalt in der Geburtshilfe ist gemäß der WHO eine „körperliche Misshandlung, tiefe Demütigung und verbale Beleidigung, aufgezwungene oder ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommene medizinische Eingriffe (darin eingeschlossen die Sterilisation), Missachtung der Schweigepflicht, Nichteinhaltung der Einholung einer vollumfänglich informierten Einverständniserklärung, Verweigerung der Schmerzbehandlung, grobe Verletzung der Intimsphäre, Verweigerung der Aufnahme in medizinische Einrichtungen, [sowie] Vernachlässigung von Frauen unter der Geburt, was bei diesen zu lebensbedrohlichen, vermeidbaren Komplikationen geführt hat“.*

Schätzungen über die Anzahl der Frauen<sup>3</sup>, die sich im Laufe der Geburt von ihren Geburtshelfenden verletzt oder gar traumatisiert fühlen, variieren zwischen 10 und 50 % der Mütter in Deutschland, abhängig von der zugrundeliegenden Definition von Gewalt. Bei fast 800.000 Geburten pro Jahr

---

<sup>1</sup> Anfragen an Experten waren leider erfolglos. Deshalb verwenden wir ausschließlich die weibliche Bezeichnung.

<sup>2</sup>Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. WHO,2015.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_ger.pdf?sequence=22](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?sequence=22)

<sup>3</sup> Auch andere Menschen, die gebären, können von Gewalt betroffen sein, - möglicherweise eher noch häufiger -Der AKF spricht in diesem Bericht im Wechsel von Frauen und von Gebärenden. Der AKF fasst Gewalt unter der Geburt als eine Form der frauenspezifischen Gewalt auf. Mit der Bezeichnung „Gebärende“ schließt er auch Menschen mit Uterus ein, die sich nicht als Frau identifizieren.

(in 2020 waren es 773.100 Geburten<sup>4</sup>) sind also jährlich circa 80.000- 400.000 Frauen von einer Form der körperlichen oder seelischen Gewalt betroffen. Gewalt unter der Geburt ist ein weit verbreitetes Phänomen. Ein Indiz dafür, welche Relevanz das Thema hat, ist auch seine Präsenz im Internet: YouTube-Videos mit dem Titel „Gewalt unter der Geburt“ verzeichnen in den letzten 1 bis 2 Jahren teilweise 50.000 bis 300.000 Zugriffe.

## Internationale Definition und Empfehlungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 2015 einen Bericht zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlungen in geburtshilflichen Einrichtungen“ veröffentlicht und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet.<sup>5</sup>

Die WHO unterscheidet somit drei Formen von Gewalt in der Geburtshilfe:

- individuelle Gewalt, die physisch und psychisch ausgeübt wird,
- strukturelle Gewalt und
- Gewalt, die durch Richtlinien und Gesetze ausgelöst wird (WHO 2015).

Laut der WHO kommt offiziellen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens im Bereich der Informationsvermittlung, „in der Forschung und bei Maßnahmen gegen Geringschätzung und Misshandlung“ (WHO, 2015, Maßnahme 1) eine entscheidende Rolle zu. Entsprechende Empfehlungen der WHO wurden in Brasilien, England oder Frankreich teilweise umgesetzt: Dort wurden beispielsweise umfassende qualitative und quantitative Erhebungen durchgeführt. Die gewonnene Evidenz wurde für verschiedene Maßnahmen genutzt, um die Öffentlichkeit, Schwangere und Wöchnerinnen über das Thema zu informieren und zu sensibilisieren. Durch die partizipative Einbeziehung aller Beteiligten konnten gewaltfördernde Faktoren identifiziert und Maßnahmen erarbeitet werden. Die WHO empfiehlt in Maßnahme 5, Daten zu „wertschätzenden und geringschätzenden Versorgungspraktiken“ zu sammeln und niederschwellige Beschwerdesysteme aufzubauen.<sup>6</sup> Diese Handlungsempfehlung ist auch im deutschen Gesundheitssystem umzusetzen, um die Inzidenz von Gewalt zu erfassen und um geeignete und ungeeignete Versorgungspraktiken zu identifizieren.

---

<sup>4</sup> [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html), abgerufen am 23.4.22

<sup>5</sup> Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. WHO, 2015.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_ger.pdf?sequence=22](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?sequence=22)

<sup>6</sup> Nicole Schmidt und Nadine Seifert, im Folgenden Schm/Sei, S. 15

Die Frage, ob in der Öffentlichkeit zu Gewalt unter der Geburt informiert werden sollte, wird nicht von allen befragten Expertinnen eindeutig positiv beantwortet. Die Mehrzahl der Expertinnen, insbesondere die Vertreterinnen von Eltern und Betroffenen, befürworten eine breit angelegte Informations- und Aufklärungskampagne. Einige Expertinnen befürchten eine Erhöhung der ohnehin schon von vielen Frauen erlebten Geburtsangst und eine noch weiter zunehmende Pathologisierung der Geburtserfahrung.<sup>7</sup> Wichtig ist, die Information so zu gestalten, dass die Gebärende bei klarer, sachlicher Aufklärung gleichwohl Vertrauen in die behandelnden Ärzt:innen und Hebammen der einmal gewählten geburtshilflichen Einrichtung entwickeln kann, denn dies ist elementar für einen guten Geburtsverlauf. Es wird empfohlen, die Informationen zu möglichen Traumatisierungen eng in ein spezifisches, gut vernetztes Versorgungssystem einzubinden.<sup>8</sup> Ein solches Hilfesystem muss in Deutschland erst aufgebaut werden.

Einige Betroffenenvertreterinnen empfehlen, den Begriff „Gewalt“ zu meiden und Gewalterfahrung nicht mit Traumatisierung gleichzusetzen. Mit dem Begriff „Trauma“ beziehungsweise „Geburtstrauma“ sei sparsam umzugehen. Stattdessen eigne sich eine Aufzählung wie „belastende, gewaltvolle oder traumatisierende Geburt“.<sup>9</sup> Die WHO verwendet die Bezeichnung „respektlose und missbräuchliche Behandlung“.

In den Expertisen wird eine Vielzahl von Beispielen guter Praxis zusammengetragen, die für eine dringend erforderliche, breit angelegte Kampagne, getragen möglichst von mehreren Ministerien nach dem Vorbild der Nationalen Stillstrategie, handlungsleitend sein kann. Es wird ein partizipativer Prozess mit allen Beteiligten zur Entwicklung von Maßnahmen auf den drei Ebenen angemahnt:

Gesellschaft

Gesundheitssystem

Schwangere und Wöchnerinnen, einschließlich ihrer Partner: innen.

Daraus entstehende Informationen müssen mithilfe von Medienspezialist:innen zielgruppenspezifisch gestaltet werden.

---

<sup>7</sup> Stefanie Schmid-Altringer, i.d.F. SSA

<sup>8</sup> Julia Schellong, i.d.F. JS, S. 7

<sup>9</sup> Mother Hood e.V. i.d.F. MH, S. 6

## Die Gutachterinnen

Zur Erstellung der Gutachten zur Thematik erklärten sich trotz der knappen Zeit für die Fertigstellung acht Gutachterinnen bereit. Zusammengenommen haben die eingegangenen Gutachten eine Länge von 119 Seiten. Es handelt sich um folgende Expertinnen, deren Namen wir in den Fußnoten mit ihren Kürzeln angeben:

Mother Hood e.V. (MH), Autorinnen: Katharina Desery, Dr. Katharina Hartmann, Sonia Sampaolo, Mascha Grieschat und Sabrina Capper:  
Expertinnen Einschätzung zu „Informationsmaterialien zum Thema Gewalt unter der Geburt“

Prof. Dr. Ute Lange (UL), , Angela Rocholl (UL/AR): Expertise zu Konzepten bezüglich der Erreichbarkeit der Zielgruppe der Frauen mit Bildungsferne

Prof. Dr. Claudia Limmer (CL): Information zu Gewalt in der Geburtshilfe im Rahmen der Geburtsvorbereitung durch Hebammen

Dr. med. Julia Schellong (JS): Expertise aus Sicht einer Psychotherapeutin und Psychotraumatologin

Dr. med. Stefanie Schmid-Altringer (SSA): Expertise aus Sicht einer Medizjournalistin und Projektorganisatorin „Erzählcafés“

Prof. Dr. Nicole Schmidt und Nadine Seifert (Schm/Sei): Expertise zu öffentlich zugänglichen internationalen Forschungsergebnissen

MPH Sybill Schulz (Schu): Expertise zu Informationen für die Zielgruppe der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationserfahrung

Dipl. Psych. Claudia Watzel (CW): Qualitative Interviews mit fünf Betroffenen von Gewalterfahrungen unter der Geburt zur Frage der Information der Öffentlichkeit.

Die Fußnoten im Bericht verweisen auf die Gutachten, nach erstmaliger Nennung der Autorinnen nur auf ihre Initialen. Der Bericht enthält keine weiteren Literaturhinweise und Quellen, denn diese sind ausführlich in den Gutachten aufgeführt. Häufig vertreten mehrere Autorinnen gleichartige Thesen, sodass die Autorinnenschaft nicht eindeutig aufgeführt wird.

## Wie kann zum Thema „Gewalt in der Geburtshilfe“ informiert werden, ohne zu verängstigen?

Geburt ist zumindest für die meisten Erstgebärenden keine Lebenserfahrung, die sie in ihrem Umfeld miterleben und selbst in ihrer physischen und psychischen Bedeutung beurteilen können. Sich aufgrund von schriftlichen Informationen dieses außergewöhnliche, nicht selten überwältigende Ereignis vorzustellen und seine Intensität und Tragweite zu ermessen, ist schwer. Von Geburtshelfern und -helferinnen erwarten Schwangere und ihre Partner:innen, dass sie respektvoll und gewaltfrei behandeln

Eine Studie aus der Schweiz zur Sexualaufklärung kam zu dem Schluss, dass die zukünftige Generation Eltern „overnewsed“ und zugleich „underinformed“ sei. Die Gefahr sei daher, mit Informationen zu Gewalt unter der Geburt Urängste zu füttern, anstatt zu beruhigen und ganz praktische Gesundheitskompetenzen zu vermitteln.<sup>10</sup>

Die Expertinnen fordern eine offene und ehrliche Sprache, die die Frau in den Mittelpunkt stellt und sie als handelnde Person sichtbar macht. Gewalt soll nicht verharmlost oder relativiert werden. Es soll klar definiert und formuliert werden, dass es Gewalt durch Fachpersonal gibt und dass diese Traumata verursachen kann. Gewalt in der Geburtshilfe sei zu sehen als eine „spezifische Form von Gewalt gegen Frauen“.<sup>11</sup>

Es wird Aufklärungsmaterial für Schwangere empfohlen, das folgende Punkte enthält:

- Was ist eine physiologische Geburt? (Ziel: Stärkung des Vertrauens in die Gebärfähigkeit)
- Wissen über Interventionskaskaden)
- Welche Rechte habe ich? (Ziel: frühzeitiges Erkennen, wenn diese nicht gewahrt werden)
- Wie kann ich diese Rechte umsetzen? (Ziel: Handlungsstrategien entwickeln / Nein sagen)
- Was tue ich, wenn ich Gewalt erlebt habe? (Ziel: Erkennen von Gewalt und Hilfe finden)

Die Rechte von Gebärenden beinhalten das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Information, das Recht auf medizinische Behandlung, aber auch das Recht, eine medizinische Behandlung abzulehnen.

---

<sup>10</sup> SSA, S. 7

<sup>11</sup> MH, S. 5

Schwangere müssen wissen, dass kein körperlicher Eingriff ohne Einwilligung erfolgen darf – eine der häufigsten Manifestationen geburtshilflicher Gewalt. Weitere Rechte sind der Schutz der Privatsphäre, ein respektvoller Umgang, auch mit dem Neugeborenen, sowie das Recht auf Gleichbehandlung.<sup>12</sup>

Das Aufklärungsmaterial soll neutral informieren. Es soll sich von derzeit oft in den Medien zu findenden reißerischen Darstellungen abheben und nicht polarisieren. Schuldzuschreibungen oder moderne Stereotypen wie „böse“ Ärzt:innen und „gute“ Hebammen sind zu vermeiden.<sup>13</sup>

Die Information sollte keine „Imperative“ enthalten, sondern den Betroffenen im Dialog auf Augenhöhe begegnen, und Raum für eigene, kreative Lösungen eröffnen.<sup>14</sup> Direkte Zitate Betroffener können als Aufhänger und zur Verdeutlichung dienen.

Einer kindlich-passiven Erwartungshaltung an das Medizinsystem sollte entgegengewirkt werden. Sie ist ein begünstigender Faktor für grenzüberschreitende Erfahrungen. In der Öffentlichkeit ist diese Erwartungshaltung an das Medizinsystem stark vertreten. Das „Mindset Geburt“ muss sich jedoch hin zum Verständnis eines aktiven, im weiblichen Körper angelegten kreativen Prozesses ändern.<sup>15</sup>

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass auch die medizinisch erforderlichen Aufklärungsbögen in der Geburtshilfe nicht annähernd den oben genannten sprachlichen Anforderungen genügen, schon gar nicht für Gebärende ohne ausreichende Deutschkenntnisse. Damit ist eine informierte Entscheidung, wie sie die Gesetzeslage für Eingriffe in die Körperintegrität fordert, nur selten gegeben. Auch der Mutterpass entspricht diesen Anforderungen nicht, obwohl er ein Dokument für die Schwangere sein sollte, das sie stets bei sich tragen sollte.

Die Aussagen Betroffener verdeutlichen, worum es bei der Information geht. Sie betonen, dass Wissen sie hätte schützen können. „Nichts, was man mir vorher hätte sagen können, wäre so schlimm gewesen wie die Realität.“ Sie seien zu naiv in die Geburt gegangen. Insbesondere Erstgebärende bekämen kein realistisches Bild in den Geburtsvorbereitungskursen oder bei den Informationsabenden der Kliniken davon vermittelt, wie eine Klinikgeburt

---

<sup>12</sup> CL, S. 3

<sup>13</sup> SSA, S. 6

<sup>14</sup> SSA, S. 17

<sup>15</sup> SSA, S. 6

aussieht.<sup>16</sup> Es wird auf die Öffentlichkeitskampagnen zu Gewalt gegen Frauen verwiesen. Durch diese sei das Thema aus der Tabuzone und Frauen aus ihrer Vereinzelung und der mit dem Erlebten verbundenen Scham geholt worden.<sup>17</sup> Gleiches gelte auch bei Gewalt unter der Geburt. Die Verantwortung werde dann nicht mehr bei sich selbst gesehen. Strukturelle Ursachen und Qualitätsmängel im Gesundheitssystem können benannt werden. Ihnen kann mit angemessenen Angeboten begegnet werden.

## Welche Medien sind im Rahmen einer nationalen Kampagne erforderlich?

### Printmedien, Online-Portale, Apps

Die Nutzung mehrerer Medienkanäle im Rahmen einer Kampagne wird am häufigsten vorgeschlagen. Wenn das nicht möglich sein sollte, wird Flyern und Plakaten der Vorrang vor Social Media gegeben. Printmedien können über QR-Codes auf ergänzende Online-Angebote verweisen. Auch sollten Flyer gemeinsam mit dem Mutterpass ausgegeben werden. Die Mutterpasshülle sollte mit einem kurzen Statement bedruckt sein, das auf die Rechte der Schwangeren hinweist.<sup>18</sup>

Kliniken sollten wie in Frankreich dazu verpflichtet werden, Informationen zu Gewalt unter der Geburt auf ihre Klinikseite zu setzen. Auch niedergelassene Ärzt:innen könnten dazu aufgerufen werden, sowohl auf ihren Websites als auch in ihren Wartezimmern Flyer und Plakate zu verbreiten. Familien- und Stilltreffs, PEKIP- und Krabbelgruppen sind wegen der niedrigschwelligeren Verfügbarkeit innerhalb der Peergroup wichtige Multiplikator:innen.<sup>19</sup>

Die Informationsmaterialien sowie eine etwaige Erweiterung des Angebotes des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen um geburtshilfliche Gewalt u. a. m. können über Publikumsmedien bekannt gemacht werden. Dazu gehören Tages- und Wochenzeitungen, aber auch Elternzeitschriften, Erziehung & Familie, KidsGo, Krankenkassenmedien und Apotheken-Umschau. Dabei sollte vorab kritisch geprüft werden, ob der Ansatz des angesprochenen Mediums unsensibel, sensationsfokussiert, auf Pathologien ausgerichtet und/oder wenig frauenzentriert ist.<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> Claudia Watzel, i.d.F. CW, S. 3

<sup>17</sup> CW, S. 7

<sup>18</sup> CW, S. 9

<sup>19</sup> MH, S. 5

<sup>20</sup> MH, S. 7

Angebote von Interviews mit Fachfrauen sollten die Pressearbeit ergänzen. Empfohlen wird hierfür ein unterstützendes Datenblatt mit allen relevanten Daten und Zahlen zum Thema.<sup>21</sup>

Anzeigen in Tages- und Wochenzeitungen, aber auch Elternzeitschriften oder beispielsweise der Apotheken-Umschau, verbunden mit der Botschaft „Nein gilt auch unter der Geburt“ oder „Dein Nein gilt auch unter der Geburt“ werden als hilfreich eingeschätzt.<sup>22</sup>

Fachmedien der Multiplikator:innen (Hebammen, Gynäkologie und Geburtshilfe, Therapeut:innen, Schwangerenberatung, Rechtswesen u. a.) müssen ebenfalls adressiert werden.

Online-Informationsportale, -Foren und Apps für Schwangere und Mütter sollten um das Thema ergänzt werden, z. B.:

- Angebote der Krankenkassen
- Mütter- und Schwangerschaftsforen
- kommerzielle Apps (wie Keleya)<sup>23</sup>
- Internetseiten, die über die Rechte der Schwangeren (wie Mutterschutz) informieren
- die Infoseiten zur Schwangerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- die offiziellen Seiten, die über Gewalt gegen Frauen informieren.

Informationsmaterialien sollten so konfiguriert sein, dass sie über zentrale Seiten (gesund.bund.de, Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), BZgA) angeboten werden und über die Krankenkassen verfügbar sind.<sup>24</sup>

## Social Media

Social Media waren von Anfang an der Ort, an dem sich Betroffene vernetzt haben. Betroffene verwenden in Social Media die Hashtags #RosesRevolution oder #RosRev, #metooinchildbirth, #schweigenbrechen (als Zeichen dafür, dass es sich bei Gewalt unter der Geburt um geschlechtsspezifische Gewalt handelt). Vorgeschlagen wird auch #neingiltauchunterdergeburt.

---

<sup>21</sup> MH, S. 8

<sup>22</sup> CW, S. 9

<sup>23</sup> <https://www.keleya.de> (download 23.5.22)

<sup>24</sup> JS, S. 10

In Social Media werden die meisten Frauen nach Informationen suchen, wobei Facebook bei den jüngeren Frauen nicht mehr die wichtigste Rolle spielt. Facebook sollte fokussiert für die Verbreitung der Informationsmaterialien durch Multiplikator:innen genutzt werden. Darin könnten für ein zuvor definiertes Netzwerk Grafik-Vorlagen zur Verbreitung der Informationen eingestellt werden, damit sie von verschiedenen Akteur:innen zu nutzen sind.<sup>25</sup>

Grundsätzlich wird auf den hohen Personalaufwand in der Betreuung von Social Media, auch wegen der zuweilen konflikthaften Diskussionskultur hingewiesen. Triggerwarnungen bei Themen, die Traumata betreffen, sind inzwischen verbreitet.

Spots (in Fernsehen, Funk oder Kino oder auf Social Media) zu Unterstützungsangeboten, wie es sie für das Hilfefon „Gewalt gegen Frauen“ gibt, können eine hohe Aufmerksamkeit für das Thema generieren und wären auch zum Thema Gewalt unter der Geburt wichtig.

Als Media werden Instagram, Facebook und Twitter genannt. Es wird vorgeschlagen, zielgruppenspezifisch (sehr junge Gebärende, für Menschen mit verschiedenen ethnischen Hintergründen) Informationen über YouTube zu verbreiten, auch mit Musik und Gesang.<sup>26</sup>

Influenzer:innen und Blogger:innen müssen unbedingt einbezogen werden.

Podcasts in Form von Interviews sollten getrennt für Frauen vor und nach der Geburt produziert werden.

## Informationen für Fachkräfte

Empfohlen werden Hinweise für die Professionen zu Informed Consent und zu der Möglichkeit, Interventionen abzulehnen.<sup>27</sup> Die Entwicklung papierloser Tools mit Einbindung in die Praxissoftware<sup>28</sup> und Hinweise auf niedrigschwellige Zugangswege wie Hilfefonien, Infoportale werden vorgeschlagen.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> MH, S. 8

<sup>26</sup> SCHU, S. 31

<sup>27</sup> CW, S. 3

<sup>28</sup> JS, S.10

<sup>29</sup> JS, S. 10

## Best Practice

### a. Informationen

- Informationen zu Rechten unter der Geburt der Initiative „White Ribbon Alliance“, die die Charta zum respektvollen Umgang in der Geburtshilfe mehrsprachig herausgibt<sup>30</sup>
- Leitfäden, Dokumentationsbögen müssen zugänglich sein,<sup>31</sup> zum Beispiel die S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“
- Flyer des Vereins Traum(a)Geburt e. V.<sup>32</sup>
- Flyer für Väter zur Geburtsvorbereitung „Respekt Mann, du wirst Vater“ (mit der Einschränkung, dass eine Bewertung und Einschätzung notwendiger Interventionen, aber schlechter Kommunikation und tatsächlicher Gewalt selbst für Fachpersonal unvorbereitet nicht leistbar ist)<sup>33</sup>
- Broschüre des BFF zu Stalking<sup>34</sup> als Vorbild
- Die außerklinische Geburtshilfe wird aufgrund der Erfahrungsberichte von Eltern als Vorreiter und Best-Practice-Modell für eine Versorgung bezeichnet, die Autonomie und sichere Behandlung verbindet.<sup>35</sup>
- Leitfaden des britischen National Health Service (NHS), um Dienstleister:innen für das Thema zu sensibilisieren und fortzubilden<sup>36</sup>

---

<sup>30</sup> SCHM/SEI, S. 4

<sup>31</sup> JS, S. 10

<sup>32</sup> CW, S. 8

<sup>33</sup> SSA, S. 9

<sup>34</sup> [Was tun bei Stalking? Information und Hilfe - bff Frauen gegen Gewalt e.V. \(frauen-gegen-gewalt.de\)](http://www.frauen-gegen-gewalt.de)

<sup>35</sup> SSA, S. 8

<sup>36</sup> SCHM/SEI, S. 7

## b. Präventive und aufarbeitende Projekte

- Kanadisches „Obstetric Justice Project“<sup>37</sup>
- EU- Projekt Birth Cultures,<sup>38</sup> Erzählcafés für Betroffene und ihre Angehörigen wie auch für Hebammen, in Präsenz wie online, Welcome-Erzählcafés für geflüchtete Frauen<sup>39</sup> als Teil eines niedrigschwelligen bis hochspezialisierten Netzwerks
- Die interaktive Ausstellung „Sense of Birth“, Brasilien, kombiniert digitale Kunst, Theater Techniken und Medien (Video, Fotografie, Bühnenbilder, Schrifttafeln), um den Besucher:innen verschiedene Eindrücke zu vermitteln, während sie die Intervention durchlaufen.<sup>40</sup>

## Eine nationale Kampagne ist erforderlich

Alle genannten Informationen zum Thema, einschließlich einer qualifizierten Information im Rahmen der Geburtsvorbereitung (siehe weiter unten) werden für eine nationale Kampagne vorgeschlagen, die sich auch an Professionen rund um die Geburt richtet.

## Wie muss die Information aussehen?

Ziel der Information sollte es sein, das Vertrauen der Gebärenden in ihren Körper und dessen inhärente Fähigkeit des Gebärens zu stärken. Gleichzeitig sollte für potenzielle Störungen von außen sensibilisiert werden. Informationen zu Gewalt unter der Geburt sind inzwischen über YouTube und Zeitschriften weit verbreitet und erzeugen oft Angst. Nur wenn sie in allgemeinen Informationen zur Geburt offen aufgegriffen werden und der Umgang mit ihnen erläutert wird, können Betroffene eine Vorstellung dazu entwickeln, wie sie selbst dennoch vertrauensvoll in die Geburt gehen können. Zudem ist Aufklärung über Gewalt für die Betroffenen wichtig, weil es sie in die Lage versetzt, Unrecht zu erkennen.<sup>41</sup>

---

<sup>37</sup> <https://obstetricjustice.org>

<sup>38</sup> <https://birthcultures.eu/en/activities>

<sup>39</sup> SSA S. 18

<sup>40</sup> SCHM/SEI S. 8

<sup>41</sup> CW, S. 4

Gefordert ist eine klare, verständliche (am besten einfache oder leichte) Sprache ohne Fachausdrücke und lange Textpassagen. Dies ist gerade im Hinblick auf bildungsferne Gruppen oder Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund sehr wichtig.<sup>42</sup> Der Sprachstil ist der Zielgruppe anzupassen. Mehrsprachigkeit muss die Regel sein, zumindest über Zusatzverweise auf Internetseiten

Die Frau muss als Subjekt erkennbar sein (sie „hat Gewalt erlebt“, nicht „Gewalt wurde ihr angetan“). Die Information sollte keine psychologischen Bewertungen enthalten und keine Erklärungen zu den Arbeitsbedingungen des Personals. Beides kann die Erfahrung der Frau relativieren und sie mit dem Gefühl zurücklassen, nicht ernstgenommen zu sein. Ggf. verwendete Fotos sollten nicht emotionalisieren (süße Babys) und nicht stigmatisieren (weinende Mutter). Wichtig ist ein neutrales Erscheinungsbild.<sup>43</sup>

Die dazugehörige adäquate Bildgebung drückt Diversität aus. Videos sind möglichst auf eine Länge von etwa einer bis zwei Minuten zu begrenzen. Nicht zielgruppenrelevante Informationen bzw. nicht realistische Handlungsoptionen gehören nicht in die Aufklärungsmedien.<sup>44</sup>

Die Bereitstellung von Informationsmaterialien sollte den vielseitigen Bedarfen der Gebärenden und der sie Versorgenden gerecht werden.

Es werden zwei getrennte Flyer für die Zeit vor und nach der Geburt gefordert.

Kliniken sollten verpflichtet sein, Flyer auszulegen. In Frankreich veröffentlichen Kliniken die Informationen zur Thematik auf ihren Webseiten.<sup>45</sup>

Um wirken zu können, müssen Informationen zu möglichen Traumatisierungen eng in ein spezifisches Versorgungssystem eingebunden werden.<sup>46</sup>

## Informationen im Rahmen der Geburtsvorbereitung durch Hebammen

---

<sup>42</sup> Ute Lange i.d.F. UL, S. 3, Sybil Schulz i.d.F. SCHU, S.14

<sup>43</sup> MH, S. 6

<sup>44</sup> UL, S. 9

<sup>45</sup> SCHM/SEI, S. 6

<sup>46</sup> JS, S. 7

Die Geburtsvorbereitung durch Hebammen ist ein guter Ort, um auf Fragen zu Grenzverletzungen unter der Geburt einzugehen. Dort werden ein normaler Geburtsverlauf und die Kliniksituation erläutert. Geburtshilfliche Interventionen sowie diesbezügliche Entscheidungskriterien sind Thema. Deshalb sollten Informationsmaterialien und Medien hierfür entwickelt werden.

Eine gute Kommunikation mit dem geburtshilflichen Personal wird begünstigt, wenn Gebärende gut informiert sind und klare Vorstellungen sowie Wünsche formulieren können. Starke Evidenz gibt es für den Einfluss von Geburtsvorbereitungskursen auf Angstgefühle vor der Geburt. Neben der Angst vor Schmerz, Kontrollverlust und dem unbekanntem körperlichen Geschehen kann die Angst entstehen, unter der Geburt schlecht behandelt und körperlich oder seelisch verletzt zu werden. In der Geburtsvorbereitung ist es daher wichtig, die vorhandenen Ängste vor Gewalterfahrungen einzubeziehen und umfassend über das Thema zu informieren, ohne dadurch neue Ängste auszulösen, die wiederum das Geburtsgeschehen negativ beeinflussen könnten – eine faktisch nicht zu erfüllende Aufgabe.

Informiert zu sein, stärkt darüber hinaus die Gebärende in ihrem Gefühl von Kontrolle. Wenn die Gebärende und ihr:e Partner:in um Abläufe und mögliche, auch unerwünschte Varianten wissen, kann ihr Autonomiegefühl – ein wichtiger Aspekt für Geburtszufriedenheit – selbst in schwierigen Situationen erhalten bleiben.

Die geburtsvorbereitende Hebamme steht vor einem Dilemma: Geburtsvorbereitung sollte ein positives Bild von Geburt entwerfen, um den natürlichen, autonomen Prozess zu unterstützen. Geburtsvorbereitung zielt grundsätzlich auf Vertrauen in den natürlichen Prozess ab, auf den Abbau von Ängsten, auch auf Vertrauen in das geburtshilfliche Personal. Informationen über gewaltsame geburtshilfliche Praktiken, Routinen und Verhaltensweisen stehen dieser positiven Erwartung konträr gegenüber. Dennoch ist es als „psychische Vorbereitung auf Geburt [...]“ notwendig, auch über dieses Thema zu informieren, da sich eine massive Diskrepanz zwischen Erwartungen an die Geburt und tatsächlichen Geburtserfahrungen ebenfalls traumatisierend auswirken kann. Respektvolle Betreuung muss als Gemeinschaftsaufgabe und Qualitätsmerkmal geburtshilflicher Einrichtungen systematisch gefördert werden.

Folgende Maßnahmen empfiehlt die Gutachterin:

- Schwangere sollten mental darauf vorbereitet werden, dass sie, bedingt durch Personalmangel in den Kreißsälen, möglicherweise nicht mit einer kontinuierlichen Betreuung durch eine Hebamme rechnen können. Daher sollte Geburtsvorbereitung Gebärende möglichst in die Lage versetzen, die Eröffnungsphase der Geburt teilweise selbständig zu bewältigen – durch geeignete Techniken der Wehenverarbeitung und umfassende Informationen über die Geburtsphasen. Eine Begleitperson unter der Geburt ist nachdrücklich zu empfehlen; diese sollte auf ihre unterstützende Rolle vorbereitet werden.
- Schwangere sollten dabei unterstützt werden, Kriterien für die Wahl des für sie geeigneten Geburtsortes zu entwickeln. Neben medizinischen Kriterien könnte dies heißen, dass die Einrichtung Vorgespräche anbietet, in denen Wünsche, Befürchtungen und ein Geburtsplan besprochen werden, dass sie eine Kultur der informierten Einwilligung pflegt und Auskunft über deren Umsetzung geben kann, dass eine freie Wahl der Gebärposition und die Nutzung von Gebärwannen aktiv unterstützt und Nachgespräche im Wochenbett angeboten werden. Schwangeren ist zu raten, bei Kreißaalbesichtigungen und Anmeldegesprächen gezielt nach ihren Kriterien zu fragen. Hinweise auf die Art der Geburtshilfe in einer Einrichtung können auch die Kaiserschnittquote oder die Ausstattung der Kreißsäle für aufrechte Gebärhaltungen geben.

Trotz dieser Empfehlungen könne die geburtsvorbereitende oder schwangerschaftsbegleitende Hebamme das oben beschriebene grundlegende Dilemma nicht auflösen.

Darüber hinaus bedarf es einer Kultur des informierten Einverständnisses als Standard im Kreißaal. Es ist eine vordringliche Aufgabe der Gesundheitspolitik in Zusammenarbeit mit geburtshilflichen Fachverbänden und Einrichtungen, Strategien zu entwickeln, um eine solche Arbeits- und Organisationskultur nachhaltig zu etablieren.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> CL, insgesamt

## Welche Zielgruppen müssen erreicht werden?

### Väter / Partnerinnen / Angehörige

sind eine bisher zu wenig beachtete Zielgruppe für Informationen rund um die Geburt. Damit zum Beispiel die Väter im Kreißaal handlungsfähig werden können, um im Zweifel bei den möglichen Formen von Gewalt einzuschreiten, ist deutlich mehr erforderlich, als über das Problem Gewalt anprangernd und direkt aufzuklären. Erfahrungen mit dem Aktionstag *#Väter, Ihr seid wichtig! (2018)* haben deutlich gemacht, wieviel stärker als bisher angenommen Väter Traumatisierungen durch die Geburt erleben und sich mit den Reaktionen ihrer Partnerinnen darauf überfordert fühlen. Diese Faktoren können Männer traumatisieren oder nachhaltig belasten, sind aber häufig weder dem Fachpersonal noch den Männern selbst bewusst.

Väter sind historisch gesehen „Neulinge“ im Kreißaal, denen geeignete Vorbilder fehlen. Dieses Defizit wird durch die strukturelle Nicht-Integration der Väter im Klinikablauf und die Ohnmacht bei invasiven Interventionen oder einem ungeplanten Kaiserschnitt deutlich verstärkt. Siehe dazu den Flyer für Väter zur Geburtsvorbereitung „Respekt Mann, du wirst Vater“.<sup>48</sup>

Probleme wirken sich laut Interviews mit Väterberatern häufig auch auf die Paarbeziehung, die eigene Gesundheit und die Beziehung zum Kind aus. Es wird auf die männliche Depression im Wochenbett hingewiesen und den kommunizierte(n) Zugang zu Hilfsangeboten. *„Ich habe als Vater nicht stattgefunden, ich war mittendrin und die ganze Zeit völlig fehl am Platz.“* - *„Meiner Frau ging es immer schlechter, aber es war niemand da, den ich um Hilfe fragen konnte.“* So nehmen Männer laut zahlreicher Interviews mit Vätern diese Erlebnisse nicht als Gewalt oder Vernachlässigung wahr.

Angehörige betroffener Frauen, Väter leiden zum Teil unter dem Gefühl, zum Mittäter gemacht worden zu sein oder nicht vermocht zu haben, die Frau zu schützen. Gefordert wird von Betroffenen speziell auf die Partner:innen zugeschnittenes Material. Gewalt in der Geburtshilfe hat oft auch direkte Folgen für die Sexualität des Paares, wenn z. B. eine Intervention wie Kristellern oder Episiotomie verbunden ist mit Festhalten der Frau.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> SSA, S.20

<sup>49</sup> CW, S. 7

## Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund

sind eine hoch diverse Gruppe. Zu ihnen zählen hier Geborene wie Neuankömmlinge, Akademikerinnen mit guten Englisch- oder Französischkenntnissen ebenso wie Analphabetinnen. Eine einfache Empfehlung wie diejenige zum Übersetzen in andere Sprachen wird für das Informationsbedürfnis dieser Zielgruppe nicht ausreichen.

Das ausführliche Gutachten mit dem Teilaspekt „Information für Migrantinnen“<sup>50</sup> entstand auf Basis von Interviews mit Gynäkologinnen, Hebammen, Wissenschaftlerinnen und Fachberaterinnen. Es erläutert die gesellschaftliche Situation von Schwangeren und Müttern rund um die Geburt mit ganz unterschiedlichen kulturellen und nationalen Hintergründen ausführlich. Eine zielgruppengerechte Information hat demnach Folgendes zu beachten:

Ein großer Prozentsatz der sozial benachteiligten Migrantinnen sind wenig informiert, haben einen geringen Zugang zu Informationen und suchen diese auch nicht. Somit haben sie auch wenig Berührungspunkte zur Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen bei der ersten Geburt. Migrantinnen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, haben eine größere Wahrscheinlichkeit der Traumatisierung. Abhängig von ihrer Einbettung in sozialen Netzwerken und Freundschaften unter Frauen greifen informelle Unterstützungsangebote und Informationskanäle (zuweilen auch über mehrere Kontinente hinweg).

Insbesondere bei Frauen aus anderen Kulturen ist die Geburtsposition ein wesentliches Element der Geburtskultur. Sie nicht einnehmen zu können kann als Form von Gewalt erfahren werden. Gewalt kann es auch sein, wenn migrantische Frauen in beleidigender Art und Weise zurechtgewiesen würden z.B. weil sie „stinkendes“ Essen ins Krankenhaus mitbrächten.

Ist es als Gewalt zu verstehen, wenn die Mutter, Schwester oder Freundin nicht bei der Geburt dabei sein darf? Beispielsweise ist bei der Geburt von Romnija-Frauen oftmals die ganze Familie zur Unterstützung anwesend. Ein Verbot seitens der Klinik sollte daher im Vorgespräch erläutert werden und die Standards und Rahmenbedingungen in der Klinik verständlich vermittelt werden.

Oft sind während der Geburt keine Sprachmittler:innen vorhanden.

Typisch für afrikanische Frauen sei, dass sie unangemeldet in die Klinik

---

<sup>50</sup> SCHU, S. 30 ff.

kommen, was extra Arbeit und Zeitaufwand für die Hebamme, z. B. für das Anlegen der Akte, darstellt. Dazu bräuchte es Hinweise und muttersprachliche Informationsverbreitung auf allen Ebenen: in Communities, Gemeinschaftsunterkünften, Beratungsstellen sowie über Social Media.

Hebammen berichten, dass jede zweite von ihnen betreute geflüchtete Frau Gewalt erfahren hat. Mangelnde Sprachkenntnisse scheinen hier ein zusätzlicher Risikofaktor zu sein, denn es scheint, je geringer die Sprachkenntnisse, desto häufiger sind Gewalterfahrungen. Es bedarf für geflüchtete Frauen spezielle Sprechstunden zur Verhinderung von Retraumatisierung, z:B. durch Körperarbeit, wie sie beispielsweise zur Behandlung bei FGM/ FGC (ganze oder teilweise Entfernung weiblicher äußerer Geschlechtsteile) eingesetzt wird. Fachkräfte sollten nachfragen: „Was hat das mit Ihnen und Ihrem Körper gemacht?“

Eine zielgruppengerechte, migrationssensible Geburtsvorbereitung und gewaltpräventive Aufklärung beinhaltet mehr als eine Übersetzung in andere Sprachen. Sie erfordert neue und regional gut etablierte, passende und auch aufsuchende Angebote.<sup>51</sup>

## Frauen mit Bildungsferne

beziehungsweise sozialer Benachteiligung sind überdurchschnittlich häufig von Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt betroffen. Gewalt kann ein regelmäßiger Bestandteil ihrer Lebensverhältnisse und sozialen Strukturen sein. Dadurch erleben Betroffene verschiedene Handlungen im medizinischen Kontext als nicht ungewöhnlich gewaltsam, Optionen zum Widerstand sind ihnen teils nicht bewusst, und sie leiten dementsprechend aus dem Erlebten keinen oder nur einen geringen Handlungsspielraum oder die Chance auf Änderung durch Kommunikation ab.

Geringe formale Bildung wirkt sich auf die Gesundheitskompetenz betroffener Frauen aus. Bereits die Nutzung des Internets oder auch verschiedener Apps bedarf entsprechender Such- und Verarbeitungskompetenzen, welche u. U. nicht vorhanden sind. Empfohlen werden den Text ergänzende Bilder und ein möglichst eingeschränkter Gebrauch von Fremd- und Fachwörtern sowie von Anglizismen.

---

<sup>51</sup> SSA, S. 16

Neuere Informationsmedien wie Social Media oder Apps bilden nur selten die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit bildungsfernem Hintergrund ab. Diese Zielgruppe hat vermehrt Probleme beim Zugang zu Schwangerschaftsapps und anderen Informationsmaterialien, im Internet bedingt durch geringere technische Möglichkeiten, schlechte Usability, Misstrauen in Technologien oder das medizinische System sowie weniger Adhärenz (Literacy-Level, geringere Priorisierung der Gesundheitsthemen im Alltag).

Allerdings fehlen bislang Studien, die die Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe sowie die Spezifität ihrer Gewalterfahrungen im Kontext des Geburtsgeschehens fokussieren. Der Eindruck der Betroffenen ist der eines Mangels ihrer Perspektive in der Wahrnehmung und Kommunikation des gesamten Themas in der Öffentlichkeit.

Nachgewiesen sind spezifische Formen der Diskriminierung, die in der leichteren Unterwerfung unter ein paternalistisches System bestehen. Hierarchiehörigkeit, instruktionsgeleitete Entscheidungen und Abgabe der Eigenverantwortung im Prozess sind Teil des medizinischen Systems. Die Übernahme einer passiven Rolle als Gebärende, welche die Expertenmeinung des Gesundheitspersonals duldsam erträgt, entspricht daher oftmals sogar den Erwartungen der Betreuenden und fällt daher kaum auf.

Es wird empfohlen, Frauen mit Bildungsferne ihre eigene Betroffenheit mit dem Thema der Gewalt in der Geburtshilfe zu verdeutlichen und Handlungsoptionen aufzuzeigen. Dies ist Aufgabe der entsprechenden Institutionen und Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems, die dieser Gruppe eine Stimme geben und besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden lassen müssen. Diese Kompetenz vonseiten des Fachpersonals ist für diese Zielgruppe wesentlich.

Der Sprachstil der Informationen ist an die Zielgruppe anzupassen, Videos sind auf eine Länge von etwa ein bis zwei Minuten zu reduzieren. Nicht zielgruppenrelevante Informationen beziehungsweise nicht realistische Handlungsoptionen sind aus Informationsmaterialien zu entfernen.

Das bisherige Bildmaterial in Gesundheitsinformationen zum Thema Schwangerschaft, Geburt und Stillen zeigt zumeist Frauen in Lebenswelten, die nicht denjenigen von Bildungsfernen entsprechen. Dadurch wird ein erheblicher Teil der Bevölkerung nicht angesprochen.

Ob sich die Gefahr einer Retraumatisierung durch Medien und Informationsmaterial für die hier fokussierte Zielgruppe von der bei anderen Frauen unterscheidet, kann nicht gesagt werden.<sup>52</sup>

### Betroffene von Kindesmissbrauch

Diese Gruppe benötigt auf sie zugeschnittene Geburtsvorbereitungskurse und Anlaufstellen mit geschultem Personal und auf sie zugeschnittene Angebote von Geburtsvorbereitungsmaßnahmen und Begleitangeboten.<sup>53</sup>

### Frauen mit vorausgehender Erfahrung von Partnergewalt

sind eine Zielgruppe, die besondere Beachtung verdient. Als Schwangere und junge Mütter haben sie ein deutlich höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden. Partnergewalt hat vielschichtige Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter und negative Folgen für das Neugeborene. Im Gesundheitssystem gibt es vielfältige Möglichkeiten, gezielte Fragen nach aktuellem oder vergangenem Gewalterleben zu stellen. Dies besonders dann, wenn sich zwischen Behandelnden und Behandelten eine Vertrauensbeziehung entwickeln konnte. Eine Retraumatisierung unter der Geburt ist wahrscheinlich und Folge einer Reizkumulation oder erlebter Trigger, die zur Aktualisierung von Erinnerungsbildern früher erlebter Gewalt führen<sup>54</sup>.

Das Erkennen und Behandeln von traumatisch erlebten Geburten kann negative Folgen für die seelische Gesundheit von Mutter und Kind verhindern. Eine Studie zu einem Schulungs- und Trainingsprogramm in Praxen der primären Gesundheitsversorgung zeigte deutliche Effekte bezüglich des späteren Überweisungsverhaltens an spezialisierte Einrichtungen sowie auf die Identifikation von gewaltbetroffenen Frauen.

Differenzierte Empfehlungen sowohl zur Information an Betroffene und Fachkräfte als auch zu Versorgungsnetzen an das Gesundheitssystem sind im themenspezifischen Gutachten benannt.<sup>55</sup> Die Informationsmaterialien sollten von einem Akteurs-Netzwerk aus der niedrigschwelligen bis zur spezialisierten Versorgung erarbeitet werden.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> Vgl. dazu ausführlich UL/AR

<sup>53</sup> CW, S. 7

<sup>54</sup> JS, S. 3

<sup>55</sup> JS, S. 1

<sup>56</sup> JS, S. 5, 6, 8

Gefordert sind ein störungsorientiertes Vorgehen, Bindungsarbeit und Netzwerkarbeit. Es ist Aufgabe des gesamten Umfeldes, Gewalterfahrungen wirksam zu verarbeiten.<sup>57</sup>

## Wo erhalten Frauen nach einer Traumatisierung Hilfe? (Forderung der Istanbul-Konvention)

Der Gang zu einer ersten Anlaufstelle ist für belastete Familien äußerst wichtig, weshalb ausreichend Anlaufstellen verfügbar sein müssen.<sup>58</sup> Diese müssen in ein Netzwerk von niedrigschwelliger bis zu spezialisierter Versorgung eingebunden sein, ähnlich dem System für postpartale psychische Beschwerden.<sup>59</sup>

Im Falle einer unsensiblen Kommunikation oder sogar Täter-Opfer-Konfrontation können sich Symptome verschlechtern, bis hin zur Retraumatisierung. Ansprechpartner:innen in den Anlaufstellen sollen stets geschulte Personen sein, die mit dem Thema Gewalt in der Geburtshilfe vertraut sind (Therapeut:innen, Hilfetelefon schwierige Geburt von Mother Hood e.V., Schwangerenberatungsstellen wie pro familia).<sup>60</sup>

Erforderlich ist eine Fehler- und Beschwerdekultur, die die geburtshilfliche Einrichtung in die Lage versetzt, Mängel und Missstände zu identifizieren und zu beseitigen. Dies umfasst eine kontinuierliche Evaluation des Geburtserlebens, aus der Konsequenzen für die geburtshilfliche Praxis in der jeweiligen Einrichtung abzuleiten sind. Die Diskussion konkreter Maßnahmen wie Schulungen, Leitfäden, Handlungspläne oder Gewaltschutzbeauftragte steht für die Geburtshilfe in Deutschland, anders als im Bereich Pflege, weitgehend aus.<sup>61</sup>

Es ist ein Beschwerdemanagement zu implementieren, welches auch für Frauen mit Bildungsferne zugänglich ist und eine einfache Rückmeldung erlaubt.<sup>62</sup> Ein Beschwerdesystem wie die amerikanische Initiative „Improving Birth“ könnte Beschwerden sammeln und systematisch erläutern.<sup>63</sup>

---

<sup>57</sup> JS, S. 6

<sup>58</sup> SCHM/SEI, S. 13

<sup>59</sup> JS, S. 8, 9

<sup>60</sup> MH, S. 6

<sup>61</sup> CL, S. 3

<sup>62</sup> ULAR, S. 9

<sup>63</sup> SCHM/SEI S. 4

Auf der Ebene der Bundesländer sollten Ombudsstellen für Gewalt in der Geburtshilfe eingerichtet werden. Ihre Arbeit muss evaluiert werden. In jedem Bundesland gibt es Patient:innenbeauftragte bzw. Patient:innenfürsprecher:innen, die auch kontaktiert werden können. Angaben dazu sollten in allen Informationsmaterialien zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe aufgeführt werden. Die jeweiligen Stellen auf Landesebene müssen zum Thema geschult werden. Neue regionale Beratungsangebote speziell für Frauen mit Gewalterfahrung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt müssen an bereits bestehende Hilfsorganisationen und Angebote rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft angegliedert werden.<sup>64</sup>

An bestehenden überregionalen Angeboten werden genannt:

1. Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen, <https://www.hilfetelefon.de>
2. bff: Frauen gegen Gewalt e. V., <https://www.frauen-gegen-gewalt.de>
3. Schwanger und viele Fragen, <https://www.schwanger-und-viele-fragen.de/de.html> - <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schwanger-und-sie-haben-viele-fragen--81016>
4. Hilfetelefon schwierige Geburt der Vereine Mother Hood und ISPPM, <https://hilfetelefon-schwierige-geburt.de>
5. Schatten und Licht e. V., [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)

Ein Vorschlag der Expertinnen war zudem darauf gerichtet, eine Hotline zur Gewaltform „Gewalt in der Geburtshilfe“ an das bestehende Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen anzubinden.<sup>65</sup> Alternativ könnte das bestehende Hilfetelefon um Gewaltformen in medizinischen Einrichtungen ergänzt werden, z. B. um „Gewalt in Pflegesituationen bzw. medizinischen Situationen wie der Geburtshilfe“.

Diese Anlaufstellen müssen jedoch stets mit geschultem Personal ausgestattet werden, die mit dem Thema Gewalt in der Geburtshilfe vertraut sind.

Eine wichtige erste Ansprechpartnerin ist die Hebamme, welche die Familie zu Hause im Wochenbett betreut. Es sollte flächendeckend (spezialisierte)

---

<sup>64</sup> MH, S. 9

<sup>65</sup> Alle Vorschläge zu Angeboten in ministerieller Trägerschaft können selbstverständlich nur mit Zustimmung der zuständigen Ministerien umgesetzt werden.

Hebammenpraxen geben, die eigens für Mütter nach einer schwierigen Geburt Sprechstunden anbieten.

Gefordert werden die Errichtung und Schulung einer Forensik, welche explizit die Geburtsschäden der Mutter berücksichtigt, damit sie juristische Relevanz bekommen können.<sup>66</sup>

## Vor- und Nachgespräche

Vorgespräche im Rahmen der geburtshilflichen Vorsorge sollten thematisieren, dass laut Lebensereignisforschung jede Geburt eine Herausforderung darstellt. Zu erstellende Informationen und Checklisten für Fachpersonal können helfen, dass Gewalterfahrungen der Eltern nicht ignoriert oder tabuisiert werden, sondern verpflichtend vor und nach der Geburt abgefragt und professionell aufgefangen werden.<sup>67</sup>

Für Frauen mit Migrations- oder Fluchthintergrund ohne ausreichende Deutschkenntnisse wird den Kliniken empfohlen, im Vorgespräch einen Zettel für Wünsche und (Vor-)Erfahrungen in verschiedenen Sprachen, ggf. auch Checklisten, vorzuhalten und zu übergeben.<sup>68</sup>

Vorgeschlagen wird, statt der üblichen Kreißsaal-Führung mit Fokus darauf, was „machbar“ ist, eine konstruktive Aufklärung über Elternrechte unter der Geburt – als positiv formuliertes Pendant zur Gewaltprävention – anzubieten. Offene Erzählcafés als Angebot von Kliniken oder Praxen könnten Orte sein, in denen sich Eltern auf Mut machende, lösungsorientierte Weise über Geburtserfahrungen austauschen. Die Förderung einer heilsamen Gesprächskultur über Geburtserfahrungen, das Erlernen von Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge als (werdende) Eltern sowie das Training der Paarkommunikation für das Ereignis Geburt werden als wichtig erachtet.<sup>69</sup>

Nachgespräche in der Klinik bzw. Hausgeburtsilfe mit Möglichkeit der Weiterverweisung an Fachkräfte der Psychotraumatologie sind systematisch zu implementieren. Deutlich zurückhaltender bezüglich des Angebots der Nachgespräche formulieren die Gutachterinnen aus dem Kreis der Betroffenen „Verspürt die Mutter das Bedürfnis, mit dem bei der Geburt

---

<sup>66</sup> MH, S. 10

<sup>67</sup> SSA, S. 11

<sup>68</sup> SCHU, S. 14

<sup>69</sup> SSA, S. 17

anwesenden geburtshilflichen Team zu sprechen, kann sie ein entsprechendes Angebot der Klinik nutzen oder bei dem/der Patientenfürsprecher:in der Klinik anfragen. Von einem solchen Gespräch ist abzuraten, wenn ein möglicher Straftatbestand vorliegt oder ein Gespräch psychische Instabilität zur Folge haben könnte. Am Gespräch sollte immer auch eine neutrale Mittelsperson beteiligt sein.<sup>70</sup>

Spezielle Erzählcafés wie in Bonn und Frankfurt sind strukturell in die Versorgung (eines Hilfenetzwerks) zu integrieren. Nachgespräche können für die Eltern ein Empowerment sein, dadurch, dass sie den Kliniken Rückmeldung geben können. Zugleich kann das zu einer Bestandsaufnahme für die Qualität der medizinischen Versorgung führen. Die Dokumentation von Gewalterfahrungen plus einer Fehleranalyse aufseiten der Kliniken sollte zur Regel werden.<sup>71</sup>

## Fortbildungen mit Informationen zur Thematik sind zu implementieren

Alle befragten Expertinnen verweisen auf die Notwendigkeit von Fortbildungen der Berufsgruppen rund um die Geburt zur Thematik. Wichtig sind aus ihrer Perspektive

- das Erlernen einer wertschätzenden, respektvollen und stärkenden Gesundheitskommunikation in der Ausbildung des Fachpersonals,
- regelmäßige Fortbildungen, Supervisionen und eine Qualitätssicherung der Kommunikation,
- die Verbreitung der Trainingsapp „teambaby“<sup>72</sup> für bessere Kommunikation in der Geburtshilfe zwischen Akteuren und Eltern,
- kreative Lösungen für die Integration des Themas in Fort-/Weiterbildung und Lehre inklusive traumainformierter Gesprächsführung,
- intersektorale, gemeinsame Maßnahmen zur Veränderung von ambulanten und stationären Strukturen von Gynäkologie bis zu Frühen Hilfen (Netzwerke),
- eine von dem gesamten geburtshilflichen Team getragene, gemeinsam entwickelte und immer wieder im Konsens ausgehandelte Philosophie der Geburtshilfe (ausgerichtet auf Physiologie),

---

<sup>70</sup> MH, S. 7

<sup>71</sup> SSA, S. 17

<sup>72</sup> Willkommen - TeamBaby

- das Einbeziehen des subjektiven Erlebens der Eltern als Standardfaktor der Qualitätssicherung,
- eine bessere Schulung und Ausbildung des Fachpersonals im Umgang mit den Vätern (Verweis auf die Studie Universität Bonn zum Mindset Geburt),
- Einbeziehen des Erlebens des Fachpersonals in Qualitätskontrollen als steuerndes Element,<sup>73</sup>
- ein Schulungs- und Trainingsprogramm in Praxen der primären Gesundheitsversorgung zum Erkennen und gezielten Überweisen von gewaltbetroffenen Frauen an spezialisierte Einrichtungen.<sup>74</sup>

Die Fortbildungen des britischen National Health Service sind richtungsweisend. Seine Informationen richten sich primär an Dienstleister:innen im Gesundheitssystem. Diese werden über einen Leitfaden für das Thema sensibilisiert. Die Annäherung an das Thema „Gewalt unter der Geburt“ erfolgt dabei über die Adressierung eines respektvollen Umgangs in der Geburtshilfe. Zugleich werden durch die Verknüpfung mit Nichtregierungsorganisationen, die sich auch im Sinne der primären und tertiären Prävention an Schwangere, Wöchnerinnen und deren Angehörige richten, anerkannte, vertrauenswürdige Anlaufstellen bekannt gemacht.<sup>75</sup> Hilfreich ist dazu die Übersicht zu Netzwerken von niedrigschwelliger bis hochspezialisierter Versorgung bei Trauma.<sup>76</sup>

In den Kliniken und in den geburtshilflich relevanten Berufsverbänden sollten Schulungen zum Umgang mit Menschen angeboten werden, deren sprachliches Verständnis einem geringeren Schulabschluss entspricht. Dann kann die Kompetenz einer angepassten Kommunikation als wichtige Ressource und Bedingung professionellen Handelns erkannt werden.<sup>77</sup>

Empfohlen wird Informationsmaterial für alle Professionen rund um die Geburt, mit dem Tenor: „Frauen sind zurechnungsfähig, auch unter der Geburt und danach. Bitte behandelt uns auch so.“

Traumafolgeforschung ist zu beachten, welche besagt: Nicht nur das traumatisierende Ereignis an sich, sondern auch die Reaktionen darauf beeinflussen entscheidend, wie sehr die Betroffenen unter Folgen leiden bzw. wie gut - oder wie schlecht - das Erlebte integriert werden kann.

---

<sup>73</sup> SSA, S. 9

<sup>74</sup> JS, S. 5

<sup>75</sup> SCHM/SEI, S. 7

<sup>76</sup> JS, S. 8

<sup>77</sup> UL/AR, S. 9

Psychotherapeut:innen sind im Umgang mit realer Gewalt zu schulen, denn sie sind nicht selten geneigt, über innere, unbewältigte Konflikte im Zusammenhang mit der Übernahme der Mutterrolle eher nachzudenken als über reale Gewalterfahrungen, auch unter der Geburt.<sup>78</sup>

Fortbildungen sollten thematisieren, dass bei Reviktimisierung (durch traumatisch erlebte Geburt) Symptome wie Verleugnung, Minimierung, Verharmlosung, Dissoziation, Identifikation mit dem Aggressor, Schweigegebote u. a. m. vorkommen können. Diese erschweren den Zugang zu einer guten Versorgung.<sup>79</sup>

In der Fortbildung sind auch strukturelle Mängel der klinischen Versorgung zu adressieren, wie Zeitmangel und Personalknappheit (siehe Definition der WHO S. 4). Gewalt unter der Geburt entsteht häufiger als gedacht durch strukturelle Faktoren von Druck und Überlastung, starke Hierarchien und zugleich fehlende betriebliche Gesundheitsförderung von Geburtshelfenden. Fortbildungen, die einseitig und frontal (beispielsweise als Vortrag) auf das Thema Gewalt unter der Geburt aufmerksam machen, erhöhen nur den Druck und sind deshalb wenig zielführend. Vorgeschlagen werden Erzählcafés für Profis mit Gesundheitsimpuls (Qigong, Meditation) oder Erzählcafés für Profis mit wissenschaftlichem Input. Diese Online-Veranstaltungen hatten als Erzählcafé einen sehr persönlichen Charakter, waren empathiefördernd konzipiert und sind ohne Anreisezeit nutzbar.<sup>80</sup>

Und last but not least: Realistische und zugleich konstruktive, stärkende Informationen rund um die Geburt fehlen nicht nur den Gebärenden, sondern auch an Schulen und sind als Lerninhalt zu vermitteln.<sup>81</sup>

## Welche relevanten Gruppen können zur Mitwirkung gewonnen werden, um die geplanten Informationen zu vermitteln?

In der Ausschreibung waren folgende Player genannt

- Frauenärzt:innen
- Hebammen

---

<sup>78</sup> CW, S. 7

<sup>79</sup> JS, S. 8, 9

<sup>80</sup> SSA, S. 16

<sup>81</sup> SSA, S. 2

- Berufsverbände
- Frauenberatungsstellen und
- Migrant:innenorganisationen.

Zusätzlich wurden von den Gutachterinnen folgende relevante Gruppen vorgeschlagen:

- Regierung in Bund und Ländern
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) auf Landes- und Kommunalebene
- Gleichstellungsbeauftragte
- Gewaltberatungsstellen
- Leiter:innen von Geburtsvorbereitungskursen (Hebammen wie von der Gesellschaft für Geburtsvorbereitung Ausgebildete)
- Kliniken mit ihren Informationsabenden
- Müttergenesungswerk
- Nationales Netzwerk Frühe Hilfen (überregionale und kommunale Angebote)
- regionale Organisationen, Initiativen und Anlaufstellen (wie z. B. pro familia, Wellcome)
- Stellen, wo Familien sich aufhalten (Kindertagesstätten, Krankenkassen, Jobcenter, Jugendamt)
- Kindergeldstelle.

Für die Anlaufstellen wird ein Team-Briefing für sinnvoll erachtet, um eine verbreitete Sensibilisierung innerhalb der Organisationen zu gewährleisten.

## Können Fachkräfte die Information mittragen?

Die Oberärztin der Gynäkologie und Geburtshilfe des St.-Josefs-Krankenhauses Bremen, Dr. med. Katharina Lüdemann, betont die Wichtigkeit der Informationen über die physiologische Schmerzerfahrung mit den Ausführungen im Text. Viele als Gewalt erlebten Erfahrungen resultierten aus einer unrealistischen Erwartung bezüglich des Ausgeliefertseins an den Schmerz. Viele Tutorials auf YouTube suggerieren, dass der Schmerz kontrolliert werden könne, wenn man nur das richtige Mindset hat und richtig atmet. Die strukturelle Gewalt, die von der Sprache der Aufklärungsbögen ausgeht, würde sie noch deutlicher thematisieren. Sie trägt die zusammenfassenden Empfehlungen des AKF gerne mit.

Die Leitung Fachgruppe Psychotherapie des AKF, Dr. Silke Schwarz führt aus: Mit der Musterweiterbildungsordnung der Psychotherapeut\*innen<sup>82</sup> ist seit dem Jahr 2021 erstmalig das Thema Gewalt gegen Frauen verbindlich festgeschrieben worden. Für das Thema Gewalt in der Geburtshilfe sensibilisierte Psychotherapeut\*innen sind jedoch weiterhin rar und öffentlich für Betroffene und andere Fachkräfte schwer gezielt auffindbar bzw. zugänglich.<sup>83</sup> Gezielte und kontinuierliche durchgeführte, evaluierte Fort- und Weiterbildungen, wie hier empfohlen, sind daher dringend nötig (siehe auch Istanbul-Konvention § 15), ebenso die Gewährleistung des Zugangs zu psychologischen bzw. spezialisierten Hilfen (siehe auch Istanbul-Konvention §§ 20, 22). Trauma bedeutet Kontrollverlust und viele psychische Folgen einer Traumatisierung sind auch Resultat des Kontrollverlusts in der traumatischen Situation. Gewaltbetroffene Frauen wünschen sich daher von Fachkräften einen respektvollen Umgang und eine transparente Kommunikation von personellen und finanziellen Grenzen des Personals.<sup>84</sup> Die sukzessive Umsetzung der hier vorliegenden Empfehlungen leistet einen wichtigen Beitrag, um diese Lücken zu schließen.

Die Leitung der Fachgruppe Hebammen im AKF und Fachkraft in der Ausbildung von Hebammen sowie in der Weiterbildung von Praxisanleitenden im Hebammenstudium, Dr. Angelica Ensel, erklärt, dass sie alle Empfehlungen des AKF vollumfänglich mittragen kann. Insbesondere weist sie auf die strukturelle Gewalt in der Geburtshilfe hin, die in einem erschreckenden Ausmaß von den Studierenden erlebt und berichtet wird. Studierende erleben traumatisierende Erfahrungen durch gewaltvolle Geburten sowie Respektlosigkeit gegenüber ihrer eigenen Person. Erfahrungen aus der Weiterbildung zeigen, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema „Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe“ für die Teilnehmenden als große emotionale Herausforderung erlebt wird. Nachhaltige Konzepte der Fort- und Weiterbildung müssen diese transgenerative Dimension der strukturellen Gewalt miteinbeziehen.

In geburtshilflichen Abteilungen können Fort- und Weiterbildungen nur nachhaltig sein und Kulturen des Umgangs und der Kommunikation

---

<sup>82</sup> [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Muster-Weiterbildungsordnung\\_Psychotherapeut\\_innen-der-BPtK.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPtK.pdf)

<sup>83</sup> Siehe <https://traumanetz.signal-intervention.de/therapeutensuche> – keine\*r der 160 dort gelisteten Therapeut\*innen gibt an, speziell zu dem Thema Angebote vorzuhalten.

<sup>84</sup> Siehe Positionspapier des Betroffenenrats Traumanetz Berlin, S.I.G.N.A.L. e.V. „Klinische Angebote traumasensibel und frauenspezifisch gestalten“, [https://traumanetz.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-08/Traumanetz-Berlin\\_Behandlungsangebote-traumasensibel-und-frauenspezifisch-gestalten.pdf](https://traumanetz.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-08/Traumanetz-Berlin_Behandlungsangebote-traumasensibel-und-frauenspezifisch-gestalten.pdf)

verändern, wenn sie das gesamte geburtshilfliche Team einbeziehen. Knappe personelle Ressourcen verstärken das Risiko von Erfahrungen von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. Nachhaltige Veränderungen benötigen daher nicht nur Information und Aufklärung, sondern einen strukturellen Wandel der geburtshilflichen Versorgung.

Die Fachgruppe der GynäkologInnen des AKF sehen den dringenden Bedarf, mit einer breiten Kampagne für das Thema Respekt und Gewalt in der Geburtshilfe zu sensibilisieren wie vom AKF e.V. vorgeschlagen. Alle an der Geburt beteiligten Akteure sollten eingebunden sein und als Expertinnen an der Erstellung und an der Verbreitung von Informationen mitwirken. Für die in der Geburtshilfe tätigen Akteure sehen wir den Bedarf, Trauma sensible - möglichst partizipative - Schulungen auszubauen und verpflichtend in die Aus- und Weiterbildung zu integrieren.

Wir sehen die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus von Unterstützungsangeboten (Hilfetelefon, niederschwellige Melde- bzw. Beschwerdesysteme, fest implementierte Vor- und Nachgespräche, professionelle Hilfsangebote u.a.).

Für eine gute Betreuung von Gebärenden ist eine ausreichende personelle Ausstattung, die Entwicklung, bzw. Bereitstellung von vielfältigem Informationsmaterial, sowie die Möglichkeit zu regelmäßigen Teamsupervisionen unerlässlich.

## Empfehlungen des AKF

### Ad 1: Wie können Informationen zu Gewalt und Respektlosigkeit sinnvoll vermittelt werden?

Gewalt und Grenzüberschreitungen unter der Geburt sind ein vielschichtiges und häufig auftretendes Phänomen, wie die ausführlichen Gutachten darlegen. Die Darlegungen insbesondere der Betroffenenvertreterinnen haben den AKF überzeugt, dass Informationen von öffentlichen Institutionen an breite Bevölkerungsschichten und spezifische Zielgruppen dringlich erforderlich sind. Sie sollen – und können - so gestaltet werden, dass sie nicht verängstigen. Berechtigte Einwände, die Informationen könnten das Vertrauen in die Geburtshelfer:innen und damit den Geburtsprozess belasten, sind durch die genauen Darlegungen zu Bezeichnungen und

verschiedenen möglichen Formen der Information zu entkräften. Insbesondere die Vergleiche mit Informationen zu Partnergewalt haben uns überzeugt: Aufgrund der öffentlichen Informationen und der sukzessive erfolgten Gesetzesänderungen wurde partnerschaftliche Gewalt aus der privaten Erfahrung in einen öffentlichen Diskurs gebracht. Möglichkeiten der Prävention wie auch die Hilfesysteme konnten nur so aufgezeigt und entwickelt werden. Dasselbe Prinzip kann für Grenzüberschreitungen und psychische wie physische Verletzungen unter der Geburt angenommen werden.

## Nomenklatur

Um eine gemeinsame, verständliche Sprache zu diesem Thema zu verwenden, empfiehlt der AKF, basierend auf den ausgewerteten Expertinnengutachten, und in Anlehnung an das englische Vokabular, den Terminus „Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe“ oder „Respektlosigkeit und Traumatisierung unter der Geburt“ und nicht „Gewalt unter der Geburt“ zu verwenden.

Dafür sprechen mehrere Aspekte: Der Begriff Gewalt wird häufig ausschließlich mit physischer Gewalt assoziiert, was aber in diesem Kontext nur einen Teilaspekt abdeckt. Es geht in diesem Fall um Respektlosigkeit und um psychische und physische Gewalt im weitesten Sinne.

Die in der Geburtshilfe tätigen Professionen müssen das Thema vollumfänglich verstehen und sich zu eigen machen können. Das Wort Respektlosigkeit erweitert das Spektrum auch für Fachpersonen über die physische Komponente hinaus und transportiert verständlich, dass es sich im Kontext Respektlosigkeit um Aspekte wie Missachtung und respektlose Kommunikation handelt.

Eine nationale Kampagne „Respektvolle, nicht traumatisierende Geburtshilfe“, oder umgekehrt „Respektlosigkeit und Traumatisierung unter der der Geburt“, ausgerichtet an den WHO-Maßnahmen und ähnlich wie in Großbritannien und Frankreich, ist für die Qualität der Geburtshilfe in Deutschland dringend erforderlich. Aus Sicht des AKF braucht die Geburtshilfe ein grundlegendes gesellschaftliches und politisches Umdenken und einen Wandel, wie im Nationalen Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt und im Strategiepapier des AKF zum Kulturwandel in der Geburtshilfe deutlich formuliert wird. Informationen, Hilfsangebote und ein Beschwerde- und Schlichtungsmanagement zu Gewalt unter der Geburt sind ein wichtiger Bestandteil des geforderten Kulturwandels.

### **Inhaltliche Ausrichtung und Gestaltung der Informationsmaterialien**

Die von den Gutachterinnen vorgeschlagenen Informationen sollten den Fokus nicht nur auf mögliche negative Geburtserfahrungen richten. Sie sollten werdende Eltern ermächtigen, indem sie schildern, was bei der Geburt geschieht, wie körperlich herausfordernd eine Geburt ist und wie wichtig für ein Gelingen die Auseinandersetzung mit dem Geburtsprozess, Eigenverantwortung und eine gezielte Auswahl der Klinik oder eines anderen Geburtsorts ist. Die Zeit, die das Gebären realistisch brauchte, und die Intuition der Gebärenden sollten angesprochen werden (zum Beispiel bezüglich der Geburtspositionen), um ihre aktive Rolle zu verdeutlichen. Vielen in Medien erzeugten Eindrücken muss aktiv mit realistischen Bildern und Informationen zu Geburt entgegengetreten werden.

Inspirierend und nachahmenswert ist das Beispiel Brasilien mit seinem vielseitigen und aktivierenden Aktionsprogramm. Dazu gehört auch eine interaktive Ausstellung mit dem Namen „Sense of Birth“ (SoB), bei der die Besucher (Frauen, Männer, Kinder, Jugendliche) eingeladen werden, den Schwangerschafts- und Geburtsprozess zu durchlaufen, zunächst als schwangere Frau und später als Neugeborenes (2022). Die Installationen wurden an öffentlichen Plätzen gezeigt, um in der Öffentlichkeit eine aktive individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema Geburt zu ermöglichen. Durch den niedrigschwiligen Zugang dieses Projekts konnten auch Bevölkerungsgruppen erreicht werden, die durch schriftliche Informationen oder Gesundheitsdienstleister nicht erreicht werden. Den differenzierten strukturellen Empfehlungen insbesondere der Psychotraumatologin sollte gefolgt werden.<sup>85</sup>

### **Ad 2: Welche Medien sind zur Vermittlung geeignet?**

Hierzu wird auf die vielfältigen Anregungen der Gutachterinnen im gleichnamigen Kapitel verwiesen. Erforderlich ist eine Verknüpfung von Printmedien und Social Media. Die Informationen sind im Auftrag

---

<sup>85</sup> JS S. 10

öffentlicher Institutionen durch Medienfachkräfte zu erstellen, die neben Printmedien auch Videos für YouTube und Posts für Social Media realisieren können.

Auf die unterschiedlichen Bedarfe der Zielgruppen sollte bei der Informationsvermittlung geachtet werden. Ein Medienmix aus YouTube, Social Media, sowie Plakaten in Arzt- und Hebammenpraxen ist empfehlenswert. Ebenso die gezielte Ansprache. Influencer:innen und Ansprechpartner:innen in unterschiedlichen Communities sollten einbezogen werden. Wichtig ist es bei jeglicher Art der Informationsvermittlung, auf Ansprechpartnerinnen und Beratungsstellen zu verweisen, sowie das Thema regelhaft in der Hebammen- und ärztlichen Vorsorge und Beratung anzusprechen und aufzugreifen. Sinnvoll wäre eine regelhafte thematische Implementierung in der Vorsorge, sowie der Geburtsvorbereitung, um dieses Thema persönlich aufzugreifen und wenn nötig zu vertiefen und an weitere Beratungsstellen zu vermitteln. Durch die hohe Inzidenz an Missbrauchs- und Gewalterfahrungen bei Frauen insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die Geburt ein großes Risiko birgt, Trigger für vergangene negative Erfahrungen zu sein.

### Ad 3: Wie sollte Informationsmaterial aufbereitet und zugänglich sein?

Informationen zur Thematik Gewalt bzw. Respektlosigkeit in der Geburtshilfe sind für die Versorgung rund um die Geburt elementar, sowohl für die Betroffenen als auch für die Berufsgruppen rund um die Geburt. Dies dient dazu, einen realistischen Erwartungshorizont in Bezug auf die Geburt aufzuzeigen, die Rechte von Gebärenden aufzuzeigen und zu stärken und Hinweise darüber zu geben, welches Verhalten Frauen von medizinischem Personal erwarten und einfordern können. Den vielfältigen Empfehlungen der Gutachterinnen stimmt der AKF zu, besonders was Einfache bzw. leichte, nicht diskriminierende Sprache und Bildauswahl betrifft. Es ist bekannt, dass medizinische Informationen von einem hohen Bevölkerungsanteil nicht oder nur teilweise verstanden wird.

Die Geburt muss als Teamprozess dargestellt werden, bei dem die Frau und ihr physisches und psychisches Erleben des überwiegend gesunden Geburtsprozesses im Mittelpunkt steht. Ihre Entscheidungen und ihr Einverständnis sind zentral für eine bestärkende Geburtserfahrung als

## Anfang des Lebens mit dem Neugeborenen.

Respekt ist bei dieser Sichtweise beidseitig zielführend, von den Geburtshelfenden gegenüber der Gebärenden und von dieser gegenüber den Geburtshelfenden. Geburtshelfende müssen jedoch wissen, wie stark alle Menschen, Betroffene wie Professionelle, von Kindheit auf von der hierarchischen Struktur des ärztlich dominierten und auf Pathologien ausgerichteten Gesundheitssystems geprägt sind. Für den Prozeß des Gebärens sind jedoch autonome, der Intuition folgende Entscheidungen der Gebärenden wichtig, die ohne klare Signale des Respekts der Geburtshelfenden erschwert sind. „Teamprozess“ ist vor diesem Hintergrund eine Herausforderung. Die Strukturen und das damit verbundene Kompetenzgefälle zugunsten der Behandelnden muss thematisch im Informationsmaterial verarbeitet werden.

Informiert werden muss auch über die physiologische Schmerzerfahrung der Geburt. Diese wird nicht von außen zugefügt und unterscheidet sich dadurch von Gewalt. Trotzdem fühlen sich Frauen vom Geburtsschmerz zum Teil überwältigt oder überfordert, besonders, wenn ihnen vorher Informationen dazu fehlen bzw. andere Erwartungen geweckt wurden. Hilfreich zur Informationsweitergabe wären z.B. Film- oder Tonaufnahmen mit authentischen Wiedergaben, sowohl von starkem Stöhnen und Schmerzäußerungen als auch die darauf folgenden Wehenpausen mit Gesprächen und Interaktionen.

Eine Vorbereitung auf die Klinikabläufe und darauf, was die Frau an nicht evidenzbasierten Routineinterventionen erwarten und auch ablehnen kann, ist für jede Gebärende wünschenswert und nötig.

Was geburtshilflich gegen die Regeln evidenzbasierter Versorgung verstößt, sollte beispielhaft benannt werden, so zum Beispiel häufige geburtshilfliche Interventionen, die nicht in der S 3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (2020) als evidenzbasiert bewertet sind, wie z.B. der Kristellerhandgriff. Es muss darauf hingewiesen werden, dass Eingriffe in die körperliche Integrität der Gebärenden im Grundsatz stets ihrer Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung bedürfen.

Die WHO definiert Abweichungen davon als Form der Gewalt, siehe S. 4. . Nur in unaufschiebbaren Fällen darf ausnahmsweise ohne Einwilligung der Gebärenden oder aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung in den Geburtsverlauf eingegriffen werden. Das sind Voraussetzungen, die nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin nur sehr selten gegeben sein werden. Auch sollte auf die sogenannte Interventionskaskade hingewiesen werden, bei der durch nicht

evidenzbasierte Interventionen in den Geburtsverlauf nicht selten Situationen entstehen, die weitere und stärkere Interventionen erforderlich machen. Ein normaler Geburtsverlauf erfordert bestenfalls die Kooperation und Dialogfähigkeit der Gebärenden mit den Geburtshelfer:innen (siehe „Teambaby“).

Mother Hood e. V. entspricht bereits vorbildlich der Expertinnenforderung nach transparenter, niedrigschwelliger Vermittlung der Inhalte von Leitlinien wie der S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“, die es in seinem Twitter- und Instagram-Account einstellt. Dies könnte ähnlich auch für S 4 – Leitlinien und Patient:innenleitlinien von der BZgA und anderen Multiplikator:innen geleistet werden.

Realistische und zugleich konstruktive, stärkende Informationen brauchen nicht nur die Schwangeren, sondern auch die interessierte Öffentlichkeit. Sie sollen den Blick öffnen dafür, dass Geburt ein unvorhersehbarer und herausfordernder Prozess ist, auch für die Geburtshelfenden. „Geburtspläne“ sollten in der Information nicht erwähnt werden, weil sie u. U. unerfüllbare Erwartungen wecken.

Voraussetzung einer guten Kampagne ist eine gründliche Datenerhebung und die Befragung einer größeren, statistisch aussagekräftigen Gruppe von Frauen, nach dem Beispiel von Großbritannien und Frankreich.

Als Vorbild für eine klare Sprache und zielgruppengerechte, diverse Bildgebung kann die Nationale Stillstrategie mit ihren Medien dienen, die auch stillende Mütter verschiedener Ethnien oder Hautfarben zeigt und bildungsbürgerliche Bildhintergründe meidet.<sup>86</sup> Hier wurden zu den öffentlichen Einrichtungen sowohl Forschungsinstitutionen als auch NGOs zur Erstellung und Ausgestaltung der Informationen hinzugezogen.

Wichtig ist der Hinweis, dass die Gebärende mit ihrem subjektiven Erleben während der Geburt und danach Gehör findet. Dies hat langfristige positive Auswirkungen auf ihr Leben mit Kind und Partner:in.

Ausführliche Informationen zu Gewalt unter der Geburt müssen zwingend auf ein Hilfenetzwerk verweisen. Solche Angebote fehlen aber in Deutschland für einen größeren Nutzer:innenkreis und sind daher erst zu schaffen.

---

<sup>86</sup> [https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=9](https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/nationale-stillstrategie.pdf?__blob=publicationFile&v=9) Seiten 17, 19, download 23.4.22

## Empfehlungen zu Geburtsvorbereitung

Die Information zu Gewalt unter der Geburt im Rahmen der Geburtsvorbereitung wäre geeignet, viele Schwangere und ihre Partner:innen zu erreichen. Die Expertise zu Geburtsvorbereitung durch Hebammen bezeichnet jedoch die gleichzeitige Vermittlung von Vertrauen in die Gebärfähigkeit und Aufklärung über Gewalt unter der Geburt als ein kaum lösbares Dilemma für Hebammen und Geburtsvorbereiterinnen. Jede Geburtsvorbereitung sollte sensibel auf die Geburt vorbereiten und realistische Erwartungen vermitteln. Die Ausbildung in traumasensibler Begleitung ist sowohl im Hebammenstudium als auch in der Ausbildung von Geburtsvorbereiterinnen fester Bestandteil. Trotzdem ist das Thema Gewalt in der Geburtshilfe ein Balanceakt in der Informationsvermittlung und muss dementsprechend professionell reflektiert und fortgebildet werden.

Die Ausführungen zu Vor- und Nachgesprächen rund um die Geburt erachtet der AKF als zielführend. Diese sind in klinischen Leitlinien empfohlen, die Umsetzung der Geburtsnachgespräche muss aber verpflichtend in Kliniken umgesetzt werden, so dass jede Frau die Möglichkeit hat, dieses Gesprächsangebot wahrzunehmen, zeitlich unbefristet auch noch nach der Entlassung. Das Geburtsnachgespräch sollte verpflichtend in der stationären und ambulanten Betreuung angeboten und verfügbar sein, um den Geburtsprozess zu reflektieren und mögliche Fragen und unklare Situationen aus Sicht der Frau und der Geburtsbegleitung aufzulösen.

In Vorgesprächen kann das Klinikpersonal oder die Hebamme hilfreich zu Geburtsängsten beraten, insbesondere bei einem Wunsch nach einem primären Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation. Hier sollte stets nach Erfahrungen von Gewalt im Lebenslauf oder während einer vorausgehenden Geburt gefragt werden. Im Gespräch können auch die Erwartungen an die Geburt geklärt werden. Informationen zum Thema sollten daher Hinweise auf die Möglichkeit eines Vor- und Nachgesprächs enthalten. Im Rahmen eines persönlichen Vorgesprächs könnten Frauen mit den Geburtshelfenden einen individuellen Geburtsplan besprechen, der Eingang in die Geburtsbetreuung findet und in der Dokumentation hinterlegt ist.

Nachgespräche in der Klinik oder in der ambulanten Versorgung sollten nicht als alleinige Lösung für belastende Geburtserfahrungen dargestellt werden, auch wenn sie für viele Frauen eine gute erste Lösung sein können. Die Frau muss dann wählen können, ob sie ein solches Gespräch bei Entlassung möchte oder nicht. Stets sollte eine ihr vertraute

Mittelsperson teilnehmen, jedenfalls wenn es sich nicht nur um die Nachbesprechung einer für die Frau befriedigend verlaufenen Geburt handelt.

Auch auf ausführliche und mehrmalige Nachgespräche mit Hebammen für Mütter nach einer schwierigen Geburt sollte hingewiesen werden. Anlaufstellen und Hilfsangebote außerhalb der geburtshilflichen Versorgung sind flächendeckend zu etablieren. Längerfristige Therapien für (re)traumatisierte Frauen können nur psychologische und psychiatrische Spezialpraxen leisten.

Ein Netzwerk niedrigschwelliger bis hochspezialisierter Angebote hält der AKF für eine wichtige Leitidee. Sie hat sich bereits bei der Versorgung von Frauen mit nachgeburtlichen Depressionen bewährt, denn sie senkt die Schwelle zur Inanspruchnahme von rechtzeitiger spezifischer Hilfe.

#### **Ad 4: Welche Zielgruppen und Stakeholder müssen erreicht werden?**

Der AKF stimmt sowohl den identifizierten Zielgruppen als auch den Vorschlägen zu einer auf sie abgestimmten Information samt geeigneter Medien vollumfänglich zu. Siehe dazu die Beiträge zu Vätern und Partner:innen, Migrant:innen und Geflüchteten, bildungsfernen Menschen, Frauen mit Erfahrungen von Partnerschaftsgewalt, Betroffene von Kindesmissbrauch. Zu ergänzen wäre, dass die Information der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechen muss, d. h. barrierefrei zu sein hat.

Ebenfalls als hilfreich erachtet der AKF die Ausführungen zu den Playern für die Verbreitung der Informationen.

#### **Ad 5: Wo erhalten Frauen nach erlittener Traumatisierung Hilfe?**

Eine Erweiterung des bestehenden Beratungsangebots, wie z.B. des Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen wird empfohlen. Eine schnellere Lösung könnte eine finanzielle Förderung des Hilfetelefon schwierige Geburt von Mother Hood oder anderen Unterstützungsangeboten von NGOs sein. Voraussetzung ist, dass dort fachlich zu Gewalt unter der Geburt geschultes Personal berät.

## Ad 6: Fort- und Weiterbildung

Wichtig sind die Forderungen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dazu könnte das BMFSFJ interministeriell Kontakt zu den zuständigen Ministerien für Gesundheit, für Verbraucherschutz sowie für Bildung und Forschung aufnehmen. Die Entwicklung einer Forensik spezifisch für Gewalterfahrungen unter der Geburt wird befürwortet.

Die Professionen rund um die Geburt müssen zur Gewalt-Thematik gut aus- und fortgebildet werden, einschließlich der Möglichkeiten, die eigene Rolle zu erfahren, zu reflektieren und sich persönlich mit verschiedenen, auch kreativen Methoden weiterzuentwickeln. Insgesamt ist das Konzept von Geburtshilfe über die bisherige Pathologisierung hinaus umfassend **neu** zu strukturieren und in den Fortbildungen mit einem partizipativen Ansatz (Aktivierung der Fachkräfte, nicht nur Frontalunterricht) zu behandeln. Fort- und Weiterbildungen können nachhaltig nur Veränderungen bewirken, wenn ein geburtshilfliches Team gemeinsam weitergebildet wird, damit sich Kulturen in geburtshilflichen Abteilungen verändern. Knappe personelle Ressourcen verstärken die Gefahr des Erlebens von Respektlosigkeit und Gewalt. Auch das muss thematisiert werden. Nachhaltige Lösungen benötigen daher auch einen strukturellen Wandel in der geburtshilflichen Versorgung.

## Fazit des AKF

Das Thema Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt muss durch adressat:innengerechte Gesundheitsinformation niedrigschwellig zugänglich gemacht werden. Dies allein greift aber deutlich zu kurz. Anlehnend an die Strategie anderer Länder müssen Gesprächs- Beratungs- und Therapieangebote für Opfer von Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt zur Verfügung stehen.

Diese Strukturen sind in Deutschland nicht vorhanden, obwohl jede Frau ein Recht darauf hat, bei Beschwerden oder sogar im schlimmsten Fall Traumatisierungserfahrungen im Kontext Geburt Beratung und Hilfsangebote niedrigschwellig zur Verfügung zu haben. Das Thema Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt ist ein großes gesellschaftliches, sowie gesundheits- und frauenpolitisches Thema. Es braucht Informationen, Hilfsangebote, die gezielte traumasensible Schulung von Fachkräften und den Aufbau von flächendeckenden professionellen Hilfsangeboten, um

diesem Problem zu begegnen. Beispiele aus anderen Ländern haben gute Möglichkeiten aufgezeigt, wie das Problem zu lösen ist. Es braucht ein klares politisches Bekenntnis und einen Aktionsplan zum Thema, um die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland zu verbessern, das Thema zu enttabuisieren und damit zur Gesundheit von Frauen und Familien beizutragen. Außerdem vermeiden wir damit perspektivisch hohe Folgekosten traumatischer Geburtserfahrungen und die negativen physischen und psychischen Folgen von Gewalt und Respektlosigkeit unter der Geburt für Mutter und Kind .

***Abschlussbemerkung:***

Das Strategiepapier „Zeit für einen Nationalen #Geburtshilfegipfel!“ des Runden Tisches Lebensphase Elternwerden beim AKF mit seinen Vertreter:innen aus den wichtigen Berufsgruppen rund um die Geburt enthält die Forderung: „Die sich häufenden Beschwerden von Müttern über traumatisierende Behandlungen und deren Langzeitfolgen werden systematisch erfasst. Ihnen wird mit strukturellen Maßnahmen begegnet.“ Den vorgelegten Bericht und die Ergebnisse und Empfehlungen der befragten Expertinnen sieht der AKF als einen wichtigen Schritt in diese Richtung.

Den acht Gutachterinnen drücken wir an dieser Stelle unsere große Wertschätzung für ihre ergebnisreiche und anregende Arbeit aus. Ihr Engagement ging weit über die eingegangene Verpflichtung hinaus. Deutschlands Gesundheitssystem hat noch einen weiten Weg zu sachgerechten und nicht verängstigenden Informationen zu schwierigen, traumatisierenden Geburtserfahrungen vor sich.

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)

Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser

Ansprechpartnerinnen für den Bericht: Andrea Ramsell (Stellv. Vorsitzende),  
Juliane Beck (Leitung Runder Tisch Lebensphase Elternwerden)

Sigmaringer Str. 1

10713 Berlin

Tel.: 030 – 863 933 16

Fax: 030 – 863 934 73

E-Mail: buero@akf-info.de