



Rassismus in der Geburtshilfe und Geburtsgerechtigkeit

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



17. September 2024



Impressum

pro familia
Bundesverband

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

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2024

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

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

Projektkoordination: Finja Petersen

Dokumentation und Redaktion: Dr. Claudia Caesar

Layout: Satzweiss.com GmbH

Titelbild: Riko Aditama – stock.adobe.com

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

Förderung

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Rassismus in der Geburtshilfe und Geburtsgerechtigkeit

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

17. September 2024

Einführung	Hintergrund des Webinars 4 Finja Petersen
Begrüßung	Aufbau und Ziele des Webinars 6 Alicia Schlender
Vortrag 1	Koloniale Kontinuitäten in der Gynäkologie und Geburtshilfe 8 N’joula Baryoh
Vortrag 2	Geburtsgerechtigkeit – eine intersektionale Perspektive und die Rolle der Hebamme darin 11 Emine Babac und Christiane Winkler
Diskussion	Geburtsgerechtigkeit in Praxis, Bildung und Aktivismus..... 16
Resümee	Diskriminierende Strukturen erkennen, reflektieren und gemeinsam für reproduktive Gerechtigkeit aktiv werden 20 Finja Petersen
Anhang	Literatur und Online-Quellen.....21



Hintergrund des Webinars

Finja Petersen

Der Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung für Schwangere und Gebärende ist ein Menschenrecht. Er hat direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität von gebärenden Personen sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe. Das deutsche Gesundheitssystem ist von einem stetigen Personalmangel, Hierarchien und einer enormen Arbeitsbelastung der Fachkräfte geprägt. Immer wieder berichten Familien sowie das Personal von mangelnder Versorgung, Gewalterfahrungen und Diskriminierung in der Schwangerenvorsorge oder bei der Geburt. Besonders betroffen sind marginalisierte und minorisierte Personen. Dazu zählen beispielsweise Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen, transgeschlechtliche, intergeschlechtliche und andere queere Personen, Menschen, die von Armut betroffen sind, Personen, die mit Sprachbarrieren konfrontiert sind – und Black, Indigenous, People of Colour (BIPoC).

Das Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des pro familia Bundesverbands, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“, möchte dem entgegenwirken. Verschiedene Veranstaltungen im Projekt bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich für mehr Selbstbestimmung und reproduktive Gerechtigkeit zu sensibilisieren. Sie richten sich in erster Linie an Fachkräfte der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung sowie junge Engagierte im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). Das Projekt macht vielfältige Bedarfe sichtbar und stößt Debatten an – mit dem übergeordneten Ziel, Gebärenden trotz struktureller Herausforderungen mehr Selbstbestimmung bei der Geburt zu ermöglichen, Gewalt im Geburtsumfeld zu reduzieren und den Weg zu einer menschenrechtskonformen Versorgung rund um die Schwangerschaft zu ebnen.



Foto: privat

Finja Petersen

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

Wie die gesamte Gesellschaft, ist auch das Gesundheitssystem von rassistischen und diskriminierenden Strukturen geprägt. Stereotype, Vorurteile, falsches oder fehlendes Wissen und mangelnde Sprachmittlung sind nur einige Beispiele, die den Zugang zu reproduktiver Selbstbestimmung und einer gerechten gynäkologischen Versorgung einschränken. Im vierten und letzten Webinar des Projekts wurde daher der Fokus auf Rassismus in der Geburtshilfe gelegt, um zu verdeutlichen, wie tiefgreifend dieser verankert ist und sich auswirkt. Da viele Menschen allerdings nicht nur von Rassismus, sondern gleichzeitig auch von anderen Diskriminierungsformen betroffen sind, ist eine intersektionale Perspektive, die diese Verschränkungen mitdenkt, unabdingbar. Das Konzept der Geburtsgerechtigkeit greift diesen Aspekt auf und stellt Gewalterfahrungen rund um die Geburt, die aus intersektionalen Wechselwirkungen resultieren, in den Fokus. Somit finden hier abschließend einige Fäden der vorangegangenen Webinarthemen zusammen.

Mit etwa 80 Teilnehmenden – größtenteils Hebammen, Ärzt*innen, Schwangerschaftsberater*innen und Studierenden der Medizin oder der Hebammenwissenschaften – stieß das dreistündige Webinar auf großes Interesse. Das äußerte sich auch in der angeregten Diskussion, in der viele Teilnehmende von Rassismus in ihrem Arbeits-

umfeld berichteten. Die große Nachfrage und die positiven Rückmeldungen zur Veranstaltung deuten auf einen hohen Bedarf bei Fachkräften hin, sich bezüglich einer rassistuskritischen, diskriminierungssensiblen Arbeitspraxis weiterzubilden.

Die Veranstaltungen innerhalb des Projekts haben primär die Sensibilisierung und Kompetenzsteigerung auf individueller Ebene zum Ziel. Doch der Wissenstransfer, der sich aus ihnen ergibt, soll auch Veränderungen auf struktureller Ebene anstoßen.

Wir freuen uns, die Erkenntnisse aus dieser Veranstaltung hiermit einem breiteren Publikum zur Verfügung stellen zu können. Damit wollen wir einen Beitrag zur reproduktiven Gerechtigkeit und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung aller Menschen rund um die Geburt leisten.

Weitere Informationen:

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

 [@geburtshilfe_profamilia](#)



Aufbau und Ziele des Webinars



Foto: Benjamin Jenak

Alicia Schlender

Alicia Schlender promoviert an der Humboldt-Universität Berlin im Lehrbereich Soziologie der Arbeit und Geschlechterverhältnisse. Außerdem arbeitet sie als Referentin und systemische Beraterin. Sie war Moderatorin des Webinars.

Das Webinar zu „Rassismus in der Geburtshilfe und Geburtsgerechtigkeit“ ist das letzte von insgesamt vier Webinaren im Rahmen des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“. Die anderen drei Veranstaltungen legten den Fokus auf Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe, queere Schwanger- und Elternschaft sowie auf die Perspektive von Menschen mit Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Schwangerschaft.

In der Gesamtschau betonte Alicia Schlender, wie wichtig es sei, das Thema der Diskriminierung in der Geburtshilfe und Schwangerenversorgung aus einer intersektionalen Perspektive zu diskutieren, also aus einer Perspektive, die verschiedene Formen der Diskriminierung, ihre Überschneidungen und verschränkten Auswirkungen auf eine Person mit denkt. Das große Interesse an den Veranstaltungen und die angeregten Diskussionen zeigen, dass das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive und mehr Diskriminierungssensibilität steigt und es mehr Räume für den Austausch braucht.

Zu Beginn des Webinars erfolgte eine Umfrage unter den Teilnehmenden, um zu erfahren, ob sie als Fachkraft oder angehende Fachkraft bereits Rassismus in der Geburtshilfe wahrgenommen haben (siehe Abbildung 1). Zwei Drittel der Teilnehmenden gaben an, dass sie Rassismus beobachtet haben, 14 Prozent, dass sie sich selbst schon einmal rassistisch verhalten haben, und knapp 8 Prozent, dass sie selbst bereits von Rassismus in der Geburtshilfe betroffen gewesen sind. Nur 9 Prozent der 64 Umfrageteilnehmenden haben noch keinen Rassismus in der Geburtshilfe wahrgenommen. Die Umfrage zeigt, dass es unter den Teilnehmenden sehr unterschiedliche Erfahrungen mit dem Thema gibt und Menschen mit unterschiedlichen Perspektiven anwesend waren.



Schlüsselbegriff: People of Color (PoC)

„Politischer Begriff für Menschen, die nicht *weiß* sind und die Erfahrungen mit Rassismus machen. Selbstbezeichnung von Menschen, die aufgrund von Vorurteilen bezüglich ihres Aussehens, ihres Namens oder ihrer Herkunft in einer *weiß*-dominierten Gesellschaft diskriminiert werden können.“

Quelle: AG Reproduktive Gerechtigkeit (2023)

Umfrage im Webinar

Haben Sie als Fachkraft Rassismus in der Geburtshilfe wahrgenommen?
(Mehrere Antworten möglich)

64 Umfrageteilnehmende

- A: Ja, ich war selbst betroffen
- B: Ja, ich habe es beobachtet
- C: Ja, ich habe mich selbst diskriminierend verhalten
- D: Nein

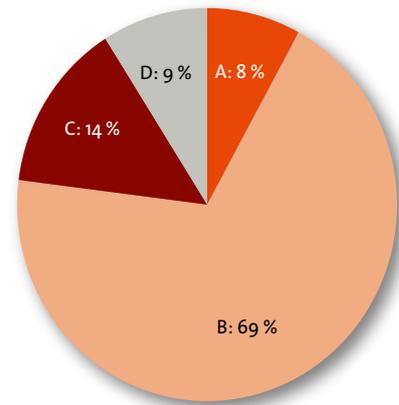


Abbildung 1: Ergebnisse der Live-Umfrage unter den Teilnehmenden des Webinars

Alicia Schlender stellte anschließend einige Schlüsselbegriffe vor, um eine gemeinsame Gesprächsgrundlage für das Webinar zu schaffen. ‚People of Color‘ sowie ‚Schwarze Menschen‘ sind Begriffe, die als Bezeichnungen für Menschen verwendet werden können, die in einer *weiß*-dominierten Gesellschaft Rassismus erfahren. *Weiß* wird im Folgenden kursiv geschrieben, um zu verdeutlichen, dass es hierbei nicht um eine biologische Eigenschaft geht, sondern um eine gesellschaftspolitische Position, die mit Macht und Privilegien verbunden ist (siehe Begriffsdefinition ‚*Weiß*e Vorherrschaft‘).

Ziel des Webinars war es, einerseits rassistische Ursprünge und Strukturen in der Geburtshilfe genauer zu betrachten, andererseits aber auch auf Geburtsgerechtigkeit zu schauen und damit die unterschiedlichen in der Webinarreihe diskutierten Themen zu bündeln und zu fragen, wie Fachkräfte ihre Berufspraxis gestalten können, um allen Menschen den Zugang zu einer selbstbestimmten Geburtserfahrung zu ermöglichen.

Im ersten Vortrag konzentrierte sich N’joula Baryoh darauf, die Wurzeln des institutionellen und strukturellen Rassismus in der europäischen Geistesgeschichte und Medizin offenzulegen, der sich bis heute auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe fortgeschrieben. Sie betonte, wie wichtig es sei, sich dieser Zusammenhänge und des eigenen verinnerlichten Rassismus bewusst zu sein, um Schwarze Gebärende und Gebärende of Color gut begleiten zu können. Das anschließende Input von Christiane Winkler und Emine Babac legte den Fokus auf die intersektionale Perspektive sowie auf die Forschung zu Birth Justice (also Geburtsgerechtigkeit) im deutschsprachigen Raum. In der

Diskussion, die sowohl im Chat als auch auf dem Podium lebhaft geführt wurde, ging es dann darum, wie sich Geburtsgerechtigkeit verbessern und Rassismus bekämpfen lassen, und zwar im Berufsalltag, in der Ausbildung und Forschung sowie durch aktivistisches Engagement.



Schlüsselbegriff: *Weiß*e Vorherrschaft

„Ideologie, die behauptet, dass *weiße* Menschen und ihre Ideen, Gedanken, Meinungen und Handlungen nicht-*weißen* Menschen überlegen sind. Die *weiße* Vorherrschaft prägt Kultur, Institutionen und Beziehungen und ist Teil und Folge rassistischer Ideologien, von der *weiße* Menschen profitieren.“

Quelle: AG Reproduktive Gerechtigkeit (2023)



Schlüsselbegriff: Schwarze Menschen

„Selbstbezeichnung von Menschen mit beispielsweise afrikanischen, karibischen oder afro-US-amerikanischen Vorfahren. Schwarz wird in diesem Zusammenhang immer großgeschrieben, um zu zeigen, dass damit keine Hautfarbe beschrieben wird, sondern der Begriff eine politische Selbstbezeichnung ist, die gemeinsame Erfahrungen sowie gesellschaftspolitische Positionen und Lebensrealitäten von Menschen beschreibt, die von Antischarwarzem Rassismus betroffen sind.“

Quelle: AG Reproduktive Gerechtigkeit (2023)



Koloniale Kontinuitäten in der Gynäkologie und Geburtshilfe



Foto: privat

N'joula Baryoh

N'joula Baryoh ist Gynäkologin und Geburtshelferin, Mitgründerin der Kölner Theodor-Wonja-Michael-Bibliothek, die darauf zielt, ein vorurteilsfreies und dekoloniales Bild von Afrika und Menschen afrikanischer Herkunft zu vermitteln. Daneben ist N'joula Baryoh Mitglied bei Black in Medicine, einem Netzwerk von in Deutschland studierenden und arbeitenden Schwarzen Mediziner*innen, und Referentin sowie Dozentin an der Uniklinik Köln. Dabei liegt ihr Fokus auf kolonialen Kontinuitäten sowie Anti-Schwarzem Rassismus in der Medizin und im Gesundheitswesen.

Einleitend verwies N'joula Baryoh darauf, dass wahrscheinlich alle Webinar teilnehmenden in irgendeiner Form bereits Rassismus beobachtet und sogar selbst ausgeübt haben, wissentlich oder unwissentlich, da sie über ihre Sozialisierung Rassismus unterliegen. Die Gründe dafür erläuterte sie in ihrem Vortrag.

Historische Grundlagen: Rassismus in der Wissenschaft

Zunächst beschäftigte sich N'joula Baryoh mit den Grundlagen für Diskriminierung und Rassismus in der Wissenschaft und setzte dafür im 18. und 19. Jahrhundert an. Sie nannte eine Auswahl männlich positionierter Individuen – denn wie andere Ismen auch ist der Rassismus als Teil der patriarchalen Struktur einzuordnen.

Als Erstes ging sie auf den Philosophen und Ethnografen Christoph Meiners (1747–1810) ein, der in einem 1790 veröffentlichten Buch rassistische Stereotype vertrat und sehr bewusst eine ideologische Dehumanisierung Schwarzer Menschen betrieb. Dabei postulierte er unter anderem ein Stereotyp, das bis heute in der Medizin spürbar ist, nämlich dass Schwarze Menschen weniger empfindlich gegenüber Schmerzen seien. Von diesen Anfängen ausgehend bildete sich eine pseudowissenschaftliche „Rassentheorie“ heraus, die sich auf eine Kategorisierung der Menschen anhand äußerlich sicht-

barer Merkmale stützte. Heute wissen wir dank der biologischen Forschung, dass solche und ähnliche Theorien jeglicher Grundlage entbehren: Zwar gibt es zwischen Menschen genetische Unterschiede, diese können aber zwischen einzelnen Individuen derselben ethnischen Gruppe größer sein als zum Beispiel zwischen europäischen und afrikanischen Menschen.

„Warum aber wurde diese Pseudowissenschaft so populär, wenn ihr jegliche wissenschaftliche Grundlage fehlt?“, fragte N'joula Baryoh. Ganz einfach: Sie diente der Kolonialpolitik und der Ausbeutung Schwarzer Menschen, an der auch die Medizin Anteil hatte. Um dies zu erläutern, ging N'joula Baryoh unter anderem auf den bis heute renommierten Mediziner Robert Koch (1843–1910) ein, der 1905 den Nobelpreis erhielt und nach dem bis heute das gleichnamige Institut als zentrale deutsche Einrichtung im Bereich der Öffentlichen Gesundheit benannt ist. Anfang des 20. Jahrhunderts unternahm Koch intensive Studien, um die Schlafkrankheit zu erforschen. Auf den Sese-Inseln im Victoriasee, damals britisches Kolonialgebiet, heute ein

Teil Ugandas, wo sehr viele Menschen an der Krankheit litten, probierte Koch die Wirkung des Medikaments Atoxyl aus, das er den erkrankten Personen ohne ihr Wissen verabreichte. Das Medikament verursachte in bestimmter Dosierung starke Schmerzen und konnte zu Erblindung und Tod führen – weswegen Versuche an Menschen in Deutschland damals schon verboten waren.

N'joula Baryoh schloss, dass diese Ärzte, die sehr genau wussten, was sie taten, und das Leiden der Probanden billigend in Kauf nahmen, mit ihren skrupellosen Menschenversuchen vor allem auf wirtschaftlichen Erfolg und persönlichen Ruhm zielten. Denn Medikamente gegen Tropenkrankheiten waren sehr begehrt, ermöglichten sie es doch Europäer*innen, sich risikoloser in tropischen Gebieten zu bewegen, und stützten die systematische koloniale Ausbeutung. All dies aber ließ sich auf Basis der rassistischen Ideologie rechtfertigen.

Historische Grundlagen: Rassismus in Gynäkologie und Geburtshilfe

In der Gynäkologie und Geburtshilfe ist neben Rassismus regelmäßig auch Sexismus als Diskriminierungsdimension zu beobachten. N'joula Baryoh verwies in diesem Zusammenhang auf Publikationen von Marianne Bechhaus-Gerst, einer Kölner Professorin für Afrikanistik, die sich mit der Kolonialzeit und insbesondere mit dem Bild der „Schwarzen Frau“ auseinandergesetzt hat (Bechhaus-Gerst/Leutner 2009). Letzteres war ebenfalls von Stereotypen bestimmt, vereinfacht gesagt, galt die „Schwarze Frau“ als Verführerin und Gefahr für europäische Männer, diente gleichzeitig aber auch als Projektionsfläche sexueller Fantasien. Dies lieferte ebenfalls ideologische Rechtfertigung für Versklavung, Misshandlung und Ermordung.

Anschließend skizzierte N'joula Baryoh kurz die menschenverachtenden Praktiken des Tropenmediziners und Eugenikers, Eugen Fischer (1874–1964). Fischer unternahm 1908 eine Forschungsreise nach Deutsch-Südwestafrika, dem heutigen Namibia, um dort Kinder aus der Vereinigung afrikanischer Frauen und Buren zu studieren und daraus eine krude Theorie zu entwickeln. Diese versuchte, die rassistischen Vorurteile zu beweisen und wurde im Nationalsozialismus aufgegriffen. In den 1930er-Jahren war Fischer federführend daran beteiligt, im Rheinland Zwangssterili-

sierungen an Kindern afrofranzösischer Soldaten und deutscher Frauen vorzunehmen. Nach der NS-Zeit war er noch bis 1948 aktives Mitglied der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft in Berlin (deren Nachfolger in der Bundesrepublik die Max-Planck-Gesellschaft wurde), und noch 1952 wurde er Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie. Hier zeigen sich deutliche personelle Kontinuitäten bis in die Nachkriegszeit, die auch das entsprechende rassistische Gedankengut weitertransportierten.

Zuletzt ging N'joula Baryoh auf den US-amerikanischen Chirurgen James Marion Sims (1813–1883) ein, der als Vater der modernen Gynäkologie gilt. Sims, der als Entdecker der rectovaginalen Fistel und des Sims-Spekulums gefeiert wird, hat für seine wissenschaftlichen Forschungen an versklavten afroamerikanischen Frauen experimentiert. Sie mussten nackt und ohne Narkose in einem Hörsaal vor männlichen Studierenden als Studienobjekte herhalten. Drei der Frauen sind namentlich bekannt: Anarcha, Lucy und Betsey. Sie sind die eigentlichen Mütter der Gynäkologie. In Montgomery, Alabama, wo Sims praktizierte, steht heute ein Denkmal für die drei afroamerikanischen Frauen, stellvertretend für alle, die er missbraucht hat ([Link zur Website über das Denkmal](#)).

Neben dieser führte N'joula Baryoh eine weitere transatlantische Kontinuität an: Parallel zu Fischers Zwangssterilisationen im Rheinland gab es in den USA ein menschenverachtendes Vorgehen, das später die Bezeichnung Mississippi Appendectomy erhielt, weil es in den Südstaaten besonders verbreitet war: Zwischen 1920 und 1980 wurden dort Zwangssterilisationen an afroamerikanischen Frauen durchgeführt. Ein berühmtes Beispiel ist Fannie Lou Hamer (1917–1977), die ohne ihr Wissen sterilisiert wurde, als sie sich eine Zyste entfernen lassen wollte.



„Diese drei Frauen heißen Anarcha, Betsy und Lucy und sie werden als Mütter der modernen Gynäkologie betitelt. Daher möchte ich Sie bitten, in Zukunft jedes Mal, wenn Sie einen PAP-Abstrich bekommen – denn das Spekulum hat James Marion Sims mitentwickelt –, doch an diese drei Frauen zu denken!“

N'joula Baryoh



Der Status quo: Rassismus in Gynäkologie und Geburtshilfe heute

Um die aktuelle Situation zu skizzieren, stellte N'joula Baryoh zunächst eine Statistik der Müttersterblichkeit vor. Auffällig ist, dass die Rate der maternalen Mortalität in den USA im Vergleich zu Europa am höchsten ist: Sie lag zwischen 2000 und 2020 in den USA bei 21 von 100.000 Geburten, in Deutschland hingegen nur bei vier, in Frankreich bei acht und in Großbritannien bei zehn von 100.000 Geburten (World Bank Group 2023; [Link zu den Daten](#)).

Diese Daten zeigen schon, dass mütterliche Sterblichkeit auch etwas mit Ethnizität zu tun hat. Dies bestätigen US-amerikanische Studien, die festgestellt haben, dass die Sterblichkeit rund um die Geburt bei Schwarzen Frauen fast dreimal so hoch ist wie bei nicht hispanischen *weißen* (Ferranti et al. 2021; [Link zur Studie](#)). Andererseits ist die Rate der Kaiserschnitte bei People of Color in den USA höher als in der *weißen* Bevölkerung (Darshali et al. 2020; [Link zur Studie](#)). Eine Studie unter Medizinstudierenden in den USA zeigte zudem, dass es noch immer Menschen gibt, die glauben, Schwarze Menschen hätten ein reduziertes Schmerzempfinden und daher auch die Schmerzmedikamentierung niedriger ansetzen würden (Hoffman et al. 2016; [Link zur Studie](#)). Hier wird deutlich, dass Mythen, die sich schon bei Christoph Meiners im 18. Jahrhundert finden, bis heute virulent sind.

Insgesamt betonte N'joula Baryoh, dass sich ein extremer Unterschied zwischen dem Umgang mit People of Color und *weißen* Menschen feststellen lasse, bei dem Vorurteile und Stereotypen eine zentrale Rolle spielen. Denn Studien zeigen, dass die Versorgung anders aussieht, wenn das behandelnde Personal selbst Schwarz oder of Color ist. Abschließend unterstrich N'joula Baryoh, dass das, was sie eingangs postuliert hatte, nämlich, dass alle rassistisch sozialisiert sind, in diesen Zahlen deutlich greifbar wird.

Fazit

Abschließend hob N'joula Baryoh nochmals hervor, wie wichtig es sei, den Zusammenhang zwischen strukturellem/institutionellem Rassismus und daraus folgendem rassistischem Stress und mütterlicher Sterblichkeit zu erkennen. Wie in allen Institutionen gibt es auch in

der Medizin institutionellen und strukturellen Rassismus. Dabei zeigen die Studien „Afrosensus 2020“ aus Deutschland oder „Being Black in the EU“, dass Deutschland davon keineswegs frei ist, im Gegenteil, hierzulande ist die Anti-Schwarze Diskriminierungsrate EU-weit am höchsten (Aikins et al 2020, [Link zur Studie](#); EU Agency for Fundamental Rights 2023; [Link zur Studie](#)). Es ist nachgewiesen, dass Rassismus zu psychischen Erkrankungen führen kann, die einem posttraumatischen Belastungssyndrom ähneln. Aber Rassismus macht nicht nur krank, er kann auch töten, wenn diese Einstellung dazu führt, dass bestimmte Menschengruppen in ihren Beschwerden nicht ernst genommen, sondern nach Stereotypen abgeurteilt werden.

Für Schwarze Menschen bedeutet das: Äußere, gesellschaftlich bestimmte Faktoren können eher Krankheit und Tod verursachen als Lebensstilentscheidungen oder andere kontrollierbare Faktoren. Wenn behauptet wird, Schwarze Menschen hätten häufiger Hypertonus, Adipositas, Metabolisches Syndrom, Diabetes etc., woraus sich auch eine höhere mütterliche Mortalität erkläre, dann basiert dies auf rassistischen Vorurteilen, wobei auch strukturelle Ungleichheit und Klassismus eine Rolle spielen.

Jede*r, der*die in der Geburtshilfe arbeitet, sollte sich dafür sensibilisieren, woher dieses Denken kommt, welches Menschenbild dahintersteht und warum sich niemand davon freimachen kann. N'joula Baryoh schloss mit dem dringenden Plädoyer an die Anwesenden, dass es in der Gynäkologie und Geburtshilfe, wo Stress und Ängste ohnehin schon hoch sind, zentral sei, jeden Menschen ernst zu nehmen und Probleme nicht zu bagatellisieren.



„Das ist sehr wichtig: Diese Stereotypisierung, diese Bias, die kriegen wir mit der Muttermilch, je nachdem, wo wir aufwachsen, mit. Das heißt, wenn ich jetzt sage, Sie sind alle rassistisch sozialisiert, dann ist das leider die Wahrheit. Wenn ich Ihnen sage, Sie sind alle misogyn sozialisiert, dann sagen sie: ‚Ja, verstehe ich, daher bin ich ja auch Feminist*in.‘ Aber dass man rassistisch sozialisiert ist, möchte keiner hören, aber es ist leider die bittere Wahrheit.“

N'joula Baryoh

Vortrag 2

Geburtsgerechtigkeit – eine intersektionale Perspektive und die Rolle der Hebamme darin



Foto: Arlett Mattescheck

Emine Babac

Emine Babac ist ausgebildete Hebamme und hat als freiberufliche Hebamme in Berlin gearbeitet. Sie hat ein Masterstudium in Advanced Practice Midwifery in London absolviert, wo sie auch als Hebamme tätig war. Aktuell ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und im Praxisbeirat des Projekts „Empowerment für Diversität“.



Foto: privat

Christiane Winkler

Christiane Winkler war zehn Jahre als freiberufliche Hebamme in einer Hebammenpraxis in Leipzig tätig. Außerdem war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie hat einen Master in Angewandter Sexualwissenschaft sowie einen Magisterabschluss in Europäischer Ethnologie und Historischer Anthropologie. Aktuell promoviert sie an der Hochschule Osnabrück im Themenfeld queersensibler Geburtshilfe.

Einleitend hoben Emine Babac und Christiane Winkler hervor, dass die Auseinandersetzung mit Rassismus, Vulnerabilität, Diskriminierung und Intersektionalität in der Geburtshilfe noch ganz am Anfang steht und bislang wissenschaftlich insbesondere für Deutschland kaum Forschungsergebnisse vorliegen. Beide Wissenschaftlerinnen haben gemeinsam einen Artikel zu Geburtsgerechtigkeit und Intersektionalität verfasst (Babac/Winkler 2022; [Link zum Artikel](#)).

Intersektionalität – was ist das eigentlich?

Einleitend beschäftigte Emine Babac sich mit dem Begriff ‚Intersektionalität‘, der vom Englischen „intersection“ (auf Deutsch „Straßenkreuzung“) kommt. Die US-amerikanische Juristin Kimberlé Williams Crenshaw prägte den Begriff, um die unterschiedlichen Unterdrückungs- und Diskriminierungsmechanismen, die auf eine Person einwirken können, zu fassen. Sie zeichnete damit das Bild eines Menschen, der in der Mitte einer Straßenkreuzung steht und damit nicht nur aus einer Richtung Diskriminierung ausgesetzt ist, sondern aus mehreren, etwa durch die (zugeschriebene) Herkunft, das Geschlecht, die körperliche Verfasstheit etc. Damit lenkte Crenshaw den Blick auf den wichtigen Punkt, dass multiple Diskriminierungen durch die Wechselwirkungen diverser Achsen der Differenz zu ganz spezifischen Unterdrückungen führen können und dass das erhebliche Auswirkungen auf den einzelnen Menschen haben kann.



Emine Babac betonte, dass Intersektionalität ein sehr wichtiges Konzept sei, um Ungleichheiten zu bekämpfen. Denn unterschiedliche Chancen sind in unserer vom Kapitalismus geprägten Welt überall Realität. Dabei besteht der erste Schritt zu mehr Chancengleichheit darin, sich die eigenen Privilegien bewusst zu machen.

Perinatale Ungleichheiten

Anschließend stellte Emine Babac einige Zahlen aus den USA vor, die sehr deutlich zeigen, dass *Race* dort ein eigenständiger Risikofaktor für Gebärende und ihre Kinder ist. 2011 bis 2013 war die schwangerschaftsbedingte Sterblichkeitsrate Schwarzer Frauen 3,4-mal höher als bei *weißen* Frauen (42,2 von 100.000 versus 13,0 von 100.000 Gebärenden; Creanga et al. 2017, [Link zur Studie](#)) und die Säuglingssterblichkeit doppelt so hoch (CDC 2016; [Link zum Bericht](#)). Die Hyperbilirubinämie (Neugeborenenengelbsucht) wird bei Schwarzen Neugeborenen deutlich seltener diagnostiziert als bei *weißen*, die Kernikterusrate als schwerste Komplikation einer Hyperbilirubinämie ist bei Schwarzen Babys jedoch wesentlich höher (Okolie et al. 2020, [Link zum Artikel](#); Qattee et al. 2021, [Link zum Artikel](#); Wusthoff/Loe 2015, [Link zum Artikel](#)). Bei Schwarzen Gebärenden sind Risikofaktoren, wie niedriger sozialer Status, eingeschränkter Zugang zur Schwangerschaftsversorgung, allgemein schlechtere physische und psychische Grundvoraussetzungen und vorbestehende Erkrankungen, zwar häufig erhöht, was aber nicht ausreicht, um diese Diskrepanzen zu erklären (Babac/Winkler 2022; [Link zum Artikel](#)).

Emine Babac blickte dann nach Deutschland, wo sich die Folgen von Ungerechtigkeit und Diskriminierung in der Geburtshilfe weniger deutlich an den Zahlen ablesen lassen. Quantitative Studien, die sich mit Gebärenden mit sogenanntem Migrationshintergrund befassten, zeigen zum Beispiel niedrigere Frühgeburts-, Sectio- und PDA-Raten, seltener Verlegungen der Neugeborenen auf Intensivstationen sowie häufigere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft als bei Schwangeren und Gebärenden ohne sogenannten Migrationshintergrund. Die Studienlage im deutschsprachigen Raum ist aufgrund der Problematik der Kategorie „Migrationshintergrund“ jedoch wenig aussagekräftig. Die Studien sind sehr kritisch zu betrachten, da sie nicht auf der Grundlage differenzierter Antidiskriminierungsdaten

durchgeführt wurden. Nicht alle von Rassismus betroffenen Personen haben einen „Migrationshintergrund“ und auch Personen mit sogenanntem Migrationshintergrund können gesellschaftlich als zur Dominanzgesellschaft zugehörig betrachtet und behandelt werden. Je nach verwendetem Datensatz liegen unterschiedliche Definitionen des sogenannten Migrationshintergrunds in den verschiedenen Studien vor. Anders als in den USA werden die Folgen von Ungerechtigkeit, Diskriminierung und Rassismus in der Geburtshilfe in Deutschland somit nicht in den Ergebnissen existierender quantitativer Studien offensichtlich (Babac/Winkler 2022; [Link zum Artikel](#)).

Geburtsgerechtigkeit und Empathie

Emine Babac betonte, dass die zentrale Frage, nämlich wie unser Verhalten auf unser Gegenüber wirkt, praktisch nicht in Studien untersucht sei. Denn: Jede*r kann sich diskriminierend verhalten, auch wenn er*sie sich dessen nicht bewusst ist.



„Wenn ich gefragt werde, ob ich schon einmal jemanden diskriminiert habe, würde ich die Frage gerne mit nein beantworten, absichtlich habe ich das ganz sicher auch nicht gemacht, aber ich möchte nicht ausschließen, dass ich vielleicht unabsichtlich diskriminierend war, weil ich einfach bestimmte Dinge nicht wahrgenommen habe, weil ich aus meiner Perspektive etwas möglicherweise respektvoll und wohlwollend gemeint habe, aber der Mensch, der mir gegenüber saß, kann das ganz anders angenommen haben.“

Emine Babac

Im Kontext der Geburtshilfe gibt es dazu bisher kaum Studien. Eine bislang unveröffentlichte Masterarbeit von Lisa Keil-Reppmann, die qualitative Interviews mit Hebammen zum Thema führte, kommt zu dem Ergebnis, dass Rassismus in der Geburtshilfe in Deutschland Realität ist (Keil-Reppmann 2024; [Link zum Paper](#)). Besonders verbreitet ist demnach Rassismus gegen Schwarze Menschen, antimuslimischer Rassismus, Antiromanismus und anti-

asiatischer Rassismus, der sich auf interaktionaler, institutioneller und struktureller Ebene beobachten lässt. Der Rassismus wirkt sich auch auf die Betreuung der Personen aus. So wurden ihnen beispielsweise Schmerzen abgesprochen und die Betreuung während der Geburt war quantitativ und qualitativ schlechter.

Emine Babac betonte, dass man aufgrund der eigenen Sozialisation Menschen anderer Kulturen unter Umständen anders wahrnimmt. Diese Wahrnehmung, die Ausdruck internalisierten Rassismus ist, müssen sich insbesondere Personen, die in der Geburtshilfe arbeiten, bewusst machen und damit offen und proaktiv umgehen, um ihr Verhalten bewusst zu verändern.

Abschließend verwies Emine Babac auf die von zwei in Deutschland tätigen Hebammen nach dem Vorbild des internationalen Critical Midwifery Studies Collective gegründete Initiative Critical Midwifery Germany. Die Initiative bemüht sich insbesondere um die Einnahme einer intersektionalen Perspektive und darum, systemische Ungerechtigkeit in der Geburtshilfe zu reduzieren und mehr Chancengleichheit rund um die Geburt zu ermöglichen (Schliewe/Suri 2022, [Link zum Artikel](#); Critical Midwifery Studies Collective, [Link zur Website](#)).

Birth Justice, Reproductive Justice und Obstetrische Gewalt

Christiane Winkler erläuterte anschließend kurz das Konzept „Birth Justice“, das auch im Fokus ihrer 2022 abgeschlossenen Masterarbeit stand (Winkler 2022; [Link zur Masterarbeit](#)). Das Konzept geht auf US-amerikanische Feminist*innen of Color zurück. Es stellt strukturell verankerte Ungleichheiten und Gewalt rund um die Geburt in den Fokus und setzt sich für mehr Gleichheit und respektvollen Umgang in der Geburtshilfe ein. Erste Vereine für Birth Justice gründeten sich in den USA vor etwa fünfzehn Jahren und kritisierten insbesondere die Ausblendung rassistischer und klassistischer Unterdrückungsprozesse durch weiße Geburtsaktivist*innen.

Birth-Justice-Vereine verorten sich im Kontext der Bewegung für „Reproductive Justice“, die bereits in den 1990er-Jahren ebenfalls von US-amerikanischen Feminist*innen of Color gegründet wurde. Grundlegend ist hier die Erweite-

rung des Konzepts der reproduktiven Rechte und Gesundheit um eine soziale und intersektionale Perspektive. Neben dem Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch rückten damit auch das Recht, Kinder zu bekommen, sowie das Recht, sie in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen, in den Fokus. Später kam als viertes Recht noch die sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung hinzu.

Damit legt Reproductive Justice den Fokus auf gesellschaftliche Machtverhältnisse, die in die Entscheidungen des*r Einzelnen eingreifen, wenn es um Geburt und Elternschaft geht. Hier sind bereits erwähnte Ideologien wie Bevölkerungskontrolle, Kolonialismus, Rassismus und Sexismus zu nennen, aber auch Faktoren wie Behinderung, sexuelle Orientierung, Aufenthaltsstatus oder ähnliches, die zu Diskriminierung führen können und damit die Selbstbestimmung einschränken.

Zugang, und zwar neben dem rechtlichen auch der ökonomische und soziale Zugang, wird damit zu einer zentralen Forderung, die sich im Bereich Birth Justice vor allem auf den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung rund um die Geburt bezieht. Hier geht es neben dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch und dem Recht auf Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln auch um das Recht auf freie Wahl des Geburtsortes und flächendeckende Hebammenbetreuung.



„Im Jahr 2010 forderte eine Organisation für Reproductive Justice andere Organisationen dazu auf, das Menschenrecht auf eine sichere und respektvolle Geburtserfahrung als zentralen Teil einer Agenda für Reproductive Justice zu betrachten. Neben dem Recht auf Abtreibung und sichere Verhütungsmittel müsse auch das Recht auf freie Wahl des Geburtsortes und flächendeckende Hebammenbetreuung stehen. Sie stellten heraus, dass die spezifischen individuellen Erfahrungen Schwarzer Gebärender nicht nur durch die patriarchalen Institutionen nachhaltig beeinflusst werden, sondern auch durch die spezifischen Gewalterfahrungen, die aus intersektionalen Wechselwirkungen resultieren.“

Christiane Winkler



Als Letztes erläuterte Christiane Winkler den Begriff ‚Obstetrische Gewalt‘ beziehungsweise ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘. Dabei handelt es sich um ein globales Phänomen, das systemische Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen beschreibt und auf verschiedenen Ebenen, also etwa personal, strukturell, institutionell usw., stattfindet, die in derselben Situation zusammenwirken können. Christiane Winkler verwies auf die Arbeit von Tina Jung, die sich erstmals im deutschsprachigen Raum intensiver mit obstetrischer Gewalt auch aus einer intersektionalen Perspektive wissenschaftlich befasst hat (Jung 2023, [Link zum Artikel](#); pro familia 2023, [Link zur Dokumentation](#)).

Eine qualitative Studie zu Birth Justice

In ihrer Masterarbeit hat Christiane Winkler zunächst den theoretischen Kenntnisstand zu Birth Justice und obstetrischer Gewalt zusammengefasst und anschließend anhand einer qualitativen Studie zwei Forschungsfragen näher untersucht:

- Inwiefern kann das Konzept „Birth Justice“ neue Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen?
- Welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten, um zum Abbau von Ungleichheitsverhältnissen beizutragen und eine inklusivere Gesundheitsversorgung rund um die Geburt zu fördern?

Zunächst stellte Christiane Winkler ihr Studiendesign kurz vor. Die Studie umfasste sechs qualitative, leitfadengestützte Expert*innen-Interviews mit Aktivist*innen rund um Geburtsgerechtigkeit und rechtebasierte geburtshilfliche Versorgung sowie Personen aus der geburtshilflichen Praxis, die dezidiert diskriminierungssensibel arbeiten.

Die Auswertung der Interviews ergab, dass der Begriff ‚Birth Justice‘ oder ‚Geburtsgerechtigkeit‘ mit einem explizit intersektional orientierten Verständnis in Deutschland noch randständig ist. Die Aktivist*innen nutzten eher den Begriff der ‚selbstbestimmten Geburt‘. Vertieftes Wissen um die Konzepte „Reproductive Justice“ und „Birth Justice“ war nur bei der Hälfte der interviewten Personen vorhanden. Alle Befragten identifizierten das

Menschenrecht auf eine selbstbestimmte Geburt als grundlegend für eine gerechte Geburtshilfe und legten Wert auf eine individuelle, personenzentrierte Gesundheitsversorgung. Die meisten Befragten kritisierten ein weiß-dominiertes Ringen um die selbstbestimmte Geburt, das intersektionale Perspektiven nicht berücksichtigt und damit insbesondere mehrfach diskriminierte Personengruppen unsichtbar mache.

Im Folgenden legte Christiane Winkler die Studienergebnisse zu der Frage dar, inwiefern Birth Justice neue Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt eröffnen kann. Die Befragten benannten eine ganze Reihe von Achsen der sozialen Differenz, die Menschen besonders vulnerabel machen. Alle nannten von Rassismus Betroffene, also vor allem Schwarze Menschen, People of Color und Menschen mit Migrationserfahrung. Besonders schwer sei der Zugang zum Gesundheitswesen für Personen mit Fluchterfahrung und solchen mit Sprachbarrieren. Auch queere Personen und bestimmte Familienkonstellationen (alleinerziehend, nicht heteronormative Beziehungen), Behinderungen und Krankheit wurden in diesem Zusammenhang angeführt. Dabei hielten die Interviewten explizit fest, dass es ihnen nicht um eine Rangordnung gehe, sondern darum, strukturelle Benachteiligung ganzheitlich zu erfassen.

Die befragten Expert*innen waren sich einig, dass mehrfache Diskriminierung nicht nur bestimmt, inwiefern Schwangeren und Gebärenden die Möglichkeit eröffnet wird, eine informierte Entscheidung zu treffen, sondern generell den Zugang zur Gesundheitsversorgung beeinflusst und das Risiko, obstetrische Gewalt zu erfahren, erhöht. Intersektionalität wirkt als Barriere zu einer qualitativen Gesundheitsversorgung, vor allem wenn Sprachbarrieren oder kulturelle Unterschiede hinzukommen.

Die befragten Expert*innen verstanden Diskriminierung als systemisches Phänomen in der perinatalen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Geringschätzung und diskriminierendes Verhalten des Fachpersonals führten sie vor allem auf internalisierten Rassismus, Heterosexismus und Klassismus zurück. Dabei führten sie folgende wichtige Faktoren für systemische Diskriminierung in der perinatalen Gesundheitsversorgung an, die auch das Risiko, obstetrische Gewalt zu erfahren, erhöhen:

- gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse,
- rigide Hierarchien,
- Sozialisation während Studium und Ausbildung in ein gewaltvolles System,
- fehlende Diversität des Fachpersonals, Zugangsbarrieren für People of Color bereits in der Ausbildung,
- mangelnder Austausch und Reflexion,
- ungünstige Rahmenbedingungen durch Ökonomisierung der Geburtshilfe, die sich bei mehrfach vulnerablen Gruppen besonders deutlich auswirken.

Strukturelle und intersektionale Gewalt wirken als Barriere für den Zugang zur perinatalen Versorgung und/oder verschlechtern die qualitative Versorgung. Auch implizierte Vorurteile beeinflussen die Qualität der Versorgung. Außerdem kann das Erleben von obstetrischer Gewalt selbst als Barriere wirken, wenn Personen danach kein Vertrauen mehr in Einrichtungen haben und diese meiden.

Christiane Winkler stellte anschließend die Empfehlungen vor, die die Expert*innen in den Interviews für den Abbau von Ungleichheitsverhältnissen und eine inklusivere Versorgung rund um die Geburt gaben, unter anderem:

- **Versorgungspraxis:** personenzentrierte Versorgung, Hierarchieabbau und Multiprofessionalität, Diversität und Diskriminierungssensibilität, Fehlerkultur, wohnortnahe Versorgung.
- **Politik:** Veränderung der Rechtsprechung, Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen, Anerkennung vorhandener Ungleichheits- und Machtverhältnisse.
- **Studium/Fortbildung:** Verpflichtende Fortbildungen zum Thema Antidiskriminierung, Intersektionalität und Reflexion zu Herrschafts- und Machtverhältnissen.
- **Sexuelle Bildung und Beratung:** Diskriminierungssensible und intersektionale Ansätze.
- **Institutioneller Aktivismus:** Allianzen schaffen, intersektionale Perspektiven einnehmen.
- **Forschung:** Mehr Studien im deutschsprachigen Raum durchführen, wissenschaftlich sichtbar werden.

Insgesamt mache die intersektionale Perspektive deutlich, so Christiane Winkler weiter, wie wichtig der Abbau von Diskriminierungsprozessen ist. Letztlich geht es da-

rum, Zugangsbarrieren abzubauen, personenzentrierte Versorgungsmodelle zu stärken und damit das System inklusiver und gerechter zu gestalten. Alle Professionen, die an der Versorgung rund um die Geburt beteiligt sind, sollten sich mit Intersektionalität beschäftigen. Der wichtigste Schwerpunkt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung muss auf der Reflexion vorhandener Herrschafts- und Machtverhältnisse und deren Auswirkungen liegen.

Umgang mit Diskriminierung im Alltag

Emine Babac erläuterte abschließend Abwehrmechanismen im Alltag, die sich in der Geburtshilfe beobachten lassen und darauf zielen, eigenes diskriminierendes Agieren zu verdrängen oder kleinzureden. Viele fühlen sich angegriffen und diskutieren über Schuldzuweisungen, sie nehmen Menschen in ihren Problemen nicht ernst, relativieren sie, machen sie unsichtbar oder hypersichtbar. Auch vom eigentlichen Thema abzulenken, Stichworte „Derailing“ oder „Whataboutism“, oder Witze zu reißen sind Verhaltensweisen, um einer Selbstreflexion aus dem Weg zu gehen.

Um die Geburtshilfe so zu gestalten, dass alle Gebärenden sich respektiert und wahrgenommen fühlen, braucht es gemäß Emine Babac einen grundlegenden Wandel auf allen Ebenen, auf der persönlichen Ebene ebenso wie auf der strukturellen und institutionellen Ebene. Denn einzelne Fachkräfte sind Teile eines Systems, in dem die Arbeitsbedingungen häufig suboptimal sind, wo es zu wenig Meldestellen gibt oder sie zu wenig bekannt sind und in dem Reflexionsformate, Supervision und Fortbildungen fehlen.

Emine Babac führte weiter aus, dass es in der Praxis zentral sei, die Empathiefähigkeit zu schulen, wohlwollend auf den Menschen zu schauen und die Motivation für das Verhalten des Gegenübers zu erforschen. Auch hier ist Selbstreflexion zentral. Aber auch dafür braucht es Räume und Zeit. Sie schloss ihren Vortrag mit den Worten: „Ich persönlich glaube, dass wir weniger über Intersektionalität und Rassismus reden müssten, wenn wir diese Rahmenbedingungen schaffen könnten.“



Diskussion

Geburtsgerechtigkeit in Praxis, Bildung und Aktivismus

Einleitend betonte Alicia Schlender, dass es unterschiedliche Perspektiven auf Rassismus gibt, je nachdem, ob man selbst zu einer rassifizierten Gruppe gehört oder nicht und ob man bereit und in der Lage ist, sein eigenes Denken und Handeln zu reflektieren.

Die anschließende Diskussion konzentrierte sich auf folgende drei Aspekte: 1) ging es um die Frage, wie man in der geburtshilflichen Praxis mehr Geburtsgerechtigkeit unterstützen kann, 2) darum, inwiefern Forschung und Bildung dazu beitragen können, und 3) welche Maßnahmen man aktiv in Form von Empowerment und Aktivismus ergreifen kann.



Die drei Referierenden, die Moderatorin und die Projektkoordinatorin in der Diskussion

PRAXIS: Was kann ich als Fachkraft tun, wenn ich rassistische Diskriminierung erlebe oder beobachte, und wie kann ich Geburtsgerechtigkeit fördern?

Selbstreflexion als lebenslanger Prozess

In der Diskussion wurde betont, wie zentral es ist, sein eigenes Denken und Verhalten permanent zu beobachten und zu reflektieren, um sich internalisierte Herrschafts- und Machtstrukturen und daraus folgendes rassistisches Verhalten bewusst zu machen. Dieser Reflexionsprozess kann schmerzhaft sein, und es gilt, eigene Abwehrme-

chanismen zu überwinden. Erst auf Basis eines bewussten Umgangs mit eigenem stereotypen Denken kann man dieses überwinden und sein Verhalten bewusst diskriminierungssensibel steuern.

Kommunikative Kompetenz stärken und Fehlerkultur aufbauen

Verständnis und Empathie wurden als zentrale Faktoren im Umgang mit Menschen in der Geburtshilfe benannt – insbesondere aus intersektionaler Perspektive. Personen wertschätzend gegenüberzutreten und ihre Probleme, auch wenn man sie zunächst nicht versteht, ernst zu

nehmen und nicht zu bagatellisieren, ist ein wichtiger Schritt zu diskriminierungssensiblen Verhalten.

Als zentralen Punkt, um Geburtsgerechtigkeit zu fördern, benannten die Anwesenden außerdem das Sichtbarmachen und den Austausch über rassistisches Verhalten und die Etablierung einer Fehlerkultur im Team. Diskriminierungen sollten benannt werden. Auch wenn dies aufgrund der unterschiedlichen Positionierungen der Fachkräfte teilweise schwer erscheint, ist es umso wichtiger, sich nicht hinter der Hierarchie zu verstecken, sondern aktiv Reflexionsprozesse und Änderungen im Team voranzutreiben.



„Wenn ich merke, dass ich Stereotype bediene, bestimmte Bilder, die in mir aufkommen: Ich bin für diesen ersten Gedanken nicht verantwortlich – ich bin so sozialisiert –, aber für den zweiten Gedanken und für die Handlung, die daraus folgt, bin ich verantwortlich. Das bedeutet auch, sich mit dem eigenen diskriminierenden Verhalten auseinanderzusetzen und eine Konfrontation mit den eigenen Schamgefühlen zuzulassen.“

Christiane Winkler

Diverse und reflektierte Teams

Ein divers aufgestelltes Team kann in den Klinikalltag unterschiedliche Perspektiven von Teamseite aus einbringen. Einschränkend wurde in der Diskussion jedoch betont, dass durch verschiedene Perspektiven im Team allein noch nicht unbedingt Veränderungen bewirkt würden. Denn auch rassifizierte und marginalisierte Menschen, die zwar Rassismus erleben, aber zum Beispiel selbst bestimmte Privilegien genießen oder über ihre Sozialisierung rassistisch geprägt sind, können diskriminierend denken und handeln. Zudem darf die Verantwortung, Veränderungen anzustoßen, nicht bei betroffenen Personen liegen, sondern das ganze Team muss unabhängig von der Teamzusammensetzung dafür eintreten. Es braucht also in erster Linie ein Team, das selbstreflektiert ist, sich diskriminierende Strukturen laufend bewusst macht und gemeinsam Lösungsansätze etabliert.

BILDUNG/FORSCHUNG: Was muss sich in Bildung und Forschung ändern, um mehr Geburtsgerechtigkeit herzustellen?

Lückenhafte Ausbildung

Als Beispiel für eine Leerstelle in der Ausbildung benannten die Anwesenden, dass in der Hebammenausbildung bislang meist nicht vermittelt wird, wie sich Hyperbilirubinämie bei Schwarzen Babys erkennen lässt. Hier braucht es autodidaktisches Engagement. Im Chat wurde auf Literatur mit Anschauungsmaterial aus dem englischsprachigen Raum verwiesen (Mukwende/Tamony/Turner 2020, [Link zum Handbuch](#)).

Defizitäre Forschung

Die Diskussion unterstrich nochmals, was in den Vorträgen bereits dargelegt wurde, dass es nämlich anders als im englischsprachigen Raum in Deutschland keine differenzierte Forschung zu einzelnen marginalisierten Gruppen gibt. Die Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ ist viel zu weit gefasst. In Deutschland fehlen sowohl Begrifflichkeiten als auch Zahlen und Daten als Grundlage für eine differenzierte Debatte.



„Die Mortalitäts- und Morbiditätsraten unterscheiden sich vielleicht in Deutschland nicht, aber wir differenzieren ‚Migrationshintergrund‘ auch viel zu wenig. Wie Menschen wahrgenommen werden, bestimmt auch mein Verhalten dem Menschen gegenüber. Da müssen wir in der quantitativen und qualitativen Forschung genauer hinschauen: Es geht nicht nur darum, was im Pass steht, sondern auch, wie man von anderen wahrgenommen wird.“

Emine Babac

Ein wichtiger Punkt in der Diskussion waren auch medizinische Fragen, bei denen Forschungsbedarf besteht. So wurde über ein sogenanntes eingengtes CTG diskutiert, das auf eine pathologische fetale Herzrhythmusabweichung hinweisen kann, die im schlimmsten Fall zu einem hypoxischen Hirnschaden beim Kind führen kann. Es gibt Anzeichen dafür, dass solche CTG-Werte bei Schwarzen Gebärenden häufiger auftreten können, ohne dass das Kind gefährdet



ist. Allerdings ist dies bislang nur eine Beobachtung, die empirisch nicht nachgewiesen wurde, und auch mögliche Gründe wurden bisher nicht beforscht. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, sehr genau auf den individuellen Fall zu schauen (wie geht es dem Baby/der gebärenden Person) und nicht pauschal nach Stereotypen zu urteilen und womöglich dringende Handlungsanzeichen zu ignorieren.

Davon ausgehend wurde in der Diskussion problematisiert, warum bisher keine Forschung in diese Richtung betrieben wurde: Ist die Zielgruppe ökonomisch zu uninteressant? Bestehen Ängste, rassistische Stereotype zu bedienen?

EMPOWERMENT UND AKTIVISMUS: Welche Räume gibt es bereits, und welche Rolle spielt das konkret für mehr Geburtsgerechtigkeit?

Strukturen schaffen/Bündnisse eingehen

In der Diskussion wurde deutlich, dass gemeinsames Engagement eine erhebliche Rolle auf dem Weg zu mehr Geburtsgerechtigkeit spielt. Einerseits geht es um die Bündelung von Wissen, Perspektiven und Ressourcen und die Schaffung von Räumen, um Problemlagen sichtbar zu machen und strukturelle Veränderungen zu bewirken. Andererseits kann der Austausch mit anderen Personen, die ähnliche Erfahrungen machen und/oder sich ebenfalls für eine gerechtere Geburtshilfe einsetzen, den eigenen Aktivismus und die Kraft zu langfristigem Engagement stärken. Insbesondere Empowerment-Räume von marginalisierten Personen sind hier zu betonen. Der eigene Aktivismus kann auf verschiedenen Ebenen stattfinden: Für die einen ist der Austausch mit Kolleg*innen zentral, andere Menschen möchten sich vielleicht in größeren Netzwerken und Vereinen engagieren oder sogar selbst eine Gruppe initiieren. Egal in welcher Form, jede Person, die sich gegen Diskriminierung und für mehr Geburtsgerechtigkeit einsetzt, macht einen Unterschied.

Best-Practice-Beispiele für Empowerment und Aktivismus



Hebflexion, Berlin

Gruppe von Hebammen und werdenden Hebammen, die regelmäßig Supervisionen und Reflexionsrunden organisieren, Fallbeispiele besprechen und sich mit Diskriminierungsverhältnissen und Machtstrukturen auseinandersetzen.

Kontakt:
hebflexion@riseup.net

Instagram:
[hebflexion_berlin](https://www.instagram.com/hebflexion_berlin)



Critical Midwifery Germany (CMG) (in Gründung)

In Anlehnung an die US-amerikanische Bewegung der Critical Midwifery Studies haben zwei Hebammen 2022 die Gründung einer Organisation angekündigt, um mittels wissenschaftlicher Erkenntnisse und politischem Aktivismus Hebammen für Rassismus zu sensibilisieren.

Kontakt:
cmgkritischehebammenarbeit@web.de



Black in Medicine

Netzwerk von in Deutschland studierenden und arbeitenden Schwarzen Mediziner*innen für eine rassismuskritische und bessere Gesundheitsversorgung.

[Link zur Website](#)



Kritische Medizin Köln

Zusammenschluss von Menschen, die sich für ein solidarisches, diskriminierungsfreies, wissenschaftsorientiertes und wertschätzendes Gesundheitswesen einsetzen.

[Link zur Website](#)



Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus

Zusammenschluss von in Deutschland lebenden rassismuskritischen und anti-rassistischen Schwarzen, Indigenen Expert*innen sowie Expert*innen of Color aus dem Gesundheitsbereich und weiteren Fachgebieten, die das Ziel verfolgen, auf den Missstand der De-thematisierung von Rassismus im deutschen Gesundheitswesen aufmerksam zu machen.

[Link zur Website](#)



Forum Decolonizing Academia

Von Studierenden und Lehrenden der Universität Köln gegründete Initiative, die sich für die Sichtbarmachung, Erforschung und Aufhebung von kolonialen und rassistischen Strukturen und Denkweisen einsetzt.

[Link zur Website](#)



Kritische Medis Mannheim/Heidelberg

Offene Arbeitsgemeinschaft, die sich mit medizinischen Themen auseinandersetzt, die in Ausbildung und Studium zu wenig Beachtung finden, und darauf zielt, diese aktiv in die gesundheitspolitische Debatte einzubringen.

[Link zur Website](#)



Diskriminierende Strukturen erkennen, reflektieren und gemeinsam für reproduktive Gerechtigkeit aktiv werden

Finja Petersen

Es gibt einen deutlichen Bedarf nach mehr Rassismuskritik und Diskriminierungssensibilität in der Geburtshilfe. Das vierte und letzte Webinar des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des pro familia Bundesverbands hat dies deutlich gezeigt. Es war ein wichtiger Schritt, um die Ursprünge rassistischer und diskriminierender Annahmen in der Medizin zu verdeutlichen sowie Gewalterfahrungen und Ungleichheiten in der Phase der Kinderwunsch Erfüllung sichtbar zu machen.

Es ist unerlässlich anzuerkennen, dass sich koloniale Kontinuitäten auf die gynäkologische sowie geburtshilfliche Versorgung und somit auch die Gesundheit der Schwangeren und Gebärenden auswirken. Die Sozialisierung in einer rassistisch geprägten Gesellschaft trägt ebenso dazu bei, dass Fehlannahmen, Stereotype und Vorurteile weiterhin bestehen. Das bedeutet, dass das Risiko sehr hoch ist, sich diskriminierend zu verhalten, auch wenn dies nicht die bewusste Intention ist. Hier sind Einzelpersonen selbst in der Verantwortung, sich zu informieren und zu reflektieren, um Gedanken und Handlungen strukturell einordnen und ändern zu können. Ein erster Schritt ist es, sich der eigenen Privilegien bewusst zu werden. Eine Sensibilisierung kann vor allem in Form von Fortbildungen und unter Einbeziehung von Expert*innen in eigener Sache geschehen. Es braucht einen gesellschaftlichen Wandel, zu dem auch Fachkräfte beitragen können und sollten, indem sie beispielsweise Kolleg*innen auf ihr diskriminierendes Verhalten hinweisen oder über stereotype Aussagen aufklären. Auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten Aspekte wie Kolonialismus, Diskriminierung und Gewalt dringend einen Platz finden, um ein Bewusstsein für die Strukturen und die damit einhergehende Ungerechtigkeit zu schaffen. In der Forschung und Wissenschaft können rassismuskritische und intersektionale Perspektiven zur Veränderung beitragen. Neben mehr Beschwerdestellen braucht es Räume, um Erfahrungen zu teilen und Lösungsansätze zu erarbeiten.

Wir möchten alle Teilnehmenden und Interessierten ermutigen, sich aktiv einzubringen und interprofessionell Netzwerke zu bilden, um gemeinsam für reproduktive Gerechtigkeit einzutreten und dafür, vielfältigen Bedürfnissen in der Geburtshilfe gerecht zu werden. Die Interessenvertretung von (mehrfach) marginalisierten Personen sollte unbedingt gestärkt werden. Es ist unerlässlich, dass ihre Perspektiven sichtbar werden. Der Austausch und die gemeinsame Reflexion mit anderen Personen sind zentral, um langfristig auf eigene sowie gemeinsame Ressourcen zurückgreifen zu können und positive Veränderungen zu bewirken.

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

Nach dieser letzten Veranstaltung im Projekt schauen wir mit großer Freude auf drei weitere Webinare sowie die Winter- und Summer School zurück. Die Projektlaufzeit endet zum 31. Dezember 2024. Alle Projektveranstaltungen wurden dokumentiert und sind auf der pro familia Website kostenfrei zugänglich ([Link zur Website](#)). Wir hoffen, dass die Dokumentationen langfristig in der Lehre, Fort- und Weiterbildung sowie Berufspraxis genutzt werden und die Veranstaltungsinhalte somit auch über die Projektlaufzeit hinaus einen Teil zur reproduktiven Gerechtigkeit und besseren Versorgung aller Menschen rund um die Geburt beitragen.

Anhang

Literatur und Online-Quellen

AG Reproduktive Gerechtigkeit (2023): Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung. [Link zur Broschüre](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Aikins, Muna AnNisa, Teresa Bremberger, Joshua Kwesi Aikins, Daniel Gyamerah und Deniz Yildirim-Caliman (2021): Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, Berlin. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Anarcha, Lucy, and Betsey. The Mothers of Gynecology. [Link zur Website](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Babac, Emine und Christiane Winkler (2022): Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 47: 31–58. [Link zum Artikel](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Bechhaus-Gerst, Marianne und Mechthild Leutner (Hrsg.; 2009): Frauen in den deutschen Kolonien. Berlin: Links.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2016): Health, United States, 2016. [Link zum Bericht](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Creanga, Andreea A. et al. (2017): Pregnancy-related mortality in the United States, 2011–2013. In: Obstetrics & Gynecology 130/2: 366–373. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Critical Midwifery Studies Collective. [Link zur Website](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Darshali, A. et al. (2020): Hidden in Plain Sight – Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. In: The New England Journal of Medicine, 383:874–882. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024)

EU Agency for Fundamental Rights (2023): Being Black in the EU. Experiences of People of African Descent. Wien: FRA. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Ferranti, Erin P. et al. (2021): A Call to Action: Cardiovascular-Related Maternal Mortality: Inequities in Black, Indigenous and Persons of Color. In: J Cardiovasc Nurs, 36/4: 310–311. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Hoffman, Kelly M. et al. (2016): Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Princeton University. [Link zur Studie](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Jung, Tina (2023): Gewalt in der Geburtshilfe als Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen. Begriff, Konzept und Verständnisweisen. In: Eva Labouvie (Hrsg.): Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart. Bielefeld: transcript, S. 273–296. [Link zum Artikel](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Keil-Reppmann, Lisa (2024): Rassistische Diskriminierung im Kontext geburtshilflicher Versorgung. Expert:inneninterviews mit Hebammen zu beobachtetem Rassismus im beruflichen Kontext. Paper anlässlich der 7. Internationalen Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. [Link zum Paper](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Mukwende, Malone, Peter Tamony und Margot Turner (2020): A Handbook of Clinical Signs in Black and Brown Skin. University of London. [Link zum Handbuch](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Okolie, Francesca, Jeannette E. South-Paul und Jon F. Watchko (2020): Combating the Hidden Health Disparity of Kernicterus in Black Infants: A Review. In: JAMA Pediatr 174/12: 1199–1205. [Link zum Artikel](#) (Zugriff: 10.10.2024).

pro familia (2023): Gewalt versus Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Webinar im Rahmen des pro familia Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“. Frankfurt. [Link zum Bericht](#) (Zugriff: 10.10.2024).



Qattea, Ibrahim, Mohsen A. A. Farghaly, Marwa Elgendy, Mohamed A. Mohamed und Hany Aly (2022): Neonatal hyperbilirubinemia and bilirubin neurotoxicity in hospitalized neonates: analysis of the US Database. In: Pediatric Research 91/7: 1662-1668. [Link zum Artikel](#) (Zugriff 10.10.2024).

Schliewe, Jessica und Reena Suri (2022): Lasst uns aktiv werden! In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 03/22. [Link zum Artikel](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Winkler, Christiane (2022): Birth Justice. Intersektionale Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt. Masterarbeit an der Hochschule Merseburg. [Link zur Masterarbeit](#) (Zugriff: 10.10.2024).

World Bank Group (2023): WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and UNDESA/Population Division. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020. Genf: World Health Organization. [Link zu den Daten](#) (Zugriff: 10.10.2024).

Wusthoff, Courtney J. und Irene M. Loe (2015): Impact of bilirubin-induced neurologic dysfunction on neurodevelopmental outcomes. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine 2015; 20/1: 52–57. [Link zum Artikel](#) (Zugriff 06.11.2024).

www.profamilia.de/Publikationen

