



Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe stärken

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



3. bis 7. Juni 2024

in der Akademie Waldschlösschen



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: Finja Petersen

Dokumentation und Redaktion: Sophie Schädel: www.sophie-schaedel.de

Layout: Satzweiss.com GmbH

Titelbild: Riko Aditama/stock.adobe.com

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

Gefördert durch

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe stärken

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

3. bis 7. Juni 2024 in der Akademie Waldschlösschen

Einführung	Hintergrund der Summer School 4 Finja Petersen
Begrüßung	Ziele und Erwartungen im gemeinsamen Lernraum 6 Almut Bickhardt und Christiane Winkler
Workshop 1	Kritische Perspektiven auf Selbstbestimmung und gerechtere Hebammenversorgung 8 Almut Bickhardt und Christiane Winkler
Workshop 2	Erfahrungsbasierte Einführung in Reproduktive Gerechtigkeit mit Anti-Bias-Methoden14 Constanze Schwärzer-Dutta
Workshop 3	FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention 19 baobab – zusammensein e.V.
Workshop 4	Queersensible Geburtshilfe 26 Isi Schwager
Reflexion	Perspektiven der Teilnehmenden auf Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe. 32
Resümee	Mehr interprofessioneller Austausch für eine gerechtere Geburtshilfe 37 Finja Petersen
Anhang	Literatur und sonstige Quellen 38



Hintergrund der Summer School

Finja Petersen

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

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



Foto: privat

Finja Petersen

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

Nachdem 2023 und 2024 bereits drei Webinare sowie die Winter School stattfanden, zu denen bereits [Dokumentationen](#) veröffentlicht wurden (siehe Literaturliste), bildete die Summer School das Herzstück des zweiten Projektjahrs.

Mit über 70 Bewerber*innen stieß auch die Summer School auf eine hohe Nachfrage und großes Interesse bei der Zielgruppe. Von ihnen erhielten 20 Personen aus ganz Deutschland die Möglichkeit, am 3. Juni 2024 zur Akademie Waldschlösschen in der Nähe von Göttingen zu reisen. Die Teilnehmenden hatten fünf Tage lang Zeit, sich neues Wissen anzueignen, zu reflektieren, zu diskutieren, sich zu sensibilisieren, auszutauschen und Lösungsansätze für eine diskriminierungssensiblere Versorgung, die eine selbstbestimmte Geburt in den Fokus rückt, zu entwickeln.

Das geplante Programm war ähnlich zur Winter School, beleuchtete aber zum Teil auch neue Aspekte: Den Auftakt bildete ein Workshop von Almut Bickhardt und Christiane Winkler 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. Der Geschäftsführer und Multiplikator*innen des Vereins baobab – zusammen e. V. klärten einen Vormittag lang über FGM/C

(weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention auf. Außerdem gestaltete Isi Schwager einen Workshop zum Thema queersensible Geburtshilfe. Außerhalb der intensiven Programmpunkte nutzten die engagierten Teilnehmenden die Zeit, um sich auszutauschen und vor allem gegenseitig zu empowern. Es zeigte sich, dass dafür das Zusammensein in Präsenz von unschätzbarem Wert ist.

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

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

Weitere Informationen:

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

 Instagram: [@geburtshilfe_profamilia](#)



Begrüßung

Ziele und Erwartungen im gemeinsamen Lernraum

Wie kann eine Geburtshilfe aussehen, in der auf verschiedene Bedürfnisse von Menschen eingegangen wird? Wie können wir als Fachkräfte die Selbstbestimmung Schwangerer/Gebärender stärken und Gewalt sowie Diskriminierung entgegenwirken? Was ist Reproduktive Gerechtigkeit und wie kann ich mich entsprechend sensibilisieren?

Dies sind einige der Fragen, mit denen sich die Teilnehmenden bei der Summer School beschäftigen. Ziel ist es, die Teilnehmenden stärker für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) sowie Reproduktive Gerechtigkeit zu sensibilisieren. Dabei spielt der Praxisbezug eine große Rolle: Input und interaktiver Erfahrungsaustausch dienen dazu, konkrete Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten und den Teilnehmenden Werkzeuge für ihre eigene Berufspraxis an die Hand zu geben.

Für Perspektivenvielfalt sorgt die bewusste Zusammenstellung einer interdisziplinären Gruppe. Die 20 Teilnehmenden haben unterschiedliche berufliche Hintergründe: Neben Hebammen und Hebammenstudierenden nehmen auch Medizinstudierende, Gynäkolog*innen sowie Engagierte im Bereich SRGR an der Summer School teil. Der für sie vorbereitete Input kommt von anderen Fachkräften aus der Geburtshilfe, aber auch von Personen mit Expertise im Antidiskriminierungsbereich und/oder mit eigener Betroffenenperspektive. Moderiert wird die Summer School von Almut Bickhardt und Christiane Winkler. Ebenso anwesend ist die Projektkoordinatorin Finja Petersen.



Almut Bickhardt und Christiane Winkler

Almut Bickhardt ist als Hebamme in Leipzig tätig. Außerdem ist sie Kulturwissenschaftlerin mit den Schwerpunkten *Gender und Queer Theory*, Intersektionalität, Islam in Europa und *Social Justice* (in der Geburtshilfe). Ihr Interesse gilt insbesondere Fragen der Reproduktiven Gerechtigkeit (*Reproductive Justice*). Almut Bickhardt wird ab 2025 am Gesundheitscampus Göttingen (HAWK) in der Hebammenwissenschaft forschen und lehren. Darüber hinaus arbeitet sie als Workshopleitung, Referentin und Mediatorin.

Kontakt: almut.bickhardt@posteo.de

Christiane Winkler war zehn Jahre als freiberufliche Hebamme in einer gemeinschaftlich selbstverwalteten Hebammenpraxis in Leipzig tätig. Von 2021 bis 2024 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Hebammenwissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Aktuell promoviert sie im Kompetenzzentrum Hebammenwissenschaft an der Hochschule Osnabrück. Zu ihren Interessenschwerpunkten zählen intersektionale feministische Forschung, insbesondere zu Reproduktiver Gerechtigkeit, *Critical Midwifery Studies*, sexuelle Bildung und Beratung, Familienplanung und Familiensoziologie.

Kontakt: christiane.winkler@posteo.de

Nachdem sich alle Anwesenden ein wenig kennenlernen konnten, sammeln die Teilnehmenden ihre Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen für die Summer School auf Moderationskarten.

Dabei kristallisieren sich die folgenden Wünsche heraus:

- Austausch, voneinander lernen, Vernetzung, interdisziplinäre Perspektiven
- Wissen erweitern und festigen, Transfer zwischen Theorie und Praxis
- Tools für die Arbeit/den Berufsstart
- Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen
- gemeinsam Kraft sammeln (nicht immer das Gefühl haben, „allein zu kämpfen“)

Einige Teilnehmende halten auch konkrete Lernziele beziehungsweise Fragen fest:

- Wie kann ich Familien/Frauen mit FGM-Historie betreuen?
- Wie kann ich besser mit herausfordernden Situationen umgehen, z. B. bei Diskriminierung durch Kolleg*innen?

- Wie kann ich Gebärende in ihren Rechten und ihrer Selbstbestimmung stärken? Ist Selbstbestimmung im Klinik-Kontext überhaupt möglich?

Die Moderation der Summer School gestalten Christiane Winkler und Almut Bickhardt bedürfnisorientiert und partizipativ. Der gemeinsame Lernraum ist unter anderem gekennzeichnet von:

- Freiwilligkeit,
- der Priorisierung von Selbstfürsorge und einem achtsamen Umgang miteinander, gerade wenn es um Gewalt geht,
- gegenseitiger Wertschätzung und dem Bestreben, andere nicht zu verurteilen,
- Fehlerfreundlichkeit und zugleich Offenheit für kritische Selbstreflexion,
- solidarischem Lernen mit- und voneinander im Bewusstsein über unterschiedliche berufliche Hintergründe, gesellschaftliche Positionierungen und Perspektiven.



Die Teilnehmenden der Summer School



Kritische Perspektiven auf Selbstbestimmung und gerechtere Hebammenversorgung

Überblick

Almut Bickhardt und Christiane Winkler geben in ihrem Workshop Einblick in kritische Perspektiven auf Selbstbestimmung und gerechtere Hebammenversorgung. Was ist Selbstbestimmung? In welchen Lebensbereichen ist sie wichtig – und was heißt das für die Arbeit in der Geburtshilfe?

Als wesentliche Aspekte einer selbstbestimmten Geburt wird in der Regel die Umsetzung von *informed decision* und *informed consent* verstanden, also eine informierte Entscheidung oder Einwilligung der Gebärenden in geburtshilfliche Maßnahmen. In ihrem Workshop lenken Bickhardt und Winkler den Fokus auf gesellschaftliche (oder soziokulturelle) Faktoren und deren Einfluss auf die individuelle Selbstbestimmung. Sie geben einen Einblick in die bislang eher kleine Fachdiskussion zu der Frage. Dabei stützen sie sich auf US-amerikanische Konzepte wie Care-Ethik und *Birth Justice* und leiten daraus Kritikpunkte sowie Lösungsansätze für die Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum ab. Anschließend erarbeiten die Teilnehmenden Antworten auf die Frage, was Gebärende einerseits und geburtshilfliches Personal andererseits brauchen, um Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Brainstorming: In welchen Bereichen ist Selbstbestimmung wichtig?

Vor dem Input sollten die Teilnehmenden in einem Brainstorming sammeln, in welchen Lebensbereichen ihnen Selbstbestimmung wichtig ist und wie sie unter Umständen eingeschränkt wird. Hier einige Auszüge aus ihren Beiträgen.

1. In welchen Bereichen ist uns Selbstbestimmung wichtig?

Die Teilnehmenden legen persönlich Wert auf ihre Selbstbestimmung, wenn es beispielsweise um ihre Sexualität, Beziehungs-/Familienmodelle und Reproduktion geht, um ihre Körper, ihre Bildung, um Religion, Ernährung, Wohnen und ihre Berufswahl.

2. Welche Faktoren begrenzen Selbstbestimmung?

Bei dem Brainstorming der begrenzenden Faktoren werden vor allem Dinge genannt, die sich aus dem gemeinschaftlichen Leben in Partnerschaft, Familie und Gesellschaft ergeben. Es fallen Begriffe wie Sozialisation und Kultur, Gesetze, Kinder/Familie, Geschlecht, soziale Erwartungen und gesellschaftliche Normen, aber auch Zeit, Infrastruktur, Wohngegend, Geld und sowohl Kapitalismus als auch Patriarchat.

3. In welchen Bereichen ist Selbstbestimmung für Schwangere/Gebärende/Wöchner*innen wichtig?

Die Teilnehmenden erachten Selbstbestimmung für Schwangere als wichtig bezüglich Aufklärung/Nichtwissen, Vorsorgeuntersuchungen, Mutterschutz und Elternzeit sowie Pränataldiagnostik. Gebärende sollten unter anderem über Medikamente, Interventionen, den Geburtsort und -modus selbst bestimmen können. Auch die Entscheidung, ob ein Kind gestillt wird, sollte bei den Gebärenden liegen. Außerdem halten die Teilnehmenden Selbstbestimmung in den Bereichen Verhütung, Kinderwunsch und Schwangerschaftsabbruch für relevant.

4. Welche Faktoren begrenzen deren Selbstbestimmung?

Hier denken die Teilnehmenden an Faktoren wie Gesetze und Leitlinien sowie (fehlendes) Geld, Wissen, Angst und Erwartungen. Auch die Wohngegend beziehungsweise Infrastruktur und Angehörige können die Selbstbestimmung einschränken. Zudem beeinflussen (Fehl-) Informationen/Diagnosen von medizinischen Expert*innen die Selbstbestimmung in der peripartalen Zeit.

Input: Was ist Selbstbestimmung?

Anschließend diskutiert Christiane Winkler den Begriff der Selbstbestimmung und die Handlungsspielräume für eine respektvolle Geburtshilfe. Im engeren Sinne bedeutet Selbstbestimmung die Möglichkeit, eine informierte Entscheidung zu fällen oder eine informierte Einwilligung zu geben. Rund um die Geburt reicht das aber nicht aus, argumentiert Bickhardt und beruft sich dabei auf Aia Koch, die sich als Hebammenstudierende unter anderem für die Deutsche Hebammenzeitschrift kritisch mit dem Begriff der Selbstbestimmung bei der Geburt auseinandersetzt.

Koch zufolge sind Beziehung und Empathie zentral für eine gelingende Geburt. Selbstbestimmung bedeute also nicht nur, rational und informiert eine Entscheidung zu treffen oder in eine Maßnahme einzuwilligen. Es brauche insbesondere eine „sorgende, wertschätzende und aufrichtige Geburtsbetreuung“ (Koch 2022: S. 52 f.). Koch legt dabei das Konzept Care-Ethik zugrunde und leitet daraus Handlungsspielräume für eine respektvolle Geburtshilfe ab.

Das Konzept Care-Ethik

Die US-amerikanische Politikwissenschaftlerin Joan Claire Tronto entwarf 2013 das Konzept der Care-Ethik:

Phase 1	<i>Caring About</i>	Achtsamkeit	Bedarf wahrnehmen
Phase 2	<i>Caring For</i>	Verantwortung	Verantwortung übernehmen
Phase 3	<i>Care giving</i>	Kompetenz	Fürsorge leisten
Phase 4	<i>Care Receiving</i>	Resonanz	Resonanz auf die Fürsorge wahrnehmen
Phase 5	<i>Caring With</i>	Solidarität	Gemeinsam Fürsorge leisten

Voraussetzungen dafür sind Wertschätzung, Beziehung, Selbstfürsorge und das kritische Hinterfragen von Normalisierungsprozessen.

Schlussfolgerungen für die Geburtshilfe

Die Teilnehmenden fertigen ein großes Schaubild an, auf dem sie erst in Kleingruppen und dann im Plenum Schlüsse aus dem Konzept der Care-Ethik für ihre Arbeit ziehen:

- Es braucht Zeit, um in Beziehung mit beispielsweise Schwangeren oder Gebärenden gehen zu können und ein Gefühl dafür zu bekommen, welche Vorschläge gemacht werden sollten/können.
- Es muss nicht jede Möglichkeit aufgezeigt werden.
- Es gibt eine Spannung zwischen der Anforderung, dass die Beziehung im Fokus stehen soll, und der Selbstfürsorge des medizinischen Personals.
- Schwangere sollten in ihrer Selbstermächtigung unterstützt werden.
- Es kann zu Konflikten im Nähe-Distanz-Verhältnis kommen, wenn beispielsweise Hebammen als beste*r Freund*in von Wöchner*innen wahrgenommen werden, aber dann wieder aus ihrem Leben verschwinden.
- Eine Teilnehmerin merkt außerdem an, dass Selbstfürsorge nicht nur genutzt werden sollte, um wieder arbeitsfähig zu sein, sondern es dabei konkret um das persönliche Wohlbefinden geht.

Die Konzepte *Birth Justice* und *Reproductive Justice*

Im Rahmen des Workshops stellt Christiane Winkler Ergebnisse ihrer Masterarbeit vor: *Birth Justice. Intersektionale Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt* (2022). Eingangs erläutert Winkler zentrale theoretische Konzepte für die Diskussion und Praxis selbstbestimmter Geburten.

In den 1990er Jahren prägten Schwarze Feminist*innen in den USA den Begriff *Birth Justice* für strukturell verankerte Ungleichheits- und Gewaltverhältnisse rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Elternschaft. *Birth Justice* ist dabei ein Aspekt der *Reproductive Justice/* Reproduktiven Gerechtigkeit.

Die Grundsätze von *Reproductive Justice*:

1. das Recht, kein Kind zu bekommen
2. das Recht, Kinder zu bekommen
3. das Recht, Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung aufzuziehen
4. das Recht auf sexuelle und geschlechtliche Selbstbestimmung

Die ersten drei Grundsätze definierte die US-amerikanische Schwarze feministische Aktivistin und Akademikerin Loretta J. Ross (2017). Den vierten ergänzten Aktivist*innen einige Jahre später.



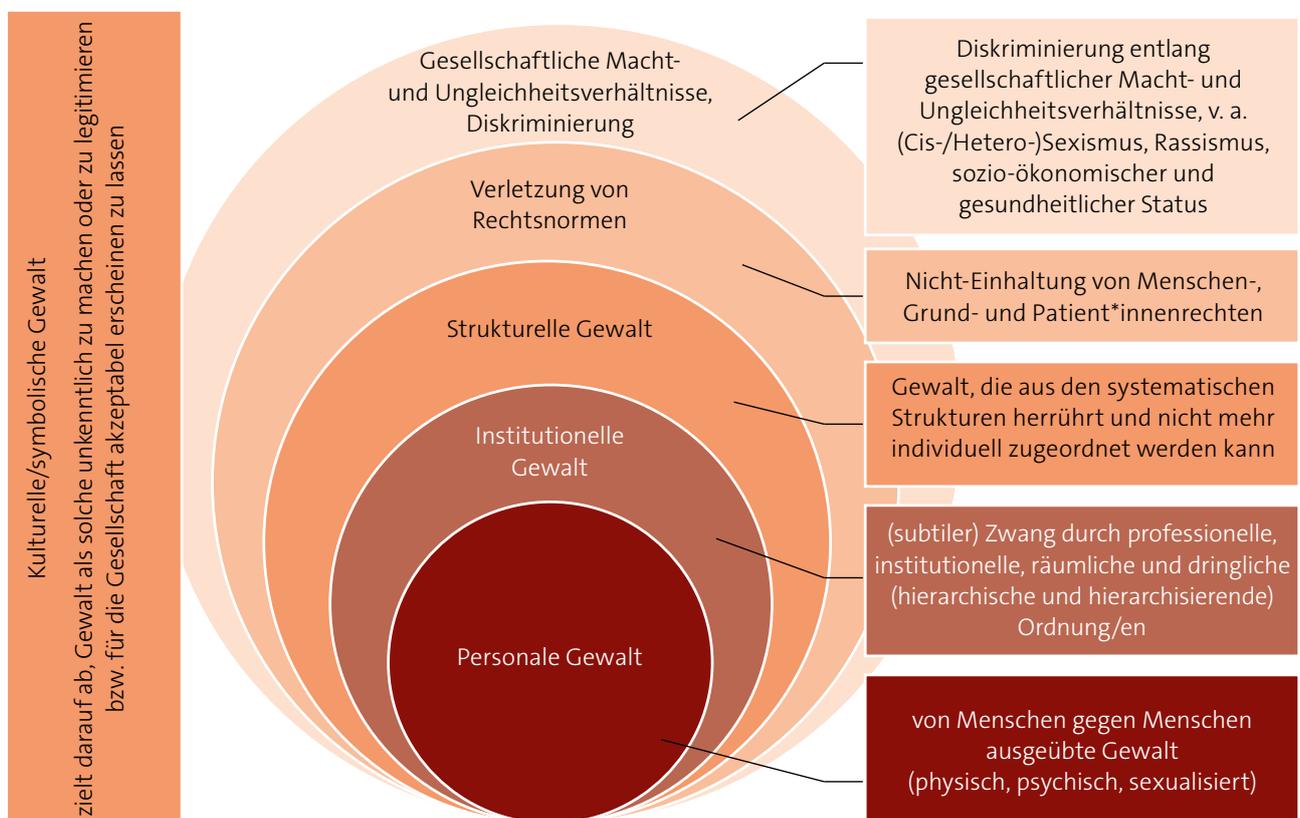
Unter dem Titel "Yes, we care" füllen die Teilnehmenden nach und nach ein großes Plakat aus, auf dem sie die verschiedenen Aspekte der Care-Ethik nach Tronto nachvollziehen.

Reproduktive Gerechtigkeit erkennt an, dass gesellschaftliche Strukturen tief in reproduktive Fragen eingreifen und individuelle Entscheidungen zu Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt und Schwangerschaftsabbruch nicht selbstbestimmt möglich sind, solange sie von Rassismus, Sexismus und Bevölkerungskontrolle beschnitten oder beispielsweise durch Barrieren für Menschen mit Behinderung eingeschränkt werden. Die intersektionale Perspektive des Konzepts denkt Wechselwirkungen und Verwobenheiten unterschiedlicher Diskriminierungsdimensionen mit.

Anschließend erklärt Winkler, wie breit der Begriff der obstetrischen Gewalt gefasst ist. Dabei stützt sie sich auf die deutsche Politikwissenschaftlerin Dr. Tina Jung, die den Begriff in verschiedene Formen und Dimensionen gliedert. Für Jung zählt dazu nicht nur konkrete personale Gewalt, worunter jegliche Maßnahmen und Interventionen fallen, die ohne das Einholen einer Zustimmung durchgeführt werden, sondern auch institutionelle und strukturelle Gewalt, die Nichteinhaltung von Rechtsnormen sowie Diskriminierung entlang gesellschaftlicher Macht- und Ungleichheitsverhältnisse wie (cis-/hetero-) Sexismus, Rassismus und Klassismus.

Obstetrische Gewalt/Gewalt in der Geburtshilfe

Anschließend gibt Winkler einen kurzen Einblick in den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskurs um obstetrische Gewalt beziehungsweise Gewalt in der Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum und erklärt zuerst zum politischen Hintergrund die Haltung des Europarats. Der definierte 2019 Gewalt in der Geburtshilfe als genderspezifische Gewalt und forderte alle Mitgliedsstaaten dringend dazu auf, Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zu bekämpfen und eine menschenrechtsbasierte gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. In einigen Ländern in Südamerika ist obstetrische Gewalt bereits ein Straftatbestand.



Formen und Mehrdimensionalität von Gewalt in der Geburtshilfe, vgl. Jung 2023, S. 294, Abb. 35



Birth Justice im deutschsprachigen Raum

Die Konzepte und Debatten rund um *Birth Justice* sind von US-amerikanischen Aktivist*innen und Akademiker*innen geprägt. Wie weit ist der deutschsprachige Diskurs darüber? Und was heißt das für Theorie und Praxis der Geburtshilfe? Um das zu erforschen, interviewte Winkler 2022 sechs Expert*innen und analysierte die Gespräche anschließend. Dabei fand sie heraus:

- Geburt spielt bisher im deutschsprachigen Diskurs über Reproduktive Gerechtigkeit keine große Rolle.
- Aktivist*innen für Reproduktive Gerechtigkeit nutzen eher den Begriff der selbstbestimmten Geburt.
- Die meisten Expert*innen kritisieren ein weiß-dominiertes Ringen um die selbstbestimmte Geburt, das intersektionale Analysen nicht berücksichtigt. Diese Lücke füllen bisher ausschließlich kleine Vereine, Kollektive, Empowerment- und Selbsthilfeinitiativen sowie Einzelpersonen.

Winkler analysiert:

- *Birth Justice* fokussiert kritisch die strukturell unterschiedlichen Zugänge diverser sozialer Gruppen zu qualitativer peripartaler Gesundheitsversorgung.
- Strukturelle und intersektionale Gewalt wirken als Zugangsbarrieren.
- Das Risiko, Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen zu machen, ist für mehrfachdiskriminierte Personen deutlich erhöht.

- Die interviewten Expert*innen bemängeln ein fehlendes Verständnis der systemischen Dimension gesellschaftlicher Ungleichheits- und Machtverhältnisse im deutschsprachigen Raum.
- Internalisierte und normalisierte gesellschaftliche Machtverhältnisse führen zur Reproduktion gewaltvollen Verhaltens und wirken als Barrieren zur peripartalen Gesundheitsversorgung, Sozialberatung und zum aktivistischen Engagement.

Potenziale des Konzepts *Birth Justice* für den deutschen Kontext

Winkler teilt den Veränderungsbedarf für *Birth Justice* aus ihren Interviews in sechs Bereiche auf: Versorgungspraxis, Politik, Studium/Fortbildung, sexuelle Bildung und Beratung, institutioneller Aktivismus und Forschung. Im Vortrag für die Summer School konzentriert sie sich auf den ersten Bereich: die Versorgungspraxis. Für diesen Bereich zieht Winkler folgende wichtige Punkte aus ihren Erkenntnissen:

- Subjektzentriertheit
- Hierarchieabbau und Multiprofessionalität
- Diversität und Diskriminierungssensibilität
- Fehlerkultur

Die Teilnehmenden trugen in einem World Café zusammen, was für eine gerechtere Versorgungspraxis nötig wäre: Sie gehen von Plakat zu Plakat und schreiben an jeder Station ihre Ideen zum jeweiligen Aspekt auf.

Subjektzentriertheit

1:1-Betreuung

Individuelle Wünsche berücksichtigen, z. B. den Geburtsplan

Feedback zur Betreuung einholen, Reflexion

Patient*in als Expert*in für die eigene Situation wahrnehmen

Hierarchieabbau und Multiprofessionalität

Zusammenarbeit zur gemeinsamen Schwangerenvorsorge

Hospitationen untereinander

Gemeinsames Lernen, Kompetenzen der anderen kennenlernen, z. B. durch gemeinsame Module im Studium oder gegenseitige Hospitationen

Teambuilding

Klare Aufgabenverteilung

Gemeinsame Arbeit an Leitlinien

Diversität und Diskriminierungssensibilität

(Selbst-) Reflexion und Abbau von Normen, Denkmodellen und Erwartungen als lebenslanger Prozess

Mehr Diversität in den zugehörigen Berufsgruppen, u. a. durch Förderungen

Information bei Weiterbildungen

Barrierefreier Zugang für Personen mit Behinderung

Sprachbarrieren überbrücken, z. B. durch Dolmetscher*innen

Fehlerkultur

Gute Einarbeitung

Rückhalt von Vorgesetzten

Supervision, Fallbesprechungen

Gutes Beschwerdemanagement mit Rückkopplungsschleifen zur Praxis

Nachbesprechungen aktiv anbieten

Rechtliche Absicherung: Fehler zu besprechen muss möglich sein

Eine intersektionale Geburtshilfe baut Diskriminierung und Zugangsbarrieren ab und stärkt subjektzentrierte Versorgung. Dabei, so Winkler, sollte Intersektionalität Querschnittsthema in der Wissenschaft und der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Personen sein und in alle Maßnahmen zur Verbesserung der peripartalen Gesundheitsversorgung einfließen.

Zum Abschluss stellen Winkler und Bickhardt die Frage, was aus den Überlegungen für die konkrete Praxis folgen kann; kurz gesagt: "What to do?" Eine mögliche Antwort darauf ist das Konzept des „Verbündetseins“, das Bickhardt und Winkler mit Verweis auf das *Praxishandbuch Social Justice and Diversity* (Czollek et al. 2019) vorstellen:

- Bewusstsein für vorhandene Privilegien schaffen
- mit eigenen Verhaltensmustern auseinandersetzen → an Veränderung arbeiten
- Verantwortung für Sichtbarkeit übernehmen, Perspektiven diskriminierter Menschen/Gruppen thematisieren
- Arbeit an Umverteilung
- Handeln – auch dann, wenn es nicht im unmittelbaren, eigenen Interesse ist



Workshop 2

Erfahrungsbasierte Einführung in Reproduktive Gerechtigkeit mit Anti-Bias-Methoden

Einführung

Constanze Schwärzer-Dutta gibt eine erfahrungsbasierte Einführung in das Konzept Reproduktiver Gerechtigkeit mit Hilfe von Anti-Bias-Methoden. Dabei handelt es sich um Methoden, die Gruppen für verschiedene Formen von Diskriminierung sensibel machen sollen, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene. Die Teilnehmenden erarbeiten Antworten auf Fragen rund um Reproduktive Gerechtigkeit: Was ist Vielfalt? Was gibt mir bei meiner Arbeit Macht? Wie gehe ich damit bei meiner Arbeit um? Außerdem gibt die Referentin einen Überblick zu Reproduktiver Gerechtigkeit und reproduktiver Unterdrückung.



Constanze Schwärzer-Dutta

Constanze „Conni“ Schwärzer-Dutta begleitet Organisationen und Personen beim Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung, hin zu mehr Anerkennung und Wertschätzung von Vielfalt und einer inklusiven Haltung und Praxis. Die studierte Politikwissenschaftlerin hat sich dabei unter anderem auf die Themen Gender, Familie, Migration und Rassismus spezialisiert und arbeitet als Beraterin, Trainerin, Moderatorin und Coach. 2022 erschien ihr erstes Buch: „Liebe mit Köpfchen: Beziehungstipps einer Autist*in für neurodiverse Paare“. Ihr zweites Buch: „Außer Konkurrenz. Autistisch Sein.“ erschien im August 2024. Ihre Trainings orientieren sich stark an den Teilnehmenden, die sie nicht nur mit wissenschaftlichen Informationen versorgen, sondern auch stärken möchte.

 Webseite: <https://www.constanzeschwaerzer.de/>

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

Assoziationsübung zu Reproduktiver Gerechtigkeit

Der Workshop startet mit einer Sammlung des Vorwissens der Teilnehmenden über Reproduktive Gerechtigkeit. Sie sollen Akronyme zu „REPRODUKTIVE GERECHTIGKEIT“ bilden, also Worte, die mit den Buchstaben des Begriffs beginnen. Es entsteht eine große, wild gemischte Sammlung an Assoziationen, darunter:

Roses Revolution
Einverständnis
Politik
Rechte
Ohnmacht
Druck
Utopie
Kolonialismus
Time/Zeit
Inter* Personen
Verhütung
Entscheidung

Grenzüberschreitung
Emotionen
Ressourcen
Empathie
Co-Elternschaft
Haltung
Transparenz
Information
Gesetze
Körperwissen
Emotion
Inspiration
Trauma

Eisberg der Vielfalt: Erste Eindrücke

Mit einer zweiten Übung zeigt Schwärzer-Dutta eine Perspektive auf Diversität: Der „Eisberg der Vielfalt“ symbolisiert, dass nur ein kleiner Teil von Vielfalt auf den ersten Blick sichtbar ist, während der größte Teil erst im Laufe der Zeit oder gar nicht erkannt wird.

- z. B. das Alter oder Informationen aus der Krankenakte sind sofort klar. Außerdem können Annahmen über Geschlecht, Herkunft und Behinderungen getroffen werden.
- Informationen wie Bildungshintergrund, Religion, sozioökonomischer Status und Sprachkenntnisse werden oft erst auf den zweiten Blick oder gar nicht klar.

Schwärzer-Dutta betont, dass die Frage „Was muss ich wissen“ neben „Was weiß ich“ wichtig ist. Sie betont, dass Intuition in der Geburtshilfe gleichzeitig eine wichtige und gefährliche Fähigkeit ist, weil sie auch zu falschen Vorannahmen führen kann. Auch Vorurteile, die man ablehnt, prägen die eigene Arbeit, wenn auch unterbewusst. So kann beispielsweise Rassismus die eigenen Entscheidungen auch dann beeinflussen, wenn man das nicht möchte. Schwärzer-Duttas Tipp zum Dilemma mit der Intuition: „Vertraue deinem Bauchgefühl nur, wenn es um dich geht oder um eine Person, mit der du etwas gemeinsam hast.“ Wer beispielsweise keine Geldsorgen oder psychischen Krankheiten hat, sollte den eigenen Vorannahmen darüber nicht einfach glauben.

Sie appelliert, nur Fragen zu stellen, die für die Betreuung nötig sind. Fragen wie „Woher kommst du? Kam deine Behinderung durch einen Unfall, oder bist du so geboren?“ nur aus Neugierde zu stellen, hilft medizinisch nicht weiter.

Wer Gebärende betreut, erlebt sie meist nur in einer Momentaufnahme und kann vieles nicht wissen. Beispielsweise erlebt laut dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024) jede dritte Frau in Deutschland mindestens einmal in ihrem Leben physische oder sexualisierte Gewalt, aber viele Betroffene haben das selbst (noch) nicht realisiert. Trotzdem kann die Erfahrung die Geburt beeinflussen.

Oft sind Hebammen und Gynäkolog*innen dann in einer Zwickmühle: Frage ich nach Fluchterfahrungen – oder kann das retraumatisieren? Hake ich nach, wenn in der Akte „Zustand nach Missbrauch“ steht, um sicher zu gehen, dass der Missbrauch wirklich beendet ist – oder mische ich mich dann zu sehr ein? Ist im oft hektischen Klinikalltag Zeit, um solche Probleme angemessen aufzufangen? Eine Teilnehmerin mit Erfahrung in diesem Bereich rät, sich vorher zu informieren, um vorbereitet zu sein und im Falle von andauernder Gefährdung, z. B. durch Partnerschaftsgewalt, Hilfsangebote zu kennen und für sich selbst einschätzen zu können, wie man das Gespräch verkraften wird.

Eine andere Teilnehmerin merkt an, dass es Gebärende aus dem Flow reißen kann, vor jeder Handlung um Konsens gebeten zu werden. Sie gibt als Tipp, stattdessen vieles zu klären, bevor der Geburtsprozess eintritt, und zum Beispiel zu vereinbaren: „Wenn du in der Situation merkst, dass etwas doch nicht ok ist, schieb einfach meine Hand weg.“



Brainstorming: Was gibt mir bei meiner Arbeit Macht?

In einer nächsten Übung tragen die Teilnehmenden Faktoren zusammen, die ihnen in ihrem Job Macht verleihen. Dabei kommt viel zusammen – darunter auch vieles, das nicht nur den Teilnehmenden Macht gibt, sondern von dem auch die Gebärenden profitieren können. Auf bunten Zetteln stehen am Ende viele Begriffe wie Wissen, Vertrauen, Erfahrungsschatz und ein Netzwerk. Dort taucht auch die sensible, vulnerable Situation der betreuten Person auf, und der Status, den ein medizinischer Beruf verleiht. Bei manchen Punkten besteht Gesprächsbedarf. Eine Teilnehmerin betont zum Beispiel: „Ich habe die Deutungshoheit. Ich entscheide, ob etwas pathologisch oder physiologisch ist. Ich schreibe die Dokumentation.“

Nicht immer wirken Machtfaktoren nur in eine Richtung. Beispielsweise beschreibt eine Hebamme, dass ihr mit steigendem Alter mehr Vertrauen entgegengebracht und ihre Kompetenz seltener in Frage gestellt wird. Jüngere Teilnehmende hingegen beobachten, dass sie schneller einen Draht zu jungen Gebärenden haben. Schwärzer-Dutta ergänzt, dass es sich hier um den Gegensatz zwischen „Macht durch Gemeinsamkeit“ und „Macht durch Hierarchie“ handelt.

Ähnlich wie das Alter beschreiben Teilnehmende auch *Weißsein/Deutschsein* als Faktor, der in beide Richtungen wirken kann: Einerseits zweifeln viele (deutsche/*weiße*) Patient*innen die Kompetenz von migrantisiertem Personal an, was für entsprechende Fachkräfte verletzend oder bedrohlich sein kann. Andererseits schildert eine Teilnehmende die Erfahrung, dass das eigene Kopftuch oder ein Akzent es erleichtern können, das Vertrauen von migrantisch gelesenen Gebärenden und ihren Angehörigen zu gewinnen.

Die Teilnehmenden sprechen auch länger über das scharfe Schwert, das sie durch den Kontakt zum Jugendamt in der Hand haben: Einen Fall zu übersehen, in dem das Jugendamt helfen könnte, wäre fatal. Andererseits haben viele, gerade migrantische Familien große Angst vor dem Jugendamt, da sie es vor allem mit Inobhutnahmen verbinden. Das kann dazu führen, dass kein Vertrauen zu medizinischem Personal aufgebaut und alle Nachfragen und Unterstützungsangebote aus Angst abgeblockt werden. Eine Teilnehmerin gibt den Tipp, in solchen Fällen ganz offen zu fragen: „Wovor haben Sie Angst?“ Dann können Vorannahmen direkt besprochen und idealerweise ausgeräumt werden.

Strukturelle Machtfaktoren

Die Teilnehmenden füllen eine sogenannte „Power Flower“ aus. Hier werden in Blumenform angeordnet verschiedene strukturelle Machtfaktoren genannt, wie beispielsweise sexuelle Orientierung, Religion und Bildung; je weiter innen ein Blumenblatt ausgemalt wird, desto größer das Privileg der jeweiligen Person in diesem Bereich. Die Übung soll dabei helfen, die eigene gesellschaftliche Positionierung kennenzulernen und den Umgang mit der eigenen Macht zu reflektieren.

Dabei warnt die Referentin vor zu kurz gegriffenen Schlüssen: Beispielsweise ist Macht nicht zwangsläufig schlecht, sondern kann auch instrumentell im Sinne von betreuten Personen eingesetzt werden, wenn man sich der eigenen Macht bewusst ist. Privilegien sind außerdem immer abhängig vom Kontext: Beispielsweise kann man im eigenen Stadtviertel eher zu den Ärmeren, im bundesdeutschen Vergleich eher zum Durchschnitt und global eher zu den Reicheren gehören. Je nach Kontext kommt einem also unterschiedlich viel Macht durch die eigene Positionierung zu. Die Referentin mahnt außerdem, sich nicht ständig und nur anhand der eigenen Privilegierung und Diskriminierungs Betroffenheit zu identifizieren. Bei der Übung geht es eher um ein grundsätzliches Verständnis und ein kritisches Verhältnis zu Ungleichheit.

Da die Übung sehr persönliche Themen berührt, erfolgt der Austausch über die Ergebnisse in Vieraugengesprächen. Nur einige grundsätzliche Beobachtungen und Schlussfolgerungen werden anschließend in großer Runde mit allen Teilnehmenden besprochen. Beispielsweise ist mehreren Teilnehmenden aufgefallen, dass sie sich der Bereiche eher bewusst waren, in denen sie benachteiligt sind, da sie hier im Alltag auf Probleme stoßen, während ihnen ihre Privilegien eher schwächer oder seltener bewusst waren. Bei der Frage nach Selbsthilfe bei Diskriminierung und Benachteiligung wird Vernetzung mit anderen Betroffenen genannt. Außerdem wird angesprochen, dass Privilegien in vielen Fällen auch dazu eingesetzt werden können, sich politisch für bessere Bedingungen einzusetzen.

Brainstorming: Reproduktive Unterdrückung

Schwärzer-Dutta ruft den Teilnehmenden die Grundsätze der Reproduktiven Gerechtigkeit nach Loretta Ross ins Gedächtnis, die sie bereits am Vortag kennengelernt haben. Auf einem Plakat sind sie noch einmal aufgelistet (siehe S. 9).

Die Teilnehmenden brainstormen darüber, wie die Grundsätze miteinander zusammenhängen. Pfeile auf dem Plakat stehen für Wechselwirkungen. Beispielsweise ist die Entscheidung für oder gegen ein Kind oft mit den Lebensumständen der Eltern verbunden, und sexuelle Freiheit hängt am Zugang zu Verhütung. Am Ende sind fast alle der Punkte miteinander verbunden. Die entstandene Grafik zeigt, wie komplex Reproduktive Gerechtigkeit ist und wie sich die Grundsätze gegenseitig bedingen.

In einem zweiten Schritt sammeln die Teilnehmenden mögliche Ergänzungen der vier Grundsätze. Wer fehlt, was wird noch nicht berücksichtigt? So werden auf Zetteln die Rechte von Kindern und dritten Personen wie beispielsweise Leihmüttern als Leerstelle hinzugefügt. Außerdem stellt eine Teilnehmerin die Frage, was „gute Bedingungen“ meint, und merkt an, dass ein schlechtes Umfeld und mangelnde Ressourcen für Kinder und Familien oft kritisiert statt verbessert würden.

Historical Scan: Meine/unsere Geschichte und Motivation

Unter dem Titel „Wichtige Ereignisse, die mein Verständnis von/mein Engagement für Reproduktive Gerechtigkeit beeinflusst haben“ entsteht ein Zeitstrahl. Dabei gehen die Teilnehmenden in Zehnerschritten ab dem Jahr 2000 vor und wagen mit Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen auch einen Blick in die nahe Zukunft. Sie sammeln erst in Gruppen zentrale Geschehnisse für das Thema und gliedern sie in drei Kategorien:

- politisch, gesellschaftlich, global
- Arbeit, Bildung, Engagement
- persönlich

Anschließend kommen alle zusammen und die Kleingruppen heften nach und nach ihre Beiträge an den Zeitstrahl. Dabei kommen weitaus mehr Ergebnisse zusammen, als hier in der Dokumentation Platz finden können. Genannt werden Gesetze und politische Debatten, wissenschaftliche Fortschritte und Erfahrungen aus dem Berufsleben und der eigenen reproduktiven Biografie. Zur Illustration einige der gesammelten Ereignisse:



Ein Zeitstrahl zu Reproduktiver Gerechtigkeit entsteht.



	2000–2010	2010–2020	2020–2030
politisch, gesellschaftlich, global	<ul style="list-style-type: none">• Einführung der DRGs• Elterngeld	<ul style="list-style-type: none">• Abschaffung der Sterilisation bei Personenstandsänderungen• Roses Revolution Days	<ul style="list-style-type: none">• Abschaffung der Rezeptpflicht für die „Pille danach“• Recht auf 1:1-Betreuung
Arbeit, Bildung, Engagement	<ul style="list-style-type: none">• Aufklärung in der Schule• Hebammenmangel	<ul style="list-style-type: none">• Praktika als Hebamme• Studium der Gender Studies	<ul style="list-style-type: none">• Coronakrise – Wer begleitet wie im Kreißaal?• Summer School von pro familia
Persönlich	<ul style="list-style-type: none">• erster Kontakt mit Verhütung• erster Besuch in der gynäkologischen Praxis• eigene traumatische Geburt	<ul style="list-style-type: none">• queere Beziehung mit Kinderwunsch• Wunsch nach <i>female empowerment</i>	<ul style="list-style-type: none">• veränderte Beziehung zum eigenen Körper durch die Ausbildung• erste Freundinnen bekommen Kinder

„Inneres Team“: Fallbeispiele aus unserer Arbeit

In Kleingruppen besprechen die Teilnehmenden Situationen aus ihrer Arbeit, in denen sie einen inneren Konflikt mit Reproduktiver Gerechtigkeit erlebt haben. Sie sollen sich dabei fragen: Welche Emotionen und Rollen waren in mir beteiligt? Dieses sogenannte „innere Team“ ist ein psychologisches Konzept über die inneren Stimmen und Anteile, die in jedem Menschen wirken und oft unterschiedliche, manchmal widersprüchliche Bedürfnisse, Wünsche und Meinungen vertreten. Mitglieder dieses inneren Teams können beispielsweise „Die Verantwortungsbewusste“, „Der Perfektionist“, „Die Expertin“ oder „Der Empathische“ sein. Die Übung soll helfen, diese eigenen Anteile zu erkennen und zu verstehen, wie und warum man sich in einer Situation für ein bestimmtes Verhalten entschieden hat. So können künftige Entscheidungen bewusster getroffen werden.

Um konkrete Situationen aus dem Berufsalltag vertraulich zu halten, teilen die Kleingruppen ihre Gespräche nicht im Plenum.

Transfer in unsere Arbeitsbereiche – nächste Schritte

Zum Abschluss des Workshops setzen sich die Teilnehmenden konkrete Ziele, wie sie das Gelernte in ihren beruflichen Alltag übertragen können. Einige ihrer Ideen:

- immer erst zuhören, statt vorschnell zu urteilen
- sich der eigenen Wissenslücken bewusst sein
- demonstrieren, recherchieren, vernetzen
- Missstände ansprechen – freundlich mit den Menschen, aber klar in der Sache
- sich trauen, bei Problemen den Mund aufzumachen – ausprobieren, ob das überhaupt Nachteile mit sich bringt – Formulierungen im Vorfeld zurechtlegen, um nicht ad hoc schlagfertig sein zu müssen
- Selbstfürsorge betreiben
- Balance finden zwischen Evidenz einerseits und Erfahrungswissen, Intuition und der Individualität der Patient*innen andererseits
- interdisziplinär denken und arbeiten, voneinander lernen

Workshop 3

FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention



Der folgende Abschnitt enthält detaillierte Schilderungen von weiblicher Genitalverstümmelung (FGM/C) sowie sexualisierter Gewalt. Diese Themen können belastend sein und unangenehme Emotionen hervorrufen. Wir empfehlen, diesen Abschnitt nur dann zu lesen, wenn Sie sich emotional dazu in der Lage fühlen.

Überblick

Drei Vertreter*innen des Netzwerks baobab – zusammensein e. V. geben eine Einführung in weibliche Genitalverstümmelung (FGM/C) und ihre Prävention. Den theoretischen Input liefert der Gründer und Geschäftsführer Kass Kasadi, der auch die Übersetzung übernimmt. Die Multiplikatorinnen Rassy Barry und Mousou Doukouly berichten als Betroffene über ihre eigene Geschichte mit FGM/C in Guinea und Liberia. Das Ziel von baobab bei der Summer School: Die Teilnehmenden sollen später in ihrer Arbeit als Hebammen und Gynäkolog*innen wissen, wie sie Betroffene verstehen und unterstützen können. FGM/C wird dabei nicht als rein medizinisches Problem, sondern als ein soziales verstanden, das sowohl die Betroffenen als auch die gesamte Gesellschaft etwas angeht.



Kass Kasadi, Rassy Barry und Mousou Doukouly (v. l. n. r.) vom Verein baobab – zusammensein e.V.

Das Netzwerk baobab – zusammensein e. V., gegründet 2013, engagiert sich für und mit Betroffenen gegen weibliche Genitalverstümmelung. Der Verein entstand aus afrikanischen Communitys in Niedersachsen und Bremen und entwickelte sich von einem Gesundheitspräventionsprojekt zu einem umfassenden Netzwerk für Gesundheit und Teilhabe. Es berät und unterstützt Betroffene und arbeitet präventiv. Dabei setzt es auf den Peer-to-Peer-Ansatz, bei dem Betroffene zu Multiplikator*innen werden. Zudem schult es Fachkräfte im Umgang mit afrikanischen Lebensweisen, bekämpft Stigmatisierung und stärkt die Gesundheitsförderung innerhalb der afrikanischen Communitys. Baobab ist der Name des Lebensbaums, der in Afrika gleichzeitig als Symbol für Gemeinschaft steht – ein zentrales Motiv der Arbeit des Vereins.

📍 Webseite: <http://www.baobab-zs.de/>

@ Kontakt: info@baobab-zs.de





Das Netzwerk baobab – zusammensein

baobab-Gründer und -Sprecher Kass Kasadi stellt den Verein mit einem Leitsatz seiner Arbeit vor, die sich an den Wünschen der Betroffenen orientiert: „Der Wunsch ist, zu verstehen, gekoppelt mit dem Wunsch, verstanden zu werden.“ Dieses Verständnis sei die Basis, um Betroffenen helfen zu können. Der Schlüssel im Kampf gegen FGM/C sei die Selbstermächtigung der Betroffenen. Bei baobab können sie selbst im Netzwerk aktiv werden und als Multiplikator*innen andere beraten und unterstützen.

Beim Verein meldeten sich binnen drei Monaten 90 Betroffene, von denen sich die meisten hier erstmals zu FGM/C beraten ließen. Seit Februar 2024, also innerhalb eines knappen halben Jahres, begleitete baobab drei Betroffene zu Geburten, davon eine Zwillingsgeburt und ein Kaiserschnitt. Zusätzlich begleitete der Verein eine Frau zu einer Defibulation, also einer Operation, bei der der Vaginaleingang nach FGM/C wiedereröffnet wird. Die Unterstützung von Betroffenen geht bei baobab weit über eine reine Beratung hinaus. Das Netzwerk leistet sozialen Beistand, es fährt Betroffene in Kliniken und übersetzt dort.

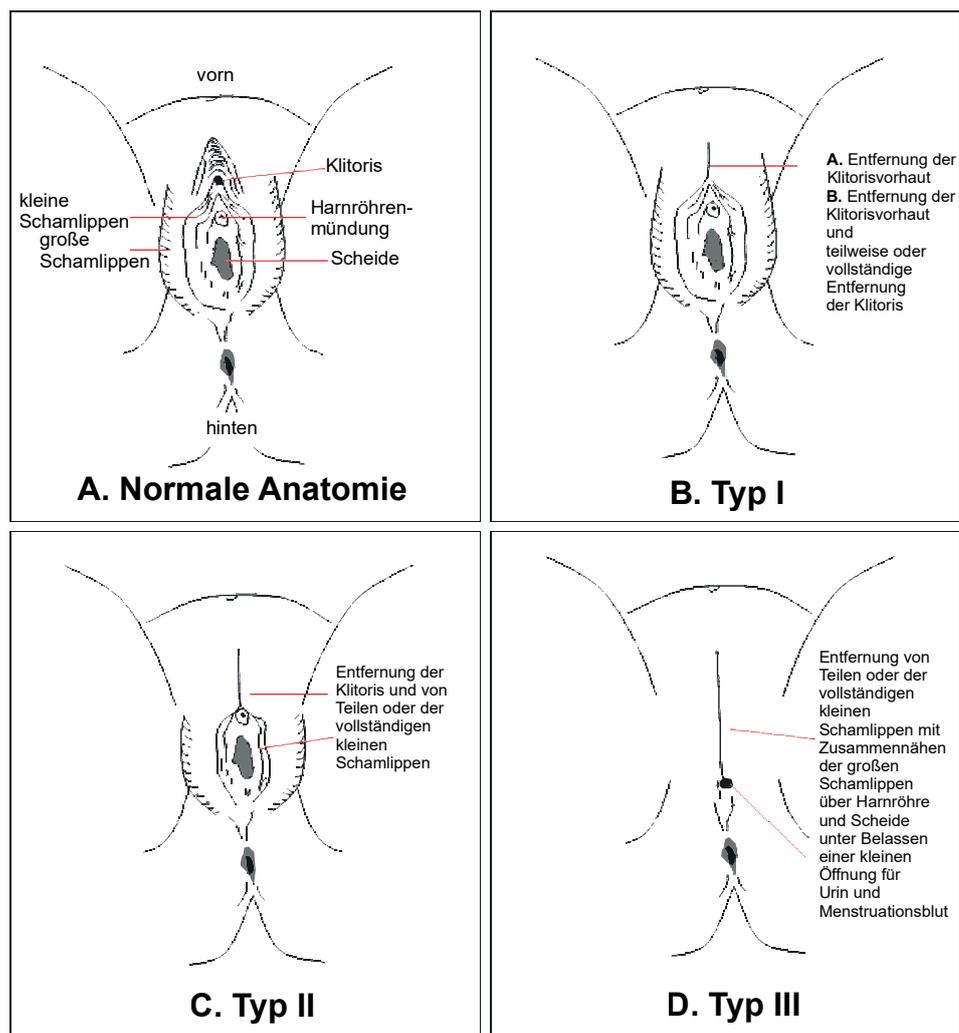
Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit des Vereins ist die Prävention: baobab leistet Aufklärung über Mythen und Gefahren von FGM/C. Der Verein macht sich für Bildung stark. Und er bindet auch die Männer ein: Sie sollen das Wissen über die Risiken und Folgen von FGM/C kennen und in der Community verbreiten. Und sie sollen das Leid der Betroffenen verstehen, um beispielsweise nachzuvollziehen, warum ihre Partner*innen den Geschlechtsverkehr verweigern.

Außerdem setzt sich baobab für Aufklärung ein. Kass Kasadi kritisiert, dass sich nur sehr wenige Ärzt*innen und Hebammen mit FGM/C

auskennen. Der Großteil der Betroffenen habe noch nie eine Beratungsstelle besucht, sodass ihre Probleme oft erst bei gynäkologischen Notfällen oder in der Geburtshilfe medizinisch bekannt werden. Nach jahrelanger Bildungsarbeit und politischem Engagement des Vereins komme das Thema nun langsam in der Wissenschaft und Ausbildung an; in Hannover sei FGM/C neuerdings Teil des Hebammenwissenschaftlichen Studiums.

Was ist FGM/C?

FGM/C ist Englisch und steht für *female genital mutilation/cutting*. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert FGM als „alle Verfahren, die die teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen“. Meist erfolgt eine Beschneidung ohne den Einsatz von Betäubungsmitteln.



Beschneidungsformen (nach WHO), Quelle: [Wikipedia](#), Illustration von Kaylima.

Die WHO unterscheidet vier Typen von FGM/C:

1. Typ I – Klitoridektomie: Der sichtbare Teil der Klitoris wird teilweise oder ganz entfernt.
2. Typ II – Exzision: Neben der Klitoris werden die inneren Vulvalippen teilweise oder ganz entfernt.
3. Typ III – Infibulation: Verengung der vaginalen Öffnung durch die Herstellung eines bedeckenden Hautverschlusses. Die Klitoris, die inneren und Teile der äußeren Vulvalippen werden entfernt. Die Wunde wird bis auf eine winzige Öffnung zugenäht.
4. Typ IV – alle anderen Eingriffe, z. B. Einstechen, Verlängerung, Durchbohren, Einschneiden, Ausschaben, Ausbrennen oder Verätzen.

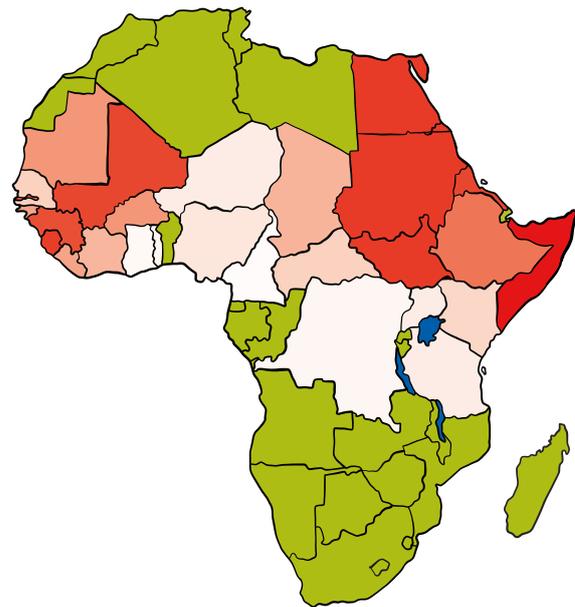
Rund 80 Prozent aller beschnittenen Personen sind von Typ I und II betroffen, rund 15 Prozent von Typ III. Manche Betroffene werden sogar mehrmals beschnitten, sodass sie erst von Typ I und später von Typ II oder III betroffen sind. Egal welchen Typs ist FGM/C als Eingriff ohne medizinische Indikation immer ein gesundheitliches Risiko für die Betroffenen und führt zwangsläufig zu lebenslangen Schmerzen und sexuellen Einschränkungen. Vor allem bei Betroffenen von Typ III kommen oft Entzündungen hinzu.

Beispielsweise in Guinea waren bei einer Erhebung 2018 94,5 Prozent aller Frauen und Mädchen im Alter von 15 bis 49 Jahren betroffen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2020). Bei Ländern mit einer so hohen Rate empfiehlt Kasadi, gar nicht erst die Frage zu stellen, ob eine Patient*in betroffen ist, sondern erst einmal davon auszugehen. Außer, die Patient*in wurde in Deutschland geboren, wobei auch hier Fälle bekannt seien, in denen Mädchen* hier oder bei einer Reise nach Afrika beschnitten werden.

Die Organisation Terre des Femmes (2022) hat eine Dunkelzifferstatistik veröffentlicht, laut der in Niedersachsen 5.374 Frauen und 2.794 Mädchen potenziell betroffen sowie 1.299 Mädchen potenziell bedroht sind. Dabei steigen die Zahlen der potenziell Betroffenen seit 2018 jährlich an. Das führt Kasadi darauf zurück, dass mehr Menschen aus Somalia nach Deutschland kommen.

FGM/C hat gravierende Folgen für viele Lebensbereiche der Betroffenen. Da beim Typ III nur ein kleines Loch zum Urinieren bleibt, dauere ein Toilettengang oft 30 oder 45 Minuten. Weil Sex vor der Ehe verboten ist und nur beschnittene Frauen verheiratet werden, würden Betroffene nie einen Orgasmus oder sexuelle Lust erleben.

Kasadi schildert eine typische Hochzeitsnacht, die eine Frau aus dem baobab-Netzwerk erlebt hat: Neben an fei-



Grafik: baobab – zusammenfassend e. V.

FGM/C-Prävalenz in Afrika (Terre des Femmes, UNICEF, Stand 2019)
 ■ = hohe Prävalenz in Abstufungen bis ■ = niedrige Prävalenz
 ■ = kein FGM/C dokumentiert

erten Familie und Freunde, während sich die Betroffene für den Geschlechtsverkehr auf ein weißes Tuch legen musste. Sie war damals 15 Jahre alt und wurde zwangsverheiratet – ein Schicksal, das oft mit FGM/C einhergeht. Das Mädchen wurde zum Sex gezwungen, obwohl sie von Typ III FGM/C betroffen war. Je mehr Blut am nächsten Morgen auf dem Tuch ist, desto besser sei das für den Ruf des Mannes. Sex gelte dann als gut, wenn die Frau besonders starke Schmerzen habe. Bis heute sei die Frau durch diese Erlebnisse psychisch schwer belastet.

Die Erfahrungen Betroffener

Nun haben die Multiplikatorinnen Rassy Barry und Mousou Doukouly das Wort. Sie berichten von ihren Erfahrungen mit FGM/C in Guinea und Liberia. Kasadi dolmetscht im Folgenden und schickt einen Hinweis an die Teilnehmenden der Summer School voraus: „Die Betroffenen brauchen kein Mitleid. Sie sind meine und eure Lehrerinnen. Sie sind keine Opfer, sondern wollen kämpfen. Also stellt alle Fragen, die ihr habt.“

Rassy Barry erzählt ihre Geschichte: Ungewöhnlicherweise stellte sich ihr Vater gegen ihre Beschneidung, da er sie für grausam hielt. Damit stellte er sich und seine Familie auch ins soziale Aus; sie waren nicht mehr anerkannter Teil der guineischen Dorfgemeinschaft. Als ihr Vater schließlich starb, hatte ihre Mutter allein nicht mehr die Kraft, ihre Tochter zu schützen, da sie als alleinstehende Frau im Dorf wenig Einfluss hatte. Im Alter von 14 Jahren



Moussou Doukouly teilt ihre Geschichte mit den Teilnehmenden der Summer School.

wurde Rassy Barry beschnitten. Als Betroffene des Typ III hat sie starke Schmerzen, besonders die Geburt ihres Kindes war eine Tortour und nahm einen schwierigen Verlauf. Zu den üblichen Geburtsschmerzen kam der Schmerz durch ihre Beschneidung, sodass sich die Geburt lange zog. Die Schmerzen sorgen für Probleme in ihrer Ehe. Sie sucht aktuell nach ärztlicher Unterstützung für eine Rekonstruktion.

Auch Moussou Doukouly erzählt ihre Geschichte. In ihrem liberischen Dorf habe man mit Kindern nicht über FGM/C gesprochen. So sei sie völlig ahnungslos mitgegangen, als sie und andere Kinder in den Wald geführt wurden. Man habe sie angelogen und ein Fest mit Süßigkeiten und leckerem Fleisch versprochen. Stattdessen wurde sie dort beschnitten. Die Beziehung zu ihrer Familie wurde dadurch zerstört, ihr Vertrauen in die Gemeinschaft ebenfalls. Danach habe man ihr gesagt, die Schmerzen seien normal, und sie aufgefordert, nicht zu viel zu weinen: Wer zu viel weint, werde aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. Außerdem habe man großen sozialen Druck auf die Betroffenen ausgeübt, ja nicht über ihre Erfahrungen zu sprechen, auch um Jüngere nicht zu warnen.

Warum wird FGM/C praktiziert?

FGM/C ist eine Praxis, die tief in den Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit verwurzelt ist. Die Gründe dafür sind vielfältig: religiöse Überzeugungen, tradierte Normen, soziale und ökonomische Gründe, die von Volksgruppe zu Volksgruppe und von Land zu Land variieren können. Gleichzeitig sei der Akt der Beschneidung der Übergang zum Erwachsenwerden. Auf die Betroffenen und ihre Familien wird großer gesellschaftlicher Druck ausgeübt: Der Anstand und die Familienehre gebieten es, alle Töchter beschneiden zu lassen. Außerdem hängt daran die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft und die Akzeptanz der Betroffenen als ehrbare Frau und spätere Braut. Hinter FGM/C steht zudem eine frauenverachtende Vorstellung von Reinheit und Ästhetik.

Kasadi kritisiert, dass FGM/C oft mit Mythen und Drohungen verbunden sei. Es werde erzählt, ein unbeschnittenes Mädchen* erzürne die Ahnen und könne zu Missernten und zum Tod führen. Außerdem könne die Klitoris den Ehepartner beim Geschlechtsakt verletzen. Auch ein Kind könne bei der Geburt sterben, wenn sein Kopf die Klitoris berühre. Eine unbeschnittene Frau werde oft als „vom Teufel besessen“ verurteilt. Außerdem dürfe ein frisch beschnittenes Mädchen* nicht mit unbeschnittenen Mädchen* in Berührung kommen. Wer „nur“ mit Typ I beschnitten wurde, dürfe oft keinen Geschlechtsverkehr haben.

Real stehen hinter FGM/C jedoch ganz andere Motive, so Kasadi: Es geht darum, die weibliche Sexualität zu kontrollieren und „Jungfräulichkeit“ zu bewahren. Da Geschlechtsverkehr für die meisten Beschnittenen sehr schmerzhaft ist, soll die Beschneidung auch ihre Treue zu ihren Ehemännern sicherstellen. Je größer das Loch, das bei FGM/C Typ III gelassen wird, desto niedriger ist der Brautpreis. Das alles sind vor allem männliche Ansprüche, betont Kasadi.

Zentral sind auch wirtschaftliche Motive: Frauen werden als Ware und Eigentum unterdrückt. Da Frauen erst nach ihrer Beschneidung als heiratsfähig gelten, sichern sich ihre Familien durch FGM/C auch hohe Brautpreise. Auch ihre Familienehre hängt davon ab.

FGM/C als Menschenrechtsverletzung

FGM/C ist eine Gewalttat und Menschenrechtsverletzung, die massiv in die körperliche, seelische und psychische Unversehrtheit von Frauen* eingreift. Meistens findet FGM/C in der Kindheit statt – Betroffene können sich also nicht wehren oder auch nur begreifen, was mit ihnen geschieht. Statt einer unbeschwerten Kindheit erleben sie Schmerzen, Traumata, Blutungen und Isolation.

Die Rechtslage

Seit September 2013 wird die Verstümmelung weiblicher Genitalien als eigener Straftatbestand gemäß § 226a Strafgesetzbuch (StGB) eingestuft und kann mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft werden. Außerdem gibt es einen Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung auf Basis von § 5 StGB („Auslandstaten mit besonderem Inlandsbezug“, Herausgeber für die Bundesregierung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2023).

Kasadi nennt weitere relevante Gesetze und Vereinbarungen: § 25 des Aufenthaltsgesetzes regelt den Aufenthalt aus humanitären Gründen. Ein solcher Grund könne FGM/C sein. Außerdem bedeute die Abschiebung von Betroffenen zurück nach Afrika eine erneute Konfrontation mit den Täter*innen und könne stark retraumatisieren. Für den Schutz Betroffener muss Deutschland seit 2018 (noch) stärker eintreten, denn es ratifizierte die Istanbul Konvention, eine internationale Verpflichtung zur Prävention und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt.



Auf dem Papier ist FGM/C in den meisten afrikanischen Staaten strafrechtlich verboten. Das gilt für 25 der ca. 29 Staaten, in denen FGM/C praktiziert wird; lediglich in Liberia, Mali und Sierra Leone ist es offiziell erlaubt. Doch auch die drohenden Strafen schützen Mädchen* nicht ausreichend.

Kasadi erklärt, warum Gesetze nicht wirken: Gerade in der Landbevölkerung liege die Betroffenenrate unter Frauen bei 98 Prozent. Wenn die eigene Mutter betroffen ist und die Beschneidung angeordnet hat, die Polizistin und die Richterin auch betroffen sind – gegen wen sollte die Betroffene dann klagen, und bei wem? Dazu komme, dass die Mythen und Versprechungen rund um FGM/C auch Betroffene prägen. Sie seien stolz und sähen ihr Leid oft als normal an. Oft erführen sie erst nach ihrer Flucht oder Migration beispielsweise in Deutschland, dass ihnen Unrecht angetan wurde: zum Beispiel, wenn Gynäkolog*innen ratlos, mitleidig oder gar panisch auf den Anblick ihrer Vulva reagierten.

FGM/C und Geburt

Weibliche Genitalverstümmelung wirkt sich gravierend auf den Geburtsverlauf aus. Kass Kasadi gibt viele Tipps, wie Betroffene bestmöglich behandelt und unterstützt werden können.



Das Familienplanungszentrum BALANCE und der Runde Tisch „Stopp FGM_C in Berlin-Brandenburg“ gaben 2021 einen [Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM/C](#) heraus. Zwar adressiert er Fachkräfte aus Berlin-Brandenburg, aber er enthält viele allgemeingültige Handlungsempfehlungen, Fakten und Hinweise rund um Recht, Sprache, traumasensible Geburtshilfe für Betroffene sowie zur Präventionsarbeit. Im Leitfaden finden sich auch mehrere Checklisten und Vorschläge zur Vorsorge, Geburt und Nachsorge für FGM/C-Betroffene.

Zusammenarbeit mit der Community

Kass Kasadi rät den Teilnehmenden der Summer School, wenn sie FGM/C bei einer Patient*in erkennen, Zeit in Kommunikation zu investieren. Hier gehe es weniger um medizinische Standards, sondern vielmehr um individuelle Lösungen, um Vertrauen und darum, die richtigen Kontaktpersonen zu kennen. Expertise zur Beratung liege bei der Community selbst, daher sollten die Teilnehmenden in solchen Fällen Einrichtungen wie baobab kontaktieren.

Betroffene fühlten sich oft isoliert und hätten Angst, über ihre Probleme zu sprechen. Das nötige Vertrauen könnten sie leichter zu Personen aus ihrer Community aufbauen, die selbst betroffen sind. Diesen Kontakt herzustellen ist für Hebammen und Gynäkolog*innen zwar ein zusätzlicher Arbeitsschritt, aber auch eine Entlastung: Sie können an die Fachleute vermitteln und sich dann weiter um die Geburtshilfe kümmern.

Haltung und Umgang mit Betroffenen

Die Haltung von medizinischem Fachpersonal sollte von Geduld und Verständnis geprägt sein. Betroffene dürften nicht das Gefühl haben, ihre Kultur zu verraten. Um das zu vermeiden, sollten Ärzt*innen und Gynäkolog*innen sie nicht beraten und bevormunden.

Kasadi appelliert an die Teilnehmenden der Summer School, die Patient*innen zu bestärken und an die Hand zu nehmen. Mitleid sei hier fehl am Platz. Betroffene seien oft mit ihren Kräften am Ende, sie hätten große Angst und wüssten nicht mehr weiter. Es ist dann die Aufgabe des Fachpersonals, Bescheid zu wissen und Lösungen zu kennen.

Außerdem rät er davon ab, Betroffene in einer Akutsituation zu fragen: „Was können wir für Sie tun?“ Das könne als Ablehnung und Zeichen von mangelnder Kompetenz verstanden werden und das Vertrauen kosten, das eigentlich aufgebaut werden muss. Damit riskiere man, dass die Betroffenen sich abwenden. Stattdessen müssten Gynäkolog*innen und Hebammen selbst wissen, was zu tun ist: individuell passende Lösungen finden, klar die nächsten nötigen Schritte erklären und den Kontakt zu Stellen wie baobab herstellen.

Als die Teilnehmenden nach dem Workshop zusammenkommen, um das Gehörte zu besprechen, kreist die Diskussion länger um diesen Punkt. In der Geburtshilfe wird großer Wert darauf gelegt, die Schwangeren, Gebärenden und Wöchner*innen nach ihren Bedürfnissen und Wünschen zu fragen und sie möglichst viele Entscheidungen selbst treffen zu lassen. Hier sehen die Teilnehmenden ein Spannungsverhältnis zu dem Ratschlag aus dem Workshop, in Akutsituationen zu handeln, statt lange nach den Wünschen der Gebärenden zu fragen.

Bestenfalls, so Kasadi, tritt aber auch gar nicht die Situation ein, dass FGM/C erst erkannt wird, wenn Betroffene zur Geburt auftauchen, sondern wurde bereits bei Voruntersuchungen erkannt oder steht im Mutterpass, sodass die Geburt und das Wochenbett durch Vorgespräche gut vorbereitet werden konnten. Wenn doch einmal Betroffene

als Notfall kommen, müsse gehandelt werden, um sie vor Verletzungen und Schmerzen zu schützen. Da sei dann schnelles Handeln mit medizinischer Expertise gefragt.

Ergänzend weist Kasadi darauf hin, dass 70 bis 80 Prozent der Betroffenen von FGM/C Analphabet*innen seien. Es sei also gerade bei dieser Gruppe wichtig, Papiere gut zu besprechen und zu erklären, statt sie ihnen einfach zur Unterschrift auszuhändigen. Außerdem rät Kasadi zur Vorsicht bei Dolmetscher*innen: Manche Sprachen oder Dialekte unterscheiden sich von Region zu Region so stark, dass es trotz Übersetzung zu Verständigungsproblemen kommen kann. Außerdem rät er den Teilnehmenden, bei der Auswahl von Dolmetscher*innen auf den politischen Hintergrund zu achten und mögliche Konflikte zu vermeiden, indem beispielsweise für eine Patientin aus dem Nordsudan keine südsudanesischen Übersetzer*innen eingeladen werden.

Der Geburtsverlauf

Betroffene von Typ I und Typ II können meist spontan vaginal gebären, auch Untersuchungen sind in der Regel normal möglich. Da es bei Typ IV meist um das Aussehen der Klitoris geht, steht auch hier einer vaginalen Geburt nichts im Wege. Typ III hingegen ist während der Geburt eine Gefahr für die Gebärenden und die Kinder, da der Vaginaleingang verschlossen ist und – für eine vaginale Geburt – entweder aufreißen oder operativ geöffnet werden muss. Eine spontane Geburt bei zugenähem Vaginaleingang führe bei 20 Prozent der Kinder und 15 Prozent der Gebärenden zum Tod.

Oft ist bei Schwangeren mit Typ III ein Kaiserschnitt nötig. Auch hier braucht es laut Kasadi aber viel Vermittlungsarbeit, bei der auch baobab helfen kann. In der afrikanischen Community gelte der Kaiserschnitt oft als eine Zerstörung des Bauchs und stehe für die Unfähigkeit der Schwangeren, ihre Kinder „richtig“ zu gebären und Schmerzen zu ertragen. Hinzu kommt eine mögliche Retraumatisierung durch den Einsatz von Skalpell.

In afrikanischen Ländern, in denen FGM/C weit verbreitet ist, wird üblicherweise der verschlossene Vaginaleingang zum Beginn jeder Geburt durch Schnitte geöffnet und nach der Geburt wieder zugenäht. Betroffene erleben so ihre Beschneidung mehrfach, mit gravierenden physischen und psychischen Folgen. Dennoch wünschen auch in Deutschland manche Betroffenen nach Geburten eine Infibulation, also eine (erneute) Verschließung ihrer Genitalöffnung.

Rekonstruktion

Kass Kasadi warnt davor, Betroffenen einfach zu einer Rekonstruktion der beschnittenen Organe zu raten: Der Begriff „Wiederherstellung“ sei bezüglich FGM/C nicht geschützt oder wissenschaftlich näher definiert. Zwar werde eine Klitoris optisch nachgebildet, doch statt wieder sexuelle Lust zu empfinden, litten viele Betroffene auch nach der Rekonstruktion noch unter Schmerzen und Blutungen. Außerdem sei der Eingriff sehr teuer, er berichtet von 16.000 bis 18.000 Euro Kosten pro Fall. Immerhin gebe es mittlerweile Möglichkeiten zur Kostenübernahme. Bei den Anträgen hilft beispielsweise baobab. Ein Arzt in Aachen führe gute Rekonstruktionen durch, ansonsten beschwerten sich Betroffene bei baobab – zusammensein über schlecht durchgeführte „Rekonstruktionen“.



Workshop 4

Queersensible Geburtshilfe

Überblick

In dem Workshop zur queersensiblen Geburtshilfe bietet Isi Schwager eine umfassende Betrachtung der besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen queerer Menschen in der Geburtshilfe. Im Workshop lernen die Teilnehmenden: Welche rechtlichen Regelungen gibt es für queere Elternschaft? Wie können Geburtshelfende queere Eltern unterstützen, welche Sprache und Interaktion ist dafür hilfreich? Welche besonderen Anforderungen und Bedürfnisse bringen queere (werdende) Eltern mit? Dabei geht es nicht um Perfektion: Alle machen Fehler. Wichtig ist, sich Mühe zu geben und mit Feedback und Reflexion an sich zu arbeiten.



Foto: Little Roots

Isi Schwager

Isi Schwager (keine Pronomen) ist Hebamme, queer*, weiß und Elternteil und arbeitet im Raum Mainz und Umgebung freiberuflich. Isis Schwerpunkte sind die Begleitung von queeren Familien, die Beratung zu induzierter Laktation, Begleitung von Fehl- und Todgeburten sowie die Behandlung des Beckenbodens und von Rektusdiastasen nach Geburt. Außerdem hat Isi 2023 das Fortbildungskollektiv queer*sensible Geburtshilfe mitgegründet. Neben der Arbeit als Hebamme hält Isi Schwager Reden und Vorträge über Feminismus und queere Elternschaft.



Webseite des Fortbildungskollektivs: <https://www.queersensible-geburt.com/>



Instagram: [@hebamme.isi](https://www.instagram.com/hebamme.isi)

Definition Queere Elternschaft

Familie ist mehr als nur Vater, Mutter, Kind. Queere Eltern sind Eltern, die in ihrer geschlechtlichen Identität, sexuellen Orientierung oder Familienstruktur von der traditionellen Norm abweichen, also beispielsweise gleichgeschlechtliche Paare, trans* Personen, nicht-binäre Personen und Familien mit mehr als zwei Eltern. Aber auch Solo-Eltern oder Co-Eltern, die ein Kind aufziehen, ohne eine Liebesbeziehung zu führen. Darüber hinaus gibt es ebenfalls ein breites Spektrum an Familienmodellen: Neben der Kleinfamilie und Herkunftsfamilie kann es auch eine Wahlfamilie und soziale Familie geben, es gibt Patchwork- und Pflegefamilien.

Sprache und Interaktion

Ein wichtiger Aspekt der queersensiblen Geburtshilfe ist die richtige Sprache und Interaktion. Zur Sprache kann ein Blick ins [Queer-Lexikon](#) helfen. Zur queersensiblen Sprache gehört das Gendern. Außerdem sollten immer die selbst gewählte Anrede, Pronomen und Familienbezeichnungen der Personen verwendet werden. Wenn dabei Fehler passieren: einfach entschuldigen, korrigieren, weitermachen. Bei Unklarheiten oder medizinischer Relevanz sollten Nachfragen gestellt werden – darüber hinaus nicht, damit die Personen selbst entscheiden können, welche Informationen sie teilen möchten. Medizinisches Personal muss nicht alles nachvollziehen, das kann je nach Einzelfall auch viel zu kompliziert sein. Gut sind Fragen, die auf relevante Informationen abzielen und sprachlich an queere Elternschaft angepasst sind: Wer ist genetisch beteiligt? Wer ist Bauchmama? Auch sollte besprochen werden, wie Körper und Genitalien bezeichnet werden sollen. Queeren Paaren kann empfohlen werden, sich eine Antwortstrategie auf die Frage zu überlegen, wie das Kind entstanden ist, um in der Situation nicht überrumpelt zu werden.

Bei körperlichen Untersuchungen sollte – ohnehin, aber auch und besonders bei queeren Eltern – immer der Konsens eingeholt und sensibel vorgegangen werden. Allgemein kann es hilfreich sein, wenn so wenig Personal wie möglich an der Betreuung beteiligt ist.

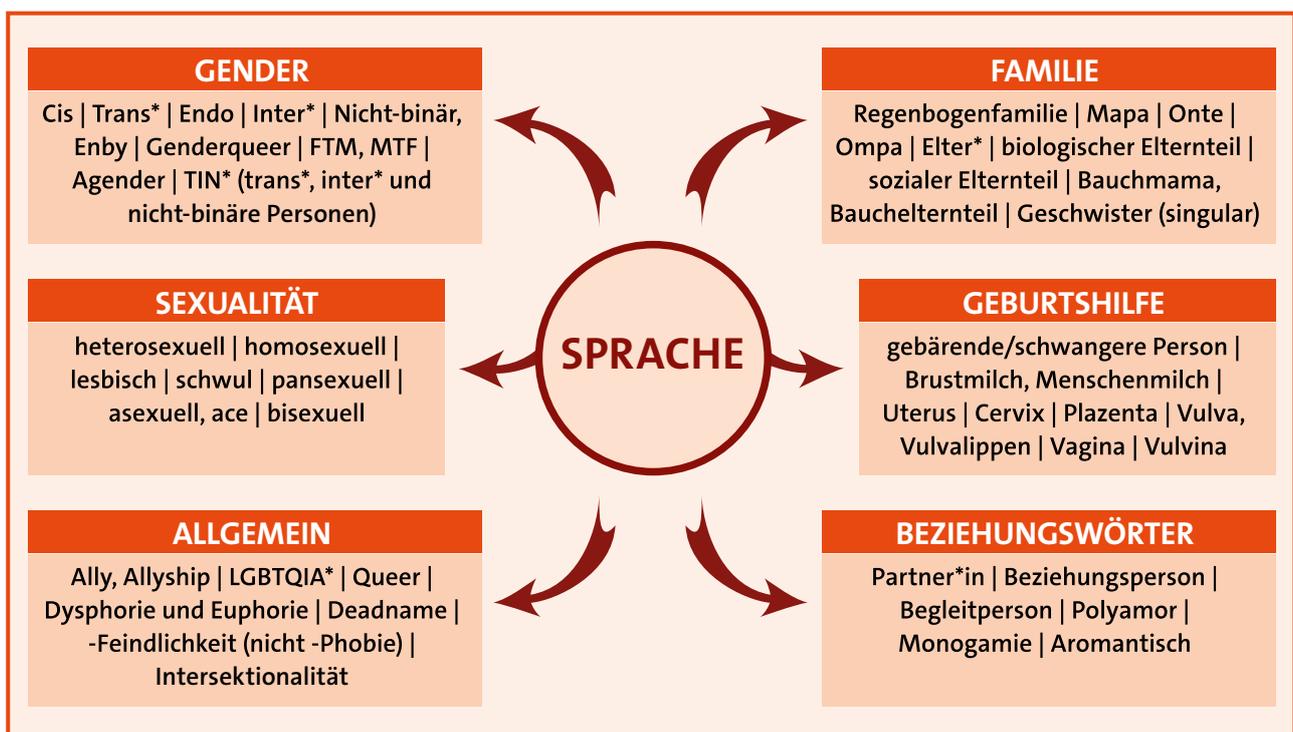
Hebammen und Gynäkolog*innen können vorsorgen und in ihrem Wohn- beziehungsweise Arbeitsort recherchieren, wo es queersensible Beratungsstellen und Hebammen gibt. Dabei können queere Zentren oder das Netzwerk queere Schwangerschaft helfen.

Hebammenarbeit

Queersensible Hebammenarbeit braucht Fortbildungen und die Auseinandersetzung mit Intersektionalität sowie mit verschiedenen Diskriminierungsformen. Webseite, Anamnese und Kursmaterialien sollten so angepasst werden, dass sie alle Personen ansprechen.

Um eine queersensible Anamnese zu üben, arbeiten die Teilnehmenden in Kleingruppen zusammen. Dabei sammeln sie Ideen, um die Anamnese sprachlich besser an die Lebensrealitäten queerer Eltern anpassen zu können:

- sich selbst mit Pronomen vorstellen, Familienbezeichnung und Ansprache erfragen
- Eltern über den Geschlechtseintrag entscheiden lassen
- Um die Frage nach den biologischen Eltern zu vermeiden, kann beispielsweise erfragt werden, ob es im Umfeld Erkrankungen gibt, die das Kind erben könnte.



Übersicht queersensibler Begriffe. Grafik: Isi Schwager



Policy Paper: Queer und schwanger

Isi Schwager stellt das Paper *Queer und schwanger – Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung* (2022) vor, für das Psycholog*in Ska Salden gemeinsam mit dem Netzwerk queere Schwangerschaft 554 queere und 873 nicht-queere Personen online befragt hat.

Das Paper zeigt, dass das Personal in der klinischen Geburtshilfe oft wenig sensibel und kompetent mit queeren Personen umgeht. Besonders trans* Personen sind von Gewalt und Diskriminierung betroffen. Es fehlt an inklusiven Informationen, Aufklärung und Repräsentation für queere Schwangere.

Die Forschenden fordern rechtliche Reformen zum Schutz queerer Schwangerer, systematische Veränderungen und gezielte Schulungen. Es brauche eine leitliniengerechte 1:1-Betreuung, eine Geburtshilfe ohne Fallpauschalen sowie Beschwerdestellen für Diskriminierungsfälle in Krankenhäusern. Nach traumatischen, gewaltvol-

len oder diskriminierenden Geburtserfahrungen sowie Schwangerschaftsabbrüchen, Fehl- und Totgeburten bräuchten Betroffene Beratungsangebote.

Kinderwunsch und Reproduktion

Queere Personen haben verschiedene Möglichkeiten, ihren Kinderwunsch zu realisieren.

Isi Schwager nennt zuerst die DIY-Insemination. DIY steht hier für Do it yourself (Mach es selbst) und ist nur mit einer privaten Samenspende möglich. Das Sperma wird dabei ohne Sex in die Vagina oder an die Cervix eingeführt. Dafür braucht es eine Zyklusanamnese, frisches Sperma (warm und trocken lagern) und eine Inseminationstasse.

Helfen können auch Reproduktionskliniken. Sie bieten in der Regel keine vaginale Insemination an, sondern IUI, IFV, ICSI und Hormonbehandlungen. Sperma wird hier auch getestet und gewaschen. Es kann von einem Elternteil (homolog) oder von einer dritten Person (heterolog)



Die Teilnehmenden erarbeiten Aspekte einer queersensible Anamnese

kommen. Zu heterologen Spenden zählen zum Beispiel Spenden von Bekannten, aus der Community oder von einer Samenbank.

Zur Fertilität von trans* Personen ergänzt Isi Schwager noch einige Hinweise: Erst seit 2011 ist der Sterilisationszwang abgeschafft. Fertilitätsprotektive Maßnahmen sind möglich, z. B. eine Kryokonservierung von Spermia oder Eizellen. Eine Testosteron-Gabe kann eine Schwangerschaft verhindern, jedoch nicht nachhaltig. Wer Testosteron für einen Kinderwunsch absetzt, sollte drei Monate bis zur Schwangerschaft warten, da sonst das Risiko für eine Fehlgeburt zu hoch sein kann. Eine Östrogen-Gabe vermindert die Spermienqualität während der Dauer der Gabe. Trotz Mastektomie kann bei einer Schwangerschaft die Brust nachwachsen, wenn das Brustdrüsengewebe nicht komplett entfernt wurde.

Dysphorie und Euphorie in der trans* Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft kann für trans* Personen ein Auf und Ab der Gefühle mit sich bringen. Sie können sowohl Dysphorie als auch Euphorie erleben. Dysphorie beschreibt ein Unbehagen oder eine Unzufriedenheit, die eine trans* Person empfindet, wenn ihr Geschlecht oder Körper nicht mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmt, beispielsweise wenn jemand mit den falschen Pronomen angesprochen wird oder die Merkmale eines schwangeren Körpers nicht mit der eigenen Geschlechtsidentität übereinstimmen. Euphorie hingegen beschreibt das positive Gefühl, das auftritt, wenn die Geschlechtsidentität einer Person mit ihrem äußeren Erscheinungsbild oder ihrer sozialen Rolle übereinstimmt.

In der Schwangerschaft können zur Dysphorie beispielsweise Stimmungsschwankungen durch die Umstellung und das Absetzen von Hormonen führen. Auch körperliche Veränderungen wie Monatsblutung, Gewichts- und Fettverteilung, und weniger Kraft beziehungsweise Muskulatur können Dysphorie auslösen, genau wie die Wahrnehmung als schwangere Person von außen, da Schwangerschaft stark mit Weiblichkeit assoziiert wird.

Euphorie kann entstehen, wenn der Körper oder einzelne Körperteile erstmalig als sinnvoll empfunden werden.

Für den besseren Umgang mit diesen Gefühlen empfiehlt Isi Schwager eine sensible Sprache (z. B. Cervix statt Muttermund, Plazenta statt Mutterkuchen, Uterus statt Gebärmutter). Außerdem kann weite Kleidung helfen, die Wahrnehmung von außen zu beeinflussen. Queere werdende Eltern können sensibles Fachpersonal finden,

über eine Hausgeburt nachdenken oder medizinische Einrichtungen vorab per E-Mail informieren und darum bitten, das Team aufzuklären.

Aktuelles Abstammungsrecht und Reformen

Es folgt ein Überblick zur rechtlichen Situation queerer Reproduktion. Zuerst geht Isi Schwager dabei auf das Abstammungsrecht ein, das in Deutschland aktuell vorsieht, dass bei verheirateten Paaren der Ehemann automatisch als Vater anerkannt wird. Das gilt unabhängig von der biologischen Verbindung zum Kind. Bei unverheirateten Paaren kann der Vater die Vaterschaft beim Jugendamt anerkennen lassen – dabei wird die Vaterschaft nicht kontrolliert; als Mutter gilt immer automatisch die Person, die das Kind ausgetragen hat.

Aktuell (Stand Dezember 2024) plant die Bundesregierung eine Reform des Abstammungsrechts noch in der aktuellen Legislaturperiode. Gleichgeschlechtliche Ehen sollen verschiedengeschlechtlichen Ehen gleichgestellt werden, sodass Mutterschaft durch Heirat oder Anerkennung möglich wird. Das Zwei-Eltern-Prinzip soll aber erhalten bleiben. Mutter bleibt die Person, die das Kind gebärt; das Gesetz wird also weiterhin nur einen Vater anerkennen.

Stiefkindadoption

Auch die sogenannte Stiefkindadoption ist in Deutschland gesetzlich geregelt. Gemeint ist damit der Prozess, bei dem ein Elternteil das Kind der anderen Person adoptiert. Dafür müssen die Eltern mindestens ein Jahr verheiratet oder seit vier Jahren in einer festen Beziehung leben und gemeinsam wohnen. Der Prozess ist teuer, kann sechs bis zwölf Monate dauern und greift in die Privatsphäre des Paares ein, beispielsweise durch Besuche des Jugendamts im eigenen Zuhause. In einigen Fällen muss der Samenspender die Vaterschaft aberkennen. Am Ende entscheidet ein Gericht über die rechtliche Absicherung des Kindes.

TIN* Elternschaft

Isi Schwager geht auf die rechtliche Situation für Eltern ein, die sich als TIN* identifizieren, also als trans*, inter* oder nicht-binär. Erst seit 2011 müssen sich trans* geschlechtliche Personen nicht mehr sterilisieren lassen. Noch bleibt die gebärende Person als Mutter in der Geburtsurkunde eingetragen und trans* Frauen, nicht-binä-



Geschlechtsdysphorie

Geschlechtsdysphorie bedeutet ein Unwohlsein oder Unbehagen in Bezug auf die Geschlechtsidentität und das Geschlecht, welches bei der Geburt zugewiesen wurde. Das kann sich als körperliche oder soziale Dysphorie zeigen. Die körperliche Dysphorie beschreibt das Empfinden, den eignen Körper als unpassend zu dem Geschlecht wahrzunehmen. Die soziale Dysphorie dagegen meint den Schmerz, der dadurch entsteht, dass der Person von anderen Menschen das falsche Geschlecht zugeschrieben wird und sie z. B. missgendert oder gedeutet wird.

Isi Schwager (Kunze Fremont)

Queersexualität Gehörthalle Workshop Kummer School 2024

Die Teilnehmenden lauschen Isi Schwagers Präsentation.

re oder inter* Personen mit Sperma als Vater. Oft steht in der Geburtsurkunde dann der sogenannte Deadname, also der alte Name, der mit der falschen Geschlechtsidentität abgelegt wurde. Außerdem muss bei TIN*-Paaren die Person, die das Kind nicht geboren hat, eine Stiefkindadoption durchführen, um auch rechtlich Elternteil zu sein.

Durch das Selbstbestimmungsgesetz, das am 1. November 2024 in Kraft trat, können die Bezeichnungen „Vater“ und „Mutter“ in der Geburtsurkunde mittels eines Antrags durch „Elternteil“ ersetzt werden. Ebenso können trans* Männer dann die Vaterschaft anerkennen lassen.

Induzierte Laktation

Nach diesem juristischen Überblick gibt Isi Schwager einige Hinweise dazu, wie queere Eltern stillen können. Das ist unabhängig vom biologischen Geschlecht in der Regel für jede Person möglich, auch ohne vorherige Schwangerschaft. Der Erfolg ist individuell, und die inhaltliche Zusammensetzung der Milch unterscheidet sich nicht signifikant von postpartaler Milch. Um Laktation zu induzieren, gibt es verschiedene Methoden, die Isi Schwager vorstellt:

- Bruststimulation
 - keine ausreichende Evidenz
 - Empfehlung: sechs Monate vor ET beginnen
 - Brust in die Hand nehmen, Daumen oben und Zeige- und Mittelfinger unten (ca. 2,5 bis 4 cm von der Brustwarze entfernt). Leicht in Richtung Rücken drücken und dann rotierend die Milchgänge zusammendrücken
- Phytotherapie
 - keine ausreichende Evidenz
 - mittels Bockshornkleesamen oder Mariendistel-Tee
- Newman-Goldfarb Protocol
 - Off-Label-Use des Magenschutzmedikaments Domperidon in Kombination mit der Antibaby-Pille Mycrogestin
 - Menschen ohne Uterus brauchen zusätzlich Estradiol und Progesteron
- Pumpen
 - bei allen der genannten Methoden nötig
 - Beginn sechs Wochen vor ET
 - mithilfe einer Doppelpumpe in Intervallen pumpen, nachts mindestens einmal zwischen 2 und 5 Uhr

Kinderwunsch bei Intergeschlechtlichkeit

Abschließend geht Isi Schwager auf einige Besonderheiten Reproduktiver Gerechtigkeit bei intergeschlechtlichen Personen ein. Sie erfahren oftmals erst von ihrer eigenen

Intergeschlechtlichkeit, wenn sie sich mit ihrem Kinderwunsch beschäftigen. Teils erfahren sie gleichzeitig, dass sie in ihrer Kindheit operiert und dabei Reproduktionsorgane gegebenenfalls manipuliert/entfernt wurden. Je nach Form der Intergeschlechtlichkeit ist eine Zeugung/Schwangerschaft dennoch möglich, ob mit oder ohne medizinische Hilfe. Inter* Personen können neben der medizinischen auch eine Peer-Beratung in Anspruch nehmen.

Neugeborene mit Intergeschlechtlichkeit

Neugeborene gelten als intergeschlechtlich, wenn sie aufgrund der biologischen Merkmale (meist die äußeren Genitalien) nicht eindeutig als männlich oder weiblich kategorisiert werden können. Offizielle Statistiken gibt es dazu noch nicht, aber schätzungsweise 0,02 bis 1,7 Prozent aller Neugeborenen sind intergeschlechtlich. Dabei ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, weil nicht alle Intergeschlechtlichkeiten von außen zu sehen sind.

Seit 2018 können Neugeborene den Geschlechtseintrag „divers“ bekommen. Seit 2021 sind medizinisch irrelevante Operationen verboten. Als medizinisch relevant für intergeschlechtliche Kinder gelten das adrenogenitale Syndrom mit drohendem Salzverlust (CAH/AGS) und eine Blasenektrophie (Defekt der Harnblase). Da der Großteil der intergeschlechtlichen Kinder keine OPs braucht, sollte abgewartet werden, bis sie selbst ihre Wünsche äußern können. Um sie vor unnötigen Eingriffen zu schützen, muss die Variante der Geschlechtsentwicklung diagnostiziert werden.

In einer Abschlussrunde nennen die Teilnehmenden als einen ihrer Aha-Momente, dass Hebammen beim Geschlechtseintrag viel Macht haben und ihre Handlungsspielräume nutzen können, um Eltern intergeschlechtlicher Kinder Potenziale aufzuzeigen.



Der Verein Intergeschlechtliche Menschen e. V. und sein niedersächsischer Landesverband veröffentlichten 2021 eine Broschüre mit dem Titel [„Was ist es denn? Intergeschlechtlichkeit / DSD. Ein Ratgeber für Hebammen/Geburtshelfer*innen.“](#) Darin vermitteln sie Grundlagen zu Intergeschlechtlichkeit und geben Handlungsempfehlungen zu medizinischen Notfällen, Schwangerschaft, Kinderschutz und Gesetzen im Kontext der Intergeschlechtlichkeit.



Reflexion

Perspektiven der Teilnehmenden auf Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe

Am Ende der Summer School schauen die Teilnehmenden auf die Veranstaltung zurück. Sie sammeln Wünsche, Gedanken und Forderungen rund um die Themen Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe und schreiben sie auf Plakaten auf. Einige Stimmen sollen hier exemplarisch einen Platz finden.

Meine Forderungen an die Politik

1:1-Begleitung

Kostenlose
Dolmetscher*innen

Gegen den Rechtsruck
stark sein

Die Bedeutung guter Geburtshilfe als Möglichkeit
langfristig Kosten im Gesundheitswesen zu senken
erkennen

Gesetzliche Grundlage
gegen obstetrische
Gewalt

§ 87 Übermittlungs-
pflicht an Ausländer-
behörden abschaffen

Verschiedene Formen des Zusammenlebens und der
Verantwortungsübernahme rechtlich anerkennen
und absichern

Mehr Geld für Personal, Forschung und Strukturen

§ 218 abschaffen und Begleitung medikamentöser
Schwangerschaftsabbrüche durch Hebammen
ermöglichen

Notwendigkeit von Transitionsmaßnahmen
anerkennen und Kosten übernehmen

So will ich mein (neues) Wissen weitertragen

Für eine stärkere Veran-
kerung im Curriculum
der Hochschule sorgen

Workshops zu Repro-
duktiver Gerechtigkeit
konzipieren

In meiner Betreuung
von Familien Vorbild
sein

Material mit
Kreißsaalteam teilen

Mund aufmachen!

Wissenschaftliche
Arbeiten

Vernetzen, zusammen-
schließen, weiterlernen

(Impuls-)Vorträge an Uni
und für Freund*innen

Science Slam

Mehr Fortbildungen zu
dem Thema besuchen



Aus den Inhalten der Summer School und ihren Erfahrungen in Studium und Praxis ziehen die Teilnehmenden politische Forderungen.



Das wünsche ich mir für die Geburtshilfe der Gegenwart und Zukunft:

„Ich wünsche mir, dass sich alle Beteiligten in der Geburtshilfe kritisch mit sich selbst und dem System, in dem wir arbeiten, auseinandersetzen. Wir brauchen nachhaltige Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem, um unserer Arbeit gerecht werden zu können.“

„Ich hoffe, dass die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Geburtshilfe noch besser wird, und dass keine*r – ob Mitarbeiter*in, Patient*in oder Begleitperson – Diskriminierungserfahrungen durchmachen muss.“

„Ich wünsche mir für die Geburtshilfe, dass die Inhalte der Summer School auch den Weg in die offiziellen Lehrpläne finden.“

„Eine Geburtshilfe, die unabhängig von Ökonomisierung nur den Menschen zugewandt ist, wäre ein Traum.“

„Ich gehe mit so viel neuem Wissen und so vielen neuen Gedanken von der Summer School nach Hause und hoffe, im Arbeitsalltag viel von dem Gelernten umsetzen zu können!“

„Ich wünsche mir eine diskriminierungs- und gewaltfreie Geburtshilfe ohne Menschenrechtsverletzungen.“

Das nehme ich für meine Arbeit mit:

„Ich wünsche mir den Mut, Dinge anzugehen und Fehler zu machen – und dass Fehler okay sind.“

„Wie können wir Selbstbestimmung anders denken? Wir sollten nicht nur sehen, dass Gebärende informierte, rationale Entscheidungen treffen sollen, sondern auch die Bedeutung von Vertrauen und Beziehungsarbeit hervorheben.“

„Ich nehme viel Wissen und neue Kraft mit, die tägliche Arbeit offener und sensibler zu gestalten und so vielleicht auch andere Menschen zu inspirieren.“

So hat mir die Summer School gefallen:

„Die Summer School empfand ich als sehr bereichernd, spannend und fordernd. Zu merken, dass es doch viele Menschen gibt, die ähnlich denken und die Geburtshilfe sensibler und offener gestalten möchten, macht Mut.“

„Die Summer School war sehr liebevoll gestaltet! Ich fand es sehr schön, in einer Gruppe ‚Gleichgesinnter‘ zu sein und mich auszutauschen. Es gab viel interessanten Input.“

„Es war toll, alles sagen und fragen zu können.“

„Ich wünsche mir deutlich mehr Vernetzung dieser Art, denn gemeinsam können wir wirklich etwas verändern.“

„Für mich war es eine wahnsinnig wertvolle Woche mit viel neuem Input, aber auch der Intensivierung von vorhandenem Wissen.“



Zum Abschluss schreiben die Teilnehmenden sich gegenseitig auf einen Zettel, was sie in der Woche aneinander zu schätzen gelernt haben.

Resümee

Mehr interprofessioneller Austausch für eine gerechtere Geburtshilfe

Finja Petersen

Während der Summer School wurde eines ganz deutlich: Viele Fachkräfte in der Versorgung rund um die Geburt sind sich darüber einig, dass es Veränderungen in der Geburtshilfe braucht und es auch die Aufgabe von Individuen ist, ihren Teil dazu beizutragen. Es müssen Haltungen und Maßnahmen im Sinne der Antidiskriminierung und im Zeichen einer selbstbestimmten Geburt entwickelt werden. Diese Lern- und Umgestaltungsprozesse benötigen Zeit und lassen sich im Austausch mit anderen noch nachhaltiger realisieren. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die eigene Reflexion. Ein weiterer ist es, sich über Herausforderungen und Bedarfe aus verschiedenen Perspektiven zu informieren, um gemeinsam Lösungsansätze entwickeln und dabei möglichst viele Menschen mitdenken zu können.

Die Summer School konnte durch vielfältige Inputs sowie den Mut der Teilnehmenden, diese Prozesse in angeregten Diskussionen zuzulassen, eine Plattform dafür bieten. Besonders hervorzuheben ist die zusätzliche Herausforderung für Geburtshelfende, im Spannungsfeld zwischen dem eigenen Ideal der Berufsausübung und strukturellen Bedingungen zu agieren. Wir freuen uns sehr über die Rückmeldung, dass die teilnehmenden Fachkräfte die Summer School als empowernd empfunden haben und gemeinsam neue Kraft schöpfen konnten, um weiterhin ihre wertvolle Arbeit auszuführen und zugleich für Verbesserungen zu kämpfen.

Ein solcher Raum für interdisziplinären, kritischen und persönlichen Austausch ist von hohem Wert. Es freut uns, wenn unsere Veranstaltung anderen Menschen als Inspiration dienen kann, um weitere Vernetzungstreffen in Präsenz umzusetzen. Wir möchten alle Teilnehmenden und Interessierten ermutigen, sich aktiv einzubringen und interprofessionell Netzwerke zu bilden, um gemeinsam für Reproduktive Gerechtigkeit einzutreten und dafür, vielfältigen Bedürfnissen in der Geburtshilfe gerecht zu werden. Der Austausch und die gemeinsame Reflexi-

on mit anderen Personen sind zentral, um langfristig auf eigene sowie gemeinsame Ressourcen zurückgreifen zu können und positive Veränderungen zu bewirken.

Nichtsdestotrotz gilt der stärkste Appell den Regelstrukturen: Es muss ein politischer und institutioneller Rahmen geschaffen werden, der eine bessere Versorgung rund um die Geburt ermöglicht. Gerne möchten wir auch Personen in Leitungsfunktionen der geburtshilflichen Einrichtungen und Lehrpersonal in den Studiengängen der Medizin und Hebammenwissenschaft dazu ermutigen, Selbstbestimmung und vielfältige Bedarfe im Kontext von Schwangerschaft in ihren Institutionen aktiv zu thematisieren und, wo möglich, Konzepte zu erarbeiten, um entsprechende Maßnahmen in die Praxis zu integrieren. Wir hoffen, dass diese Dokumentation eine Anregung dazu sein kann.

Die zweijährige Förderung unseres Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ durch das Bundesfamilienministerium zeigt, dass die bei der Summer School geführten Diskussionen auch auf politischer Ebene von Interesse sind. Der pro familia Bundesverband wird sich dafür einsetzen, die Projekterkenntnisse innerhalb seines Handlungsspielraums durch Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit auch auf politischer Ebene bekannt zu machen. Damit möchte pro familia dazu beitragen, die Schwangerenversorgung sowie Geburtshilfe langfristig gerecht, diskriminierungssensibel und inklusiv zu gestalten.

Nach den ersten drei Webinaren, der Winter- und der Summer School fand am 17. September 2024 die letzte Veranstaltung im Rahmen des Projekts statt: das Webinar „Rassismus in der Geburtshilfe und Geburtsgerechtigkeit“. Eine Dokumentation der Veranstaltung folgt. Bis Ende 2024 ist zudem noch die Veröffentlichung einer digitalen Hintergrundbroschüre mit verschiedenen Artikeln geplant.



Literatur und sonstige Quellen

Hilfreiche Webseiten

Gynformation. Kollektiv für gynäkologische Selbstbestimmung. Webseite unter anderem mit einem Verzeichnis empfohlener Gynäkolog*innen und Hebammen. <https://www.gynformation.de>

Heinrich-Böll-Stiftung: Reproduktive Gerechtigkeit. Überblicksseite mit verschiedenen Infos und Publikationen aus dem Themenfeld: <https://www.boell.de/de/reproduktive-gerechtigkeit>

Infoportal des Projekts SRR KONKRET von pro familia zu sexuellen und reproduktiven Rechten: <https://www.sexuelle-rechte.de>

Infoportal des Vereins Queer-Lexikon e. V.: <https://queer-lexikon.net>

Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ von pro familia: <https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/projekte-und-kampagnen/projekt-geburtshilfe>

Queermed. Bundesweites Verzeichnis diskriminierungssensibler Ärzt*innen, Therapeut*innen und Praxen: www.queermed-deutschland.de

Literatur-Auswahl zu Workshop 1: Kritische Perspektiven auf Selbstbestimmung und gerechtere Hebammenversorgung

Eckardt, Sarah (2020): Selbstbestimmung kontrovers?! Patient*innenautonomie in der Geburtshilfe. *Femina Politica*–Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft, 29(2), 13–14.

Koch, Aia (2022). Selbstbestimmte Geburt in der Klinik: Yes, we care? *DHZ*, 74(11), 50–54.

Czollek, Leah Carola/Perko, Gudrun/Kaszner, Corinne/Czollek, Max (2019): *Praxishandbuch Social Justice und Diversity. Theorien, Training, Methoden, Übungen*. Weinheim: Beltz Juventa.

Oparah, Julia Chinyere; Bonaparte, Alicia D. (Hg.) (2015): *Birthing Justice. Black Women, Pregnancy, and Childbirth*. E. Boulder: Taylor and Francis.

AG Reproduktive Gerechtigkeit, herausgegeben vom Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stiftung (2023): *Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung*. Online unter: https://www.boell.de/sites/default/files/2023-08/reproduktive_gerechtigkeit_einfuehrung.pdf

Winkler, Christiane (2022): *Birth Justice. Intersektionale Perspektiven auf Ungleichheitsverhältnisse rund um die Geburt*. Masterthesis. Online unter: <http://dx.doi.org/10.25673/92376>

Winkler, Christiane; Babac, Emine (2022): *Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft*. In: *Österreich Z Soziol* 47 (1), S. 31–58. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11614-022-00472-5>

Jung, Tina (2023): *Gewalt in der Geburtshilfe als Gewalt gegen Frauen und gebärende Personen. Begriff, Konzept und Verständnisweisen*. In: Labouvie, Eva (Hg.): *Geschlecht, Gewalt und Gesellschaft. Interdisziplinäre Perspektiven auf Geschichte und Gegenwart*. Bielefeld: transcript, S. 273–296.

Oparah, Julia Chinyere; Bonaparte, Alicia D. (Hg.) (2015): *Birthing Justice. Black Women, Pregnancy, and Childbirth*. E. Boulder: Taylor and Francis.

Ross, Loretta/Solinger, Rickie (2017): *Reproductive Justice. An Introduction*. Oakland, California: University of California Press.

Jung, Tina (2017): *Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Gesundheitssystems*. In: *GENDER (Budrich Journals)*, Heft 2, S. 30–45. Online unter: <https://www.budrich-journals.de/index.php/gender/article/view/28014>

Literatur-Auswahl zu Workshop 2: Erfahrungsbasierte Einführung in Reproduktive Gerechtigkeit mit Anti-Bias-Methoden

Anti-Bias-Netz: <https://www.anti-bias-netz.org>

anti-bias-netz (Hg.) (2021): Vorurteilsbewusste Veränderungen mit dem Anti-Bias-Ansatz. 2. aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kitchen Politics (Hg.) (2021): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross. Münster: edition assemblage.

Ross, Loretta/Solinger, Rickie (2017): Reproductive Justice. An Introduction. Oakland, California: University of California Press.

Sowemimo, Annabel (2021): Die rassistischen Wurzeln der modernen Gynäkologie. Wie die Geschichte die moderne Geburtshilfe prägt. Online unter: <https://helloclue.com/de/artikel/ethnien/die-rassistischen-wurzeln-der-modernen-gynaekologie>

Meißner, Thomas (2021): Rassismus in klinischer Forschung. In: gynäkologie + geburtshilfe, 2021/26(5). Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8425988>

Kyere, Anthea (2024): Rassismus. Strukturell, institutionell, alltäglich. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 01/2024.

Schlieve, Jessica/Suri, Reena (2022). Gegen Rassismus. Lasst uns aktiv werden. In: Deutsche Hebammenzeitschrift 03/2022. Online unter: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/lasst-uns-aktiv-werden/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024): Frauen vor Gewalt schützen. Formen der Gewalt erkennen. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/haeusliche-gewalt/formen-der-gewalt-erkennen-80642>

Literatur-Auswahl zu Workshop 3: FGM/C (weibliche Genitalverstümmelung-/beschneidung) und ihre Prävention

World Health Organization (2020): Fact Sheet Female genital mutilation. Online unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

Terre des Femmes (2022): Dunkelzifferstatistik zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Online unter: https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Unsere_Arbeit/FGM/FGM-Materialien/2022_TDF_Dunkelzifferschaetzung.pdf

Netzwerk Integra (2017): Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland. Daten – Zusammenhänge – Perspektiven. Online unter: <https://www.netzwerk-integra.de/wp-content/uploads/2021/07/Eine-empirische-Studie-zu-Genitalverstuemmelung-in-Deutschland.pdf>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2020): Länderreport 26 – Guinea. Weibliche Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung und häusliche Gewalt. Online unter: https://www.bamf.de/Shared-Docs/Anlagen/DE/Behoerde/Informationszentrum/Laender-reporte/2020/laenderreport-26-guinea.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Europarat (2011): Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht (Istanbul-Konvention). Gezeichnet am 11. Mai 2011, in Kraft getreten am 1. August 2014. Online unter: <https://rm.coe.int/1680462535>

Familienplanungszentrum BALANCE (2021): Leitfaden für Hebammen im Umgang mit FGM_C in Berlin-Brandenburg. Online unter: <https://www.fpz-berlin.de/Hebammenleitfaden-PDF-981658.pdf>

NDR-Sendung Hallo Niedersachsen (2024): Genitalverstümmelung: MHH klärt Hebammen in Seminaren auf. Online unter: https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/hallo_niedersachsen/Genitalverstuemmelung-MHH-klart-Hebammen-in-Seminaren-auf,hallonds85594.html

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2021): Schutzbrief gegen weibliche Genitalverstümmelung. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/schutzbrief-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung-179280>

Zerm, Christoph (2023): Weibliche Genitalverstümmelung/Beschneidung – Female Genital Mutilation /Cutting (FGM/C). Fachvortrag für eine Veranstaltung von Baobab – zusammen e.V. Online unter: http://www.baobab-zs.de/wp-content/uploads/2023/02/Zerm_FGM-2023-02-Version-weiss-Praevention-u-Versorgung-FoBi-Baobab-Hannover-2023-02-06.pdf

Kasadi, Kass (2023): FGM/C-Beratung im transkulturellen Kontext. Fachvortrag für eine Veranstaltung von Baobab – zusammen e.V. Online unter: http://www.baobab-zs.de/wp-content/uploads/2023/02/Kasadi_Praesentation_Fachtagung-06-02-2023_opt.pdf



Literatur-Auswahl zu Workshop 4: Queersensible Geburtshilfe

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

BundesverbandTrans* (2022): Trans* mit Kind! Broschüre, online unter: <https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/trans-mit-kind>

Regenbogenportal. Informationspool des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. <https://www.regenbogenportal.de>

Intergeschlechtliche Menschen e. V./Intergeschlechtliche Menschen Landesverband Niedersachsen e. V. (Hg.) (2021): Was ist es denn? Intergeschlechtlichkeit. DSD. Ein Ratgeber für Hebammen/Geburtshelfer*innen. Broschüre, online unter: https://im-ev.de/wp-content/uploads/2021/10/Geburtshelfer_innen_Broschue-re_2021_web.pdf

Bundesministerium der Justiz (2024): FAQ – Eckpunkte zur Reform des Abstammungsrechts. Online unter: [BMJ – Homepage – FAQ – Eckpunkte zur Reform des Abstammungsrechts](https://www.bmj.de/faq-eckpunkte-zur-reform-des-abstammungsrechts)

Bautsch, Katrin/Klinge, Susanne (2022): Induzierte Laktation. Damit die Milch fließt ... In: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/22. Online unter: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/damit-die-milch-fliesst>

Bautsch, Katrin: Induzierte Laktation – Ein Fallbeispiel. Online unter: https://www.stillen-lernen.de/induzierte_laktation_fallbeispiel.html

Podcast: „Stilleben“: Induzierte Laktation, Folge vom 09.01.2022.

Podcast: „GayMomTalking“: Voll Milch: Stillen ohne Schwangerschaft, Folge 47 vom 15.04.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2024): Bericht der Kommission zur Reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kom-rSF/Abschlussbericht_Kom-rSF.pdf

Film: Seahorse. Der schwangere Mann.

Der Dokumentarfilm, den sich die Teilnehmenden der Summer School zusammen anschauten, begleitet den schwulen trans* Mann Freddy McConnell bei seinem Kinderwunsch und in seiner Schwangerschaft. Dabei geht es unter anderem um die Geschlech-

terzuschreibungen und Körperbilder, mit denen er konfrontiert ist – und darum, wie er mit ihnen umgeht.

Seahorse. The Dad Who Gave Birth (2019). Regie: Jeanie Finlay. <https://seahorsefilm.com>

Auf Deutsch: Der schwangere Mann. WDR, ARD-Mediathek, online unter: <https://www.ardmediathek.de/video/wdr-dok/der-schwangere-mann/wdr/Y3JpZDovL3dkci5kZS9CZWlocmFnLTBiYjJkM-TAzLTZiOWUtNDJmYSsiOGYwLTcwNTkxZmRiNGE4NA>

Empfehlungen von Teilnehmenden

Hierbei handelt es sich um Empfehlungen von Teilnehmenden der Summer School mit dem Fokus, eigene Wahrnehmungsgewohnheiten zu verändern und im Hinblick auf Diskriminierung und Vielfalt dazuzulernen.

Instagram:

Gynaekollege
Badassmotherbirther
Seiten.verkehrt
Isabellsteinertfotografie
Hebflexion_berlin
Capturedbyvivi
Frau_gyn
Evarosebirth
Criticalmidwiferystudies

Bücher:

Why we matter – Emilia Roig
Das Ende der Ehe – Emilia Roig
Mythos Mutterinstinkt – Annika Rösler, Evelyn Höllrigl Tschaikner
Exit racism – Tupoka Ogette
This is going to hurt – Adam Kay
Stoppt Ableismus! Diskriminierung erkennen und abbauen – Anne Gersdorff, Karina Sturm
Handbuch feministische Perspektiven auf Elternschaft – Lisa Yas-hodhara Haller, Alicia Schlender
Nachwehen – Annika Rösler, Evelyn Höllrigl Tschaikner
Die Wut, die bleibt – Mareike Fallwickl
Und alle so still – Mareike Fallwickl
Aus dem Bauch heraus – Jana Heinicke

Podcasts:

AMK! Ausländer mit Komplexen
Feminismus für alle. Der Lila Podcast.
Gyncast

<https://www.profamilia.de/publikationen>

