



pro familia hintergrund

Für eine Geburtshilfe im Zeichen der Menschenrechte

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



Impressum



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 und Redaktion: Finja Petersen

Lektorat: Anne Grunwald, www.textfeile.berlin

Layout: Satzweiss.com GmbH

Titelbild: Riko Aditama/stock.adobe.com

Bildnachweis: Alle Fotos ohne andere Angabe © Isabell Steinert
Fotografie, www.isabellsteinert.com

Die Fotos dienen illustrativen Zwecken. Die abgebildeten Personen sind mit der Verwendung der Fotos in dieser Broschüre einverstanden.

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!**

Editorial

Finja Petersen

Im Rahmen des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ fanden seit März 2023 vier Webinare und zwei fünftägige Präsenzveranstaltungen statt, in denen sich Fachkräfte rund um die Geburt für mehr Selbstbestimmung und vielfältige Bedarfe sensibilisieren konnten. Unter diesem Titel könnten noch viele weitere Veranstaltungen stattfinden, denn: Es gibt noch unzählige wichtige Themen zu beleuchten und es bestand großes Interesse an den Veranstaltungen.

Die Projektlaufzeit endet allerdings zum 31.12.2024. Abschließend bietet diese Broschüre daher zum einen Texte zur Vertiefung von Querschnittsthemen, die sich durch das Projekt gezogen haben – etwa Intersektionalität oder traumasensible Geburtshilfe. Zum anderen weitet sie den Blick für Aspekte der Geburtshilfe, die bislang noch nicht im Fokus des Projekts standen – wie beispielsweise die sensible Begleitung von Sterneneitern, die Position von Hebammenstudierenden in der Klinikhierarchie oder das recht neue Konzept des hebammengeleiteten Kreißaals.

Wir freuen uns sehr, dass hierfür weitere tolle Expert*innen ihr Wissen und ihre Perspektiven teilen. Ihnen als Lesende legen wir ans Herz, diese Broschüre für sich wie einen Werkzeugkasten zu nutzen und sich genau das herauszugreifen, was für Sie in Ihrem Arbeitsalltag aktuell besonders relevant ist.

Die Artikel werden durch Fotos von Isabell Steinert gerahmt, die als Geburtsfotografin kraftvolle Momente in verschiedenen Situationen einfangen durfte. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei den Familien, die mit der Verwendung der Fotos in dieser Broschüre einverstanden sind.

Bei der Lektüre wünschen wir Ihnen wertvolle Impulse für Ihre Berufspraxis – und hoffen, Sie damit in Ihrem eigenen Engagement für eine bessere, menschenrechtskonforme Geburtshilfe unterstützen zu können.

Weitere Informationen:

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

 [@geburtshilfe_profamilia](#)



Foto: privat

Finja Petersen

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



© Isabell Steinert Fotografie

Inhaltsverzeichnis

Finja Petersen – Editorial	3
Finja Petersen – Projektrückblick: 22 Monate für mehr Selbstbestimmung und weniger Diskriminierung in der Geburtshilfe	6
Katharina Desery – Geburtshilfe in der Krise: Handlungsbedarf und Lösungsansätze	9
Inés Hinze Garcia – Intersektionalität und Queersensibilität in der Hebammen*arbeit	14
Martina Kruse – Traumasensible Unterstützung von schwangeren Personen und Eltern	19
Stefanie Gebers – Begleitung von Sterneneitern: Sensible Unterstützung in der Geburtshilfe	25
Raphaela Pöllmann – Die Position von Studierenden im Kreißaal	31
Dr. Sophia L. Dierkes, Andrea Heep und Prof. Dr. Waltraut M. Merz, M. Sc. – Der hebammengeleitete Kreißaal: ein alternatives Betreuungsmodell in der klinischen Geburtshilfe	34
Maren Johnston – Für ein gutes Berufserleben in der Geburtshilfe	38
Zum Weiterlesen: Alle Dokumentationen des Projekts im Überblick	44



Projektrückblick: 22 Monate für mehr Selbstbestimmung und weniger Diskriminierung in der Geburtshilfe

Finja Petersen

Der Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung für alle Schwangeren und Gebärenden ist ein Menschenrecht. Dennoch berichten Eltern und auch Fachkräfte von mangelnder Versorgung, Gewalterfahrungen und Diskriminierung in der Schwangerenvorsorge oder bei der Geburt. Insbesondere Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind, haben ein höheres Risiko, Gewalt rund um die Geburt zu erleben. Strukturelle Bedingungen im deutschen Gesundheitssystem begünstigen dies – etwa stetiger Personalmangel, Hierarchien, finanzielle Fehlanreize, unzureichende Ausstattung und eine enorme Arbeitsbelastung der Fachkräfte. Aber auch auf individueller Ebene zeigt sich der Bedarf von Fachkräften, eigene stereotype Annahmen und Vorurteile zu reflektieren und sich für verschiedene Erfordernisse zu sensibilisieren, um selbstbestimmte Geburten fördern zu können.

Im März 2023 startete das Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ beim pro familia Bundesverband, das diesen Bedarf aufgriff. Gefördert wird es vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“. Im Rahmen des Projekts fanden vier Webinare und zwei fünftägige Präsenzveranstaltungen (Winter und Summer School) statt. Insgesamt nahmen an den Veranstaltungen knapp 500 Hebammen, Hebammenstudierende, Gynäkolog*innen, Medizinstudierende, Mitarbeitende aus Schwangerschaftsberatungsstellen und weitere Interessierte teil. Die Fachkräfte hatten die Möglichkeit, sich über Missstände in der geburtshilflichen Versorgung, über Diskriminierung und Gewalt zu informieren und sich für reproduktive Gerechtigkeit sowie unterschiedliche Bedarfe zu sensibilisieren. Eine große Rolle spielte dabei auch der Austausch untereinander, um dem Ziel einer möglichst selbstbestimmten Geburt für alle näher zu kommen. Zu jeder Veranstaltung waren Referierende mit verschiedenen Expertisen und Perspektiven eingeladen. Alle Veranstaltungen wurden dokumentiert, sodass die Inhalte langfristig zugänglich sind.

Die Links zu den Dokumentationen auf unserer Website finden Sie am Ende dieser Broschüre (Seite 44).

In dem dreistündigen Auftakt-Webinar am 18. Juli 2023 informierte die Politikwissenschaftlerin Dr. Tina Jung die rund 100 Teilnehmenden zunächst über Missstände und Gewalt in der Geburtshilfe. Nach einem Austausch über Praxiserfahrungen der Teilnehmenden in Kleingruppen stellte Katharina Hartmann vom Verein Mother Hood die S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin vor, die eine selbstbestimmte Geburt fördern soll. In der anschließenden Diskussion mit der leitenden Hebamme Kerstin Stehr-Archuth ging es um die Frage, wie die S3-Leitlinie in der Praxis umgesetzt werden kann und wie Fachkräfte die Selbstbestimmung schwangerer und gebärender Personen stärken können.

Das zweite Webinar am 17. Oktober 2023, an dem 150 Personen teilnahmen, legte den Fokus auf queere Schwanger- und Elternschaft. Zu Beginn stellte Psycholog*in Ska Salden die Studie „Queer und schwanger“ vor – eine Studie zu Diskriminierungserfahrungen von queeren Personen in der geburtshilflichen Versorgung und sich daraus ableitenden Verbesserungsbedarfen. Im Anschluss ging Kultur- und Sozialanthropolog*in Marek Sancho Höhne spezifisch auf Schwanger- und Elternschaft von trans* Personen ein. Schließlich gab Toni Vanessa Böhm aus dem Hebammen*Kollektiv Cocoon einen Einblick in die queersensible Hebammen*arbeit. Über den gesamten Abend hinweg und auch in der abschließenden Diskussion kamen viele Ansätze und Tipps zusammen, wie Fachkräfte eine queersensible Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe praktisch umsetzen können.

Vom 4.–8. Dezember 2023 kamen 19 Fachkräfte in der Akademie Waldschlösschen zur Winter School „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe stärken“ zusammen. Das Programm war vielfältig: Den Auftakt bildete ein von den Hebammen Almut Bickhardt und

Christiane Winkler konzipierter Workshop mit dem Titel „Intersektionale Perspektiven auf eine gerechtere Hebammenversorgung“. Zudem fand ein Anti-Bias-Workshop mit Fokus auf Rassismus in der Gynäkologie und Geburtshilfe statt, durchgeführt von Diversity-Trainerin Niki Drakos. Als weitere Referentin gestaltete die Hebamme Annika Schröder einen Workshop zu queersensibler Hebammenarbeit. Neben dem Vortrag „Begleitung nach negativem oder traumatischem Geburtserlebnis“ von Dagmar Weimer, ebenfalls Hebamme, gab es auch einen Austausch zum Umgang mit gewaltvollen Situationen.

Ableistische Strukturen erschweren Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen den gleichberechtigten Zugang zu gynäkologischer Versorgung und reproduktiver Selbstbestimmung. Erfahrungen und Bedarfe dieser Menschen standen daher im Fokus des dritten Webinars am 27. März 2024, an dem etwa 120 Personen teilnahmen. Zu Beginn stellte Ulrike Haase vom „Netzwerk behinderter Frauen Berlin“ Empfehlungen für den Umgang mit Personen mit Behinderung in der Geburtshilfe vor. Sie skizzierte Probleme in der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen und ging auf rechtliche Aspekte sowie politische Forderungen ein. Im Anschluss gab die Ärztin Hannelore Sonnleitner-Doll einen Einblick in die bedarfsorientierten Angebote der pro familia Beratungsstelle Frankfurt am Main: die gynäkologische Sprechstunde und den Geburtsvorbereitungskurs für Frauen und Paare mit Beeinträchtigung. Professorin Anke Rohde, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt schließlich einen Vortrag unter dem Titel „Mutter werden mit psychischer Erkrankung“.

Vom 3.–7. Juni 2024 fand die Summer School in der Akademie Waldschlösschen statt, an der 20 Fachkräfte der Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung teilnahmen. Das Programm war ähnlich zur Winter School, beleuchtete aber zum Teil auch neue Aspekte. Den Auftakt bildete wieder ein Workshop von Almut Bickhardt und Christiane Winkler, diesmal mit dem Titel „Kritische Perspektive auf den Begriff der Selbstbestimmung und Handlungsspielräume für gerechtere Hebammenversorgung“. Am nächsten Tag folgte der Workshop „Erfahrungsbasierte Einführung in Reproduktive Gerechtigkeit mit Anti-Bias-Methoden“ von Constanze

Schwärzer-Dutta (Politikwissenschaftlerin und Trainerin). Der Geschäftsführer und zwei Multiplikatorinnen des Vereins baobab – zusammensein e. V. klärten zudem einen Vormittag lang über FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention auf. Außerdem gestaltete Hebamme Isi Schwager einen Workshop zum Thema queersensible Geburtshilfe. Wie schon im vergangenen Jahr nutzten die engagierten Teilnehmenden auch die Zeit außerhalb der geplanten Programmpunkte, um sich auszutauschen und vor allem gegenseitig zu empowern. Es zeigte sich, dass dafür das Zusammensein in Präsenz von unschätzbarem Wert ist.

In dem letzten Webinar am 17. September 2024 liefen viele Fäden der vorherigen Veranstaltungen mit einer intersektionalen Perspektive zusammen. Die Gynäkologin und Geburtshelferin N’joula Baryoh gab zu Beginn einen Einblick in die historischen Ursprünge von Diskriminierung und Rassismus in Wissenschaft, Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe. Anhand von Fallbeispielen und Studien zeigte sie auf, wie sehr rassistische Strukturen und Stereotypisierungen zu Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung sowie einer erhöhten Mortalität von Schwarzen Schwangeren und Gebärenden beitragen. Im Anschluss führten die Hebammen Emine Babac und Christiane Winkler die circa 80 Teilnehmenden in das Konzept der Geburtsgerechtigkeit (Birth Justice) ein und verdeutlichten, warum eine intersektionale und empathische Perspektive wichtig ist, um eine gerechte geburtshilfliche Versorgung für alle Menschen zu erreichen.

In den 22 Monaten Projektlaufzeit wurde klar, dass es unbedingt Veränderungen in der gesundheitlichen Versorgung rund um die Geburt braucht, und zwar auf politischer, struktureller, institutioneller und individueller Ebene. Der multiprofessionellen Zusammenarbeit aller Fachkräfte kommt in diesem Prozess eine Schlüsselfunktion zu. Um reproduktive Gerechtigkeit zu erreichen, ist es essenziell, alle Menschen mitzudenken – denn der Zugang zu einer selbstbestimmten Schwangerschaft und Geburt ist ein Menschenrecht. Relevant ist dieses Ziel auch über den Kreißaal hinaus: Eine gerechte Geburtshilfe, in der Menschen selbstbestimmte Erfahrungen machen können und in der diskriminierungssensibel gearbeitet wird, trägt zur gesellschaftlichen Teilhabe und somit zur Stärkung unserer Demokratie bei.



Wir möchten uns bei allen Personen bedanken, die am Projekt mitgewirkt, sich dafür interessiert und an den Veranstaltungen teilgenommen haben. Das große Interesse und das Engagement der Teilnehmenden zeigen, dass die eigene Sensibilisierung ein erster wichtiger Schritt ist, den viele Fachkräfte gehen möchten. Auch Vernetzung und Empowerment erwiesen sich im Laufe

des Projekts immer wieder als wichtige Schritte auf dem Weg hin zu reproduktiver Gerechtigkeit und mehr Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Auch wenn – oder gerade weil – dieses Projekt nun zu Ende geht, möchte Sie der pro familia Bundesverband unbedingt ermutigen, diesen Weg auch in Zukunft weiterzugehen.



© Isabell Steinert Fotografie

Geburtshilfe in der Krise: Handlungsbedarf und Lösungsansätze

Katharina Desery

Schwangere und Eltern sehen sich mit einer Vielzahl von Problemen rund um die Begleitung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes konfrontiert. Gerade in dieser hochsensiblen und für das spätere Leben so prägenden Phase ist die Versorgung viel zu häufig von Gewalterfahrungen, Traumatisierung und Diskriminierung bestimmt. Betroffene Personen, aber auch immer mehr Hebammen, Gynäkolog*innen und Kinderärzt*innen kommen zu dem Schluss, dass Familien vielerorts nicht gut versorgt sind. Manche sprechen sogar von einer Krise der Geburtshilfe – eine Einschätzung, die wir als Elternorganisation teilen.

Doch wie lässt sich angesichts des krisenhaften Zustands der Geburtshilfe eine gerechtere, Selbstbestimmung fördernde und diskriminierungssensiblere Versorgung rund um die Geburt erreichen? Welche Forderungen an die Politik und die Kliniken, aber auch an die in der Geburtshilfe tätigen Berufsgruppen stellen wir als Elternvertretung?

Um die strukturellen und individuellen Voraussetzungen für eine gute Geburtserfahrung zu schaffen, muss das Recht der Schwangeren und Gebärenden auf körperliche Unversehrtheit im Mittelpunkt stehen. Dabei handelt es sich um ein Menschenrecht, das nicht verhandelbar ist – auch nicht während der Schwangerschaft und bei der Geburt. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit ist eng verbunden mit dem Recht auf Selbstbestimmung, also darauf, in Bezug auf den eigenen Körper freie Entscheidungen treffen zu können. Beide Grundrechte müssen gerade für die sensible und lebensprägende Phase von Schwangerschaft und Geburt gewahrt werden.

Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ als Wegweiser

Das Betreuungskonzept der frauenzentrierten Geburtshilfe, so wie es das Nationale Gesundheitsziel „Gesund-

heit rund um die Geburt“ (NGZG) vorsieht, eignet sich hervorragend für die Wahrung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit. Mit dem NGZG haben im Jahr 2017 Bund, Länder, die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, Ärzt*innen, Hebammen sowie weitere Leistungserbringer im Gesundheitswesen eine ganze Fülle an Empfehlungen herausgebracht, deren Umsetzung die Frauen- und Familiengesundheit nachhaltig verbessern würde. Wie auch weitere neun Nationale Gesundheitsziele ist das NGZG darauf ausgerichtet, gesundheitsfördernde Strukturen zu stärken.

Die Strukturen rund um die Geburt müssen eine qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie und frauenzentrierte Versorgung sicherstellen. Der Begriff „frauenzentriert“ aus dem NGZG berücksichtigt nicht-binäre Personen, inter* Personen und trans* Männer leider nicht. Aus unserer Sicht muss die geburtshilfliche Betreuung jedoch alle Personen zentrieren, die schwanger werden und Kinder gebären. Frauenzentrierte Betreuung als interdisziplinäres Betreuungskonzept definieren wir in Anlehnung an das NGZG folgendermaßen:

1. Schwangere und Gebärende haben die Wahl (Begleitung, Behandlung, Geburtsort) und können informierte Entscheidungen treffen (*Choice*).
2. Schwangere und Gebärende haben die persönliche Kontrolle, ihr Recht auf Selbstbestimmung wird gewahrt (*Control*).
3. Schwangere und Gebärende werden kontinuierlich von einer oder mehreren Personen betreut, die sie kennen (*Continuity*).
4. Die Kompetenzen Schwangerer und Gebärender, eigene Entscheidungen treffen zu können, werden anerkannt, einschließlich sozialer, emotionaler, körperlicher, psychosozialer, spiritueller und kultureller Bedürfnisse und Erwartungen.
5. Schwangere und Gebärende sind aktiv und selbstbestimmt an der Geburt beteiligt.



Das Betreuungskonzept einer frauenzentrierten Geburtshilfe erfordert die Mitwirkung der geburtshilflich arbeitenden Berufsgruppen, insbesondere von Hebammen und Gynäkolog*innen, Pflegedienst- und Klinikleitungen.

Mit welchen konkreten Maßnahmen lässt sich eine frauenzentrierte Versorgung im Klinikalltag unterstützen? Mother Hood e. V. hat Vorschläge für fünf Handlungsfelder:

1. Selbstbestimmung und Rechte von Schwangeren und Gebärenden wahren

Gebärende müssen die Möglichkeit haben, selbstbestimmte Entscheidungen während der Geburt zu treffen. Dazu gehört auch die Beachtung des Patient*innenrechtegesetzes.

2. Medizinische Leitlinien in der Klinikpraxis umsetzen

Medizinische Leitlinien sollen Qualität in der gesundheitlichen Versorgung sicherstellen. Ihre Umsetzung ist auch im Bereich der geburtshilflichen Versorgung wichtig. Es gibt aktuell mehrere Leitlinien rund um die Geburt, insbesondere die beiden S3-Leitlinien „Vaginale Geburt am Termin“ (2021) sowie „Sectio Caesarea“ (Kaiserschnittgeburt, 2020).

3. Breites Spektrum geburtshilflicher und nachgeburtlicher Angebote realisieren

Jede Geburtsstation muss über ein breites Spektrum an geburtshilflichen Angeboten verfügen, um möglichst vielen Bedürfnissen bestmöglich zu begegnen. Dazu gehören zum Beispiel interventionsarme Geburten im Hebammenkreißsaal oder die Begleitung von Geburten in Beckenendlage.

4. Bindungsaufbau und Stillen bei gesunden und kranken Neugeborenen sowie Frühgeborenen fördern

Eine stabile Bindung zwischen Eltern und Kind wirkt sich positiv und langfristig auf die Gesundheit aus. Mütter und Elternteile, die stillen möchten, erhalten eine um-

fassende Stillunterstützung. Best-Practice-Beispiele sind hier Unterstützung nach dem WHO/UNICEF-Zertifikat „Babyfreundlich“ und Stillberatung nach IBCLC-Kriterien.

5. Befragung zur Geburtserfahrung und Schulungen in traumasensibler Betreuung

Geburtskliniken befragen Mütter standardisiert nach ihren Erfahrungen mit der geburtshilflichen Versorgung. Die Ergebnisse werden in einem interdisziplinären Team ausgewertet und fließen in die regelmäßig stattfindenden Schulungen in traumasensibler Betreuung ein.

Es gibt bereits Kliniken, die diese Maßnahmen ganz oder teilweise in ihrer Geburtshilfe umsetzen. Sie zeigen, dass eine frauenzentrierte Geburtshilfe grundsätzlich möglich ist. Doch von einer flächendeckend guten Versorgung kann nicht die Rede sein. Deshalb ist es entscheidend, dass die Politik endlich ihre Verantwortung für die jährlich mehr als 700.000 Gebärenden sowie ihre Kinder und Familien – zusammen also mehr als 1,4 Millionen Betroffene jedes Jahr – ernst nimmt und die Umsetzung aller Maßnahmen aus dem NGZG vorantreibt.

Verpasste Chance: Aktionsplan der Bundesregierung für eine bessere Versorgung rund um die Geburt

Die Frage, wie sich die Rahmenbedingungen hin zu einer frauenzentrierten Geburtshilfe verändern lassen, ist nicht einfach zu beantworten. Zu vielschichtig sind aufgrund des föderalen Systems unseres Landes sowie der verschiedenen involvierten Berufsgruppen die Verantwortlichkeiten, gesetzlichen Regelungen und berufsständischen Interessen. Nicht zuletzt steht auch die häufig nicht unbedingt frauenfreundliche, ja teilweise sogar paternalistische Haltung von Beteiligten möglichen Veränderungen entgegen.



Foto: Studio Una Berlin

Katharina Desery

ist Gründungsmitglied von Mother Hood e. V., seit 2017 im Vorstand und hauptamtlich für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Für die gelernte *Public Relations*-Fachfrau sind die Frauen- und Menschenrechte rund um die Geburt der Motor ihres Engagements. Katharina Desery lebt mit ihrem Mann und den drei Kindern in der Nähe von Köln.



So ist es nicht verwunderlich, dass im Rahmen unseres Engagements Vertreter*innen der Kliniken, der Berufsgruppen, der Landes- und Bundespolitik die Verantwortlichkeit regelmäßig an eine andere Instanz weiterreichen: Kliniken an die Länder, der Bund an die Länder, die Länder an den Bund. Alle zusammen nehmen sie Hebammen und Ärzt*innen in die Pflicht und diese wiederum schreiben häufig den Gebärenden selbst die Verantwortung zu: Sie hätten zum Beispiel zu hohe Erwartungen in Bezug auf die Geburt ihres Kindes.

Wegen der Vielschichtigkeit, aber vor allem auch aufgrund der massiven Auswirkungen, die eine schlechte geburtshilfliche Versorgung auf Familien und die Gesellschaft insgesamt hat, ist es zwingend notwendig, dass alle Akteur*innen an einem Strang ziehen. Dafür steht auch das NGZG. Deshalb fordern verschiedene Organisationen, wie zum Beispiel Mother Hood e. V. und der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), aber auch der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de, eine konzertierte Aktion seitens der Bundesregierung zur Umsetzung des NGZG.

Die Forderung blieb nicht ungehört: Im Sommer 2024 hat die Bundesregierung einen bereits in ihrem Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 festgeschriebenen Aktionsplan veröffentlicht, der online einsehbar ist: „Gesundheit rund um die Geburt“.

Dem im NGZG formulierten Gesundheitsziel einer frauenzentrierten Versorgung wird der Aktionsplan allerdings nicht gerecht. Zu viele Bereiche, Empfehlungen und dringend notwendige Reformschritte bleiben unberücksichtigt. Den zentralen Begriff des NGZG von einer frauenzentrierten Versorgung nimmt der Aktionsplan noch nicht einmal auf. Schlüsselbegriffe wie Selbstbestimmung und Empowerment der Gebärenden kommen ebenfalls nicht vor. Des Weiteren fehlen zentrale Themen wie Traumatisierung und Gewalterfahrungen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt sowie eine daraus abgeleitete Notwendigkeit, mehr Unterstützungsangebote zu schaffen. Und dieser Mangel besteht, obwohl sich Deutschland entsprechend der Istanbul-Konvention des Europarates dazu verpflichtet hat, jeglichen Formen von Gewalt gegen Frauen entgegenzuwirken!

Zudem entzieht sich die Bundesregierung der Verantwortung für dringend notwendige Veränderungsprozesse, indem sie darauf hinweist, lediglich Maßnahmen festschreiben zu wollen, die in die Kompetenz des Bundes fallen und daher auf Bundesebene umgesetzt werden können.

Die Bundesregierung verpasst damit die Chance, mit einem Aktionsplan auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung Strukturen zu schaffen und zu unterstützen, die zu einer besseren Versorgung führen würden. Immerhin: Der Aktionsplan fasst die vielfältigen Probleme gut zusammen und verdeutlicht den Handlungsbedarf: „Die aktuelle Ausgangslage ist auch gekennzeichnet von einer im internationalen Vergleich relativ hohen Rate an Geburten mit medizinischen Interventionen, inklusive Kaiserschnitten, sowie von Beschwerden von Familien und Verbänden über unzureichende geburtshilfliche Kapazitäten und über die Versorgung und Betreuung vor, unter und nach der Geburt. Zudem bestehen soziale Ungleichheiten im Zugang und der Inanspruchnahme einer bedarfsgerechten Grundversorgung und von Unterstützungsangeboten in der Lebensphase rund um die Geburt.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2024: 4)

Um die von zahlreichen Organisationen und Akteur*innen einschließlich der Betroffenen selbst vorgebrachten, teils massiven Probleme zu lösen, bedarf es seitens der Politik ein Umdenken. Die Bundesregierung muss sich deutlicher als bisher für Veränderungen und die Umsetzung der Maßnahmen des NGZG einsetzen. Für diesen komplexen Veränderungsprozess braucht es beispielsweise eine Koordinierungsstelle, die einen umfassenden interdisziplinären und sektorenübergreifenden Nationalen Aktionsplan auf Grundlage des NGZG entwickelt und interministeriell arbeitet.

Zu den wichtigsten Hausaufgaben, die die Politik endlich erledigen muss, gehört eine Qualitätssicherung, welche die tatsächliche Versorgungsqualität überprüft. Hierbei muss die Nutzer*innenperspektive deutlich stärker berücksichtigt und die Eins-zu-eins-Geburtsbegleitung durch Hebammen als Qualitätskriterium eingeführt werden. Zudem ist es zwingend notwendig, dass die Geburtshilfe bedarfsgerecht und unabhängig von den Geburtenzahlen einer Klinik („Fallzahlen“) vergütet wird. Außerdem muss die Bundesregierung und müssen die



Bundesländer endlich gemäß Istanbul-Konvention Gewalt und Respektlosigkeit in der Geburtshilfe als eine Form von Gewalt gegen Frauen anerkennen und mit umfassenden Maßnahmen gegensteuern, zum Beispiel mit Melde- und Anlaufstellen für Betroffene.

Das Ziel einer guten Versorgung rund um die Geburt für alle muss als eine Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft verstanden werden. Gute Bedingungen für Schwangerschaft und Geburt stärken die Gebärenden, sie stärken Frauen und Familien. Gestärkte Frauen und Familien sind der Grundstein für eine starke Demokratie und deutlich resilienter gegenüber plötzlich auftretenden Krisenereignissen und anti-demokratischen Einflüssen.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Broschüre. Online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Aktionsplan der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“. Online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/aktionsplan-der-bundesregierung-gesundheit-rund-um-die-geburt



© Isabell Steinert Fotografie



Intersektionalität und Queersensibilität in der Hebammen*arbeit

Inés Hinze Garcia

Eine intersektionale und queersensible Haltung ist in der Hebammen*arbeit unbedingt notwendig. Als Grundlage dafür geht der folgende Artikel darauf ein, wie sich verschiedene Diskriminierungskategorien auf die Geburtshilfe auswirken. Er erläutert außerdem den Begriff Intersektionalität und seinen historischen Kontext. Für eine intersektionale und queersensible Praxis stellt der Artikel kurz einige Netzwerke und Organisationen vor, die sich gegen Diskriminierung einsetzen, und reißt die Relevanz von Intersektionalität und Queersensibilität in der Lehre der Hebammenwissenschaften an. Dieser Artikel soll ein Einstieg in die Thematik sein und erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit – im Gegenteil, er ist eher als Einladung zur weiteren Auseinandersetzung damit zu verstehen.

Ein weites Feld: Verschiedene Ebenen von Diskriminierung in der geburtshilflichen Versorgung

Welche Rolle Mehrfachdiskriminierung in der geburtshilflichen Versorgung spielt und wie sie mit Gewalt in der Geburtshilfe zusammenhängt, wurde noch nicht umfassend erforscht. Deshalb werden im Folgenden zunächst verschiedene Diskriminierungsformen und ihre Auswirkungen auf Geburt und Gesundheit angeführt.

In der Studie „Queer und Schwanger“ haben mehr als doppelt so viele trans* und intergeschlechtliche Menschen als cis und endogeschlechtliche Frauen angegeben, Gewalt und Diskriminierung während der Geburt erlebt zu haben (Salden et al. 2022).

Der Afrozensus von 2020 belegt die Diskriminierung von Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Personen im deutschen Gesundheitssystem. Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass von ihnen beschriebene Beschwerden im deutschen Gesundheitssystem nicht ernstgenommen wurden. Spezifische Daten zu Diskri-

minierung bei der Geburt aufgrund von Rassismus gibt es für Deutschland (noch) nicht. Studien aus den USA belegen jedoch, dass das Risiko, während und nach der Geburt zu sterben, für Schwarze Personen dreimal höher ist als für *weiße* (vgl. Centers for Disease Control and Prevention 2020). Außerdem liegen Studienergebnisse aus den USA dazu vor, dass People of Color im Durchschnitt seltener und weniger Schmerzmittel erhalten (Badreldin et al. 2019).

Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ wird eine Studie des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands von 2016 zu Armut in Deutschland aufgeführt. Für die Hebammen*arbeit sind fast alle Ergebnisse aus dieser Studie relevant – hier nur ein paar Beispiele: 24,6 % der Familien mit drei und mehr Kindern sowie 41,9 % der Alleinerziehenden sind von Armut betroffen (Bundesministerium für Gesundheit 2017). Menschen mit Migrationsgeschichte, Menschen ohne deutschen Pass und Menschen ohne Abitur sind zudem überdurchschnittlich von Armut betroffen (vgl. ebd.).

Eine Studie der BARMER zeigt zudem, dass 31 % aller Schwangeren mit geringem Einkommen bis zur Geburt keinen Hebammen*kontakt hatten (Hertle et al. 2021). Bei Schwangeren mit hohem Einkommen sind es mit 11 % deutlich weniger (ebd.).

Diese Zahlen machen bereits deutlich, wie relevant unterschiedliche Diskriminierungskategorien für die Hebammen*arbeit sind. Darüber hinaus ist auch geschlechtsspezifische Gewalt ein relevanter Faktor. Gewalt in der Geburtshilfe ist eine Form geschlechtsspezifischer Gewalt. Patriarchale Machtstrukturen als Norm schaffen Diskriminierung und machen Geschlecht zu einer weiteren Diskriminierungskategorie.

Machtverhältnisse und die Konstruktion einer bestimmten Norm sind für alle Diskriminierungsebenen zentral.

Während es zum Beispiel als Norm gesetzt wird, weiß, christlich, heterosexuell und nicht-behindert zu sein, gehen alle Abweichungen von dieser Norm mit Diskriminierung einher. Wenn Menschen von der Norm abweichen, fällt ihnen dies in der Regel durchgehend im Alltag auf. Wenn sie der Norm entsprechen, ist dies deutlich weniger der Fall. Oder wie Carolin Emcke es in „Wie wir begehren“ ausgedrückt hat: „Normen als Normen fallen uns nur auf, wenn wir ihnen nicht entsprechen, wenn wir nicht hineinpassen, ob wir es wollen oder nicht. [...] Wer den Normen entspricht, kann es sich leisten zu bezweifeln, dass es sie gibt.“ (Emcke 2013: 21)

Was bedeutet diskriminierungssensible Hebammen*arbeit?

Wenn wir uns in unserer alltäglichen Arbeit nicht klar machen, was es heißt, in einem patriarchalen und strukturell diskriminierenden System ein Kind zu bekommen, dann können wir die Familien nicht ihren individuellen Bedarfen entsprechend begleiten. Kriege, Klimawandel und Flucht sind aktuelle Krisen, die die gesamte Gesellschaft betreffen und auch in Zukunft Ungleichheitskategorien stetig verstärken werden. Eine intersektionale und queere feministische Perspektive auf die Hebammen*arbeit ist deshalb unabdingbar.

Hebammen*arbeit betrifft viele Menschen mit unterschiedlichsten Ausgangsbedingungen. Das sollten sich alle Hebammen* stets bewusst machen. Dabei geht es nicht darum, bestimmte Menschen aufgrund von (Mehrfach-)Diskriminierung grundsätzlich anders zu begleiten, sondern soziale Ungleichheiten mitzudenken und die Betreuung (bei Bedarf) daran anzupassen.

Hebammen*arbeit hat eine große politische Dimension und Hebammen* können sich dazu entscheiden, ihre Arbeit als politische Arbeit zu begreifen. Meiner Meinung nach führt daran kein Weg vorbei.

Eine intersektionale und queere feministische Perspektive können Hebammen* sich erarbeiten. Das erfordert eine (kontinuierliche) Bereitschaft zum Lernen und vor allem zur Selbstreflexion.

Ein Werkzeug, um Diskriminierung besser zu verstehen: Intersektionalität

Das Konzept der Intersektionalität beleuchtet das Zusammenwirken unterschiedlicher Diskriminierungskategorien. Der Begriff wurde maßgeblich geprägt von Kimberlé Crenshaw. Crenshaw ist Aktivistin und Juristin und beschrieb das Zusammenwirken von verschiedenen Machtverhältnissen. Sie bediente sich hierbei an der Metapher der Straßenkreuzung. In der Mitte der Kreuzung treffen die unterschiedlichen Diskriminierungsebenen zusammen, wirken gleichzeitig und verschränken sich.

Ursprünglich ging es bei Intersektionalität vor allem um die Diskriminierung aufgrund von *race*, Geschlecht und Klasse. Der Begriff wurde jedoch stetig weiterentwickelt und kann auch auf andere Ebenen der Ungleichheit, wie sexuelle Orientierung, Herkunft, Behinderung, Alter etc. angewendet werden.

Crenshaw ist nicht die ‚Erfinderin‘ der Intersektionalität, sie nannte den Begriff nur als Erste in einem Artikel und stieß damit die Forschung rund um Intersektionalität an. Bereits der berühmte Satz „And ain’t I a woman?“



Inés Hinze Garcia

(Pronomen sie/ihr) ist als selbstständige Hebamme in der häuslichen Schwangerschafts- und Wochenbettbegleitung tätig. Zusätzlich arbeitet sie als Praxisbegleitung für Studierende der Hebammenwissenschaft in Marburg. Sie ist Mitglied bei *Doctors for Choice* (Arbeitskreis *Midwives for Choice*) und im *Netzwerk für queersensible Geburtshilfe*.

Foto: privat



(„Bin ich etwa keine Frau*?“) von Sojourner Truth 1851 auf der Frauen*rechtskonvention in Akron, Ohio zeugt von einem intersektionalen Verständnis. Sie setzte sich gegen die Sklaverei, für Frauenrechte und die Rechte Schwarzer Menschen ein und verknüpfte die Themen in ihrem politischen Engagement.

Ebenso prägte die Arbeit des Combahee River Collective, welches seit 1974 existierte, das Verständnis von Intersektionalität, ohne den Begriff zu benennen. Dieses Kollektiv Schwarzer Feministinnen beschäftigte sich eingehend mit den Unterdrückungskategorien *race*, Klasse und Gender. Sie veröffentlichten unter anderem ein feministisches Manifest und beschrieben sehr deutlich, dass „es oft schwer [ist], rassistische von klassistischer und von sexistischer Unterdrückung zu trennen, da wir diese Diskriminierungsformen in unserem Leben meistens gleichzeitig erfahren. Wir wissen, dass es rassistisch-sexistische Unterdrückung gibt, die weder nur rassistisch noch nur sexistisch ist [...]“ (Combahee River Collective 2022 [1977]: 52).

Die Theorie der Intersektionalität kann ein Werkzeug zur Analyse sozialer Ungleichheits-, Macht- und Herrschaftsverhältnisse bieten. Theorien zu sozialer Ungleichheit

können uns helfen, die Realität besser zu verstehen, verändern sie jedoch nicht. Doch Selbstreflexion, Weiterbildung und aktives Engagement können auf ihrer Basis Veränderungen voranbringen.

Organisationen und Netzwerke gegen Diskriminierung im Gesundheitssystem

Um Veränderungen voranzubringen, haben sich in Deutschland bereits viele Menschen zusammenschlossen. In unterschiedlichen Organisationen und Netzwerken setzen sie sich für eine bessere gesundheitliche Versorgung ein, bieten Fortbildungen zu Diskriminierungsthemen an oder geben Impulse zur Selbstreflexion.

Für (werdende) Hebammen* und andere Personen aus dem Feld der reproduktiven Versorgung bietet die Gruppe *Hebflexion* in Berlin regelmäßig die Möglichkeit zur Selbstreflexion und Intervention für Hebammen*. Es gibt Workshopangebote zu unterschiedlichen Themen beziehungsweise Diskriminierungskategorien und deren Einfluss auf die Hebammen*arbeit. Die Angebote finden in Präsenz und/oder online statt.



© Isabell Steinert Fotografie

Die Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist oft schlecht. Daher gibt es in vielen Städten *MediNetze* beziehungsweise *MediBüros* – Organisationen, die sich ehrenamtlich für die medizinische Versorgung eben dieser Menschen einsetzen. Der Hintergrund: Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz steht allen eine medizinische Behandlung zu, dafür ist jedoch eine Meldung beim Sozialamt notwendig – und alle öffentlichen Behörden sind dazu verpflichtet, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde zu melden, womit potenziell eine Abschiebung droht. Informationen, die den Sozialämtern aus einer ärztlichen Konsultation vorliegen, sind seit 2009 von dieser Regelung ausgenommen. Diese Ausnahme wird in vielen Sozialämtern jedoch nicht praktiziert und die Meldungen erfolgen trotzdem. Das führt dazu, dass Menschen ohne Aufenthaltsgenehmigung sich seltener oder zu spät trauen, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Jedes *MediNetz* oder *MediBüro* arbeitet vor Ort direkt mit Personen aus dem Gesundheitssystem zusammen, die sich bereit erklären, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus diskret zu behandeln – so etwa mit Hebammen*, Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen und weiteren Berufsgruppen.

Das *Fortbildungskollektiv Queersensible Geburt* bietet Fortbildungen, Vorträge und Workshops zu Queersensibilität rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an. Interessierte Menschen können sich bei öffentlichen Angeboten anmelden oder das Kollektiv einladen, zum Beispiel in der eigenen Klinik, Praxis oder Hochschule einen Input zu geben.

Diskriminierungssensible Ansätze im Hebammen*studium

Diskriminierungssensible Ansätze finden langsam Einzug in die Lehre der Hebammenwissenschaften und können so schon früh auf dem Weg der Professionalisierung thematisiert werden. Einzelne Hochschulen haben Inhalte wie Intersektionalität oder Diskriminierung bereits in ihren Modulplänen verankert, so zum Beispiel in Fulda, Berlin oder Jena. Die konkrete Umsetzung ist dabei in hohem Maße abhängig von den jeweiligen Lehrpersonen und dem Stellenwert im Lehrplan.

Wenn Studierenden der Hebammenwissenschaften eine diskriminierungssensible berufliche Haltung nahegebracht werden soll, dann sollten sie schon früh im Studium mit Themen wie Antidiskriminierung, sozialen Ungleichheiten, geschlechtlicher und sexueller Vielfalt sowie Gewalt in der Geburtshilfe in Berührung kommen. Gesellschaftliche Machtverhältnisse und deren Auswirkungen auf die Hebammen*arbeit sollten in allen Curricula verankert sein.

Ein Fazit – und ein Aufruf

Hebammen*arbeit betrifft einen Großteil der Menschen. Beinahe alle Menschen, die eine Familie gründen (wollen), begegnen Hebammen*. Das passiert unabhängig von Klasse, Herkunft, Sexualität, Religion, Hautfarbe, Bildungsgrad, und weiteren Kategorien. Während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und spätestens mit der Elternschaft wird höchstwahrscheinlich jede mögliche Diskriminierungskategorie wirksam. Je nach Arbeitsort begegnet man in der Hebammen*arbeit dem Querschnitt der Gesellschaft. Hebammen*arbeit muss daher immer diskriminierungssensibel, wertfrei und bedürfnisorientiert erfolgen.

Literatur

Aikins, Muna AnNisa/Bremberger, Teresa/Aikins, Joshua Kwesi/Gyamerah, Daniel/Yıldırım-Calıman, Deniz (2021): *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Online unter: <https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt*. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf

Badreldin, Nevert/Grobman, William A./Yee, Lynn M. (2019): *Racial Disparities in Postpartum Pain Management*. *Obstet Gynecol*. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6905121/>



Centers for Disease Control and Prevention (2020): Pregnancy Mortality Surveillance System. Online unter: <https://www.cdc.gov/maternal-mortality/php/pregnancy-mortality-surveillance>

Combahee River Collective (2022 [1977]): Ein Schwarzes Feministisches Statement. In: Kelly, Natasha A. (Hg.): Schwarzer Feminismus. Grundlagentexte. Münster: Unrast Verlag, S. 47–60.

Emcke, Carolin (2013): Wie wir begehren. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Fortbildungskollektiv Queersensible Geburt. <https://www.queersensible-geburt.com>

Hebflexion. Instagram: @hebflexion_berlin, Kontakt: hebflexion@riseup.net

Hertle, Dagmar/Lange, Ute/Wende, Danny (2021): Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. In: Gesundheitswesen 2023/85, S. 364–370.

Jung, Tina (2024): Intersektionalität und Diskriminierung: Klassismus und Gewalt in der Geburtshilfe. In: Kruse, Martina/Hartmann, Katharina (Hg.): Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 75–81.

Medibüros. <https://medibueros.org>

Salden, Ska/Netzwerk Queere Schwangerschaften (2022): Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung. Policy Paper, herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung. Online unter: <https://www.boell.de/de/2022/02/24/queer-und-schwanger>

Truth, Sojourner (2022 [1851]): Bin ich etwa keine Frau*?. In: Kelly, Natasha A. (Hg.): Schwarzer Feminismus. Grundlagentexte. Münster: Unrast Verlag, S. 16.

Wallace, Maeve E./Friar, Norah/Herwehe, Jane Herwehe/Theall, Katherine P. (2020): Violence as a direct cause of and indirect contributor to maternal death. In: Journal of Women's Health 29 (8), S. 1032–1038. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7462032/>

Winkler, Christiane (2022): Birth Justice: Intersektionale Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt. Masterarbeit. Hochschule Merseburg. Online unter: https://www.opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/94328/1/Winkler-Christiane_Birth_Justice_Intersektionale_Perspektiven_auf_Ungleichverh%C3%A4ltnisse.pdf

Winkler, Gabriele/Degele, Nina (2009): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten. 2. unveränderte Auflage, Bielefeld: transcript.

World Health Organization (2024): Fact Sheet on Maternal Mortality. Online unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Traumasensible Unterstützung von schwangeren Personen und Eltern

Martina Kruse

Traumasensibilität ist ein Schlagwort, das mit Leben gefüllt sein muss. Traumasensibilität ist kein Tool, das nur in bestimmten Situationen hervorgeholt werden kann und sollte. Traumasensibilität beschreibt die Haltung, mit der wir Menschen im beruflichen und privaten Alltag begegnen. Sie ist nicht nur Menschen vorbehalten, von denen bekannt ist, dass sie traumatische Erfahrungen gemacht haben. Denn vielfach werden die Vorerfahrungen gar nicht erfragt – und Betroffene sprechen von sich aus oftmals nicht darüber. Wer traumasensibel handelt, weiß, dass viele Menschen Traumata erlebt haben, kennt die (möglichen) Folgen und kann diese sensibel wahrnehmen. Diese Haltung ist Prävention: Das Risiko für eine übergriffige Erfahrung wird reduziert. Gleichzeitig ermöglicht sie Menschen, die an Traumafolgen leiden, positive und förderliche Erfahrungen mit Fachkräften – das kann ein Stück zur Gesundung beitragen.

Was beinhaltet eine traumasensible Haltung?

Die Grundlage einer traumasensiblen Haltung ist die Annahme des Guten Grundes. Menschen, die an Traumafolgen leiden, reagieren manchmal unerwartet und für Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht nachvollziehbar. Eine schwangere Person raucht zum Beispiel weiter, obwohl sie weiß, dass das schädlich ist. Eine andere achtet nicht auf ihre Zuckererkrankung in der Schwangerschaft und schadet sich und ihrem Kind mit ihrem Verhalten. Eine weitere schreit das Personal in der gynäkologischen Praxis an und verlässt wutschnaubend die Räume. Für dieses Verhalten gibt es vermutlich einen guten Grund, der sich uns nicht unbedingt erschließen muss. Das Rauchen kann eine Regulationsmöglichkeit sein, um Stress abzubauen. Das Gleiche gilt für das Beispiel mit dem Zucker – was würde die Person tun, wenn ihr durch eine Diät diese Möglichkeit genommen würde? Auf ein anderes, schädliches Verhalten zurückgreifen, das ihr dabei hilft, ihre Emotionen im Griff zu halten? Die Person, die

wütend die Praxis verlässt, wurde vielleicht durch irgendetwas angetriggert, ist in dem Moment gar nicht im Hier und Jetzt, sondern im ‚Damals‘ und reagiert, wie es in der vergangenen Situation hilfreich war: mit Kampf oder Flucht. Traumasensibel zu sein, bedeutet, Wertschätzung für die manchmal ungewöhnlichen Verhaltensweisen zu zeigen, sie nicht als Defizit zu sehen („die verantwortungslose Gebärende“), sondern sich zu fragen, wofür das Verhalten wohl gut sein mag. So ergeben sich neue Arbeitsansätze.

Förderung der Selbstwirksamkeit und Förderung der Autonomie

Sich in einer traumatischen Situation zu befinden, bedeutet, keine Kontrolle mehr zu haben, sich hilflos und ausgeliefert zu fühlen. Eine traumasensible Haltung berücksichtigt dies und fördert die entsprechende Gegen-erfahrung: Selbstwirksamkeit. Gerade in der Betreuung rund um die Geburt wird schwangeren Personen und Eltern ihre Selbstwirksamkeit häufig abgesprochen. Das gesamte Umfeld weiß, was gut und richtig ist. Von medizinischer Seite aus wird häufig Druck ausgeübt („das muss so sein, wenn Sie nicht einverstanden sind, schaden Sie Ihrem Kind“). Kliniken und Geburtsorte handeln in der Regel nach Standards, bei denen die Gebärenden kaum mitsprechen können. Es werden venöse Zugänge gelegt, regelmäßige vaginale Untersuchungen durchgeführt – weil das schon immer so gemacht wurde. Die einzelne Person mit ihren Bedürfnissen und persönlichen Herausforderungen folgt wider dem eigenen Instinkt diesen Regeln – „weil man das eben so macht“. Dabei geht sie vielmals über ihre Grenzen und erlebt Stress, dissoziiert oder gerät in einen Flashback.

Eine traumasensible Vorbereitung und Unterstützung stärkt die Schwangeren und Elternteile in ihren eigenen Wahrnehmungen und macht ihnen Mut, für sich einzutreten. Besonders gut geeignet ist dafür der Fragenkatalog



mit dem Akronym VRANNI, der auf der Internetseite des Vereins Traum(a)geburt e. V. unter dem Stichwort Safety Card abgerufen werden kann. Mit VRANNI können Menschen bei vorgeschlagenen Interventionen alle nötigen Informationen bekommen, um eine eigenständige Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme treffen zu können.



VRANNI steht für:

V – Welche **Vorteile** hat die vorgeschlagene Intervention?

R – Welche **Risiken** sind damit verbunden?

A – Welche **Alternativen** gibt es dazu?

N – Ist es eine **Notfallsituation**? (Ein Notfall erfordert ein schnelles Handeln. Ist es keiner, so kann die Person in Ruhe über ihre Entscheidung nachdenken)

N – Was passiert, wenn **nichts** getan wird?

I – Was sagt mein Bauchgefühl/meine **Intuition** dazu?

Im Idealfall beantworten Fachkräfte in der Geburtshilfe von sich aus alle diese Fragen, da sie zu einer guten Aufklärung dazugehören. Auch andere Professionen können sich daran orientieren, denn auch in der Schwangerschaftsberatung, in der sozialpädagogischen Familienhilfe, in kinderärztlichen oder gynäkologischen Praxen werden Entscheidungen getroffen.

Hochbelastete Menschen werden von Fachkräften oftmals tatkräftig unterstützt. Dagegen ist prinzipiell nichts einzuwenden, allerdings kann damit auch das Gefühl vermittelt werden: „Ich traue dir nicht zu, dies oder jenes eigenständig zu erledigen.“ Es ist lohnenswert und fördert die Selbstwirksamkeit, wenn Menschen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst bewähren können und erfahren, dass sie Herausforderungen meistern können. Das stärkt das Selbstvertrauen.

Transparenz und Verlässlichkeit

Das Handeln von Fachkräften sollte vorhersehbar und transparent gestaltet sein. Auch dies ist eine Gegenerfahrung zum Kontrollverlust des Traumas. Wenn die betroffene Person weiß, was wann warum und wie geschieht,

kann sie sich darauf einstellen und für sich sorgen. Lange Zeiten im Wartebereich, ohne zu wissen, warum und wie lange noch, erhöhen das Stresslevel und führen zu Unsicherheit. Hausbesuche oder Termine in Beratungsstellen sind für manche Menschen sehr anstrengend, umso mehr, wenn sie nicht wissen, wie lange der Termin in der Regel dauert.

Vertrauen kann auch verspielt werden. „Sie können mich jederzeit anrufen!“ stimmt selten. Wenn ein*e Klient*in dann am späten Abend anruft und niemanden erreicht, so hat sich die entsprechende Fachkraft als nicht verlässlich gezeigt. Besser ist es, von vornherein die eigenen Arbeitszeiten und die Grenzen und Themen der Zusammenarbeit für beide Seiten klarzustellen.

Sicherheit

Trauma bedeutet Unsicherheit. Wer unsicher ist, kann nur schwer neue Lernerfahrungen machen. Damit sich Menschen sicher fühlen können, sollte der Kontakt mit den professionellen Helfer*innen entsprechend gestaltet sein. In fremden Räumen beruhigt es viele Menschen, wenn sie wissen, was sich hinter den anderen Türen verbirgt. Eine freie Platzwahl im Beratungsraum ermöglicht es, den Stuhl zu wählen, der für die eigenen Bedürfnisse optimal geeignet ist. Die eine braucht den Blick auf die Tür, um zu sehen, wer kommt, der andere möchte vielleicht nah an der Tür sitzen, um schnell fliehen zu können. Bei Hausbesuchen muss klar sein, dass wir Menschen in ihrem Schutzraum aufsuchen. Zu warten, bis man heringebebeten wird, bis einem*einer ein Platz angeboten wird, sollte selbstverständlich sein. Nichts zu tun, ohne dass dazu eine Einwilligung gegeben wurde, ebenso.

Zur Sicherheit gehört aber auch, selbst dafür sorgen zu können, die eigenen Emotionen zu regulieren. Infolge von Trauma geraten manche Menschen schneller außer sich als andere. Kleine Übungen zur Regulation und Achtsamkeit können hier sehr hilfreich sein: ein Stress- Knautsch-Ball, Pfefferminzbonbons, etwas zu trinken – solche Dinge können auf dem Tisch stehen, zusammen mit einer Einladung, sie zu nutzen. Die meisten Menschen haben für sich zumindest implizit Skills, die ihnen guttun. Fachkräfte können danach fragen und sie dadurch explizit und leichter zugänglich machen. Bewährt haben sich kleine

Übungen der Body2brain CCM© Methode. Claudia Croos-Müller hat dazu kleine Bücher veröffentlicht (unter anderem mit dem Titel „Alles gut! Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Belastung, Trauma & Co“), aber auch ein Kartenset. Besonders hinweisen möchte ich auf die von ihr entwickelte kosten- und werbefreie App *Body2brain*, die für Android und Apple erhältlich ist. Neben Infos finden sich dort zahlreiche kleine Körperübungen, die dabei helfen, bei sich zu bleiben.

Kommunikation

Gerade im medizinischen Bereich wird oftmals eine Wortwahl verwendet, die nicht vertrauensbildend ist. In der Geburtshilfe ist etwa der Begriff Entbindung gebräuchlich: Er impliziert, dass die gebärende Person „entbunden wird“ und nicht aktiv gebärt, und dann wird die „Bindung“, so die Logik des Begriffs, auch noch abgebrochen. Auch Begrifflichkeiten wie Blasensprengung und Austreibungsperiode sind üblich. Wenn man sich diese Worte näher anschaut, schüren sie oft Angst. Zudem werden den Menschen häufig ihre Wahrnehmungen abgesprochen: „Das kann nicht wehtun, das sind noch keine richtigen Wehen...“ Hier sind die medizinischen Fachkräfte gefordert, ihre Sprache zu reflektieren.

Auch in anderen Fachbereichen spielt Kommunikation eine große Rolle. Manchmal fällt es Menschen schwer, Nein zu sagen. Etwas abzulehnen, von dem man annimmt, dass es richtig wäre zuzustimmen, ist nicht einfach, insbesondere dann, wenn sich eine Person ihrer selbst nicht sicher ist und ihr Selbstvertrauen gelitten

hat. Werden Fragen offen gestellt, so ist es einfacher, die eigene Meinung zu sagen. Statt zu fragen: „Wollen Sie stillen?“ (angenommene ‚richtige‘ Antwort: ja), können Fachkräfte mit ein paar Worten mehr ein ergebnisoffenes Gespräch ermöglichen: „Wie wollen Sie Ihr Kind ernähren? Man kann es mit der Flasche füttern oder mit der eigenen Milch, oder auch beides. Was sind Ihre Ideen dazu?“ Statt zu fragen: „Haben Sie Hilfe nach der Geburt?“, ist es vielleicht besser, es so auszudrücken: „Wer oder was kann Ihnen helfen, sich nach der Geburt ein wenig zu erholen?“

Selbstreflexion

Auch wenn Fachleute die Grundsätze der Traumasensibilität berücksichtigen, wird es dennoch passieren, dass Menschen verletzt werden. Wir wissen nie genau, wo Menschen ihre persönlichen Grenzen haben, es kann passieren, dass diese trotz allem unwissentlich übertreten werden. Als weiterer Punkt gehört folglich die Selbstreflexion zu einer traumasensiblen Haltung dazu. Dazu zählt die Reflektion der eigenen Blinden Flecken und auch der Verletzungen, die ich als Berater*in erfahren habe, genauso wie die Frage, was heute nicht gut gelungen ist und wie ich es morgen besser machen kann.

Um Patient*innen und Klient*innen auf Dauer traumasensibel unterstützen zu können, braucht es ein berufliches Umfeld, das dies fördert. Das Anerkennen der eigenen (professionellen) Grenzen, Supervision, Intervision, Fortbildung und Achtsamkeit für die eigene Befindlichkeit gehören selbstverständlich dazu.



Foto: Kuhweide Köln

Martina Kruse, M. A.

ist Koordinatorin und Familienhebamme des Präventionsteams Frühe Hilfen des Sozialpädagogischen Zentrums Kerpen. Außerdem ist sie als traumazentrierte Fachberaterin, Integrative Bindungsorientierte Traumatherapeutin (I.B.T.®), Systemische Beraterin und Fortbildnerin in freier Praxis tätig. Weitere Informationen finden sich auf ihrer Webseite: www.beratungundfortbildung-kruse.de



Appell

Auch wenn sich Traumasensibilität an *alle* richtet, so wäre es doch insbesondere hilfreich, wenn Menschen, die Traumata erlebt haben, mehr gesehen werden würden, damit sie die Unterstützung bekommen, die sie benötigen, um gut durch die herausfordernde Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit zu kommen. Betroffene sprechen ihre Erfahrung von sich aus nur in seltenen Fällen an, aus den unterschiedlichsten Gründen. Regelmäßig nach früheren Gewalt- oder Traumaerlebnissen zu fragen, hilft dabei, das Thema zu enttabuisieren und die Versorgungssituation zu verbessern.

Literatur

Croos-Müller, Claudia (2017). Alles gut – Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Belastung, Trauma & Co. München: Kösel.

Kruse, Martina (2017): Traumatisierte Frauen begleiten. Das Praxisbuch für Hebammen, Geburtshilfe und Frühe Hilfen. Stuttgart: Thieme.

Kruse, Martina/Hartmann, Katharina (2024): Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Traum(a)Geburt e. V.: Safety Card (Fragenkatalog VRANNI). Online unter: <https://traumageburtev.de/vor-der-Geburt/Geburtsvorbereitung-Vorsorge/Safety-Card/>

Weiß, Wilma (2016): Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke: Handbuch Traumapädagogik. Weinheim, Basel: Beltz, S. 20–32.



© Isabell Steinert Fotografie



© Isabell Steinert Fotografie

Begleitung von Sterneneltern: Sensible Unterstützung in der Geburtshilfe

Stefanie Gebers

Der Verlust eines Kindes vor, während oder kurz nach der Geburt ist für betroffene Familien meist ein unbeschreiblich schmerzhaftes Ereignis. Die Begleitung von sogenannten Sterneneltern erfordert in der Geburtshilfe nicht nur medizinische Expertise, sondern auch ein hohes Maß an emotionaler Sensibilität und Empathie. In diesem Beitrag werden Wege aufgezeigt, wie Fachkräfte eine diskriminierungssensible Unterstützung bieten können, die den vielfältigen Bedürfnissen der Eltern gerecht wird.

Sternenkinder und Sterneneltern: Eine Begriffsdefinition

Der Begriff „Sternenkinder“ wird in Deutschland verwendet, um Kinder zu beschreiben, die vor, während oder kurz nach der Geburt versterben. In der Regel trifft der Verlust die Eltern in einer Zeit, in der die Vorfreude auf das Kind und die damit verbundenen Träume und Hoffnungen besonders stark sind. Eltern, die ein Kind unter diesen Umständen verlieren, werden oft als „Sterneneltern“ bezeichnet. Weiterhin sind die Begriffe „verwaiste Eltern“ und „früher Kindstod“ üblich, gelegentlich auch die Bezeichnung „Himmelskinder“ und je nach Region „Schmetterlings-“ oder „Libellenkinder“.

Eine besondere Herausforderung für Fachkräfte

Die Begleitung von Sterneneltern stellt Fachkräfte vor eine besondere Herausforderung. Sie müssen einerseits die medizinischen Aspekte der Geburt oder des Verlustes im Blick behalten und andererseits die emotionalen Bedürfnisse der Eltern in dieser extrem belastenden Situation berücksichtigen. Hierbei spielen Empathie, Geduld und die Fähigkeit, angemessen zu kommunizieren, eine zentrale Rolle.

Selbstbestimmung auch in der Trauer ermöglichen

Ein zentrales Element in der Begleitung von Sterneneltern ist die Wahrung der Selbstbestimmung. Eltern sollten die Möglichkeit haben, in dieser schwierigen Situation eigenständig Entscheidungen zu treffen – sei es in Bezug auf den Geburtsverlauf, die Art der Verabschiedung oder die Trauerbegleitung. Fachkräfte können durch gezielte Aufklärung und sensible Kommunikation dazu beitragen, dass Eltern informierte Entscheidungen treffen können. Die Betroffenen sollten in jedem Fall Angebote erhalten, aber nicht gedrängt werden. Es können zum Beispiel Kontakte zu Organisationen wie Sternenkindfotograf*innen oder Sternenkindvereinen, welche Trauerbegleitung oder Selbsthilfegruppen anbieten, ermöglicht werden.

Vielfalt der Bedürfnisse respektieren

Die Bedürfnisse von Sterneneltern sind ebenso vielfältig wie die Eltern selbst. Unterschiede in kulturellen, religiösen oder persönlichen Vorstellungen müssen von Fachkräften erkannt und respektiert werden. Für einige Eltern kann das Anfertigen von Erinnerungsstücken, wie Hand- und Fußabdrücken oder Fotos, ein wichtiger Teil des Abschiedsprozesses sein, während andere diesen Schritt nicht wünschen. Hier ist es wichtig, den Eltern Raum zu geben und ihre Wünsche zu akzeptieren.

Diskriminierungssensible Ansätze in der Praxis

Um diskriminierungssensibel zu sein und den vielfältigen Bedürfnissen von Sterneneltern gerecht zu werden, sollten Fachkräfte auch mögliche Diskriminierungen reflektieren und vermeiden – sei es Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, ethnischer Herkunft, Religion, sexueller



Orientierung oder das Infragestellen der Elternschaft als solche. Es ist für Sterneneatern besonders wichtig, dass ihre Rolle als Eltern von Anfang an vollständig anerkannt wird. Fachkräfte sollten daher bewusst darauf achten, inklusiv zu kommunizieren und alle Eltern in ihrer Vielfalt wertzuschätzen, unabhängig von der Schwangerschaftswoche! Auch im Falle eines Fetozids/Abbruchs sollten die Betroffenen als Eltern wahrgenommen werden, sofern sie selbst es so sehen.

Psychosoziale Unterstützung: Ein notwendiger Bestandteil der Begleitung von Sterneneatern

Neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist die psychosoziale Unterstützung ein wesentlicher Bestandteil der Begleitung von Sterneneatern. Hebammen, Geburtshelfende und andere Fachkräfte sollten in der Lage sein, den Eltern in ihrer Trauer beizustehen oder gegebenenfalls professionelle Hilfe zu vermitteln. In einigen Kliniken und Geburtshäusern gibt es bereits spezielle Angebote für Sterneneatern, wie zum Beispiel die Seelsorge, oder es wird auf ein entsprechendes Selbsthilfeangebot hingewiesen. Solche Angebote können den Eltern helfen, mit dem Tod ihres Kindes umzugehen, und sie im Trauerprozess begleiten.

Den Weg gemeinsam gehen

Die Begleitung von Sterneneatern erfordert von Fachkräften ein hohes Maß an Sensibilität, Empathie und Fachwissen. Durch eine bewusste Auseinandersetzung mit den vielfältigen Bedürfnissen und durch die Unterstützung der Selbstbestimmung können sensibilisierte Fachkräfte dazu beitragen, dass die Eltern diesen schweren Weg nicht allein gehen müssen. Indem sie ihnen Raum für ihre Trauer geben und ihre individuellen Wünsche respektieren, leisten sie einen wertvollen Beitrag zu einer gerechteren und sensibleren Geburtshilfe. Oft hat das medizinische Personal Hemmungen, Sterneneatern zu begleiten. Dies hängt in der Regel damit zusammen, dass es an Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich mangelt. Mittlerweile gibt es jedoch einige Fortbildungsangebote, die gezielt auf die Begleitung von

Sterneneatern ausgerichtet sind. Leider sind diese Fortbildungen noch nicht verpflichtend, sollten es aber unbedingt werden, um eine flächendeckend qualifizierte und einfühlsame Betreuung sicherzustellen.

Kompetente Begleitung bei schwerwiegenden Diagnosen

Die Diagnose, dass ein Kind mit einer schweren Behinderung oder einer lebensverkürzenden Erkrankung zur Welt kommen wird, stellt Eltern vor eine der schwierigsten Entscheidungen ihres Lebens: die Entscheidung zwischen Leben und Tod. In diesen existenziellen Momenten benötigen die Eltern nicht nur sachliche Informationen über den medizinischen Zustand des Kindes, sondern auch eine intensive emotionale Begleitung, die ihnen hilft, diese tiefgreifenden Entscheidungen zu treffen. Fachkräfte müssen sich bewusst sein, dass die Eltern mit enormen ethischen, moralischen und emotionalen Belastungen konfrontiert sind, die oft über ihre eigenen Bewältigungsstrategien hinausgehen. Es ist entscheidend, dass Fachkräfte eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen, in der Eltern offen über ihre Ängste, Zweifel und Hoffnungen sprechen können.

Zusätzlich zur Entscheidung über den Geburtsverlauf und mögliche palliative Maßnahmen benötigen diese Familien eine langfristige Begleitung, die sie auf die ungewisse Zukunft vorbereitet. Ob die Eltern sich für eine Fortsetzung der Schwangerschaft oder für einen Abschied in einem frühen Stadium entscheiden, sie müssen mit den emotionalen und praktischen Herausforderungen dieser Entscheidung leben. Die Unterstützung sollte daher über den Moment der Geburt hinausgehen und Angebote wie psychologische Beratung, Trauerbegleitung und praktische Hilfestellungen für die Zukunft umfassen. Diese intensive und kontinuierliche Begleitung ist unerlässlich, um den Eltern zu helfen, ihren individuellen Weg zu finden und dabei ihre Selbstbestimmung zu wahren. Auch hier ist die Verpflichtung zu spezialisierten Fortbildungen für Fachkräfte notwendig, um sicherzustellen, dass sie den Familien in diesen extrem belastenden Situationen mit der nötigen Sensibilität und Kompetenz begegnen können.

Fallbeispiele: Lernen aus der Praxis

Geht es um die Begleitung von Familien, die mit der Diagnose eines „behinderten“ oder „nicht lebensfähigen“ Kindes konfrontiert sind, zeigen sich in der Praxis immer wieder Lücken in der Betreuung durch das medizinische Personal. Drei Fallbeispiele aus unterschiedlichen Schwangerschaftswochen verdeutlichen, wie wichtig eine einfühlsame und kompetente Begleitung ist, und was besser gemacht hätte werden können.

Beispiel 1:

Frau L. wurde in der 32. Schwangerschaftswoche mit der Diagnose konfrontiert, dass ihr Kind aufgrund einer seltenen genetischen Erkrankung nach der Geburt nicht lange überleben würde. Obwohl sie sich entschlossen hatte, die Schwangerschaft fortzusetzen, erfuhr sie vom Pflegepersonal in der Klinik wiederholt unsensible Kommentare, die ihre Entscheidung infrage stellten. Beispielsweise wurde ihr geraten, „keine großen Hoffnungen zu hegen“ und „sich besser emotional abzukapseln“. Diese unsensiblen Bemerkungen führten zu einer zusätzlichen Belastung in einer ohnehin schon extrem schwierigen Situation.

Anstelle solcher Kommentare hätte Frau L. es gebraucht, dass ihr das Pflegepersonal mit Empathie begegnet, ihre Entscheidung respektiert und sie aktiv darin unterstützt, die verbleibende Zeit mit ihrem Kind so wertvoll wie möglich zu gestalten. Hilfreich wäre es zum Beispiel gewesen, ihr kreative Erinnerungsangebote zu unterbreiten und emotionale Unterstützung zu bieten.

Beispiel 2:

Frau A., eine gläubige Muslima, verlor in der 22. Schwangerschaftswoche ihren Sohn. In ihrer Trauer vertraute sie dem Krankenhaus die Bestattungformalitäten an, im Glauben, dass die religiösen Vorschriften eingehalten werden würden. Sie wünschte sich eine würdevolle Erdbestattung, wie es im Islam üblich ist. Später erfuhr Frau A., dass ihr Sohn nicht in einem Einzelgrab, sondern in einer Gemeinschaftsbestattung beigesetzt wurde. Schlimmer noch: Es handelte sich um eine Feuerbestattung, was im Islam strikt abgelehnt wird. Dieser Vertrauensbruch verstärkte ihre Trauer erheblich und ließ sie sich von ihrem Glauben entfremdet fühlen.

Das Krankenhaus hätte sicherstellen müssen, dass die Wünsche und religiösen Überzeugungen von Frau A. respektiert werden. Eine klare Kommunikation und die Einhaltung der vereinbarten Bestattungsmodalitäten wären entscheidend gewesen, um diesen tiefen Schmerz und den Vertrauensverlust zu vermeiden.

Beispiel 3:

Nach der Geburt ihres stillgeborenen Kindes erlebte Familie W. einen schmerzlichen Vertrauensbruch. Ohne Absprache wurde ihr Kind direkt nach der Geburt aus dem Raum gebracht und gewaschen, bevor die Eltern es sehen konnten. Dies erfolgte mit der Absicht, die Eltern vor zu starken Emotionen zu schützen, führte jedoch zu einem Gefühl der Entfremdung und Trauer. Als das Baby zurückgebracht wurde, war es bereits in neutrale Kleidung gehüllt, was den Eltern das Gefühl nahm, selbst entscheiden zu können, wie sie den Abschied gestalten wollten.

Familie W. hätte stattdessen einen geschützten Raum gebraucht, mit mehr Zeit, um ihr Kind in Ruhe kennenzulernen, es zu berühren und diesen Moment nach ihren eigenen Wünschen zu gestalten. Wichtig wäre auch der Hinweis gewesen, dass sie eigene Kleidung für ihr Kind mitbringen können. Falls nicht vorhanden, hätte das Personal ihnen Kleidung von ehrenamtlichen Organisationen zur Verfügung stellen können. Auch Abdrücke, Fotos und Erinnerungsboxen hätten den Eltern vielleicht dabei geholfen, den Verlust zu verarbeiten. Darüber hinaus wäre die Einbindung der Geschwisterkinder von großer Bedeutung gewesen, um deren eigene Trauer und ihr Verständnis für den Verlust zu unterstützen. Gerade Geschwisterkinder gehen oft unbefangener mit dem Verlust um als Erwachsene, wollen begreifen und berühren – und diese Möglichkeit sollten sie bekommen.

Emotionaler Effekt auf Fachkräfte: Die Bedeutung von Supervision

Die Begleitung von Sternenkindfamilien ist nicht nur für die betroffenen Eltern, sondern auch für die Fachkräfte emotional belastend. Der Umgang mit Trauer, Verlust und schwierigen Entscheidungen kann bei Hebammen, Ärzt*innen und Pflegekräften langfristig zu emotionalem Stress, Erschöpfung oder sogar zu sekundärer Traumatisierung führen. Daher ist es wichtig, dass auch Fachkräf-



te die Möglichkeit haben, ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen in einem sicheren Rahmen zu reflektieren und zu verarbeiten. Regelmäßige Supervisionen bieten ihnen einen geschützten Raum, um über die emotionalen Herausforderungen ihrer Arbeit zu sprechen, Unterstützung im Team zu finden und präventiv gegen Burnout und emotionale Überlastung vorzugehen. Indem Fachkräfte sich selbst und ihre psychische Gesundheit ernst nehmen, können sie langfristig empathisch und kompetent bleiben und den betroffenen Familien bestmöglich zur Seite stehen.

Weiterführende Ressourcen: Unterstützung und Wissen für Fachkräfte

Um die eigene Sensibilität und Kompetenz in der Begleitung von Sternenkindfamilien weiter zu vertiefen, empfehlen wir zwei wertvolle Podcasts und ein einschlägiges Fachbuch. Im Podcast *Sternenkind.Liebe* spricht Dorothea Subh aus ihrer besonderen Perspektive als Hebamme und Sternenkindmutter über ihre persönlichen Erfahrungen sowie über die Herausforderungen und Bedürfnisse von betroffenen Eltern. Dieser Podcast bietet tiefgehende Einblicke und praxisnahe Anregungen für Fachkräfte. *Schmetterlingsgeflüster*, ein Podcast des Vereins Sternen-Eltern Saarland e. V., widmet sich ebenfalls intensiv den Themen Verlust und Trauer rund um Sternenkinder und

stellt eine wertvolle Ressource für alle dar, die sich mit diesem sensiblen Thema auseinandersetzen möchten.

Zusätzlich empfehlen wir das Buch „Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe“ von Martina Kruse und Katharina Hartmann, das die oft vernachlässigten Aspekte von Trauma und Gewalt während der Geburt beleuchtet. Es zeigt auf, wie eine respektvolle, traumainformierte Geburtshilfe aussehen kann, und bietet praxisnahe Ansätze, um Fachkräfte in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Mit seinen wichtigen Erkenntnissen trägt das Buch dazu bei, eine gerechtere, diskriminierungssensiblere Versorgung zu gewährleisten, in der die Selbstbestimmung der Eltern im Vordergrund steht.

Fazit: Die Bedeutung von Zeit – Raum für Entscheidungen und Abschied

Zeit ist ein entscheidender Faktor für Sternenkindfamilien und Personen, die während der Schwangerschaft mit schwerwiegenden Diagnosen konfrontiert sind. Sie benötigen Zeit, um die Situation zu verarbeiten, sich über mögliche Wege und Entscheidungen klar zu werden und sich auf das Kommende vorzubereiten. Fachkräfte sollten sicherstellen, dass Eltern nicht unter Druck gesetzt werden, sondern die Zeit bekommen, die sie benötigen, um in Ruhe informierte und selbstbestimmte Entschei-



Foto: privat

Stefanie Gebers

ist Beisitzerin im Vorstand des BVKSG e. V. Sie ist gelernte Bürokauffrau und arbeitet als Assistenz der Geschäftsführung in einem Unternehmen für Veranstaltungstechnik. Als zertifizierte Trauerbegleiterin und Trauerrednerin begleitet Frau Gebers Sternenkindfamilien in ihrem Heimatverein Sterneneltern Achim e. V., den sie aus eigener Betroffenheit heraus gründete. Zudem ist Frau Gebers Dozentin in der Erwachsenenbildung, Mutter und betroffene Sternenmama.

Der **Bundesverband Kindstod in Schwangerschaft und nach Geburt e. V.** (kurz **BVKSG e. V.**) ist ein Zusammenschluss aus mehreren Vereinen, Gruppen, Institutionen und Einzelpersonen aus ganz Deutschland, die sich für Sterneneltern einsetzen. Wer sich dem Verein anschließen möchte, findet weitere Informationen auf der Website unter www.bvksg.eu. Die Daten zum Spendenkonto lauten: Sparkasse Rhein-Haardt, DE82 5465 1240 0005 9638 55, MALEDE51DKH.



dungen zu treffen. Auch nach der Geburt ist Zeit von unschätzbarem Wert: Viele Eltern wünschen sich, Zeit mit ihrem Sternenkind zu verbringen, um Abschied zu nehmen und diesen kostbaren Moment in ihrem eigenen Tempo zu erleben. Das medizinische Personal sollte dies aktiv unterstützen und den Eltern so viel Zeit wie nötig gewähren, um eine würdevolle und persönliche Verabschiedung zu ermöglichen. Indem Fachkräfte diesen Raum schaffen, leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Verarbeitung des Verlusts und zur emotionalen Heilung der Eltern.

Literatur

Kruse, Martina/Hartmann, Katharina (2024): Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe. Ein Handbuch für Fachkräfte. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Podcast von Dorothea Subh: Sternenkind.Liebe

Podcast des Vereins SternenEltern Saarland e. V.: Schmetterlingsgeflüster



© Isabell Steinert Fotografie

Die Position von Studierenden im Kreißaal

Raphaela Pöllmann

Sicherlich hat fast jeder Mensch schon einmal eine Werbeanzeige eines Unternehmens gesehen, das mit „flachen Hierarchien“ wirbt – denn mit der Möglichkeit, die eigene Arbeit mitzugestalten, steigt auch die Zufriedenheit mit eben jener. Doch wie sieht das im Kreißaal aus, dem primären Lernort für Hebammenstudierende? Hier lohnt es sich, einen genaueren Blick auf die Position von Hebammenstudierenden zu werfen: Wie kann gutes Lernen gelingen? Brauchen wir dafür möglichst „flache Hierarchien“ und ist das überhaupt umsetzbar?

Keine leichten Bedingungen: Hierarchien und Überlastung in den Kliniken

Im Laufe des Hebammenstudiums, welches meist ungefähr dreieinhalb Jahre dauert, werden Hebammenstudierende an mehreren Lernorten eingesetzt. Die meiste Zeit der praktischen Ausbildung verbringen sie im Kreißaal. Aber auch diese Einsätze sind meist auf mehrere Krankenhäuser verteilt. Daher kann es vorkommen, dass eine studierende Person einen zeitlichen Abstand von beispielsweise einem Jahr zwischen zwei Einsätzen im selben Kreißaal hat. In vielen Kreißälen sind die Hierarchien zu spüren: Beispielsweise muss das Personal von der Leitlinie abweichen, da der Oberarzt*die Oberärztin einen anderen Hausstandard festgelegt hat, ohne dies im Team rückzusprechen. In den meisten Fällen hat das ärztliche Personal das letzte Wort, da es rechtlich haftet. Hier tut sich ein weiteres Problem auf: In den letzten

Jahren ist die Zahl der Klagen gegen Menschen, die einen medizinischen Beruf ausüben, gestiegen (Baumgarten 2023). Den Druck, bloß keinen Fehler zu machen, sowie die Überlastung des Gesundheitssystems mit all ihren Auswirkungen bekommen Ärzt*innen und Hebammen tagtäglich zu spüren. Hier den passenden Grad zwischen „gerade richtig“ und „zu viel“ an Geburtshilfe zu finden, ist schwierig, weshalb es auch in Deutschland eine Überversorgung in diesem Bereich gibt (Schäfers/Kolip 2015).

Die Ordnung ist also zumindest für Hebammenstudierende meist klar erkennbar: Hebammen müssen das tun, was von Ärzt*innen angeordnet wird, denn davon kann nur in begründeten Fällen abgewichen werden (Stichwort Remonstrationspflicht) und die Ärzt*innen müssen im Endeffekt haften, auch wenn Hebammen ebenfalls haftbar sind. In der Hierarchie irgendwo darunter kommen dann die Hebammenstudierenden, die im Normalfall erst mal mitlaufen und sich das Ganze anschauen.

Teamarbeit auf Augenhöhe als Schlüssel zu einem guten Lernprozess

Eine aktuelle Studie (Ottlik 2024) geht der Frage nach, warum werdende Hebammen sich später für oder gegen eine Anstellung im Kreißaal entscheiden. Ein wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass der Praxisort der Ausbildung entscheidend sein kann – eine Abteilung mit wenig Geburten und einem vertrauten Team aus Ärzt*innen



Foto: Ben Schmoldt

Raphaela Pöllmann

ist Hebammenstudentin im 7. Semester an der Hochschule Bielefeld. Berufspolitisch engagiert sie sich im Landesverband der Hebammen NRW und bei den Jungen und Werdenden Hebammen (JuWeHen).



und Hebammen lässt die Hebammenstudierenden ihre Praxiseinsätze positiver bewerten. In diesem Setting sind eine strukturierte Praxisanleitung und vor allem eine Nachbesprechung der oft unplanbaren Ereignisse besser möglich, was eine wertvollere Lernerfahrung ausmachen kann. Die Herausforderung, eine gebärende Person während eines Konflikts im Team zu betreuen, werden einige Hebammenstudierende kennen. Daher ist es umso wichtiger, dass das Teamgefüge gut zusammenpasst und Studierende in ein Lernumfeld kommen, welches sich auf die Geburtshilfe fokussieren kann, ohne parallel dazu Konflikte austragen zu müssen. Ärzt*innen und Hebammen haben unterschiedliche Aufgaben, die sich sehr gut in der Geburtshilfe ergänzen. Auf der medizinischen beziehungsweise geburtshilflichen Ebene ergibt es also Sinn, die verschiedenen Sichtweisen der beiden Professionen zu beleuchten. Dies gelingt am besten auf Augenhöhe.

Kommen Hebammenstudierende in ein solches Team, wird ihnen sowohl das Lernen als auch das Einbringen ihrer Perspektiven leichter fallen. In einem geschützten Rahmen, in dem auch mal eine naive Idee ernst genommen und ein Vorschlag einer Studentin erwogen wird,

in dem ehrliche Kritik geäußert werden darf, lernen alle voneinander. Wichtig ist, dass dies keine Einbahnstraße ist und die Studierenden ihre Kompetenz kennen, anstatt sie zu überschreiten. Auch das ist in einem wohlwollenden Team leichter zu kommunizieren.

Dringend nötig: Unterstützung im Umgang mit belastenden Situationen

So weit, so gut. Schwierig wird es, wenn die studierende Person Gewalt im Kreißaal oder eine andere belastende Situation (mit-)erlebt. Über die Entstehung und den Umgang damit haben Martina Kruse und Katharina Hartmann erst kürzlich ein Handbuch für Fachkräfte herausgebracht, das für eine Vertiefung des Themas nur zu empfehlen ist (Kruse/Hartmann 2024). Es ist eines der ersten Fachbücher, das die Perspektive von Hebammenstudierenden als Second Victims oder als Betroffene von belastenden Situationen mit einbezieht.

Nach einer schwierigen Geburt oder einer besonderen Betreuung, die vielleicht eine Supervision erfordert, wer-



© Isabell Steinert Fotografie

den die beteiligten Studierenden häufig vergessen. In den wenigsten Kliniken gibt es gute Strukturen, die Hebammen nach einer für sie überfordernden Situation nutzen können. Selten wird eine regelmäßige Supervision angeboten, noch seltener ist es für Hebammen unkompliziert möglich, therapeutische Hilfe zur direkten Krisenintervention zu bekommen. So sind Hebammen oft allein auf weiter Flur. Hebammenstudierende, die in der praktischen Ausbildung des Studiums häufig belastende Ereignisse miterleben (wie zum Beispiel eine für die betreute Person traumatische Geburt, einen unvorhergesehenen Todesfall oder einen Notfall), können hier auf keinerlei Struktur zurückgreifen. Erleben Hebammenstudierende an sich selbst Anzeichen dafür, dass sie das Erlebnis noch nicht verarbeitet haben, müssen sie sich selbstständig auf die Suche nach Unterstützung machen. Denn wenn es eine Teambesprechung oder Supervision zu dem Fall gibt, werden die Studierenden dabei oft vergessen oder die Termine finden erst statt, wenn ihr Einsatz schon beendet ist.

Für Studierende ist es also meist der erste Schritt, selbst im Kreißaal oder bei den Hebammen nachzufragen. Danach geht die Suche weiter: Das Praxiszentrum oder die Hochschule gibt den Studierenden meist nur unspezifische Ratschläge und Kontakte, wie zum Beispiel die Anlaufstelle für „Stress im Studium“ oder Ähnliches. Solche Stellen kennen sich aber meist nicht mit praxisbezogenen Studiengängen aus, sondern sind eher auf Prüfungsangst ausgerichtet. Am Ende der Odyssee landen Hebammenstudierende dann oft ganz klassisch bei Therapieplätzen mit monatelangen Wartezeiten.

Die fehlenden Strukturen für angemessene Supervision, Teambesprechung und zur Bewältigung von belastenden Ereignissen sind einer guten praktischen Ausbildung nicht würdig und mindern die Qualität des Praxisortes. Dieser Bereich ist unbedingt einen genaueren Blick wert. Nicht nur Familien, die von medizinischen Fachkräften betreut werden, können nach einer Geburt traumatisiert

sein, sondern auch die Fachkräfte selbst. Damit Hebammenstudierende nicht vergessen werden und schon im Studium einen guten Umgang mit belastenden Situationen erlernen können, der sich im Arbeitsleben fortsetzt, ist ein entsprechendes Konzept von Hochschulen und Praxiszentren für die Supervision und Krisenintervention notwendig. Es braucht genaue Informationen zu Anlaufstellen und Möglichkeiten der Nachbesprechung eines belastenden Ereignisses, sowohl für Hebammen als auch für Hebammenstudierende.

Insgesamt bleibt zu wünschen, dass zukünftige Hebammen mehr gesehen, gehört und mitgedacht werden. Nur so kann eine nachhaltige Weiterentwicklung des Hebammenberufs langfristig gelingen.

Literatur

Baumgarten, Katja (2023): Die Klagebereitschaft hat zugenommen. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 08/2023. Online unter: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/die-klagebereitschaft-hat-zugenommen/>

Schäfers, Rainhild/Kolip, Petra (2015): Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? In: GesundheitsMonitor, Newsletter der Bertelsmann-Stiftung 03/2015. Online unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Uebersorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf

Ottlik, Caroline (2024): Traumjob Kreißaal? In: Deutsche Hebammenzeitschrift 08/2024. Online unter: https://www.dhz-online.de/no_cache/aktuelles-heft/heft-detail-abo/artikel/traumjob-kreissaal/

Kruse, Martina/Hartmann, Katharina (2024): Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe: Ein Handbuch für Fachkräfte. Stuttgart: Schattauer Verlag.



Der hebammengeleitete Kreißaal: ein alternatives Betreuungsmodell in der klinischen Geburtshilfe

Dr. Sophia L. Dierkes, Andrea Heep und Prof. Dr. Waltraut M. Merz, M. Sc.

Der hebammengeleitete Kreißaal (HGK) ist ein Betreuungsmodell, in dem gesunde Personen nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf, für die eine komplikationslose Geburt zu erwarten ist, in einer Klinik ausschließlich von Hebammen betreut werden. Im HGK erfolgt nahezu eine Eins-zu-eins-Betreuung. Die Geburten finden in den gleichen Räumlichkeiten wie die ärztlich geleiteten Geburten in der geburtshilflichen Abteilung einer Klinik statt. Für Geburten im HGK gibt es kein separates Team: Sie werden von den gleichen Hebammen betreut, die auch Gebärende im ärztlich geleiteten Kreißaal (ÄGK) betreuen. Ziel der Betreuung im HGK ist eine interventionsarme Geburt aus eigener Kraft mit der Sicherheit einer Klinik im Hintergrund. So ist im HGK beispielsweise eine medikamentöse Schmerzbehandlung nicht vorgesehen. Bei Auffälligkeiten ist die umgehende Weiterleitung in den ÄGK gewährleistet. Für die gebärende Person bedeutet dies nicht, dass sie die Räumlichkeiten wechseln muss, sondern nur, dass das ärztliche Team in die Betreuung einbezogen wird.

Internationale Studien zeigen eine höhere vaginale Geburtenrate, eine geringere Interventionsrate und eine höhere Zufriedenheit in hebammengeleiteten Betreuungsmodellen (Bohren et al. 2017; Brocklehurst et al. 2011; Grigg et al. 2017; Homer et al. 2019; McLachlan et al. 2012; Sandall et al. 2016; Snowden et al. 2015).

Wer kann im hebammengeleiteten Kreißaal gebären?

Ob eine Geburt im HGK für eine schwangere Person infrage kommt, wird in einem mehrstufigen Prozess entschieden – mithilfe eines Kriterienkatalogs, den ein interprofessionelles Team aus Ärzt*innen und Hebammen in der jeweiligen Klinik erarbeitet hat. Die Kriterienkataloge enthalten Ein- und Ausschlusskriterien für eine hebammengeleitete Geburt sowie Kriterien für eine Weiterlei-

tung in den ÄGK. Der unauffällige Verlauf beziehungsweise das Auftreten von Auffälligkeiten wird während der Schwangerschaft sowie während der Geburt von der betreuenden Hebamme fortwährend geprüft. In der Regel gibt es hierfür ein bis zwei Vorgespräche während der Schwangerschaft. Diese sollen auch dazu dienen, über das Betreuungsmodell HGK zu informieren und Fragen der schwangeren Person zu beantworten.

Bestimmte Kriterien müssen grundsätzlich erfüllt sein, damit eine hebammengeleitete Geburt möglich ist:

- Die schwangere Person ist gesund,
- es handelt sich um eine Einlings-Schwangerschaft,
- der Schwangerschaftsverlauf war unauffällig,
- das Baby befindet sich in Schädellage und
- 37 Schwangerschaftswochen sind vollendet.

Kriterien, die schon während der Schwangerschaft die Möglichkeit einer Geburt im HGK ausschließen, sind

- Auffälligkeiten in der medizinischen Vorgeschichte (zum Beispiel eigene schwere Erkrankungen),
- Auffälligkeiten in der geburtshilflichen Vorgeschichte (zum Beispiel hoher Blutverlust bei einer vorangegangenen Geburt),
- Auffälligkeiten in der bestehenden Schwangerschaft (zum Beispiel schwangerschaftsinduzierter Bluthochdruck) oder
- Auffälligkeiten des Ungeborenen (zum Beispiel eine Wachstumsbeeinträchtigung)

Gründe für die Weiterleitung in den ÄGK während der Geburt sind zum Beispiel Auffälligkeiten der Herzfrequenz des Ungeborenen oder eine Wehenschwäche mit Notwendigkeit der medikamentösen Wehenunterstützung. Nach der Geburt können beispielsweise höhergradige Geburtsverletzungen der Grund für eine Weiterleitung in den ÄGK sein.

Eine Chance für das ganze Team

Auch im hebammengeleiteten Betreuungsmodell stehen während Schwangerschaft und bei der Geburt Hebammen und ärztliches Personal ständig im Austausch, um im Bedarfsfall zu beraten oder zu intervenieren und so eine sichere und selbstbestimmte Geburt zu gewährleisten. Hier ist im Team eine interprofessionelle offene Kommunikation auf Augenhöhe wichtig, um auch in schwierigen oder gar Notfallsituationen miteinander für das Wohl der gebärenden Person und des Kindes einzustehen. Ärzt*innen und Hebammen empfinden die Zusammenarbeit im HGK in der Regel als teamstärkend. Hebammen können in diesem Modell wieder vermehrt ihre ursprüngliche, fachliche Expertise einbringen und sich auf die genuinen Aufgaben ihrer Arbeit konzentrieren, was zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führt.

Mehr Selbstbestimmung für Gebärende – jedoch innerhalb bestimmter Grenzen

Die Selbstbestimmung der Gebärenden steht im Zentrum der geburtshilflichen Betreuung im HGK. Es soll eine respektvolle und einfühlsame Begleitung erfolgen, die den Wünschen und Bedürfnissen der Gebärenden entspricht. Dennoch gibt es auch hier Grenzen der Selbstbestimmung, die sowohl ethische als auch medizinische Aspekte betreffen.

Eine zentrale Grenze wird durch die Sicherheit der gebärenden Person und des Kindes definiert. Hebammen tragen die Verantwortung, Risiken rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu handeln. Wenn das Leben oder die Gesundheit der gebärenden Person oder des ungeborenen Kindes gefährdet sind, kann es notwendig sein, medizinische Interventionen durchzuführen oder in den ÄGK weiterzuleiten, auch wenn dies den ursprünglichen Wünschen der schwangeren Person nicht entspricht. Bei Komplikationen wie kindlichen Herztonauffälligkeiten sind gegebenenfalls innerhalb von Minuten eine Entscheidung und eine ärztliche Intervention erforderlich.

Eine weitere Grenze betrifft die informierte Entscheidung. Selbstbestimmung setzt voraus, dass Schwangere umfassend und verständlich alle relevanten Informationen erhalten, Alternativen aufgezeigt werden und umfassend über eventuelle Risiken aufgeklärt wird. In Stress-Situationen während der Geburt kann es jedoch schwierig sein, solche Informationen vollständig zu erfassen und auf dieser Basis Entscheidungen zu treffen. In solchen Fällen liegt es in der Verantwortung der Hebammen, die Gebärenden bestmöglich zu unterstützen.

Letztlich ist die Selbstbestimmung im hebammengeleiteten Kreißaal also ein wichtiges Prinzip. Zugleich ist es essenziell, dass die Betreuenden ihrer Verantwortung nachkommen können, maximale Sicherheit für Gebärende und Kinder zu gewährleisten. Es ist also entscheidend,

Dr. Sophia L. Dierkes, Andrea Heep und Prof. Dr. Waltraut M. Merz, M. Sc.

gehören zum Team der Abteilung für Geburtshilfe und Pränatale Medizin des Universitätsklinikums Bonn. Dr. med. Sophia L. Dierkes ist dort Assistenzärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Andrea Heep hat als Hebamme derzeit die (kommissarische) stellvertretende Leitung des Kreißaals inne. Prof. Dr. med. Waltraut M. Merz, M. Sc. leitet die Maternale Medizin und ist auf spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin spezialisiert.



Dr. Sophia L. Dierkes



Andrea Heep



Prof. Dr. Waltraut M. Merz, M. Sc.

Fotos: Uniklinik Bonn



diese beiden Anforderungen immer wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Ziel ist es, eine sichere Geburts Umgebung und gleichzeitig den größtmöglichen Raum für Wünsche und Bedürfnisse der Schwangeren zu schaffen.

Interesse an der Einrichtung eines hebammengeleiteten Kreißsaals – was tun?

Am Universitätsklinikum Bonn gibt es den HGK seit 2009. Das Level 1 Perinatalzentrum erfährt so eine Erweiterung des Betreuungsspektrums, welches nun von Niedrig- bis Hochrisiko-Geburt reicht. Der HGK wird dort von Schwangeren und Mitarbeitenden gleichermaßen gut angenommen und ist im Klinikalltag mittlerweile nicht mehr wegzudenken.

Für Interessierte gibt es zahlreiche Ansprechpersonen und Material, um die Implementierung eines HGK in der

eigenen Klinik umzusetzen. Hierzu gehört zum Beispiel das „Handbuch Hebammenkreißaal“, veröffentlicht durch den Verbund Hebammenforschung (Bauer et al. 2007). Es stellt eine praxisorientierte und wissenschaftlich fundierte Anleitung zur Einführung von hebammengeleiteten Kreißsälen dar.

Ein weiteres Dokument wurde im Rahmen des Forschungsprojektes GESchHicK am Universitätsklinikum Bonn im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen erstellt (LZG.NRW 2019; Merz et al. 2019). Dieses Best-Practice-Modell beruht auf den Erfahrungen der Ärzt*innen und Hebammen aller in Nordrhein-Westfalen existierenden HGK.

Darüber hinaus gibt es auf der Website des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) zahlreiche Informationen zum Betreuungsmodell sowie Ansprechpersonen bei Interesse an der Implementierung eines HGK in der eigenen Klinik.



© Isabell Steinert Fotografie

Literatur

- Bauer, Nicola/Kehrbach, Antje/Krahl, Astrid/von Rahden, Oda/zu Sayn-Wittgenstein, Friederike (2007): Handbuch Hebammenkreißaal: Von der Idee zur Umsetzung. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung.
- Bohren, Meghan A./Hofmeyr, G. Justus/Sakala, Carol/Fukuzawa, Rieko K./Cuthbert Anna (2017): Continuous support for women during childbirth (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2017/7: CD003766.
- Brocklehurst Peter/Hardy, Pollyanna/Hollowell, Jennifer/Linsell, Louise/Macfarlane, Alison/McCourt, Christine/Marlow, Neil/Miller, Alison/Newburn, Mary/Petrou, Stavros/Puddicombe, David/Redshaw, Maggie/Rowe, Rachel/Sandall, Jane/Silverton, Louise/Stewart, Mary (2011): Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study: Birthplace in England Collaborative Group. In: BMJ 2011/343.
- Deutscher Hebammenverband e. V. Hebammenkreißaal. Online unter: <https://hebammenverband.de/hebammenkreisssaal>. Abgerufen am 16.10.2024.
- Grigg Celia P./Tracy, Sally K./Tracy, Mark/Daellenbach, Rea/Kensington, Mary/Monk, Amy/ Schmieid, Virginia (2017): Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand-clinical outcomes. In: BMJ Open 2017/7: e016288.
- Homer, Caroline S. E./Cheah, Seong L./Rossiter, Chris/Dahlen, Hannah G./Ellwood, David/Foureur, Maralyn J./Forster, Della A./McLachlan, Helen L./Oats, Jeremy J. N./Sibbritt, David/Thornton, Charleene/Scarf, Vanessa L. (2019): Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000—2012: a linked population data study. In: BMJ Open 2019/9: e029192.
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Abschlussbericht Hebammenkreißaal: Bestandsaufnahme und Annäherung an ein „Best Practice“-Modell. 2019. Online unter: https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/versorgung/hebammenkreisssaal_abschlussbericht.pdf. Abgerufen am 16.10.2024.
- McLachlan, Helen L./Forster, Della A./Davey, Mary-Ann/Farrell, Tanya/Gold, Lisa/Biro, Mary Anne/Albers, Leah/Flood, Margaret/Oats, Jeremy N./Waldenström, Ulla (2012): Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. In: BJOG 2012/119, S. 1483–1492.
- Merz Waltraut M./Heep, Andrea/Kandeepan, Pirathayini/Tietjen, Sophia L./ Kocks, Andreas (2019): Survey of alongside midwifery-led care in NorthRhine-Westfalia, Germany. J Perinat Med 2019; 48: 34–39.
- Sandall, Jane/Soltani, Hora/Gates, Simon/Shennan, Andrew/Devane, Declan (2016): Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: Cochrane Database Syst Rev 2016/4.
- Snowden, Jonathan M./Tilden Ellen L./Snyder, Janice/Quigley, Brian/Caughey, Aaron B./ Cheng, Yvonne W. (2015): Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. In: N Engl J Med 2015/373, S. 2642–2653



Für ein gutes Berufserleben in der Geburtshilfe

Maren Johnston

Ein gutes Berufserleben fördern – das Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ geht dafür wichtige Schritte, indem es sich gegen verschiedene Formen von Diskriminierung einsetzt, Informationen liefert und Räume für den lebendigen Austausch zwischen Fachkräften schafft. Dabei ist klar: Gegen Diskriminierung vorzugehen, ist politisch brisant, ganz besonders für alle vulnerablen Personengruppen, zu denen Schwangere, Gebärende, Personen, die geboren haben, und junge Familien gehören.

Dorothea Heidorn, Unterstützerin einer Petition von Anke Bastrop mit dem Titel „Menschenwürde ist kein Ehrenamt, Hebammen brauchen höhere Vergütungen #SichereGeburt“ (2013) bringt diese Brisanz in einem Kommentar wie folgt auf den Punkt: „Hebamme ist der politischste aller Berufe! So wie du auf die Welt kommst, so lebst du. So wie du lebst, so stirbst du. Wenn wir ein gutes Leben für unsere Kinder wollen, dann müssen wir den Anfang des Lebens auf dieser Erde so gestalten, dass diese guten Leben auch möglich werden [...]“ Ich bin davon überzeugt, dass ein gutes Berufserleben dazu beitragen kann, den Anfang des Lebens so zu gestalten, dass ein gutes Leben für möglichst viele möglich ist.

Was braucht es für ein gutes Berufserleben? Mit dieser Frage habe ich mich in meiner Berufstätigkeit als Hebamme auseinandergesetzt. In meiner Arbeit begegneten mir schwierige Rahmen- und oft unzumutbare Arbeitsbedingungen sowie daraus resultierendes Organisationsverschulden. Behandlungsfehler durch eine unsichere und interventionsreiche Geburtshilfe kamen hinzu. All das führte zu einem Ohnmachtsgefühl, welches mein Berufserleben lange negativ beeinträchtigte. Diese Mühle ist nicht notwendig – es gibt gute Strategien, die jede*r so früh wie möglich in die eigene Tätigkeit einbeziehen kann, sei es in der Ausbildung beziehungsweise im Studium oder nach dem Abschluss.

Ein Verständnis für Resilienz und politisches Handeln kann im Umgang mit Missständen in unserem Berufsleben helfen. Das Konzept der Resilienz unterstützt dabei, gegebene

Umstände, die ich als Individuum nicht ändern kann, anzunehmen, ohne daran zu verzweifeln. Das Verständnis für politisches Handeln befähigt mich dazu, Veränderungen zu gestalten. Beides führt zu einem besseren Berufserleben ohne Resignation und Stillstand. In den folgenden zwei Abschnitten beschreibe ich beide Strategien.

Politisches Handeln als die Fähigkeit, neu anzufangen

Es gibt beeindruckende politische Handlungen im Bereich der Geburtshilfe, wie zum Beispiel die Individualbeschwerde von Anna Ternovszky gegen den ungarischen Staat aus dem Jahr 2010. Sie klagte auf ihr Recht auf eine Hausgeburt und berief sich auf die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) entschied zugunsten von Ternovszky und begründete das Urteil mit dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Die körperliche Autonomie der Frau wurde damit anerkannt und die Wahlfreiheit des Geburtsortes als gültiges Menschenrecht gesichert.

Dieses Gerichtsurteil dokumentiert einen Neuanfang für die politische Landschaft rund um die reproduktive Lebensphase und löste auch bei uns nationale Auseinandersetzungen aus: Die Fragen zur reproduktiven Gesundheit werden nicht nur in den Human Rights Bewegungen wiederbelebt, sondern lösen auch politische Debatten um die Sicherstellung der freien Geburtsortwahl, Wahrung der Autonomie und Recht auf Schutz vor Gewalt innerhalb der Geburtshilfe aus.

Aber was genau ist politisches Handeln und warum trägt es zu einem guten Berufserleben bei? Dazu stellt das Werk von Hannah Arendt zur politischen Theorie Erkenntnisse bereit: Darin arbeitet sie grundlegend Bedeutung und Sinn menschlichen Handelns im öffentlichen Raum heraus. Arendt greift auf den Begriff *Vita activa* zurück, welcher in der Spätantike ein Leben beschreibt, das öffentlich geführt wird und sich den politischen Angelegenheiten widmet (Arendt 2020: 30). Sie plädiert für eine Auffassung des

Handeln als menschliche Grundtätigkeit und fasst auch die Prozesse des Arbeitens und Herstellens in dem Begriff Vita activa zusammen (Arendt 2020: 23). Ihren Handlungsbegriff entwickelt sie im Zusammenhang mit dem „Faktum der Pluralität“ (Arendt 2020: 24) – es leben viele Menschen auf der Erde –, aus dem notwendig und hinreichend das Politische abzuleiten ist, weil menschliches Leben sich immer als Leben mit anderen gestaltet. Die Begabung der Menschen zu handeln und zu sprechen, befähigt sie laut Arendt schlechthin, politische Wesen zu sein. So wie die Menschen in diese Welt geboren werden, so treten sie wie in einer „zweiten Geburt“ mit ihrem Handeln und Sprechen erneut in diese Welt ein, die schon vor ihnen existiert hat (Arendt 2020: 241). Handeln im „ursprünglichsten Sinne“ (Arendt 2020: 242) meint, in dieser gegebenen Welt etwas Neues anzufangen. Das Miteinander der Menschen ist bei Arendt ein entscheidender Aspekt für die Kategorie Handlung. Sie stellt die These auf, dass Menschen dann ein angemessenes Gefühl für die Wirklichkeit entwickeln, wenn Welt durch die Gegenwart einer „Mitwelt“ (Arendt 2020: 251) garantiert ist, in der ein und dieselbe Welt in den verschiedensten Perspektiven erscheint (Arendt 2020: 244.). Diesem Handlungsbegriff setzt Arendt die Freiheit der Menschen voraus, die sich als Freiheit zu handeln oder zum Neuanfang äußert. Der „Wesenskern“ der Freiheit zu handeln, ist Arendt zufolge für alle Menschen der „Zugang zum öffentlichen Bereich und die Beteiligung an den Regierungsgeschäften“ (Arendt 2018: 16).

Somit ist politisches Handeln schon im ganz Kleinen gegeben, auch wenn es nicht immer im genauen Verständnis von Hannah Arendt an Regierungsgeschäfte geknüpft

ist. Das Wissen, dass durch Miteinander-Sprechen und Sich-Vernetzen schon der erste Schritt zum Neuanfang gemacht ist, beeinflusst das Berufserleben positiv. Indem wir mit möglichst vielen über die Dinge, die uns wichtig sind, sprechen, weiten wir den Radius aus und betreten den öffentlichen Raum. Hier können wir uns als Change-Maker erleben, anstatt als Verwaltende des Status quo. Nach Arendt schaffen wir im Miteinander ein dicht verwobenes „Bezugsgewebe“, in das jede Person ihren Faden einbringt (Arendt 2020: 253f.): So entsteht Neues.

Die folgenden Tabellen sind Beispiele dafür, wie politisches Handeln umgesetzt werden kann. Sie sind im Rahmen meiner berufspolitischen Arbeit erstellt worden mit Impulsen aus dem Buch „#tunwirwas. Wie unsere Generation die Politik verändert“ von Vincent-Immanuel Herr und Martin Speer (2019).

Resilienz als die Fähigkeit, sich an Herausforderungen anzupassen

Jeder Mensch reagiert auf herausfordernde Situation mit einer Anpassung seines Verhaltens. Resilienz benennt diese Reaktionsfähigkeit als menschliches Phänomen, welches weder alleinig angeboren noch einzig durch Umwelteinflüsse erworben ist (Thun-Hohenstein et al.: 8). Erstmals wurde der Begriff der Resilienz von dem US-amerikanischen Psychologen Jack Block erwähnt. Seine Erkenntnisse beruhen auf der Beobachtung von Kleinkindern, die er 1977 in „The developmental continuity of EGO-control and EGO-resiliency. Some Accomplishments“ veröffent-



Gründe, um als Change-Maker aktiv zu werden
 Grafik: Maren Johnston, in Anlehnung an Herr/Speer (2019)



Ziele, mit denen Change-Maker aktiv werden können
 Grafik: Maren Johnston, in Anlehnung an Herr/Speer (2019)

lichte. In der weiteren Resilienzforschung wird Resilienz als Prozess verstanden. Sie entsteht dynamisch im Zusammenwirken von äußeren und inneren Lebenswelten, die sowohl Risiken als auch Schutzfaktoren beinhalten. Wenn die adaptiven Systeme gepflegt und geschützt werden, kann sich eine Person unter belastenden Umständen und Einflüssen widerstandsfähig entwickeln (Stainton et al.: 2ff.). Das Konzept der Resilienz beschäftigt sich also damit, wie die schützenden Faktoren gepflegt und gestärkt werden können.

Welches sind nun die schützenden Faktoren für eine positive Lebensanpassung und Bewältigung von Problemen? Die Studie von Thun-Hohenstein et al. (2020) benennt Ressourcen als externe, und Eigenschaften als interne Schutzfaktoren. Ressourcen können etwa sozial (Familie oder Freund*innen) oder arbeitsbezogen (zum Beispiel das Kreißsaal-Team) sein. Individuelle Eigenschaften zielen auf die Selbststeuerung. Dazu gehören beispielsweise Coping-Kompetenzen wie Humor oder Gelassenheit. Auch Risikofaktoren sind individuell verschieden. Traumata, belastender Stress oder Krisen werden in der Studie als interne Faktoren benannt. Als äußeren Risikofaktor haben wir zum Beispiel die Pandemie erlebt, aber auch die Inflation, der Ukraine-Krieg, der Rechtsruck und andere sind aktuelle Faktoren.

Beim Konzept der Resilienz geht es immer darum, die Vulnerabilität des Lebens einzubeziehen und zuzulassen. So kann sich die Fähigkeit entwickeln, sich an herausfordernde Situation anzupassen, also resilient zu sein, und der Mensch kann sich äußeren und inneren Einschränkungen stellen und handlungsfähig bleiben.

Das folgende Schaubild eines Resilienz-Circles, der die Dynamik der unterschiedlichen Anpassungsstrategien aufzeigt, stammt von Ella Gamann (2016) und ist von mir angepasst worden. Die Wolken zeigen übergeordnete Perspektiven auf und sind mit beispielhaften Tools hinterlegt, wie die jeweilige Perspektive gestärkt werden kann. Meine Ergänzungen sind angelehnt an das Buch von Jutta Heller (2021): „Das wirft mich nicht um: Mit Resilienz stark durchs Leben gehen“.

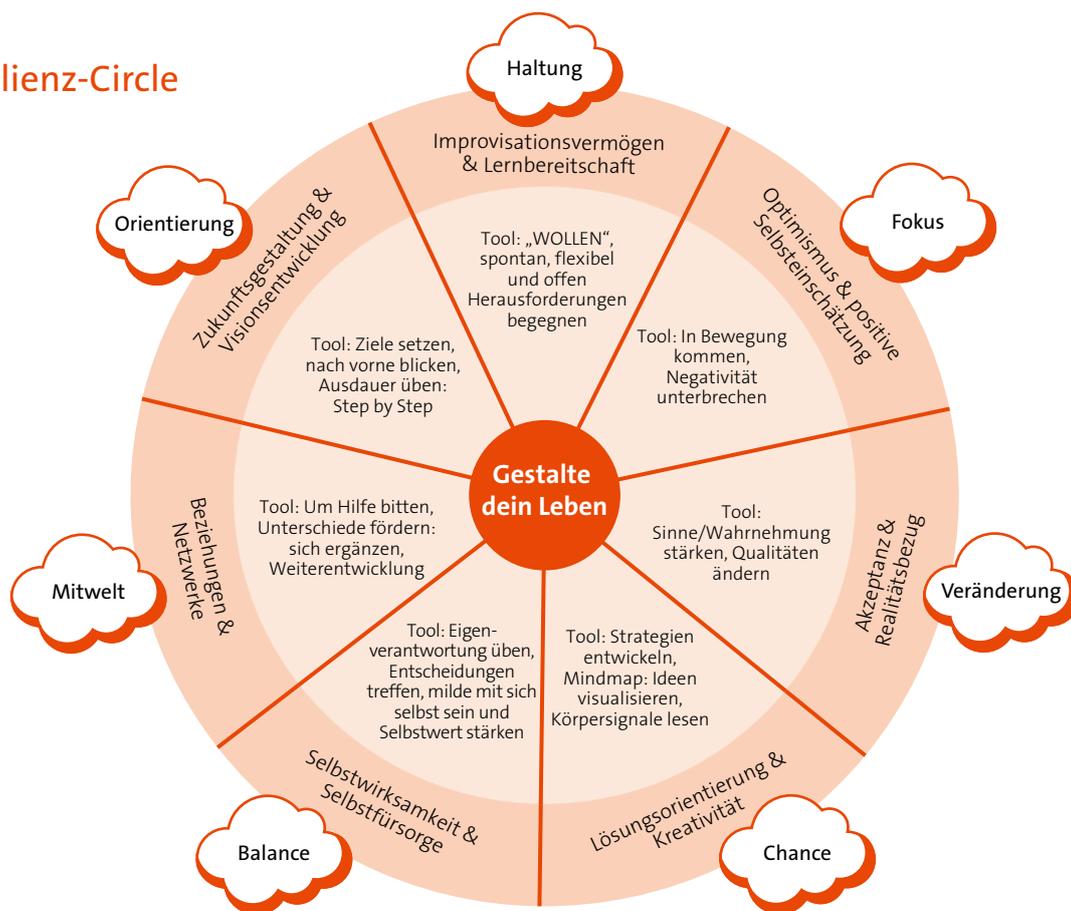
Das Konzept der Resilienz ist gleichzeitig kritisch zu betrachten, denn es birgt die Gefahr, dass gesellschaftliche Risiken auf das Individuum abgewälzt werden: „Bestimmte Situationen wie Kriege, klimabedingte Katastrophen oder wirtschaftliche Dauerkrisen sind selbst für höchst resiliente Personen nicht veränderbar. Gesellschaft und Politik können nicht aus der Verantwortung entlassen werden.“ (Thun-Hohenstein et al. 2020: 12)

Dennoch: Selbstfürsorge ist von großer Bedeutung. Dazu gehört, eine Balance zwischen Belastung im Berufserleben und dem privaten Lebensgeflecht zu finden. Das Konzept der Resilienz kann dazu beitragen, aktiv das eigene Verhalten zu verändern – und stärkt somit die Haltung des politischen Handelns.

Im Miteinander entsteht Neues und Veränderungen werden möglich

Engagement in verschiedenen Netzwerken ist ein Weg, um mit anderen als Change-Maker für gemeinsame Ziele

Resilienz-Circle



Grafik: Gamann (2016), angepasst durch Maren Johnston in Anlehnung an Heller (2021)

le aktiv zu sein. Eine Möglichkeit kann berufspolitisches Engagement sein, um sich Gehör im Gesundheitssystem zu verschaffen und sich gegenseitig zu bestärken. Bisher nimmt der Deutsche Hebammenverband als größter Berufsverband nur beratend auf die Gesundheitspolitik Einfluss. Die juristischen Voraussetzungen für eine Stimmberechtigung in politischen Gremien sind noch nicht gegeben. Doch auch durch beratende Einflussnahme sind bereits wichtige Veränderungen weitreichend umgesetzt worden. Ein Beispiel dafür ist die S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“. Diese Leitlinie ist das Ergebnis einer Gremienarbeit, bei der erstmalig neben dem Bundesministerium für Gesundheit und den Institutionen der Selbstverwaltung auch Vertreter*innen der Eltern und der Hebammen mitgewirkt und ihre verschiedenen Perspektiven eingebracht haben. Wünschenswert wäre noch die Ankopplung an die Exekutive und eine Institutionalisierung einer solchen Gremienarbeit für Hebammen. Im Sinne des Miteinanders sollte es auch künftig ein wichtiges Ziel der Verbandsarbeit sein, Hebammen

unter einem Dach zu versammeln und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren Akteur*innen ihres Berufsfeldes auszubauen, wie zum Beispiel mit Ärzt*innen, Eltern- und Fraueninitiativen.

Politische Prozesse sind langwierig, mühselig und oft von unbefriedigenden Kompromissen und erfolglosen Forderungen geprägt. Doch es ist nicht von der Hand zu weisen, dass gerade in den letzten zehn Jahren ein Umbruch zu spüren ist. In jüngster Zeit wurde und wird die politische Partizipation von Berufsgruppen, die an der reproduktiven Lebensphase beteiligt sind, von Frauen, gebärenden Personen und Eltern mehr gefördert. Das spiegelt sich auch in dem Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ wider.

Es gibt also Bewegung hin zu einer Geburtshilfe, in der Vielfalt wertgeschätzt wird und in der alle Menschen die Geburt selbstbestimmt und gewaltfrei erleben können. Resilienz und politisches Handeln können sich auf diesem



Foto: privat

Maren Johnston

hat nachqualifizierend einen Bachelor der Hebammenwissenschaften abgeschlossen und ist als freiberufliche Hebamme in der Schwangerschafts- und Wochenbettbegleitung tätig. Sie engagiert sich berufspolitisch als 1. Vorsitzende des Kreises Düsseldorf im Landesverband der Hebammen NRW des Deutschen Hebammenverbandes.

Weg positiv ergänzen, das Miteinander fördern – und das Berufserleben von Hebammen zum Positiven verändern.

Brandaktuell können wir die Wirksamkeit des Miteinanders sehen, denn das politische Bewusstsein für eine Veränderung in der Geburtshilfe ist eingetreten: Der Hebammenkreißaal (Eins-zu-eins-Betreuung bei der Geburt durch Hebammen) ist erstmals gesetzlich im Krankenhausreformgesetz (KHVVG) verankert, beschlossen im Bundestag am 17.10.2024. Laut dem Deutschen Hebammenverband (DHV) ist dies ein Erfolg von unermüdlichen Anhörungen, Stellungnahmen und Gesprächen von Hebammen, Elterninitiativen, Ärzt*innen, Pflege und Fachgesellschaften sowie dem „Bündnis Gute Geburt“. Laut Ulrike Geppert-Orthofer, Präsidentin des DHV, kann dies einen „Paradigmenwechsel bedeuten, für eine individuell passende Versorgung von Mutter und Kind“ (Deutscher Hebammenverband 2024).

Literatur

Arendt, Hannah (2020): Vita activa oder Vom tätigen Leben. Erweiterte Neuausgabe, München: Piper.

Arendt, Hannah (2018): Die Freiheit, frei zu sein. München: dtv.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): Leitlinienregister, S3 Leitlinie: Die vaginale Geburt am Termin. Online unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>

Bastrop, Anke (2013): Petition „Menschenwürde ist kein Ehrenamt – Hebammen brauchen höhere Vergütungen #SichereGeburt“. Online unter: <https://www.change.org/p/menschenw%C3%BCrde-ist-kein-ehrenamt-hebammen-brauchen-h%C3%B6here-verg%C3%BCtungen-sicheregeburt>

Block, Jack/Block, Jeanne H. (1977): The developmental continuity of EGO-control and EGO-resiliency. Some Accomplishments.

Deutscher Hebammenverband (2024): Meilenstein für die hebammengeleitete Geburtshilfe: Hebammenkreißaal in der Krankenhausreform verankert. Pressemitteilung vom 17.10.2024. Online unter: <https://hebammenverband.de/krankenhausreform-20241017>

European Court of Human Rights (2011): Case of Ternovszky against Hungary. Online unter: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22sort%22:%5B%22kdate%20Descending%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-111945%22%5D%7D>

Gamann, Ella (2016): Resilienz-Zirkel-Training. Akademie Resilienz Forum. Online unter: https://resilienzforum.com/innovations-symposium-2016/agile-tools_innovations-symposium_2016_c17-3/

Heller, Jutta (2021): Das wirft mich nicht um: Mit Resilienz stark durchs Leben. 6. Auflage, München: Kösel-Verlag.

Herr, Vincent-Immanuel/Speer, Martin (2019): #tunwirwas. Wie unsere Generation die Politik verändert. Band 10375, Bundeszentrale für politische Bildung.

Stainton, Alexandra/Chisholm, Katharine/Kaiser, Nathalie/Rosen, Marlene (2018): Resilience as a multimodal dynamic process. In: Early Intervention in Psychiatry 13 (12). Online unter: https://www.researchgate.net/publication/327121594_Resilience_as_a_multimodal_dynamic_process

Thun-Hohenstein, Leonhardt/Lampert, Kerstin/Altendorfer-Kling, Ulrike (2020): Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 19/7. Online unter: <https://d-nb.info/1210923572/34>



© Isabell Steinert Fotografie



Zum Weiterlesen: Alle Dokumentationen des Projekts im Überblick

Alle Veranstaltungen im Rahmen des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ wurden dokumentiert. Die unten stehenden Dokumente mit den aufbereiteten Inhalten sind langfristig auf der pro familia Website zugänglich.

Webinar 1: Gewalt vs. Selbstbestimmung in der Geburtshilfe



18. Juli 2023

Referierende:

Dr. Tina Jung – Gewalt in der Geburtshilfe

Katharina Hartmann – Die S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ als Werkzeug der Selbstbestimmung

Kerstin Stehr-Archuth – Wie kann selbstbestimmte Geburtshilfe in der Praxis gestaltet werden?

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Webinar_1_GewaltvsSelbstbestimmung_Dokumentation_barrierefrei.pdf

Webinar 2: Queere Schwanger- und Elternschaft



17. Oktober 2023

Referierende:

Ska Salden – Queer und schwanger. Welche Erfahrungen machen queere Personen in der geburtshilflichen Versorgung?

Marek Sancho Höhne – Bedarfe von trans* Personen während der Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft

Toni Vanessa Böhm – Queersensibilität in der Hebammenarbeit

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Webinar_2_QueereSchwangerundElternschaft_Dokumentation_barrierefrei.pdf

Winter School: Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe stärken



4.–8. Dezember 2023

Referierende:

Almut Bickhardt und Christiane Winkler – Intersektionale Perspektiven auf gerechtere Hebammenversorgung

Niki Drakos – Anti-Bias-Training mit Fokus auf Rassismus in Gynäkologie und Geburtshilfe

Annika Schröder – Queersensible Hebammenarbeit

Dagmar Weimer – Begleitung nach negativem oder traumatischem Geburtserlebnis

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Doku_Winterschool_2023_barrierefrei.pdf

Webinar 3: Zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Schwangerschaft



27. März 2024

Referierende:

Ulrike Haase – Empfehlungen für den Umgang mit Personen mit Behinderung in der Geburtshilfe

Hannelore Sonnleitner-Doll – Gynäkologische Sprechstunde und Geburtsvorbereitung für Frauen und Paare mit Beeinträchtigung

Prof. Dr. Anke Rohde – Mutter werden mit psychischer Erkrankung

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Doku_Webinar_3_Schwangerschaft_Behinderung_psych_Erkrankung_barrierefrei.pdf



Summer School: Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe stärken



3.-7. Juni 2024

Referierende:

Almut Bickhardt und Christiane Winkler – Kritische Perspektive auf den Begriff der Selbstbestimmung und Handlungsspielräume für gerechtere Hebammenversorgung

Constanze Schwärzer-Dutta – Erfahrungsbasierte Einführung in Reproduktive Gerechtigkeit mit Anti-Bias-Methoden

baobab – zusammensein e. V. – FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention

Isi Schwager – Queersensible Geburtshilfe

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Doku_Summerschool_2024_barrierefrei.pdf

Webinar 4: Rassismus in der Geburtshilfe und Geburtsgerechtigkeit



17. September 2024

Referierende:

N'joula Baryoh – Koloniale Kontinuitäten in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Emine Babac und Christiane Winkler – Geburtsgerechtigkeit: Eine intersektionale Perspektive und die Rolle der Hebamme darin

Link: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Projekt_Geburtshilfe/Doku_Webinar_4_Rassismus_Geburtsgerechtigkeit_barrierefrei.pdf

www.profamilia.de/Publikationen

