

Romy Klimke

„Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären“ – Obstetrische Gewalt in deutschen Kreißsälen

I. Einführung

Seit den 1980er Jahren haben sich die internationalen Bemühungen im Bereich der Geburtshilfe auf eine Verringerung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit konzentriert und Wirkung gezeigt: Die Mortalität von Gebärenden ist zwischen 2000 und 2017 um weltweit 38 Prozent zurückgegangen.¹ Im hochentwickelten Deutschland müssen Frauen* heutzutage nicht mehr um ihr Leben bangen, wenn die Geburt des Kindes ansteht. Eine gute Geburt zeichnet jedoch mehr aus als nur das Überleben von Mutter und Kind. Im Schatten von #MeToo, dem Recht auf Abtreibung und der Frauenquote hat sich innerhalb der letzten Jahre national und international ein Diskurs herausgebildet, der die Situation von Gebärenden im Kreißaal kritisch hinterfragt. Seit einigen Jahren werden in mehreren europäischen Ländern Kampagnen organisiert, um Verletzungen der reproduktiven Rechte von Frauen* während der Geburt anprangern und Erfahrungsberichte an die Öffentlichkeit bringen. In Deutschland machen Eltern über die Initiative Mother Hood e.V. und #MeTooInTheBirthRoom auf negative Geburtserlebnisse aufmerksam. Anlässlich des *Roses Revolution Days* am 25. November legen sie vor Kliniken, in denen sie Gewalt ausgesetzt wurden, Rosen ab und veröffentlichen ihre Schilderungen in sozialen Netzwerken. Seit 2014 warnt die Weltgesundheitsorganisation vor Gewalterfahrungen, die Frauen weltweit unter der Geburt machen.² Die UN-Sonderberichterstatterin zu Gewalt gegen Frauen, Dubravka Šimonović, hat im Juli 2019 einen aufschlussreichen Bericht über das globale Ausmaß von Misshandlungen und Gewalt unter der Geburt vorgelegt.³ Am 3. Oktober 2019 hat die Parlamentarische Versammlung des Europarates Gewalt in der Geburtshilfe als genderspezifische Gewaltform eingeordnet und einen dringenden Handlungsbedarf in allen Mitgliedstaaten festgestellt. In einem ersten Individualbeschwerdeverfahren aufgrund von obstetrischer Gewaltanwendung vor einem internationalen Menschenrechtsvertragsorgan stellte schließlich der UN-Frauenrechtsausschuss im Februar 2020 einen Verstoß Spaniens gegen das Recht auf sichere Mutterschaft und eine angemessene Geburtsversorgung fest.⁴ Die internationale Debatte um Menschenrechtsverletzungen im Kreißaal wird lauter und hat inzwischen auch die deutsche Öff-

1 WHO, Maternal Mortality, Fact Sheet, 19.9.2019, im Internet abrufbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

2 WHO, Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen, 2015, 1.

3 UN-Generalversammlung, A/74/137, 11.7.2019.

4 UN-Frauenrechtsausschuss, S.F.M. v. Spain, CEDAW/C/75/D/138/2018, 28.2.2020.

DOI: 10.5771/0023-4834-2020-4-513

fentlichkeit erreicht. Es ist Zeit, obstetrische und gynäkologische Gewalt als spezifische Form der Gewalt an Frauen anzuerkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

II. Gewalt in der Geburtshilfe

Ein Kind zur Welt zu bringen, gehört wohl zu den größten physischen und psychischen Herausforderungen im Leben einer Frau*. Ob Vaginalentbindung oder Kaiserschnitt – jedes Geburtserleben ist naturgemäß von Schmerzen begleitet. Gebärende können indes unterscheiden zwischen dem natürlichen Schmerz, den die Öffnung des Körpers mit sich bringt, und dem Schmerz einer verletzenden, degradierenden oder auch nur vernachlässigenden Behandlung. Ob die Entbindung als selbstbestimmt und positiv erlebt wird, hängt in erheblichem Maße von dem Verhalten der Geburtshelfer*innen ab. Dazu braucht es Vertrauen und eine zugewandte, respektvolle Betreuung nach dem Grundsatz: „So viel Intervention wie notwendig, so wenig wie möglich“. Die wachsende Zahl von Erlebnisberichten zeigt hingegen auf, dass viele Frauen im Kreißaal Gewalt ausgesetzt sind.

1. Körperliche und psychische Gewalt

Berichte von Betroffenen schildern u.a. das Festhalten unter der Geburt, den Zwang zur Einnahme einer bestimmten Geburtsposition, Verweigerung der Schmerzbehandlung, grobe Verletzungen der Intimsphäre, mangelhafte Betreuung und Vernachlässigung, medizinisch nicht indizierte vaginale Untersuchungen auch gegen den ausdrücklichen Willen der Gebärenden, die Verabreichung von Medikamenten ohne vorherige Konsultation, manuelle Muttermundöffnungen, die operative Öffnung der Fruchtblase sowie das Anfertigen einer Dammschnitt ohne Verabreichung eines Anästhetikums oder als sog. *Husband-Stitch*.⁵ Auch der sog. *Kristeller-Handgriff*, bei dem der*die Geburtshelfer*in mit beiden Händen, dem Unterarm oder dem Ellenbogen von oben kräftig auf den Bauch drückt, um in der letzten Phase der Geburt die Austreibung zu unterstützen, wird von der WHO nicht mehr empfohlen,⁶ aber dennoch in der Praxis regelmäßig angewendet.⁷ Als psychische Einwirkungen werden Anschreien, beleidigende und geringschätzige Äu-

5 Vgl. u.a. Parlamentarische Versammlung des Europarates, Ausschuss für Gleichheit und Nichtdiskriminierung, Maryvonne Blondin, *Obstetrical and gynaecological violence*, Doc. 14965, 16.9.2019, Rdn. 18 ff.; Christina Mundlos, *Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen*, Die Hebamme 30 (2017), 312 f.; Marie von Kuck, „Weinen hilft dir jetzt auch nicht!“. Gewalt in der Geburtshilfe, Deutschlandfunk Kultur, 21.11.2017, im Internet abrufbar unter: https://www.deutschlandfunkkultur.de/gewalt-in-der-geburtshilfe-weinen-hilft-dir-jetzt-auch-nicht.3720.de.html?dram:article_id=397383; Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland, *Gewalt in der Geburtshilfe*, im Internet abrufbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/>; WHO (Fn. 2), 1 [Internetadressen jeweils zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

6 WHO, *WHO recommendation on fundal pressure to facilitate childbirth*, Stand 17.2.2018, abrufbar unter: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitate-childbirth> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

7 Vgl. z.B. Meredith Haaf, *Fass mich nicht an!*, Süddeutsche Online, 5.5.2018, im Internet abrufbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/leben/geburtshilfe-fass-mich-nicht-an-1.3930451-0> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

ßerungen, Drohungen, der Vorenthalt von Nahrung und Getränken sowie herabwürdigende Witze genannt.⁸ Bei derartigen Gewaltvorkommnissen handelt es sich nicht um isolierte Einzelfälle. Sie sind vielmehr unmittelbare Folge des vermeidbaren personellen Engpasses und Wirtschaftlichkeitsdrucks in deutschen Krankenhäusern und Ausdruck einer weitverbreiteten und systemimmanenten Diskriminierung von Frauen in der Gesundheitsversorgung.

2. Strukturelle Gewalt

Aufgrund der enormen körperlichen Belastung einer Geburt besteht zwischen Gebärenden und den Geburtshelfer*innen ein asymmetrisches Machtverhältnis. Umso wichtiger ist es, dass Frauen* auf ein Geburtshilfesystem vertrauen können, dass ihre Rechte wahrt und ihre Bedürfnisse unter der Geburt in den Mittelpunkt rückt. In der Realität sehen sich viele Frauen* mit Zuständen konfrontiert, die für eine Priorisierung ihrer Rechte keinen Raum geben.⁹

a) Personal- und Zeitmangel

Knapp gefasste Stellenschlüssel, Spardruck und fehlendes Personal zwingen Hebammen, Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen häufig dazu, mehrere Geburten parallel zu betreuen. Fehlentscheidungen werden dadurch wahrscheinlicher; Kontrollmaßnahmen, die bei risikoarmen Geburtsverläufen sonst nicht notwendig wären, werden zu Routineprozessen. Dokumentationspflichten und sogar Putzdienste¹⁰ im Anschluss an eine Entbindung stellen eine zusätzliche zeitliche Belastung dar. Auch Angst vor Regressforderungen und die strengen Hierarchien im Kreißsaal setzen das Gesundheitspersonal unter Druck.¹¹

Die Arbeitsbedingungen von Hebammen sind in den vergangenen Jahren zudem in finanzieller Hinsicht immer unattraktiver geworden. Rund 2.600 der geburtsbegleitenden Hebammen sind freiberuflich tätig.¹² Um in der Geburtshilfe zu arbeiten, müssen sie sich über eine Berufshaftpflichtversicherung gegen Geburtsschäden absichern lassen. Die Prämien für die Versicherung sind zwischen 2007 und 2016 um rund 310 Prozent gestiegen.¹³ Infolge der finanziellen Belastung geben viele Hebammen ihre Arbeit in der Geburtshilfe auf.

8 Christina Mundlos (Fn. 5).

9 Tina Jung, Sichere Geburten? Konstruktion und Erfahrung von Sicherheit in der Geburtshilfe im Kontext ihrer Ökonomisierung, in: Krüger-Kirn/Wolf (Hrsg.), Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung, Toronto 2018, 63 ff.

10 DHV, Eckpunkte für ein Geburtshilfe-Stärkungsgesetz im klinischen Bereich, Berlin 2019, 4.

11 Hanna Grabbe, "Das System der Geburtshilfe muss sich ändern", Die Zeit Online, 4.2.2019, im Internet abrufbar unter: <https://www.zeit.de/hamburg/2019-02/geburtsstationen-geburtshilfe-per-sonalengpass-hebammen-einsparungen-schwangerschaft> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

12 Thorsten Maybaum, Haftpflichtprämie für Hebammen steigt auf 8.174 Euro, [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de), 27. Juni 2018, im Internet abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96064/Haftpflichtpraemie-fuer-Hebammen-steigt-auf-8-174-Euro> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

13 Vgl. Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Cornelia Möhring, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. betreffend „Haftpflichtprämien und Sicherstellungszuschlag für freiberufliche Hebammen“, BT-Drs. 18/11951, 4 f.

Unterdessen hat sich die Betreuungssituation für viele Gebärende im Zuge der Covid 19-Pandemie zusätzlich verschlechtert, weil vertrauten Begleitpersonen aufgrund des regionalen Infektionsgeschehens in einigen Krankenhäusern die Anwesenheit im Kreißaal verwehrt wird.¹⁴

b) Unterversorgung mit Kreißsälen

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht im Abschnitt „Ambulante Versorgung“ eine flächen-deckende Gesundheitsversorgung vor, wozu „auch eine wohnortnahe Geburtshilfe [und] Hebammen“ gehören.¹⁵ Dennoch schreitet die Schließung von Geburtsstationen trotz steigender Geburtenzahlen aufgrund von Personalnot, aber auch mangelnden räumlichen Kapazitäten, weiter voran. Im bayrischen Alpenvorland, auf Sylt und anderen deutschen Inseln sowie in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns und Hessens gibt es keine Kreißsäle mehr. Wer hingegen unangemeldet in Berliner und Münchner Geburtsstationen anklopft, muss damit rechnen, abgewiesen zu werden oder sich eine Hebamme mit mehreren anderen Gebärenden zu teilen.¹⁶ An immer mehr Orten werden Entbindungsstationen über Feiertage hinweg vorübergehend geschlossen, weil nicht ausreichend Personal eingesetzt werden kann.¹⁷ Sind die Kreißsäle voll oder zu wenig Hebammen im Einsatz, werden Gebärende selbst unter Wehen und trotz Voranmeldung weggeschickt. Die Risiken sind lebensbedrohliche Komplikationen für Mutter und Kind, wenn nicht sicher ist, wie lange der Transport zur nächsten Klinik dauert und ob dort eine ausreichende Betreuung gewährleistet ist.

c) Übermedikalisierung vs. natürliche Geburt

Studien der letzten Jahre deuten ferner darauf hin, dass eine Übermedikalisierung der Frauenheilkunde stattfindet, welche die Rechte von Gebärenden zusätzlich gefährdet. Die Gesundheitswissenschaftlerin *Clarissa Schwarz* hat in ihrer Dissertation belegt, dass die invasiven Maßnahmen bei der Betreuung von Geburten fortlaufend zunehmen, obwohl dadurch seit den 1980er Jahren keine Verringerung der Geburtsrisiken mehr erreicht werden konnte.¹⁸ Saugglocken, Dammschnitte, Uterusuntersuchungen und wehenverstärkende Mittel werden routinemäßig eingesetzt. Dauerhafte Überwachungen der Gebärenden mittels Herzton- und Wehenschreiber werden zunehmend normal, da eine Hebamme dadurch zugleich mehrere Geburtsverläufe im Überwachungsraum kontrollieren kann. Die Kontrollinstrumente werden mit einem Gurt am nackten Bauch befes-

14 Das Kreißaalverbot für Begleitpersonen wurde ua bestätigt vom VG Leipzig, Beschluss v. 9.4.2020, Az. 7 L 192/20.

15 Bundesregierung, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, 2018, im Internet abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

16 Mother Hood e.V., Elterninitiative spricht Reisewarnung für Schwangere aus, 10.7.2017, im Internet abrufbar unter: <https://www.mother-hood.de/presse/schwangere-reisewarnung-kreissaal-schwanger-urlaub.html> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

17 Der DHV führt eine Übersicht zu geschlossenen Kreißsälen, einschließlich vorübergehender Schließungen, unter: <https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/kreissaauschiessungen> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

18 Clarissa Schwarz, Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen, Berlin 2008, 88, 165.

tigt und schränken die Bewegungsfreiheit der Gebärenden* ein. Kommen während des Geburtsvorgangs noch Wehentropfschlauch, Sauerstoffmaske, Blasenkatheder, Kontrollclips zur Sauerstoffsättigung und PDA-Leitung hinzu, ist eine freie Bewegung kaum mehr möglich. Medizinische Eingriffe in den Geburtsvorgang ziehen zudem häufig sog. Interventionskaskaden nach sich – weitere Eingriffe als Nebenwirkungen vorangegangener Maßnahmen.¹⁹

Auch die Zahl der Kaiserschnitte wächst anhaltend, wie u.a. WHO und die OECD²⁰ kritisch beobachten. Medizinische Studien gehen davon aus, dass etwa 10 bis 15 Prozent der Entbindung via Kaiserschnitt erfolgen müssen.²¹ In Deutschland lag der Anteil von Entbindungen per Kaiserschnitt 2017 und 2018 jeweils bei 31,6 Prozent.²² Auch wenn Kaiserschnitte heutzutage zu dem medizinischen Standardrepertoire gehören, so erhöhen sie doch das Sterblichkeitsrisiko um das Zwei- bis Vierfache und das Morbiditätsrisiko um das Fünf- bis Zehnfache im Vergleich zu vaginalen Geburten.²³ Die Vorteile der Eingriffs für die Kliniken sind eindeutig: Er dauert etwa eine halbe Stunde, lässt sich gut terminieren und rentiert sich für die Krankenhäuser: Aufgrund der Vergütung nach dem *German Diagnosis Related Groups*-System (DRG) verdienen Kliniken an einem Kaiserschnitt circa 3.000 Euro. Für eine vaginale Geburt lassen sich dagegen nur 2.000 Euro abrechnen.²⁴

Als Gegenentwurf zu dem zunehmend medikalisierten Geburtsvorgang in der Klinik hat sich bereits seit den 1970er Jahren der Ansatz der *natürlichen* Geburt etabliert. Innerhalb dieses Diskurskontexts wird der Begriff der natürlichen Geburt verstanden als eine vaginale Entbindung ohne Einsatz von chirurgischen oder medizinischen Hilfsmitteln.²⁵ Forschungsarbeiten aus der Medizin und Psychologie betonen zudem den selbstbestimmten Charakter der Entbindung, welche weitestgehend ohne Fremdeinwirkung von statten gehen soll und von den Gebärenden als eigenständig und selbstwirksam erbrachte Leistung empfunden wird.²⁶ Die Geburtshelfer*innen sollen dabei insbesondere psycho-

19 Christina Mundlos (Fn. 5), 315.

20 OECD (2017), „Caesarean sections“, in: Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-66-en.

21 WHO, Statement on Caesarean Section Rates, April 2015, im Internet abrufbar unter: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

22 Aerzteblatt.de, Kaiserschnitt rate stagniert bundesweit, 22.8.2019, im Internet erhältlich unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105471/Kaiserschnitt-rate-stagniert-bundesweit> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

23 Diese Zahlen wurden von der spanischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erhoben und der Stellungnahme des Observatorio de Violencia Obstétrica Espana an die UN-Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen entnommen, vgl. Observatorio de Violencia Obstétrica Espana, 13.5.2019, im Internet abrufbar unter: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/ObservatorioViolenciaObstetricaEspana.pdf> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

24 Hanna Grabbe (Fn. 11).

25 Daniela Venturini, Kaiserschnitt, vaginale und natürliche Geburt: Erleben und Verarbeiten aus psychotherapeutischer Sicht, 1. Aufl., Wiesbaden 2019, 123; Wulf Schiefenhövel, in: Schiefenhövel/Sich (Hrsg.), Die Geburt aus ethnomedizinischer Sicht, 2., berichtigte Aufl., Wiesbaden 1986, 242.

26 Daniela Venturini (Fn. 25).

logische Unterstützung geben.²⁷ Wenn in den folgenden Teilen dieses Beitrages von einer natürlichen Geburt die Rede ist, wird stets und ausschließlich dieses Begriffsverständnis zugrunde gelegt.

3. Folgen gewaltsamer Geburtserfahrungen

Die Folgen von körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen unter der Geburt sind insgesamt noch nicht hinreichend erforscht und im Einzelfall abhängig von der individuellen Konstitution der Mutter. Bisherige Erkenntnisse legen aber nahe, dass insbesondere die seelischen Erschütterungen noch lange Zeit nachwirken können. So können negative Geburtserfahrungen Wochenbettdepressionen und -psychosen auslösen, welche die Mutter-Kind-Beziehung erheblich belasten und in einzelnen Fällen dazu führen, dass die Mutter ihr Kind ablehnt. Statistisch erkranken 10 bis 15 Prozent der Frauen nach der Geburt an postpartalen Depressionen.²⁸ Medizinisch nicht-indizierte und respektlos durchgeführte vaginaluntersuchungen und andere schwere Gewaltanwendungen können zu psychischen Erkrankungen führen, die mit den posttraumatischen Belastungsstörungen von Opfern von Krieg, Vertreibungen oder Vergewaltigungen vergleichbar sind.²⁹ Als erwiesen gilt auch, dass Frauen nach gewaltsamen Geburten später und insgesamt weniger Kinder zur Welt bringen.³⁰

4. Diskriminierende Stereotype

Noch immer existiert jedoch ein wirkmächtiges gesellschaftliches Tabu, obstetrische Gewalt und Geburtstraumata zu thematisieren. Die Elterninitiative Mother Hood e.V. resümiert in einer Stellungnahme an die UN-Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen, dass Gewalt in der Geburtshilfe derart normalisiert sei, „that it is not (yet) considered violence against women“.³¹ Frauen wird anezogen, dass eine Geburt nur unter großen Schmerzen erfolgen kann. „Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären“³² – mit diesem biblischen Fluch soll Gott Eva und alle ihre Nachkommen gestraft haben. Das Narrativ wirkt bis heute fort. Die Belohnung ist das gesunde Kind, dass alle Schmerzen umgehend vergessen lassen soll. Frauen*, die sich dennoch negativ über ihre Geburtserfahrung äußern, setzen sich dem Vorwurf aus, nicht *dankbar* zu sein und ihre eigenen Bedürfnisse über die ihres Kindes zu stellen. Die Normalität von herabwürdigenden und gewalt-

27 Adrian Maria Heidiri, Die Erfindung der natürlichen Geburt. Diskurs um Geburtshilfe (1976-1983) – neue Frauenbewegungen, Gynäkologen und Hebammen zwischen Sicherheit und Selbstbestimmung, Freiburg 2015, 10 ff. m.w.N.

28 So die Information auf dem Internetauftritt der Deutschen Depressionshilfe, abrufbar unter: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-face-tten/in-der-schwangerschaft-und-nach-der-geburt> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

29 DHV, Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen, Karlsruhe 2012, 19 ff.

30 K. Gottvall/ U. Waldenström, Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?, BJOG 109 (2002), 254 ff.

31 Mother Hood e.V., Submission of Mother Hood e.V to the Special Rapporteur, 17.5.2019, 4, im Internet abrufbar unter: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/Reproductive-HealthCare/Mother%20Hood%20e.V.pdf> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

32 Bibel, 1. Mose 3:16.

samen Behandlungen im Kreißsaal ordnet sich in ein breites Spektrum von diskriminierenden Rollenbildern und Stereotypen gegen Frauen in allen Lebensbereichen ein. Gewalt unter der Geburt ist Teil eines „continuum of the violations that occur in the wider context of structural inequality, discrimination and patriarchy“, so die UN-Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen.³³ Die Vulnerabilität der Gebärenden ist seit jeher ein Ansatzpunkt für patriarchale Stereotypen vom *schwachen* Geschlecht. Das fängt hierzulande bereits mit der Sprache an, wenn das Wort *Wehen* die Assoziation eines passiven Erleidens weckt, anstatt wie das englische *labour* die Vorstellung von aktiver Arbeit.³⁴ Besonders drastisch spiegelt sich die Wahrnehmung von Gebärenden als passive Opfer in Fällen wider, in denen medizinische Eingriffe gegen ihren ausdrücklichen Wunsch vorgenommen werden, weil die von Schmerzen und Wehen erschöpfte Frau zu einer ernstzunehmenden Willensbildung gar nicht mehr in der Lage sei.³⁵ Hinzu kommt die zunehmende Pathologisierung des Geburtsprozesses in den Krankenhäusern, welche das Bild der gebärenden Frau als einer behandlungsbedürftige Patientin zusätzlich zementiert. Als Vertragsstaat der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) ist Deutschland verpflichtet, alle geeigneten Maßnahmen zu treffen, um „zur Beseitigung von Vorurteilen sowie von herkömmlichen und allen sonstigen auf der Vorstellung von der Unterlegenheit oder Überlegenheit des einen oder anderen Geschlechts oder der stereotypen Rollenverteilung von Mann und Frau beruhenden Praktiken zu gelangen“ (Art. 5 lit. a) CEDAW). Um einen derartigen Prozess in Gang zu setzen, bedarf es jedoch zunächst einer kritischen gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit den weitverbreiteten und generationsübergreifenden Denkmustern, die die Wahrnehmung von Gebärenden und dem weiblichen Körper unter der Geburt bestimmen.

III. Rechtliche und rechtspolitische Einordnung

1. Obstetrische Gewalt im inter-amerikanischen und internationalen Menschenrechtsdiskurs

Eine einheitliche, international anerkannte Definition von Gewalt in der Geburtshilfe gibt es bislang noch nicht.³⁶ Die stärkste Verrechtlichung der Problematik hat bisher im lateinamerikanischen Raum stattgefunden. Venezuela,³⁷ Argentinien³⁸ und der mexikanische Bundesstaat Veracruz³⁹ haben als einzige Staaten der Welt nationale Verbotsgesetze gegen obstetrische Gewalt erlassen. Das venezolanische Gesetz über die Rechte der Frau

33 UN-Generalversammlung (Fn. 3), Rdn. 46.

34 Sabine Bergk, Der verletzte Mutterkörper, Cicero, 20.5.2018, im Internet abrufbar unter: <https://www.cicero.de/geburt-mutter-kind-medikament-krankenhaus-hebamme> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

35 Vgl. z.B. Parlamentarische Versammlung des Europarates (Fn. 5), Rdn. 74.

36 UN-Generalversammlung (Fn. 3), Rdn. 11.

37 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Nr. 38.668, 23.4.2007.

38 Art. 6 Ley de Protección Integral a las Mujeres, Nr. 26.485 (2009).

39 Art. 7 Abs. 6 Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre De Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, Nr. 235 (2008).

auf ein gewaltfreies Leben aus dem Jahr 2007 enthält die erste Legaldefinition des Begriffs der obstetrischen Gewalt,⁴⁰ welche demnach zu verstehen ist als

*„the appropriation of a woman’s body and reproductive processes by health personnel, in the form of dehumanizing treatment, abusive medicalization and pathologization of natural processes, involving a woman’s loss of autonomy and of the capacity to freely make her own decisions about her body and her sexuality, which has negative consequences for a woman’s quality of life“.*⁴¹

Das Überwachungsorgan des Inter-amerikanischen Übereinkommens zur Prävention, Bestrafung und Überwindung von Gewalt gegen Frauen, der sog. Konvention von *Belém do Pará*, hat im Jahr 2012 alle Vertragsstaaten dazu aufgerufen, obstetrische Gewalt als eine spezifische Form von Gewalt gegen Frauen strafrechtlich zu ahnden.⁴²

Im internationalen Menschenrechtsdiskurs beginnt sich der Begriff der obstetrischen Gewalt gegenwärtig erst zu etablieren.⁴³ Als erste internationale Organisation verurteilte die WHO 2014 Geringschätzung und Misshandlung in geburtshilflichen Einrichtungen, stellte aber auch fest, dass derzeit noch kein internationaler Konsens über eine wissenschaftliche Definition des Phänomens besteht.⁴⁴ Anlässlich der Lancierung der UN-Nachhaltigkeitsziele im September 2015 verwendeten mehrere internationale und regionale Menschenrechtsberichter*innen in einer gemeinsamen Erklärung den Begriff, als sie die Staatengemeinschaft dazu aufrufen „[to] address acts of obstetric and institutional violence suffered by women in health care facilities, including [...] refusal to administer pain relief, disrespect and abuse of women seeking healthcare and reported cases of women being hit whilst giving birth.“⁴⁵ Die UN-Sonderberichter*in zu Gewalt gegen Frauen spricht von obstetrischer Gewalt zur Beschreibung von „violence experienced by women during facility-based childbirth“, obgleich sie betont, dass der Begriff im internationalen Menschenrechtssystem noch nicht gebräuchlich ist.⁴⁶ Im Herbst 2019 hat zuletzt auch die Parlamentarische Versammlung des Europarates das Thema auf die Agenda genommen⁴⁷ und eine wegweisende Resolution verabschiedet, in welcher *obstetrische und gynäkologische* Gewalt explizit als Formen der Gewalt gegen Frauen verurteilt werden.⁴⁸ Obstetrische Gewalt umfasse Verhaltensweisen „that are violent or that

40 Laura Belli, La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos, in: UNESCO, Revista Red Bioética de la UNESCO, Vol. 4 (1 y 7), Montevideo 2013, 29.

41 Art. 15 Abs. 3 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, englische Übersetzung übernommen aus MESECVI, Second Hemispheric Report on the Implementation of the Belém do Pará Convention, Washington D.C. 2012, 38.

42 MESECVI (Fn. 41), 38 f.

43 UN-Generalversammlung (Fn. 3), Rdn. 12.

44 WHO (Fn. 2), 2.

45 Joint Statement by UN human rights experts*, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples’ Rights, Genf/ Banjul/ Washington D.C., 24.9.2015, im Internet abrufbar unter: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E> [zuletzt abgerufen am 27.10.2020].

46 UN-Generalversammlung (Fn. 3), Rdn. 12.

47 Parlamentarische Versammlung des Europarates (Fn. 5).

48 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Obstetrical and gynaecological violence, Resolution 2306 (2019), 3.10.2019, Abs. 5.

can be perceived as such“ und welche die patriarchale Kultur innerhalb der Gesundheitssysteme widerspiegeln.⁴⁹ In der Resolution wird auch Bezug zum Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, der sog. *Istanbul*-Konvention, hergestellt (dazu sogleich unter 3.). Vor der Untersuchung des geltenden völkerrechtlichen Rahmens soll jedoch zunächst ein Blick in das Grundgesetz geworfen werden.

2. Die unzureichende Antwort des Grundgesetzes auf obstetrische Gewalt

Der grundrechtliche Schutz vor Gewalt in der Geburtshilfe erweist sich sowohl hinsichtlich des Verletzungsgrades als auch der Geschlechtsspezifität der Gewaltform als lückenhaft.

a) Geschlechtsspezifische Gewalt und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG

Der Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG erfasst Gewalthandlungen unter der Geburt nur in unzureichender Weise. Zwar lassen sich aus dem Recht auf körperliche Unversehrtheit eine Pflicht des Staates auf Schutz der Gesundheit vor schweren Eingriffen und ein Recht auf Gewaltfreiheit ableiten. Der Gesundheitsbegriff im Sinne des Grundgesetzes ist jedoch strenggenommen begrenzt auf den Schutz der biologisch-physiologischen Natur.⁵⁰ Nichtkörperliche Einwirkungen werden lediglich erfasst, wenn sie in ihren Auswirkungen auf den menschlichen Körper physischen Eingriffen gleichgestellt werden können.⁵¹ Erforderlich sind demnach psychosomatische Einwirkungen auf den Körper, die als „psychisch-seelische Pathologien“ messbar sind, wie es beispielsweise bei klinischen Depressionen, hochgradiger Nervosität oder Angstzuständen der Fall ist.⁵² Herabwürdigende Behandlungen, die ohne Folgen für die körperliche Unversehrtheit bleiben, werden nicht vom Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG eingeschlossen.⁵³ Psychische und verbale Gewalt unter der Geburt wird damit erst aufgrund der resultierenden physischen Auswirkung im Körper der Gebärenden als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit anerkannt. Der grundrechtliche Schutz bleibt an dieser Stelle deutlich hinter dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis der WHO zurück, welches sich auch auf das allgemeine seelische und soziale Wohlbefinden erstreckt.

Das Erfordernis einer körperlichen Symptomatik als Folge einer psychischen Gewaltwirkung unter der Geburt ist auch insofern problematisch, als dass es an die individuelle Resilienz der Gebärenden anknüpft. Diese psychische Widerstandskraft bestimmt darüber, ob ein erniedrigendes oder psychisch gewaltsames Verhalten von Geburtshelfer*innen nach dem Ereignis erfolgreich verarbeitet wird oder zu einer medizinisch diagnostizierbaren Erkrankung der Psyche führt. Die individuelle Fähigkeit von Frauen*,

49 Ebd., Abs. 3, 5.

50 Christian Starck, Art. 2 GG, in: v. Mangoldt/ Klein/ Starck, GG-Kommentar, 6. Aufl., 2010, Band I, Rdn. 229; Helmuth Schulze-Fielitz, Art. 2 II 1 GG, in: Dreier (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 3. Aufl., 2013, Band I, Rdn. 34.

51 Udo di Fabio, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, in: Maunz/Dürig (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 89. EL Okt. 2019, Rdn. 57.

52 Helmuth Schulze-Fielitz (Fn. 50), Rdn. 35.

53 BVerfGE 46, 1 (7); 125, 85 (88); Helmuth Schulze-Fielitz (Fn. 50), Rdn. 37; Hans Jarass, in: Jarass/Pieroth, GG-Kommentar, 7. Aufl. 2004, Art. 2 Rdn. 62.

ein negatives Geburtserlebnis „wegzustecken“, sollte aber gerade nicht ausschlagend dafür sein, ob eine Handlung oder Unterlassung während der Geburt als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit gewertet wird. Vielmehr sollte gefragt werden, ob bestimmte Verhaltensweisen von Angehörigen des Geburtshilfepersonals objektiv als Eingriff in den Schutzbereich von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewertet werden sollten.

Die Konzeption obstetrischer Gewalt als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bildet außerdem die zugrundeliegende Diskriminierung von Frauen* in der Geburtssituation nicht ab. Zwar wird das Recht auf körperliche Unversehrtheit grundsätzlich für alle Geschlechter gleichermaßen gewährleistet. Die Ausblendung des Geschlechts ist jedoch in dem Kontext von Gewalt unter der Geburt nicht zielführend, weil damit die beschriebenen Diskriminierungen und Machtstrukturen außer Acht gelassen werden. Obstetrische Gewalt fällt in den Schutzbereich von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG *ungeachtet dessen*, dass sie sich gegen Frauen* richtet. Abgestellt wird auf die Art des Eingriffs auf die körperliche Integrität, nicht aber auf die Person des Opfers oder die Motivation des Gewaltanwendenden. Obstetrische Gewalt ist hingegen als eine spezifische Form der Gewalt gegen Frauen ein unmittelbarer Ausdruck der Minderwertigkeit von Frauen innerhalb der Geschlechterhierarchie: Frauen wird Gewalt angetan, *weil* sie Frauen sind. Dies gilt auch und gerade für obstetrische Gewalt. Die Systemimmanenz und gesellschaftliche Normalität von geschlechtsspezifischer Gewalt wird durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht hinreichend erfasst. Es verwundert somit auch nicht, dass das verfassungsrechtliche Schrifttum bei der Identifikation der „zentralen Problemfelder“⁵⁴ beim Schutz der körperlichen Unversehrtheit zur Frage der geschlechtsspezifischen Gewalt schweigt. Diese wird stattdessen, insofern sie überhaupt Erwähnung findet, unter dem verfassungsrechtlichen Dach von Art. 3 GG verortet.

b) Keine Anwendbarkeit von Art. 3 GG mangels Vergleichbarkeit

Indes kommt eine Anknüpfung an die Verbote geschlechtsspezifischer Diskriminierung aus Art. 3 Abs. 2 Satz 1 GG und Art. 3 Abs. 3 Satz 1 GG im Hinblick auf obstetrische Gewalt gerade nicht Betracht.⁵⁵ Da Schwangerschaft und Geburt (zumindest noch) ureigenst weibliche Fähigkeiten sind, wird allgemein hin bereits eine Vergleichbarkeit unterschiedlich behandelter Lebensbereiche verneint.⁵⁶

c) Art. 6 Abs. 4 GG: Verfassungsrechtliches Stiefkind mit Potenzial

Die spezifische Situation von Frauen* unter der Geburt wird noch am ehesten von Art. 6 Abs. 4 GG erfasst, wonach jede Mutter Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der staatlichen Gemeinschaft hat. Der Anspruch aufgrund der Eigenschaft des Mutterseins besteht ab Beginn der Schwangerschaft und damit auch zum Zeitpunkt der Geburt.⁵⁷ Er umfasst ein Abwehrrecht vor staatlichen Maßnahmen, die die Gesundheit der Mutter

54 Helmuth Schulze-Fielitz (Fn. 50), Rdn. 79.

55 Sigrid Boysen, Art. 3 GG, in: von Münch/Kunig (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 6. Aufl., 2012, Band I, Rdn. 164f.; Christian Starck, Art. 3 GG, in: v. Mangoldt/ Klein/ Starck, GG-Kommentar, 6. Aufl., 2010, Band I, Rdn. 322.

56 Vgl. z.B. BVerfGE 6, 389 (422 f.); 15, 337 (343); 37, 217 (249 f.); 48, 346 (366).

57 Vgl. z.B. BVerfGE 55, 154 (157 f.); 52, 357 (365); Gregor Kirchhof, Der besondere Schutz der Familie in Art. 6 Abs. 1 des Grundgesetzes. Abwehrrecht, Einrichtungsgarantie, Benachteiligungsverbot, staatliche Schutz- und Förderpflicht, AöR 129 (2004), 553.

über die natürlichen Belastungen einer Schwangerschaft und Entbindung hinaus zusätzlich beeinträchtigen, sowie ein Fördergebot an den Staat. Ein Anspruch auf eine bestimmte Leistung besteht im Regelfall allerdings nicht.⁵⁸

In Rechtsprechung und Literatur wird Art. 6 Abs. 4 GG insbesondere in Bezug auf den arbeitsrechtlichen Schutz von Müttern herangezogen.⁵⁹ Die Auslegung des Grundrechts wird dabei durch den Fokus auf wirtschaftliche und berufliche Nachteile, die aus der Mutterschaft resultieren können, bestimmt. Darüber hinaus hat das Grundrecht allenfalls ein „Schattendasein“⁶⁰ gefristet. Insbesondere wurden daraus noch keine strukturellen Anforderungen an die Ausstattung der Geburtshilfe abgeleitet. Der eigentliche Geburtsvorgang findet nur insoweit Erwähnung, als dass er die Zäsur zwischen Schwangerschaft und Mutterschaft bildet.

Grundsätzlich ist es aber durchaus möglich, den Schutzbereich von Art. 6 Abs. 4 GG im Hinblick auf die Bedingungen für Geburten zu konkretisieren. Dafür ist es jedoch notwendig, das diskursive Tabu um die Geburt aufzubrechen. Die Geburt ist der zentrale Moment der Mutterwerdung, eines der fundamentalsten Ereignisse des Mutterseins und damit prägend für die Mutter-Kind-Beziehung fortan. Der Schutz der Mutter unter der Geburt ist damit bereits teleologisch ein elementarer Bestandteil des Grundrechtsschutzes unter Art. 6 Abs. 4 GG. Das verfassungsrechtliche Schutz- und Fürsorgegebot muss im Kontext der Geburt als ein einheitliches Konzept verstanden werden: Adäquate Schutzstandards für Gebärende können nur durch entsprechende Fürsorgemaßnahmen erreicht werden. Die Bemessung der personellen und räumlichen Kapazitäten der Geburtshilfeinrichtungen sollte anhand dieses Maßstabes erfolgen. Art. 6 Abs. 4 GG beinhaltet nach dieser Auslegung ein Untermaßverbot für die Ausstattung der Geburtshilfeversorgung, welches zum Schutz der Mutter nicht unterschritten werden darf.

Mit dem Begriff der Mutter sind indes auch problematische Assoziationen verknüpft, die bei der Auslegung und Anwendung von Art. 6 Abs. 4 stets mitgedacht werden sollten. So sind veraltete und stigmatisierende Mutterbilder noch immer präsent und für die Wahrnehmung von Müttern leitend. Dazu gehören die Grundannahme der Leidensbereitschaft und der bedingungslosen Selbstrücknahme zugunsten des Kindes ebenso wie die Verfügbarkeit unerschöpflicher Kräfte und Energiereserven zum Wohle des Kindes. Das Potenzial von Art. 6 Abs. 4 GG als verfassungsrechtliche Grundlage für allgemeine Schutzstandards von Gebärenden kann nur zur Entfaltung gebracht werden, wenn derartige Annahmen kritisch reflektiert werden und die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass geschlechtsspezifische Gewalt auch als solche erkannt wird. Diesbezügliche Impulse kamen bislang allerdings nicht aus dem Verfassungs-, sondern dem internationalen Recht.

58 Frauke Brosius-Gersdorf, Art. 6, in: Dreier (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 3. Aufl., 2013, Band I, Rdn. 130, 219 ff.

59 Peter Badura, Art. 6 GG, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, 89. EL Okt. 2019, Rdn. 149, 156 ff.

60 Dagmar Coester-Waltjen, Art. 6, in: von Münch/Kunig (Hrsg.) (Fn. 46), Rdn. 131.

3. Menschenrechtliche Standards für eine gewaltfreie und gebärendengerechte Geburtshilfe

a) Recht auf Freiheit von Gewalt und Diskriminierung im Völkerrecht

Die Unvereinbarkeit von genderspezifischer Gewalt mit den Rechten von Frauen ist seit der Weltmensenrechtskonferenz in Wien⁶¹ und der UN-Erklärung über die Beseitigung der Gewalt gegen Frauen⁶² aus dem Jahr 1993 sowie der 4. Weltfrauenkonferenz in Beijing 1995 ein fundamentaler Grundsatz des internationalen Menschenrechtssystems. In Beijing bekannte sich die Weltgemeinschaft zudem zur Gewährleistung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, „free of coercion, discrimination and violence“.⁶³ Die *Istanbul*-Konvention, welches die Bundesrepublik zum 1. Februar 2018 ratifiziert hat, schützt Frauen* vor „alle[n] Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben“ (Art. 3 lit. a). Im Kontext der reproduktiven Rechte statuiert die Konvention ein völkerrechtliches Verbot der erzwungenen Sterilisation und Abtreibung (Art. 39). Völkervertragsrechtlich wird die Bundesrepublik außerdem durch Art. 12 Abs. 1 CEDAW dazu verpflichtet, „alle geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung der Frau im Bereich des Gesundheitswesens“ zu ergreifen. Gewalt in der Geburtshilfe ist ein starkes Indiz für eine strukturelle Diskriminierung von Frauen innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems. Eine mangelhafte Allokation des Geburtshilfesektors gefährdet die Rechte von Frauen auf Gleichbehandlung und Freiheit von Diskriminierung. Kommt der Staat seiner menschenrechtlichen Verpflichtung zur ausreichenden Ausstattung und Finanzierung des Geburtshilfesektors nicht nach und ist nachweisbar, dass die jeweilige Gewaltanwendung mit der Unterversorgung in einem kausalen Zusammenhang steht, so ist der Gewaltakt dem Staat zurechenbar.⁶⁴

Der verstärkte Fokus auf die Situation von Frauen im Kreißsaal fügt sich in eine wachsende Debatte um eine allgemeine Verbesserung der frauengerechten Gesundheitsversorgung ein. Der CEDAW-Ausschuss hat wiederholt darauf hingewiesen, dass es Bereiche des Gesundheitswesens gibt, die nur auf weibliche* Bedürfnislagen zugeschnitten sind, und die Einnahme einer Gender-Perspektive die Grundlage aller staatlichen Aktivitäten im Gesundheitssektor bilden sollte.⁶⁵ Zivilgesellschaftliche Initiativen kritisieren allgemein eine Vernachlässigung der speziellen Bedürfnisse von Frauen* im deutschen Ge-

61 UN-Weltmensenrechtskonferenz, Wiener Erklärung und Aktionsprogramm, 25.5.1993, Tel I, Abs. 18.

62 UN-Generalversammlung, Declaration on the Elimination of Violence against Women, A/RES/48/104, 20.12.1993.

63 Beijing Erklärung und Aktionsplattform, angenommen auf der 4. Weltfrauenkonferenz, A/CONF.177/20, 1995, Kapitel IV., C, Abs. 96.

64 CEDAW-Ausschuss, General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19, CEDAW/C/GC/35, Abs. 24 (a).

65 Vgl. z.B. CEDAW-Ausschuss, General Recommendation No. 24, Women and health (article 12 of the Convention) (1999), Rdn. 30, 31.

sundheitssystem und fordern eine konsequente Anwendung des Gender-Mainstreamings in allen Gesundheitssektoren.⁶⁶

b) Recht auf eine angemessene Geburtsbetreuung

Das Recht von Frauen auf eine angemessene Betreuung während und nach der Entbindung folgt völkervertragsrechtlich aus Art. 12 Abs. 2 CEDAW. Darüber hinaus wurde es auf der 4. Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 als Bestandteil der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und reproduktiven Rechte (SRGR) manifestiert.⁶⁷ Das Konzept der *Sicheren Mutterschaft* sollte zur Triebfeder werden im Bestreben, die Sterblichkeit und *Morbidität* von Müttern und Neugeborenen zu reduzieren.⁶⁸ Diese Ziele sind nicht bereits dann erreicht, wenn das Sterblichkeitsrisiko infolge der Entbindung auf ein statistisches Mindestmaß sinkt. Es verlangt auch eine höchstmögliche Verringerung von geburtsspezifischen Verletzungen und Erkrankungen. Die oben beschriebenen körperlichen und psychischen Folgen, unter denen Betroffene von obstetrischer Gewalt unter Umständen lebenslang leiden, sind Formen von Morbidität im Sinne des Kairoer Aktionsprogramms. Zur Reduktion von geburtsspezifischer Morbidität und zur Realisierung des Rechts auf eine sichere Mutterschaft soll der Staat nichts weniger als das Maximum der verfügbaren Ressourcen einsetzen.⁶⁹

c) Das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt

Völkerrechtlich anerkannt ist auch das Recht auf eine selbstbestimmte Geburt. Bereits in der Beijing-Erklärung vom 15. September 1995 ist das Recht von Frauen* „to control all aspects of their health“ enthalten. Für den Rechtsraum des Europarates hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte aus dem Recht auf Privatsphäre aus Art. 8 EMRK das Recht von Gebärenden hergeleitet, die Umstände, in denen sie ihr Kind zur Welt bringen, frei zu wählen.⁷⁰ Übereinstimmend statuiert § 24f SGB V das Wahlrecht der Gebärenden, „ambulante in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt [zu] entbinden“. In der Realität ist diese Wahlfreiheit indes erheblich eingeschränkt. Krankenhäuser sind seit den 1960er Jahren zum Hauptentbindungsort geworden. 98 Prozent der Entbindungen werden heutzutage in Kliniken durchgeführt. Hebammen, die Hausgeburten anbieten, gibt

66 Vgl. u.a. CEDAW-Allianz, Alternativbericht CEDAW, Berlin 2016, XXIII ff.; Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd), http://www.kfd-muenster.de/fileadmin/manager_upload/PDFs/Positionspapiere/126-Positionspapier-Gesundheit.pdf, 10.

67 Vereinte Nationen, Programme of Action of the International Conference on Population Development, Kairo 5.-13.9.1994, Abs. 7.3 ff.

68 *Ebd.*, Abs. 8.19 ff.

69 Vgl. u.a. UNHCHR, Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality, A/HRC/21/22, Abs. 45; CEDAW-Ausschuss (Fn. 65), Rdn. 27.

70 Vgl. EGMR, *Ternovszky v. Ungarn*, Beschwerde-Nr. 67545/09, Urteil v. 14.12.2010; die Rechtsprechungspraxis des EGMR zu Art. 8 EMRK im Kontext der Geburtshilfe ist allerdings inkonsistent. So wurde bei vergleichbar gelagerten Sachverhalten, deren Hintergrund jeweils die Erschwerung bzw. das Verbot von Hausgeburten waren, eine Verletzung von Art. 8 EMRK verneint, vgl. EGMR, *Dubská und Krejzová v. Tschechische Republik*, Beschwerde-Nr. 28859/11 und 28473/12, 2.12.2015; *Pojatina v. Kroatien*, Beschwerde-Nr. 18568/12, 4.10.2018.

es in Deutschland gerade einmal rund 430. Auch hier findet eine faktische Beschränkung der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts statt.

4. Nein heißt Nein – auch unter der Geburt?

Im Kontext des Diskurses um Gewalt in der Frauenheilkunde der Begriff der *birth rape*⁷¹ herausgebildet, für den es in der deutschen Sprache noch keine Entsprechung findet. Der Begriff wird von Betroffenen zur Beschreibung ungewollter körperlicher Eingriffe während des Geburtsprozesses, insbesondere dem Eindringen in die Vagina gegen den Willen der Gebärenden zum Zweck der Durchführung von Untersuchungen, verwendet. Ungevolte vaginale Penetrationen zur Kontrolle oder der Beschleunigung des Geburtsprozesses unterfallen jedoch *de lege lata* nicht dem Tatbestand der Vergewaltigung. Sowohl Art. 36 der *Istanbul*-Konvention als auch das reformierte deutsche Sexualstrafrecht setzen für die Strafbarkeit der Vergewaltigung eine sexuelle Bestimmung des Handelns voraus. Es ist demnach erforderlich, dass der*die Täter*in zur Erfüllung der eigenen sexuellen Bedürfnisse oder der einer dritten Person handelt – ungeachtet dessen, dass es für die Gebärende gleichgültig ist, aufgrund welcher Motivation die ungewollte Penetration erfolgt.

Die situationsspezifische Straflosigkeit von *birth rape* entbindet die Geburtshelfer*innen indes nicht von der Pflicht, entsprechend des Patient*innenrechtegesetzes vor jedem Eingriff in den Körper der Gebärenden deren Einverständnis einzuholen. Ausnahmen von der Verpflichtung zur Einholung der Einwilligung bestehen gemäß § 630d Abs. 1 Satz 2, 4 BGB nur dann, wenn die Gebärende einwilligungsunfähig oder die Maßnahme unaufschiebbar ist, sodass die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Ob ein akuter Notfall besteht, welcher eine Ausnahme vom Grundsatz der Einwilligung rechtfertigt, muss im Einzelfall beurteilt werden. Eine lange Geburtsdauer, Schichtwechsel oder überfüllte Kreißsäle gehören jedenfalls nicht dazu. Die Verletzung des Rechts auf informierte Entscheidungsfindung nachzuweisen, erweist sich praktisch als schwierig.⁷² Erfahrungsberichte legen nahe, dass die Dokumentation des Geburtsverlaufs nicht in jedem Fall das Erleben der Gebärenden widerspiegelt.⁷³

IV. Fazit & Forderungen

Gewalt in der Geburtshilfe ist nicht der Regelfall. Unzählige Geburtshelfer*innen bemühen sich tagtäglich einfühlsam und zugewandt um würdevolle und selbstbestimmte Geburtserfahrungen. Die wachsende Zahl von Erlebnisberichten zeigt indes, dass obstetrische Gewalt ein Problem ist, das nicht länger ignoriert werden darf.

71 Carine M. Mardorossian, Framing the Rape Victim, 2014, S. 68ff.

72 Mother Hood e.V. (Fn. 31), 3.; CEDAW-Allianz (Fn. 66), XXVI.

73 Marie von Kuck (Fn. 5).

1. Wissenslücken schließen, Tabus aufheben

Um die konkreten Ursachen, das Ausmaß, die Verbreitung und die Folgen von obstetrischer Gewalt für die Betroffenen, einschließlich der Partner*innen und Kinder, zu verstehen, muss das Phänomen der obstetrischen Gewalt unter besonderer Berücksichtigung der Erkenntnisse der gendergerechten Gesundheitsforschung weiter interdisziplinär untersucht werden. Ein wichtiges Forschungsfeld ist beispielsweise die intersektionale Diskriminierung und Gewalt an Gebärenden mit besonderen Merkmalen und Lebenssituationen. In der geburtshilflichen Betreuung von Geflüchteten stellen sprachliche Hürden, etwaige traumatische Vorerfahrungen oder auch Entbindungen an Frauen* mit verstümmelten Genitalien das Geburtshilfepersonal vor besondere Herausforderungen, welche entsprechend berücksichtigt werden müssen.⁷⁴

Parallel zu der Intensivierung der wissenschaftlichen Aufarbeitung bedarf es einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung, die die Wirkung von Geschlechterzuweisungen in der Geburtshilfe aufzeigt und dazu beiträgt, bestehende Sprachtabus zu überwinden.

2. Obstetrische Gewalt als spezifische Form der Gewalt gegen Frauen anerkennen

Gleichwohl das Konzept der obstetrischen Gewalt außerhalb Lateinamerikas bisher kaum anerkannt ist, besteht ein internationaler Konsens über das generelle Verbot von Gewalt gegen Frauen. Die Bundesrepublik ist völkervertraglich an die UN-Frauenrechtskonvention und die *Istanbul*-Konvention gebunden. Gewalt gegen Frauen in jedweder Form löst die staatliche Schutzverpflichtung aus. Interventionen ohne das aufgeklärte Einverständnis der Gebärenden, körperliche und psychische Misshandlungen und Vernachlässigungen unter der Geburt müssen als spezifische Form der Gewalt gegen Frauen anerkannt werden. Ein legislativer Schritt könnte darin bestehen, obstetrische Gewalt nach dem lateinamerikanischen Vorbild zu verbieten. Ein solcher Gesetzesakt könnte Bestandteil eines allgemeinen „Geburtshilfe-Stärkungsgesetzes“ sein, wie es der Deutsche Hebammenverband im Februar 2019 vorgeschlagen hat.⁷⁵

3. Strukturelle Veränderungen zugunsten einer frauen*gerechten Geburtshilfe vornehmen

Um eine gute Betreuung von Gebärenden zu gewährleisten und Gewalt in der Geburtshilfe zu verhindern, sind aber vor allem strukturelle Veränderungen anzustreben. Zentrale Aufgabe ist hierbei die Sicherung der Hebammenversorgung. Mit der akademischen Aufwertung des Hebammenberufs durch das Hebammenreformgesetz⁷⁶ vom 22. November 2019 wurde ein wichtiger Schritt getan. Nun müssen eine bessere Vergütung, eine staatlich überwachte Bedarfserhebung sowie Maßnahmen gegen die zu hohen Berufshaft-

74 Vgl. u.a. CEDAW-Allianz (Fn. 66), XXV; Bundesärztekammer, Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung, April 2016, 2; Krása, Der ethische und rechtliche Umgang mit weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern, MenschenRechtsMagazin 2008, 168.

75 Vgl. Deutscher Hebammenverband e.V. (Fn. 10).

76 BGBl. I 2019, 1759 ff.

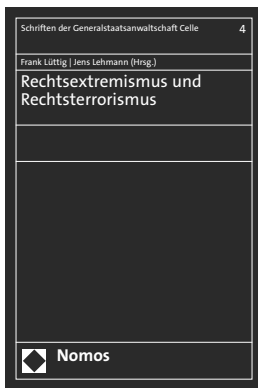
pflichtprämien⁷⁷ folgen, um eine angemessene und wohnortnahe Hebammenbetreuung zu gewährleisten.

Um dem Trend zur Ökonomisierung der Geburtshilfe entgegenzuwirken, sollte dieses vom Fallpauschalensystem der Krankenhäuser (DRG) entkoppelt werden. Wenn sich Kaiserschnitte und andere medizinische Interventionen für eine Klinik stärker rentieren als die Durchführung einer natürlichen Geburt, werden wirtschaftliche Belange über die Rechte der Gebärenden gestellt.

Zur Wahrung des Rechts auf eine informierte Entscheidungsfindung muss es schließlich zum Praxisgrundsatz werden, vor, während und nach der Entbindung stets über die jeweilige Prozedur aufzuklären und das Einverständnis zu erbitten. Entsprechende Schulungen und Weiterbildungen zur informierten Entscheidungsfindung sollten für das gesamte Geburtshilfepersonal obligatorisch sein.⁷⁸

Rechte Gewalt

Neuartiges Problem oder vorläufiger Schlusspunkt jahrzehntelanger Entwicklung?



Rechtsextremismus und Rechtsterrorismus


Herausgegeben von GStA Dr. Frank Lüttig und
OStA Prof. Dr. Jens Lehmann

2020, 358 S., brosch., 94,- €

ISBN 978-3-8487-7714-3

(Schriften der Generalstaatsanwaltschaft Celle, Bd. 4)

Rechtsextremismus gilt heute als eine der großen Bedrohungen unserer Gesellschaft. In der öffentlichen Wahrnehmung ist das Thema sehr präsent. Ein Blick auf die Entwicklung seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs zeigt aber: Selbst terroristische Akte sind keineswegs so neu, wie man weithin annimmt.

 **eLibrary** Nomos
nomos-elibrary.de

Bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei online unter [nomos-shop.de](https://www.nomos-shop.de)

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos

77 Ein Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Verpflichtung von Versicherungsunternehmen zum Angebot für freiberufliche Hebammen als auch die Einführung einer Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen durch den Bund verfassungsmäßige Lösungsansätze darstellen, vgl. Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste, Rechtsfragen zur Berufshaftpflichtversicherung der freien Hebammen, WD 3 – 3000 – 064/14, 27. März 2014.

78 CEDAW-Allianz (Fn. 66), XXVI.