

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Bachelor Soziale Arbeit
Wintersemester 2022/23

Multiperspektivische Analyse der Notwendigkeit eines interdisziplinären sozialpädagogischen Handelns im Fall von Gewalt in der Geburtshilfe

-

Wie *kann* die Notwendigkeit von spezialisierten
adressat*innenorientierten Hilfen im interdisziplinären Feld der
Sozialen Arbeit, im Falle von Gewalt in der Geburtshilfe und
möglichen Auswirkungen, begründet *werden*?

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.09.2022

Vorgelegt von: Mehina Hasagic

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin:

Frau Prof. Dr. Claudia Buschhorn

Zweite Prüferin:

Frau Prof. Dr. Jutta Hagen

Inhaltsverzeichnis	
Tabellen.....	3
Abbildungen	3
Abkürzungen	3
1. Einleitung	1
2. Aktueller Forschungsstand	2
2.1 Mediale Debatte und ‚Roses Revolution‘.....	2
2.2 Internationale Forschung	4
2.3 Forschung und Stand in Deutschland	10
2.4 Resümee.....	13
3. Relevanz- und Hintergrund der Gewalt in der Geburtshilfe	14
3.1 Ökonomisierung und Selbstbestimmung.....	14
3.2 Recht.....	15
3.3 Medien	17
3.4 Kulturhistorischer Blick auf Mutterrolle und Paternalisierung der Geburt.....	19
3.5 Psychologie und postpartale psychische Störungen.....	20
3.6 Bindung	22
3.7 Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch	24
3.8 Resümee	25
4. Interpretation und Auftrag der Sozialen Arbeit	26
4.1 Handlungsmöglichkeiten und -pflichten der Sozialen Arbeit	27
4.1.1 Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession	28
4.1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	29
4.1.3 Adressat*innen als Mitwirkende nach Bitzan und Bolay	31
4.2 Verortung innerhalb der Praxis Soziale Arbeit.....	33
4.2.1 Selbstorganisationen und Vereine	33
4.2.2 Interdisziplinäres Bündnis und sozialpädagogische Praxis	36

4.2.3 Notwendigkeit einer unabhängigen Anlaufstelle	37
5. Ausblick	39
6. Literaturverzeichnis	41
7. Eidesstattliche Erklärung.....	46

Tabellen

Tabelle 1: Typologie von Respektlosigkeit und Gewalt an Frauen unter der Geburt (Bohren & al, 2015, S. 7).....	8
Tabelle 2: Statistische Anzahl an Entbindungen in Deutschland (Bundesamt, 2022).....	11
Tabelle 3: Postpartale psychische Störungen. (Dorsch & Rohde, 2016, S. 357, eigene Darstellung M.H.).....	21-22

Abbildungen

Abbildung 1: Ablauf für das Community survey nach acht Wochen (Bohren & al., 2018, S. 11).....	10
Abbildung 2: Trippelmandat nach Staub-Bernasconi (Staub-Bernasconi 2019, eigene Darstellung M.H.).....	29

Abkürzungen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKiSchG	Bundeskinderschutzgesetz
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GG	Grundgesetz
IFSW	International Federation of Social Workers
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
MDG 5	Fünftes Millenium Development Goal
PPD	Postpartale Depression
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Aches Buch
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Am 25. November ist es so weit. Bundesweit legen wieder Frauen rosafarbene Rosen für Kreissäle, Gynäkologische Praxen, Geburtshäuser etc. nieder. In den Sozialen Medien häufen sich Erfahrungsberichte von meist Müttern, aber auch Vätern, die von den Geburtserfahrungen sprechen und diese mit warnenden Überschriften versehen. Im öffentlich-rechtlichen Fernsehen wird in Diskussionsrunden von Frauen erzählt, die nach dem Ereignis einer Geburt erhebliche Schwierigkeiten haben, ihr Leben ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Meist handeln Beiträge dieser Form von Erfahrungen im klinischen Geburtshilfe Kontext, die so belastend waren, dass von Respektlosigkeit, Gewalt und Vernachlässigung gesprochen wird. Wie kommt es zu einer negativen Geburtserfahrung und welche Folgen sind hypothetisch möglich. Was soll die Soziale Arbeit tun? Und soll sie überhaupt agieren im Fall aus den klinischen Geburtsbetriebs.

Diese Literaturarbeit wird sich mit dem Fall der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe aus multiperspektivischer Sicht befassen. Dafür ist in einer Anamnese mit dem aktuellen internationalen und nationalen Forschungsstand zu prüfen was mit Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe gemeint ist. Folglich werden Theorien aus einem interdisziplinärem Feld zusammengetragen und auf den Fall bezogen. Dadurch beantwortet werden soll die Forschungsfrage:

„Wie *kann* die Notwendigkeit von spezialisierten adressat*innenorientierten Hilfen im interdisziplinären Feld der Sozialen Arbeit, im Falle von Gewalt in der Geburtshilfe und möglichen Auswirkungen, begründet *werden*?“

Soziale Arbeit aus wissenschaftlicher Sicht wird untersucht unter Heranziehen der Theorie von Staub-Bernasconi, Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, um dann im aktuellen Rahmen der gegebenen Selbstorganisationen der Betroffenen und dem professionellen Feld der Sozialen Arbeit, zu erkennen, welche Notwendigkeit für ein Handeln aus sozialpädagogischer Sicht besteht. Adressat*innen sollen wegen des öffentlich wirksamen Aktes am ‚Roses Revolution Day‘ und reger Berichterstattung in den sozialen Medien, als zentrale Ebene des politischen Engagements benannt werden. Nach Beantworten der Forschungsfrage wird ein Ausblick auf mögliche Handlungsschritte oder Forschungsvorhaben genommen.

2. Aktueller Forschungsstand

Das Vorkommen von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe wird in den letzten 10-15 Jahren intensiver erforscht. Durch Hindernisse, die im Folgenden aufgeführt werden, war es bisher nicht möglich eine Prävalenz zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe zu ermitteln. Die Prävalenz deutet auf die Wahrscheinlichkeit hin, wie viele Frauen zu einem bestimmten Zeitpunkt betroffen sind. Diese Kennzahl ist grundlegend für die Ermittlung von Ausmaß der benötigten Handlungsschritte und die Erfassung von Entwicklungen und Verbreitung in der Bevölkerung. Daher ist es lediglich möglich anhand von nicht-repräsentativen Befragungen und Schätzungen durch Betroffenenberichte zu erahnen, wie groß der betroffene Bevölkerungsanteil ist. Zum besseren Verständnis des Forschungsgegenstandes werden Daten und Ergebnisse von potenziell einhergehenden Folgeerscheinungen, wie z.B. Postpartale Depression (PPD) untersucht. Diskursiv betrachtet muss die Mediale Debatte und die Betroffeneninitiative in Form von ‚Roses Revolution‘ herangezogen werden, um die derzeit fehlende Aussagekraft von bestehenden Forschungsergebnissen aufzuwiegen. Da die Adressat*innenperspektive in dieser Arbeit einen besonderen Stellenwert einnimmt wird als erstes auf den gesellschaftlichen Diskurs eingegangen.

2.1 Mediale Debatte und ‚Roses Revolution‘

Die spanische Geburtsaktivistin Jesusa Ricoy rief im Jahr 2011, mit Unterstützung der Werbeagentur ‚Cuatro Tuercas‘, einen Gegenschlag zu veröffentlichten Karikaturen aus dem Journal der spanischen Gesellschaft für Geburtshelfer*innen und Gynäkolog*innen auf. Die Karikaturen waren beleidigend gegenüber Schwangeren und Gebärenden. So meldeten sich in Form der ‚Roses Revolution‘ in einer weitreichenden Öffentlichkeit Frauen mit Gewalterfahrungen, die sie während der Schwangerschaft und Geburt erleben mussten. Insbesondere soziale Medien verhalfen der Bewegung zur Bekanntheit. Seitdem wird am und um den 25.November, am internationalen Tag gegen Gewalt an Frauen, am Ort der Gewalt eine rosafarbene Rose abgelegt (vgl. Ricoy, 2013). Betroffene fügen oft einen Erlebnisbericht zur Erläuterung hinzu oder lassen diese auch stellvertretend ablegen, wenn formell oder

informell ein Zugang nicht möglich ist. Von 2013 bis 2018 wurde die ‚Roses Revolution‘ in Deutschland von Mascha Grieschat Verantwortliche der ‚Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland‘ initiiert und im Jahr 2018 wurde die Durchführung an den Verein Traum(a)Geburt e.V. übergeben. Die ‚Roses Revolution‘ wurde ab 2014 über Facebook angekündigt und beworben (vgl. Traum(a)Geburt, 2014). Fotos, Postkarten, Briefe und Beiträge in den sozialen Medien, unter dem Kennzeichen/Hashtag #roserev, gingen 2018 bei der Initiative für eine gerechte Geburtshilfe ein und wurden seit 2014 jährlich ausgewertet. Im Jahr 2018 erlebten im deutschsprachigen Raum in 24% der Geburtshilfeeinrichtungen Frauen während Schwangerschaft und/oder während der Geburt Gewalt. Dabei waren 66 Berichte wegen Nicht-Nennung nicht zuzuordnen. Die ‚Rose Revolution‘ kollektivierte nicht nur Betroffene bundesweit und international, sondern auch unterschiedliche durch Eltern und Fachleute ins Leben gerufene Vereine, Initiativen und Selbsthilfegruppen [z.B. Mother Hood e.V. und Trauma(a)Geburt e.V.], die sich untereinander mit und durch die Berichterstattungen am ‚Roses Revolution Day‘ bemächtigen mit handlungsbefähigenden, auf Berichten basierten Argumenten. Diese wurden vermehrt seit 2014 in verschiedensten Formaten im Fernsehen und im Radio für die Gesellschaft zugänglich gemacht (vgl. Team der Roses Revolution, 2019).

Dr. phil. Katharina Hartmann, ehemaliger Vorstand von Mother Hood e.V., appelliert auf dem 42. Kongress des Deutschen Juristenbunds, am 22. September 2017 in Stuttgart, an alle Juristen die Berichte von Betroffenen des ‚Rosen Revolution Day‘ als Handlungspflicht anzuerkennen. Die Betroffenen haben trotz etablierter Patient*innen- und Menschenrechten, keine Chance auf Durchsetzung ihrer formellen Rechte gegenüber Aggressoren in der Geburtshilfe. Zusätzlich scheinen die Betroffenen gesellschaftlich durch Kulturalisierung und Tabuisierung der Gewalt unter der Geburt zur Niederlegung jeglicher Beschwerden angehalten. Eingangs erklärt sie die Ökonomisierung und De-Humanisierung, in Form von organisatorischen Notwendigkeiten im Klinikkontext, als Ursprung des Verlusts der Selbstbestimmung der Akteur*innen in der Geburtshilfe. Hartmann appelliert hierbei mit einer Auswahl an tatsächlichen Geburtsberichten und eröffnet eine Perspektive aus Sicht einer Mutter und die einer Hebammenschülerin (vgl. Dr. phil. Hartmann, 2017).

Vom Arbeitskreis Frauengesundheit – in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. wird im Strategiepapier aus dem Jahr 2021 gefordert das Ziel aus dem Koalitionsvertrag der derzeitigen Regierung „Gesundheit rund um die Geburt“ mit konkreten Handlungsforderungen umzusetzen. Sie fordern eine grundlegende Umstrukturierung in Grundhaltung, Datenerhebung von grenzüberschreitenden Geburtserlebnissen, Finanzierung, formellen Rahmenbedingungen des Hebammenberufs, wie zum Beispiel eine Neuregelung der Haftpflicht, aber auch Aus- und Weiterbildungen, die auf eine physiologische Geburt gerichtet sind (vgl. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, 2021). Die Zusammenarbeit von Elterninitiativen, Fachpersonen aus Medizin, Geburtshilfe und Privatpersonen soll die politischen und machthabenden Akteur*innen dazu bewegen den im Koalitionsvertrag vorgelegten Punkt des nationalen Gesundheitsziels zu entsprechen und Forderungen zu erfüllen. Es wird somit offensiv und direkt angesprochen, wo Handlungsbedarf besteht. Diese konkrete Herangehensweise zeigt sich ebenfalls bei dem von Adressat*innen belebten Rose Revolution Day. Das Engagement des Roses Revolution Days und dessen Datenaufarbeitung bietet der Forschung einen Vorsprung und sollte in Zusammenarbeit mit den Adressat*innen und den bereits bestehenden Initiativen an der Ermittlung der Prävalenz arbeiten. Diese ist in einer politischen Debatte aufschlussreich, um staatlich finanzierte Hilfen etablieren zu können. In der internationalen und nationalen Forschung wird seit 2010 mitunter bestärkt durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt erforscht. Die internationale Forschung konzipiert daher bisher fehlende Methodik mit Hilfe derer, mit und für Adressat*innen, das Erlebnis unter der Geburt messbar aufschlüsselt und Gewalterfahrungen empirisch sichtbar machen soll. Im Folgenden geht es um die methodische Entwicklung und den Weg aus vereinzelt Studien weltweit zu einem möglichen Konsens.

2.2 Internationale Forschung

Am 8. September 2000 fand der Millennium-Gipfel der UN-Generalversammlung [Vereinte Nationen] statt. Diese Versammlung setzte über 60 Ziele. Unter diesen Zielen wurde herausgehoben, das bis zum Jahr 2015 die Müttersterblichkeit um 75% global gesenkt werden soll. Außerdem die Kindersterblichkeit bis zum selben Jahr um 66% zurückgehen soll. Dies wurde als fünftes ‚Millennium Development Goal - MDG 5 = Verbesserung der Müttergesundheit‘ festgehalten

(vgl. UN-Generalversammlung, 2000, S. 5). Als wichtiger Indikator wird die Anwesenheit und Beihilfe von ausgebildetem Fachpersonal der Reproduktionsmedizin genannt. Dies soll vermeidbaren Gründen für die zu senkende Müttersterblichkeit entgegentreten. Der Bericht aus dem Jahr 2015 zeigt, dass das Ziel von 75% Reduktion der Müttersterblichkeit nicht erreicht werden konnte (vgl. Nations, 2015, S. 38-43). Obwohl Menschenrechtler*innen und Experten*innen aus verschiedenen Bereichen auf eine Verbindung zwischen der Müttersterblichkeit und den Vorkommnissen in der klinischen Geburtshilfe von Respektlosigkeit und Gewalt aufmerksam machen, ist es durch fehlende Operationalisierung nicht möglich gewesen bisher evident basierte Interventionsmaßnahmen durchzuführen (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 3).

Bowser und Hill stellten in einem umfangreichen Landschaftsbericht sieben Kategorien der Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt fest. Davor wurde Gewalt unter der Geburt als Menschenrechtsverletzung definiert, gemäß der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte durch die UN nach Artikel fünf darf niemand „[...] der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden“ (Nations, 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948, S. 2). Für die Erlebnisse, welche folglich als Respektlosigkeit kategorisiert werden gab es vor dem Jahr 2010 keine einheitliche Typologie (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 4).

Bowser und Hill erklären, dass Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe höchstwahrscheinlich eines multifaktoriellen Ursprungs entstehen. Somit entstanden fünf Kategorien möglicher Auslöser, die zu sieben Attributen der Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburtshilfe führen. Im Mittelpunkt der Analyse steht die klinische Geburt. Ergänzend werden drei weitere Hindernisse genannt, die zu Geburten ohne geschulte Begleitung führt. Darunter wird Respektlosigkeit und Gewalt, neben finanziellem oder geografischem Hindernis und kulturellen Präferenzen unterschieden, wodurch Geburten mit unzureichend geschulter Assistenz verlaufen. Als Auslöser nennen Bowser und Hill Akteur*innen auf allen gesellschaftlichen und strukturellen Ebenen. So führen gesellschaftliche Normalisierung, Mängel in Regierungsentscheidung und Gesetzen bis hin zu schlechter Grundhaltung der Geburtshelfer zu Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 8).

Die sieben Merkmale der Respektlosigkeit und Gewalt nach Bowser und Hill sind folgend:

1. Physische Gewalt

- 2. Untersuchung/Behandlung ohne Zustimmung und oder Information**
- 3. Fehlende Privatsphäre physisch oder auch formell** [Gebären ohne physischen Schutz vor Blicken Dritter, Vertraulichkeit von Daten ist mangelhaft]
- 4. Würdelose Untersuchung und Behandlung/ Verletzung der menschlichen Würde**
- 5. Diskriminierung**
- 6. Vernachlässigung**
- 7. Freiheitsentzug in Geburtsinstitution**

(vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 8).

Bowser und Hill legen Lücken der Forschung auf diesem Gebiet offen und sagen aus, dass auf dem Gebiet der Auslöser und Mitwirkenden noch keine direkte Analyse stattgefunden hat. Auch sollte man bestehende und gezielte Hilfen systematisch evaluieren, um besser zu verstehen, welche Mechanismen auch auf andere Systeme für den globalen Progress verwendet werden können. Zuerst sollte nach Bowser und Hill an der Operationalisierung und Definition des Gegenstandes und vor allem der Prävalenz gearbeitet werden (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 49-50).

Im Jahr 2012 stellte die Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) fest, dass eine Reduktion der Müttersterblichkeit um 75% zwischen 1990 und 2015 insbesondere in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen nicht erreicht werden kann. International ergab sich ein wachsendes Interesse und Verständnis für die Erforschung von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe. Dies führte zu keinem globalen praktischem Umdenken, denn es entstand keine allgemeingültige Definition des Gegenstandes und der konkreten Problematik, wie es Bowser und Hill bereits aufführte. Studien waren nicht repräsentativ und durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen nicht globalisierbar und operationalisierbar (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 49-50).

Meghan Bohren, Forscherin der Melbourn Universität in Australien, untersuchte gemeinsam mit einem Forschungsteam, im Auftrag der WHO, die Erfahrungen von Frauen unter der Geburt innerhalb einer ausführlichen mixed-methods Metaanalyse. Dabei wurden Einzelstudien quantitativ und qualitativ, in einer Metaanalyse erforscht und haben eine Typologie für den Begriff der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe herausgestellt (vgl. Bohren & al, 2015, S. 1-2). Dies wurde international als evident basiertes Instrument und

Leitfaden der nationalen Untersuchungen genutzt und geht damit auch in dieser Arbeit als Arbeitsdefinition mit ein. Obwohl Bohren et. Al. klarstellen, dass sie im weiteren Verlauf von ‚mistreatment of women‘ sprechen, wegen einer inklusiveren und weiter gefassten Bedeutung, geht diese in der deutschen Übersetzung verloren als ‚Misshandlung der Frauen‘. Somit wird hier der ebenfalls weit vertretene Begriff des ‚disrespect and abuse‘, also ‚Respektlosigkeit und Gewalt‘ verwendet (vgl. Bohren & al, 2015, S. 21).

Durch die Bemühungen einer quantitativen Synthese, wollte man eine Prävalenz erahnen. Die vorhandenen Studien waren für eine Metaanalyse und eine entsprechende Aussage nicht ausreichend (vgl. Bohren & al, 2015, S. 4). Angelehnt an Bowser und Hills sieben Merkmale von Erfahrungen der Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt, stellten Bohren et al. Folgende Merkmale zusammen:

So stellten Bohren et al. Heraus, dass zu Bowser und Hills physischer Gewalt noch sexualisierte und verbale Gewalt gesondert benannt werden muss. Im siebten Punkt wird zudem explizit als Merkmal die strukturelle Knappheit und/oder fehlende Grundhaltung der Institution und Mitarbeiter genannt. Diese Typologie wird von Bohren et al. Angeboten, um national weitergehende Forschung zu Gunsten der Prävalenzermittlung zu erzeugen. Die Metaanalyse förderte nicht nur Erkenntnis über evidentbasierte Merkmale, sondern auch über besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen. Dabei sind es Bevölkerungsgruppen, die intersektional anfällig sind für Diskriminierungserfahrungen, wie z.B. durch Klassismus sind es Frauen mit niedrigem sozialwirtschaftlichem Status, durch Rassismus und Fremdenfeindlichkeit sind es ethnische Minderheiten und Frauen mit Migrationshintergrund, oder auch aus Stigmata heraus wie z.B. Frauen die HIV positiv sind. Die häufigsten Merkmale waren eine unwürdige Behandlung durch Anschreien und Beschimpfungen, Vernachlässigung und physische Gewalt (vgl. Bowser & Hill, 2010, S. 6-7)

Tabelle 1: Typologie von Respektlosigkeit und Gewalt an Frauen unter der Geburt

Quelle: (Bohren & al, 2015, S. 7)

Third-Order Themes	Second-Order Themes	First-Order Themes
Physical abuse	Use of force	Women beaten, slapped, kicked, or pinched during delivery
	Physical restraint	Women physically restrained to the bed or gagged during delivery
Sexual abuse	Sexual abuse	Sexual abuse or rape
Verbal abuse	Harsh language	Harsh or rude language Judgmental or accusatory comments
	Threats and blaming	Threats of withholding treatment or poor outcomes Blaming for poor outcomes
Stigma and discrimination	Discrimination based on sociodemographic characteristics	Discrimination based on ethnicity/race/religion Discrimination based on age Discrimination based on socioeconomic status
	Discrimination based on medical conditions	Discrimination based on HIV status
Failure to meet professional standards of care	Lack of informed consent and confidentiality	Lack of informed consent process Breaches of confidentiality
	Physical examinations and procedures	Painful vaginal exams Refusal to provide pain relief Performance of unconsented surgical operations
	Neglect and abandonment	Neglect, abandonment, or long delays Skilled attendant absent at time of delivery
Poor rapport between women and providers	Ineffective communication	Poor communication Dismissal of women's concerns Language and interpretation issues Poor staff attitudes
	Lack of supportive care	Lack of supportive care from health workers Denial or lack of birth companions
	Loss of autonomy	Women treated as passive participants during childbirth Denial of food, fluids, or mobility Lack of respect for women's preferred birth positions Denial of safe traditional practices Objectification of women Detainment in facilities
Health system conditions and constraints	Lack of resources	Physical condition of facilities Staffing constraints Staffing shortages Supply constraints Lack of privacy
	Lack of policies	Lack of redress
	Facility culture	Bribery and extortion Unclear fee structures Unreasonable requests of women by health workers

The typology presented in this table is an evidence-based classification system of how women are mistreated during childbirth in health facilities, based on the findings of the evidence syntheses. The first-order themes are identification criteria describing specific events or instances of mistreatment. The second- and third-order themes further classify these first-order themes into meaningful groups based on common attributes. The third-order themes are ordered from the level of interpersonal relations through the level of the health system.

Die WHO veröffentlichte im Jahr 2015 daher eine Stellungnahme zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“ (Organization, 2015, S. 1).

In dieser Stellungnahme fordert die WHO fünf Veränderungen in Geburtseinrichtungen die lauten:

1. „Weitreichendere Unterstützung von Regierungen und Entwicklungspartnern in der Forschung und bei Maßnahmen gegen Geringschätzung und Misshandlung
2. Initiierung, Unterstützung und Unterhaltung von Programmen für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Mütter. Ein besonderer Schwerpunkt muss die wertschätzende Versorgung als

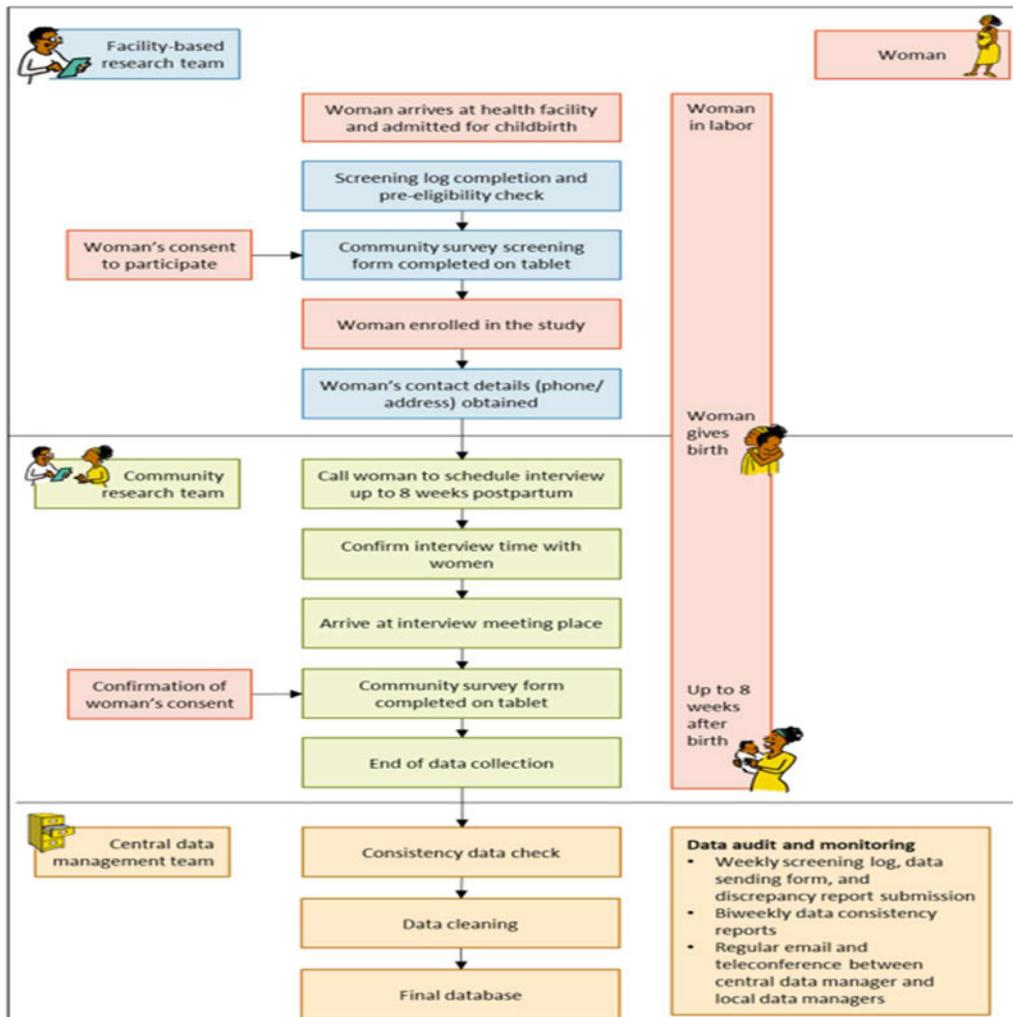
wesentliche Komponente einer qualitativ hochwertigen Versorgung sein

3. Hervorhebung des Rechts von Frauen auf eine würdevolle, wertschätzende Gesundheitsvorsorge für die gesamte Schwangerschaft und Geburt
4. Datenerhebung zu wertschätzenden und geringschätzenden Versorgungspraktiken, Haftungssystemen und sinnvoller professioneller Unterstützung ist erforderlich
5. Einbeziehung aller Beteiligten, einschließlich der Frauen, in die Bemühungen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und geringschätzende und missbräuchliche Praktiken zu unterbinden“
(Organization, 2015, S. 1-3)

Bohren und Kolleg*innen entwarfen anschließend im Auftrag der WHO Datenerhebungsmethoden und Formulare die auf die Forderungen und die bereits extrahierten Merkmale von Respektlosigkeit und Gewalt eingehen. Auch wurde bedacht in der Ansprache wie sich die betroffenen Frauen unter bestehenden gesellschaftlichen Wertungen zu diesem Thema fühlen und verhalten könnten wenn Befragungen durch die Geburtseinrichtung in Form einer Feedbackbefragung durchgeführt würden. Somit entschieden Sie sich in Ihrer Veröffentlichung auf Dokumentation durch erstens die Forschenden mit Hilfe von gezielt rekrutierten und zustimmenden Gebärenden, die durch den gesamten Prozess immer wieder Beobachtet wurden ab der Anmeldung im Krankenhaus der Studie, bis zum Verlassen nach der Geburt. Neben allgemeinen Kategorialdaten wurde über das Ereignis der Gewalterfahrung dokumentiert und letztlich über die Geburt selbst und Interventionen berichtet. Und zweitens wird im Anschluss mit Einstimmung der rekrutierten Frauen eine weitere Erhebung nach acht Wochen durchgeführt. Wie in der exemplarischen Abbildung zu erkennen ist der Kontakt zur Gebärenden durch zwei Teams aufgeteilt. Da eine eins zu eins Betreuung und Observation notwendig ist in diesem Forschungsmodell, ist eine Schwäche der Umsetzbarkeit der finanzielle und personelle Faktor, letzteres durch den interdisziplinären Bedarf des Gegenstandes (vgl. Bohren & et al, 2018, S. 6-11).

Abbildung 1: Ablauf für das Community survey nach acht Wochen

Quelle: (Bohren & al., 2018, S. 11)



Durch Bowser und Hill, wie auch die WHO mit Bohren und dem interdisziplinären Forschungsteam konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden für die weitere Forschung auf nationaler Ebene. So wird folgend dargestellt wie basierend auf der o.g. Operationalisierungs- und Methodenforschung erste nicht repräsentative Beispiele in Deutschland für die Forschung am Gegenstand der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe entstanden.

2.3 Forschung und Stand in Deutschland

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) führte folgende Statistik für Entbindungen in Krankenhäusern auf. Dabei sind die Daten auf die erfasste Entbindungsart, das Jahr und die Region Deutschland bezogen.

Tabelle 2: Statistische Anzahl an Entbindungen in Deutschland

Quelle: (vgl. Bundesamt, 2022)

	1994	2000	2005	2010	2015	2017	2020
Entbundene Frauen insgesamt	757.693	746.625	664.597	656.390	716.539	762.343	743.899
Entbindungen durch Zangengeburt	17.453	12.139	5.809	3.797	2.889	2.538	2.652
Entbindungen durch Vakuumextraktion	42.893	35.500	29.227	34.753	42.451	45.166	44.394
Entbindungen durch Kaiserschnitt	131.351	160.183	183.346	209.441	222.919	232.505	220.740
Entbindungen mit Komplikationen	99.903	58.368

Vorläufige Geburtenzahl des Statistischen Bundesamt für das Jahr 2021 liegt bei 795 492 (vgl. Bundesamt, www.destatis.de, 2022). Die Geburtenzahlen sind wieder gestiegen und so hoch wie in den 90er Jahren. Auffällig ist der Rückgang von Zangengeburten. Diese lag im Jahr 1994 bei 2,3% und im Jahr 2020 bei 0,36% der Jahresgesamtgeburten. Umgekehrt verhielt es sich bei der Kaiserschnitttrate, die von 17,34 % im Jahr 1994 auf 29,67% im Jahr 2020 angestiegen ist im Verhältnis zur Gesamtanzahl von Entbindungen.

Dr. phil. Marion Sonnenmoser schrieb im Ärzteblatt im Jahr 2007 von dem Einflussfaktor des traumatischen Erlebens unter der Geburt, welches unter anderem zu Postpartaler Depression bis hin zur Psychose führen kann während des Wochenbetts. Diese Depression oder Psychose wirkt sich auf die Frühkindliche Mutter-Kind-Bindung aus, welche wenn sie gestört ist Folgen für Entwicklung und Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter hinein herbeiführen kann (vgl. Dr. phil. Sonnenmoser, 2007, S. 82-83).

Auf Grundlage der internationalen Studien wurden durch, Professorin Dr. Julia Leinweber an der Charité in Berlin Forschungsschwerpunkte sind das Geburtserleben von Frauen und die respektvolle Geburtshilfe, und Kollegen eine nicht repräsentative Online-Befragung im Jahr 2018 durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, das auch in Deutschland Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe ein relevantes und zu erforschendes Thema ist. Darauf folgte eine Interviewstudie, welche die vorangegangenen Ergebnisse bestätigte und die

folgenden Merkmale von Respektlosigkeit und Gewalt in Reihenfolge der Häufigkeit darstellte (vgl. Leinweber, Limmer, Jung, & Hartmann, 2021, S. 98).

- 42,8% Interventionen ohne Einwilligung (Dammschnitt, Kaiserschnitt, vaginal Untersuchungen etc.)
 - 33,6% Physische Gewalt (vaginal Untersuchung, nicht ausreichende Anästhesie, aggressiver Körperkontakt)
 - 32,7% Verletzung der Privatsphäre
 - 30% Vernachlässigung
 - 18,9% bis 29,9% verbale Gewalt
 - 4,6% Datenschutzverletzungen
- (vgl. Validierungsstudie : Gewalt in der Geburtshilfe, 2019)

Aus internationalen Studien zu traumatischen Geburten und Auswirkungen auf die Psyche legen nahe, dass Frauen zwischen 9% und 45% betroffen sind traumatische Erfahrungen erlebt zuhaben während der Geburt. Diese Frauen haben ein höheres Risiko an z.B. PPD und anderen psychischen Erkrankungen zu erkranken. Dies kann die Mutter und die Beziehung zum Kind lange beeinträchtigen und schädigen. Die psychische Erkrankung verhindert ein sensibles Reaktionsverhalten der Mutter und führt zu erheblichen Folgen in der Mutter-Kind-Bindung, welches wiederum zu Langzeitfolgen der kindlichen Entwicklung führen kann. Außerdem kann diese Lebenslage und Erfahrung die Paarbeziehung belasten (vgl. Leinweber, Limmer, Jung, & Hartmann, 2021, S. 98).

Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburt ist noch nicht ausreichend erforscht, um ein Bild einer Prävalenz zu erhalten. Wenn man jedoch die PPD als Anhaltspunkt verwendet und davon ausgeht, dass Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe möglicher Auslöser einer prekären psychischen Verfassung und folgenden Erkrankung der Psyche ausmacht, dann kann man sich die Prävalenz von PPD betrachten¹. Diese liegt zwischen 10% und 15%. Selbst bei einem niedrigen Wert von 10% der Entbindungen beläuft sich die Zahl der Betroffenen immer noch auf ca 74.390 im Jahr 2020 (vgl. Dorsch & Rohde, 2016, S. 358).

Es ist nicht ausgeschlossen, dass Frauen und insbesondere auch Geburtsbegleiter*innen, Geburtshelfer*innen und Partner*innen ohne

¹ Ausgenommen sind hier zur Abstrachierung die Postpartale Psychose und der Babyblues etc.

diagnostizierte psychische Folgeerkrankung von der Erfahrung des traumatischen Geburtserlebnisses belastet sind. Daher kann man eine Größenordnung der Bevölkerungsgruppe an der Prävalenz der PPD erkennen. Hierzu sind weitere Studien nötig. Dazu haben Dr. Claudia Limmer, Professorin für Hebammenwissenschaften an der HAW-Hamburg, und Kollegen ein Instrument für Selbstberichte entwickelt, welches auf den bisherigen Erkenntnissen beruht und anhand von Expertenfeedback und einer Pilot-Studie angepasst und validiert wurde. Durch interdisziplinäre Experten wurden folgende Merkmale hinzugefügt bzw. bestehende angepasst (vgl. Limmer, Stoll, Vedam, Leinweber, & Gross, 2021, S. 4-5).

- Neben den Diskriminierungskategorien aus dem deutschen Antidiskriminierungsgesetztes [Alter, Behinderung/chronische Erkrankung, sozioökonomischer Status] wurden Übergewicht und positive HIV-Infektion, wegen möglicher Stigmatisierung in Zusammenhang mit der Schwangerschaft, ergänzt.
- Abfällige Bemerkungen
- Interventionen ohne Einwilligung
- Druck auf den Gebärmuttergrund bekannt als Kristellergriff [physischer druck auf den Oberbauch während der Geburt]
- Vernachlässigung [Die Geburtshelfer hatten keine Zeit, wenn Hilfe notwendig war / Anmerkung durch Adressat*innen aus der Pilotstudie]

Die Pilotstudie zeigte, dass das Instrument valide und zuverlässig die Erfahrungen in der deutschen Geburtshilfe objektiv darstellen kann und wird somit für die quantitative Forschung empfohlen (vgl. Limmer, Stoll, Vedam, Leinweber, & Gross, 2021, S. 10).

2.4 Resümee

Nach internationalem und nationalem Bestreben konnte für Deutschland noch keine Prävalenz ermittelt werden. Es ist insbesondere aus der Adressat*inne Perspektive durch den ‚Roses Revolution Day‘ ein großes Interesse gewachsen den Fall der Respektlosigkeit und der Gewalt in der Geburtshilfe empirisch zu ergründen, um so geeignete Hilfen und strukturelle Veränderungen hervorzubringen. Die Forschung ist sich durch die Erkenntnis der Merkmale einig, dass die Gründe für das Erfahren von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt kein individuelles Problem sind, sondern strukturell wie

auch institutionell und auch persönlich zu situieren sind. Für Deutschland kann zusammengefasst werden, der Grad an Respekt, der Autonomie bei Entscheidungen, Diskriminierung und Misshandlung, zu den wichtigsten Merkmalkategorien gehören, um den Fall der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe empirisch zu erforschen. Als Schlüsselebene wird institutionell an die Geburtshelfer*innen und die rahmenbietenden Geburtsstätten und Vorsorge anbietenden [Geburtskliniken, Geburtshäuser, Arztpraxen, Hebammenpraxen] appelliert die die Forschung in Handlungsschritte umzusetzen, um den das derzeitige Bild der Geburtserfahrungen zu ändern.

3. Relevanz- und Hintergrund der Gewalt in der Geburtshilfe

Da der Fall von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe in Deutschland erst seit ca. 10 Jahren intensiver betrachtet wird, ist eine interdisziplinäre Analyse eine Möglichkeit bestehende Theoriebezüge mit dem zu untersuchenden Gegenstand gegenzusetzen und zu überprüfen, ob bereits Strukturen der Regulation bestehen.

3.1 Ökonomisierung und Selbstbestimmung

Dr. Tina Jung ist derzeit Marianne-Schminder-Gastprofessorin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und forscht im Bereich der Geschlechterforschung.

Seit den 1990er Jahren findet eine bedeutende Veränderung des Bewusstseins für Frauengesundheit statt. Die Dehumanisierung, somit Medikalisierung und Hospitalisierung, der Geburt wird seit dem kritisch hinterfragt und es entstand ein Umschwung von Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung in der Geburtshilfe. Die Selbstbestimmung ist verbunden mit der Verantwortungszuschreibung an die Gebärende. Diese ist durch eine gründliche Vorbereitung, physischer, psychischer und fachspezifischen Wissens selbstentscheidend und -verantwortlich für ein positives Erleben der Geburt. Ist das Erleben der Geburt negativ kann wegen der Eigenverantwortung die Gebärende als verantwortliche gesehen werden. Einflussfaktoren der Rahmenbedingungen und Strukturen werden bei der Wertung außenvor gelassen (vgl. Jung, 2017, S. 31-32, 35-37).

Die Geburtshilfe auf der anderen Seite seit den 1990er Jahren ebenfalls in einem Umschwung und Progress der Ökonomisierung, welches dazu führte, das

Geburtskliniken schließen mussten und die Versorgung qualitativ und quantitativ eingeschränkt wurde. Im Jahr 2004 wurde das DRG-System, gemeint ist eine Abrechnung per Fallpauschale, für die Geburtshilfe eingeführt. Seitdem sind medizinische Interventionen profitabler als natürliche hebammengeleitete Geburtsbegleitung. Außerklinische Geburtshelfer*innen werden zusätzlich von hohen Haftungsversicherungen verdrängt. Haftungssicherheit ist auch im klinischen Kontext als Kostenfaktor wichtig, denn Kliniken richten sich deshalb defensiv aus und intervenieren früher, um unerwartete Komplikationen zu vermeiden (vgl. Jung, 2017, S. 33-34).

Die entstandene Selbstbestimmung wird im Gesundheitswesen durch die Ökonomisierung neoliberalisiert und Entscheidungen werden auf Grundlage von Informiertheit und Statistik entschieden, als auf der Grundlage der situativen Bedürfnisse und Intuition der Gebärenden und Hebammen (vgl. Samerski 2014, zitiert nach Jung, 2017, S. 36).

3.2 Recht

In der United Nations Menschenrechts Charta von 1948, die in Folge der Gräueltaten des zweiten Weltkrieges erstellt wurde, ist unter Artikel 25 UN Charta zu lesen:

„1. Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.

2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.“

Herauszuheben sind unter erstens die ärztliche Versorgung und unter zweitens die Sonderstellung von Mutter und Kind.

Nach der deutschen Verfassung, dem Grundgesetz, ist unter Artikel 1 Absatz 1 GG die unantastbare Würde des Menschen beschrieben. Und unter Artikel 2 Absatz 2 GG das Recht auf körperliche Unversehrtheit festgesetzt.

Bereits dieser Auszug aus den grundlegenden Rechten, die ein gesellschaftliches Miteinander rahmen, ist zu erkennen, dass Respektlosigkeit

und Gewalt unter der Geburt das Menschenrecht und das Verfassungsrecht dieser Frauen verletzt. Näher betrachtet greifen mehrere Gesetze des Strafgesetzbuches bei den im Forschungsteil berichteten Merkmalen der Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt

- § 223 StGB Körperverletzung
- § 229 StGB Fahrlässige Körperverletzung
- § 240 StGB Nötigung

Diese sind individuell zu prüfen und gehen eng einher mit den folgenden Patientenrechtsgesetzen aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch. Denn unter § 630d BGB ist die Einwilligung vor jedem medizinischen Eingriff durch die Geburtshelfer*innen einzuholen. Ist dies nicht möglich, z.B. unter starken Wehen und es liegt keine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB vor, so muss nach dem mutmaßlichen Willen gehandelt werden. Dazu ist die Geburtshilfe verpflichtet nach § 630c BGB alle Informationen für eine Entscheidung, für und wider eines medizinischen Eingriffs, verständlich darzulegen. Einher wird ausdrücklich im Gesetz festgehalten, dass nach § 630e BGB die Aufklärungspflicht bei der Geburtshilfe liegt und diese auch nach § 630e Absatz 2 Nr.1 BGB in Textform vorliegen kann. Die Vorkommnisse und Entscheidungen sind nach § 630f Absatz 1 und 2 BGB zeitnah zu dokumentieren. Die Dokumentation und Patient*innenakten können nach § 630g Absatz 1 und 2 BGB durch die Gebärenden und nach § 630g Absatz 3 BGB bei Todesfall von den Erben eingesehen werden. Im Falle eines Behandlungs- und Aufklärungsfehlers nach § 630h BGB ist der/die Geburtshelfer*in in der Beweislast. Allerdings wird dem Behandelnden, hier der Geburtshilfe, bei mangelndem Nachweis der Einwilligung in den medizinischen Eingriff, sich darauf zu berufen, dass die Gebärende auch mit ausreichender Aufklärung eingewilligt hätte (§630h Absatz 2 Satz 2). Auch wird erwähnt, dass bei fehlender Dokumentation davon ausgegangen wird, dass Maßnahmen gar nicht erst getroffen worden sind (§630h Absatz 3). Die Beweislast wird somit faktisch der Gebärenden zurückgewiesen und einen Behandlungsfehler, oder Respektlosigkeit und/oder Gewalt ist zunächst zu beweisen. Die Respektlosigkeit unter der Geburt ist weder gesetzlich als Vertragsbruch noch als Strafbestand festgehalten, somit ist ein Recht auf eine würdevolle Geburt lediglich im Grundgesetz festgesetzt, jedoch nicht im Patientenrecht.

Vorgreifend ist an dieser Stelle das Kind rechtlich zu betrachten. Denn mit der neuen Rolle als Elternteil gehen Rechte und Pflichten einher. So hat nach §1 Absatz 1 SGB VIII (Sozialgesetzbuch – Achtes Buch) jedes Kind das Recht auf „Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ und nach §1 Absatz 2 SGB VIII wird die Pflicht dazu den Eltern zugesprochen. Die Pflicht der Fürsorge ist gesondert aufgeführt im §1626 BGB. Der Staat ist verpflichtet hinsichtlich des Kinderschutzes erforderliche Maßnahmen zu treffen, um Mütter und Väter in den ersten Lebensjahren des Kindes, sowie schwangere Frauen und werdende Väter dabei zu unterstützen (Frühe Hilfen) gemäß §1 Absatz 4 KKG (Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG). Bei einer Belastung der Familie ist rechtlich zu prüfen, ob das Kindeswohl [das körperliche, geistige und seelische Wohl] wie in §1666 Absatz 1 BGB definiert durch die Eltern entsprochen werden kann. Gibt es gewichtige Hinweise auf die Gefährdung des Kindeswohls nach §8a Absatz 1 Satz 1 SGB VIII, müssen geeignete Hilfen, zur Abwendung der Gefahr, angeboten werden gemäß §8a Absatz 1 Satz 3 SGBVIII. Dies kann sich, unmittelbar bevorstehender oder langandauernder, erheblicher Gefahr, in einer Inobhutnahme gemäß §42 Absatz 1 Nummer 2 SGBVIII auswirken. Im weiteren Verlauf wird der Einfluss von postpartalen, psychischen Störungen genauer betrachtet, jedoch ist an dieser Stelle bereits vorzumerken, dass bei gravierender Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt weitreichende Folgen entstehen können, die aus Schutz des Kindes rechtlich bis zur außerfamiliären Erziehung führen können.

3.3 Medien

Rhea Seehaus ehemalige Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Frankfurter Hochschule für Angewandte Wissenschaften, aus dem Gender- und Frauenforschungszentrum, bezieht sich auf einen Wandel der Patient*innen Autonomie von der Unmündigkeit zur einer selbstbestimmten Konsumentin. Passend stehen Frauen zu einer ökonomisierten Geburtshilfe als zu bewerbende Kund*innen gegenüber (Villa, Moebius, & Thiessen 2011, zitiert nach Seehaus, 2015, S. 53).

Als selbstbestimmtes Subjekt hat die Frau die Möglichkeit für sich und das zu erwartende Kind zu entscheiden, wie die Schwangerschaft und Geburt bestens gefördert wird. Dazu gehört eine Vorstellung von einer schmerzarmen und

komplikationsfreien Geburt, diese wird aus Wettbewerbsgründen des freien Marktes im Gesundheitswesen, institutionell für jede Klinik einzeln beworben. Die Frauen als potenzielle Konsument*innen der klinischen Geburtshilfe werden zu Infoabenden und Geburtsvorbereitungskursen angeworben. Als selbstbestimmte und selbstverantwortliche Subjekte sind die Frauen angehalten sich einen enormen Wissensstand anzueignen um bereits in der Schwangerschaft über z.B. Geburtsinterventionen aufgeklärt und entschieden zu sein. Welche vorgeburtliche Maßnahmen und Geburtsinterventionen für einen positiven Geburtsverlauf sorgen wird entsprechend in institutionellen Kursen nahe gebracht. Dies kann auch als Arbeitsappell verstanden werden, denn meist wird eine gesellschaftliche und kliniknahe Selektion angeboten, alles außerhalb des Spektrums führt zum eigenverantwortlichem Versagen der Frau bei negativer Geburtserfahrung. Nach einer selbstbestimmten Entscheidung für eine subjektiv geeignete Klinik sind die Frauen meist selten in der Lage diese Entscheidung bei z.B. Wehen wieder zu ändern. Die selbstbestimmte Subjektstellung wandelt sich zu einem objektivierten Patient*innensubjekt (vgl. Seehaus, 2015, S. 57-58,67)

Die Selbstbestimmung unter der Geburt soll durch Einbezug der Geburtsbegleitung gewährleistet werden, wenn die Frau dies nicht mehr selbst erstreiten kann. Lediglich die fachliche Einschätzung von medizinischer Notwendigkeit wird über die Selbstbestimmung gestellt (vgl. Seehaus, 2015, S. 61). Ob dies die optimale Versorgung der Gebärenden ist liegt in der individuellen Entscheidungsmacht der Fachperson und ist situativ beeinflusst. Zur Passivierung der Gebärenden deutet ebenfalls die semantische Feminisierung der Sprache hin.

„einen schwängernden' Mann (der sie womöglich, entjungferte'), eine passiv empfangende' Frau (die einem Kind das Leben ,schenkt') und einen sie entbindenden' Professionellen [...]. Schwangere werden durch eine Passivierung ihres Beitrags zur Fortpflanzung zu Frauen gemacht“
(Prof. Dr. Hischauer, Hoffmann, Hoffmann, & Dr. Heimerl, 2014, S. 266)

Hischauer, Professor für Soziologische Theorie und Gender Studies an der Universität Mainz, und Kollegen beschreiben die ‚Soziale Schwängerung‘ als in Etappen wachsende Identitätsfindungsprozess. Dieser ist gepaart mit einem sequenzierten Erwartungsprogress. Der Erwartungsbogen zeichnet gesellschaftliche Etappen, welche das Umfeld und sich selbst mit dem heranwachsenden Kind in indirekter Interaktion treten lässt. Das Kind wird

bereits sozial integriert bevor es auf der Welt ist. Als Erwartungssequenzen werden Zeitpunkte als Übergänge bezeichnet, die mit der Realisierung der sozialen Vorstellung und Integration, gipfelnd in der Geburt, in Verbindung gebracht werden² (Prof. Dr. Hischauer, Hoffmann, Hoffmann, & Dr. Heimerl, 2014, S. 263). Hypothetisch betrachten werden diese Erwartungen, die durch eine selektive Geburtsvorbereitung und durch soziale Schwängerung entstehen, nicht erreicht und sogar grenzüberschreitende Erlebnisse wurden erfahren, ist zu Prüfen, ob an der verfehlten Selbstbestimmung und abweichenden Erwartung das Selbstvertrauen gemindert wird. Das kann wiederum Einfluss nehmen auf die psychische Vulnerabilität an postpartalen psychischen Störungen zu erkranken (hierzu vgl.: Reck, 2021, S. 61-66).

3.4 Kulturhistorischer Blick auf Mutterrolle und Paternalisierung der Geburt

Kulturhistorisch betrachtet zeigt Marita Metz-Becker, Professorin am Institut für Europäische Ethnologie/Kulturwissenschaft der Philipps-Universität Marburg, den Werdegang der Geburtshilfe von der frauenzentrierten Hausgeburt unter den Umständen des 18. Und 19. Jahrhunderts. Mit der vermehrten Beteiligung von Ärzten und der Unterordnung der Hebammen unter ärztliche Entscheidungsmacht, wurden bei schwierigen Geburten medizinische Instrumente vermehrt zur Hilfe genommen. Die zuvor hohe Müttersterblichkeit ging jedoch, durch mitunter indikationslose Nutzung der Geburtsinstrumente, nicht flächendeckend in Deutschland zurück. Sondern war teilweise höher als im Vergleich zur hebammengeleiteten Hausgeburt (vgl. Metz-Becker, 2016, S. 22-24).

Die Öffnung von Instituten der Geburtshilfe sollte die sozialen Ungleichheiten aufwiegen und klinische Geburtshilfe allen Frauen, unabhängig vom Stand, zugänglich gemacht werden. Faktisch waren es meist alleinstehende Frauen mit einem sehr geringen sozioökonomischen Status in der klinischen Geburtshilfe, denn eine Voraussetzung für eine kostenlose klinische Geburt, ging mit der Verpflichtung einher sich als Studienobjekt für angehendes Fachpersonal zur Verfügung zu stellen. Frauen des wohlhabenden Bürgertums und der

² 1. Befruchtung, 2. Zeitraum für Indikationslose Abtreibung ist verstrichen, 3. Überlebensfähigkeit des Kindes

Aristokratie gebaren ihre Kinder weiterhin in häuslicher Umgebung (vgl. ebd., S. 23-24).

Durch die Industrialisierung wurden, die bisher vereint genutzt, Wohnräume und Arbeitsstätte fortan getrennt und es entstand eine neue Rolle der Frau. Diese war von nun an, während der Mann zur Arbeit ging, für die Kindererziehung, Hausarbeit und ggf. für ihre eigene Erwerbstätigkeit zuständig. Die Mütterlichkeit, die den Frauen biologisch zugeschrieben wurde, eine geschlechtsspezifische Fähigkeit für Kinder zu sorgen, wurde für das Bürgertum zur Last, denn diese waren auf die häuslichen Pflichten reduziert und die Selbstverwirklichung außerhäuslicher Interessen konnte kaum nachgegangen werden. Die Frau des Proletariats hingegen strebte nach den Lebensverhältnissen des Bürgertums, gepaart mit Schuldgefühlen die Kinder nicht selbst betreuen zu können durch die Notwendigkeit einer Tätigkeit nachzugehen (vgl. ebd., S. 35-36).

Das Mutterbild aus dem 18. und 19. Jahrhundert, insbesondere aus der Zeit der Industrialisierung, zeichnet ein Bild einer geschlechts- und normativ gebundenen Mutter, welche ohne hinterfragen für die Pflege der Kinder, aus biologisch begründeten Attributen, verpflichtet ist. Die klinische Geburtshilfe war nicht nur durch den technologischen Fortschritt an der Dehumanisierung, Entmenschlichung, der Geburt beteiligt, sondern auch aus der gesellschaftlich, selektiven Nutzung, unter unmoralischen Voraussetzungen, wurde die Stellung der Frau innerhalb der klinischen Geburtshilfe herabgesenkt. Mit der kulturhistorischen Mutterrolle, die bis heute Einfluss hat, Erzeugt es eine entmächtigende Ausgangsposition für Frauen, die nach einer klinischen Geburt sich in die neue Mutterrolle einfinden wollen.

3.5 Psychologie und postpartale psychische Störungen

Univ.-Prof. Dr. med. Anke Rohde, mit fachlichem Schwerpunkt in gynäkologischer Psychosomatik am Universitätsklinikum Bonn [im Ruhestand seit 2017] und Dr. Valenka M Dorsch, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, klären in der Fachzeitschrift ‚Frauengesundheit up2date‘ über postpartale psychische Störungen auf.

Aus psychologischer Sicht ist das allgemeine Risiko für eine psychische Störung nach einer Entbindung und insbesondere nach der Entbindung des ersten Kindes deutlich erhöht. Dies ist durch eine enorme psychologische

Anpassungsleistung und hormonelle Veränderungen zu erklären. Daher erleben auch Frauen mit Selbstbestimmter Geburt ohne Respektlosigkeit und Gewalt in den ersten Stunden und Tagen den sogenannten ‚Baby Blues‘, welcher durch wechselnde Stimmung und Labilität gekennzeichnet ist. Dieser erfordert keine weitere Interventionen und legt sich nach einigen Tagen. In der für die Gebärende fordernden Zeit des Wochenbetts sind viele psychopathologische Symptomaten von den Anpassungen und der Bewältigung des neuen Alltags mit Neugeborenen nicht zu unterscheiden (vgl. Dorsch & Rohde, 2016, S. 355-356). Allerdings lassen sich folgende Psychische Störungen nach einer Entbindung erkennen, die therapiert werden sollten.

Tabelle 3: Postpartale psychische Störungen.

Quelle: (vgl. Dorsch & Rohde, 2016, S. 357, eigene Darstellung M.H.)

Depression [Postpartale Depression – PPD]	<ul style="list-style-type: none"> - gesamtes Spektrum depressiver Symptome - nicht selten Zwangssymptome und Panikattacken - verschiedenartige körperliche Symptome - lebensmüde Gedanken bis hin zu manifester Suizidalität - über mindestens 2 Wochen andauernd
Reaktive Depression nach perinatalem Verlust eines Kindes	<ul style="list-style-type: none"> - in Einzelfällen Entwicklung pathologischer Trauer bzw. reaktiver Depression
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach der Entbindung	<ul style="list-style-type: none"> - Geburtssituation wurde traumatisch erlebt. Wiedererleben in Intrusionen, „Flashbacks“, Alpträumen. Folge nicht selten Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Gefühl innerer Stumpfheit, Gereiztheit, erhöhte Schreckhaftigkeit - auch Reaktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen möglich (z. B. sexueller Missbrauch)
Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> - oft Panikstörung, manchmal auch Exazerbation vorbestehender generalisierter Angststörung - Panikattacken können auch Teil postpartaler Depression sein
Psychosen / bipolare Störung	

- alle Psychosen kommen vor, oft manische Symptomatik, meist akute Psychosen mit „buntem“ klinischen Bild

Zwangserkrankungen

- Zwangssymptome (i. d. R. mit dem Inhalt, dem eigenen Kind etwas anzutun)
- Zwangssymptome können auch Teil postpartaler Depression sein

Die PPD ist die häufigste psychische Störung nach einer Entbindung mit einer Prävalenzrate zwischen 10% und 20%. Diese kann Symptome der Angststörung und Zwangsstörung miteinschließen. Bei Männern liegt die Prävalenz bei 1,2% bis 25,5%. Die Prävalenz erhöht sich auf 24% bis 50% bei all den Männern, deren Partnerinnen an PPD leiden. Traumatisch erleben bis zu einem Drittel der Gebärenden die Geburt. Nicht jede schlechte Erfahrung führt zu einer posttraumatischen Belastungsstörung, jedoch steigert sich die Prävalenz bei traumatischen Vorerfahrungen von 1,3% - 2% auf 6%-8% (vgl. Dorsch & Rohde, 2016, S. 363,368,370).

Aus sozialpädagogischer Perspektive ist eine psychische Störung für das ganze System der Familie problematisch. Die Frau hat primär die mit Krankheit verbundenen Symptome und Gedanken der Insuffizienz bis hin zu Suizidalität. Sekundär betrifft es den Partner, die Partnerin und das Kind umfangreich. Psychische Störungen können im schlimmsten Fall zum Infantizid führen. Im Allgemeinen ist in allen Fällen die Mutter-Kind- Beziehung gefährdet, welche selbst nach einer Therapie gestört bleiben kann (vgl. Dorsch & Rohde, 2016, S. 359,362).

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Corinna Reck, Klinik für Allgemeine Psychiatrie in Heidelberg, begründet Mütter, die betroffen sind von PPD, reagieren verzögert oder nicht angemessen auf die Kindlichen Bedürfnisse und Interaktionsversuche. Sie zeigen eine reduzierte Mimik und sind eher passiv. Das hat Auswirkungen auf die Bindung zwischen Mutter und Kind. Eine Rolle in der Vulnerabilität an PPD z.B. zu erkranken und eine unzureichende Sensibilität auszubilden für die Interaktion mit dem Kind, stellt das Selbstvertrauen der Mutter dar (vgl. Reck, 2021, S. 61-66).

3.6 Bindung

„Bindung bezeichnet eine enge emotionale, länger andauernde Beziehung zu bestimmten Menschen, die nach Möglichkeit sowohl Schutz bieten als

auch unterstützend wirken, z. B. wenn ein Kind verunsichert oder traurig ist und sie dem Kind helfen, seine Emotionen zu regulieren.“ (Lengning & Lüpschen, 2019, S. 11)

Postpartale, psychische Störungen können die Bindung zwischen Betroffenen und Kind stören. Somit tritt eine Abweichung von der o.g. Definition ein. Erscheint die Person, die primär für das Kind sorgt, abweisend und stillt die kindlichen Bedürfnisse nicht, so besteht eine niedrige Responsivität. Das Kind kann dabei ein Abweisendes Verhalten zeigen und unterdrückt die ursprünglichen Gefühle, da es durch die fehlende Responsivität merkt nicht entsprechend versorgt zu werden (vgl. Lengning & Lüpschen, 2019, S. 13-14). Das Kind entwickelt je nach dem, wie die Fürsorge der Bindungsperson aussieht ein Bindungsmuster. Es wird unter drei organisierten Mustern und einer unorganisierten Zusatzkategorie unterschieden. Die organisierten Muster sind die ‚sichere Bindung‘, welche die meisten positiven Attribute aufweist ausgehend aus der Perspektive der westlichen Welt. Die ‚sichere Bindung‘ entsteht durch eine hohe Responsivität und Nähe zum Kind. Die Bedürfnisse wurden zeitnah und entsprechend gestillt, somit hält es ein Urvertrauen inne. ‚Unsicher-vermeidende Bindung‘ wäre das hier zweite genannte Bindungsmuster, welches aussagt, dass das Kind mit Zurückweisung und Vermeidung behandelt wurde und somit sich selbst verschließt und das erfahrene spiegelt. Als ‚unsicher-ambivalente Bindung‘ kann man verstehen, dass sich die Bindungsperson gegenüber den Bedürfnissen und Interaktionsversuchen unberechenbar verhalten hat. Mal wurden Bedürfnisse zeitnah und angemessen gestillt und mal wurden diese abgewiesen. Das Kind hält meist ein negatives Selbstbild inne, welches von einem unklaren Urvertrauen herrührt. Das Zusatzmuster des desorganisierten und desorientierten Bindungsmusters wird darauf zurückgeführt, dass Bindungspersonen keine angemessene Fürsorge Rolle eingenommen haben, weil ein Missbrauch vorliegt, oder die Bindungsperson durch psychische Störungen nicht in der Lage war (vgl. Lengning & Lüpschen, 2019, S. 19-22). Wenn nun durch durch Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe die Gebärende und/ oder der/die Partner*in nicht in der Lage ist als Hauptbindungsperson eine sichere Bindung durch hohe Responsivität herzustellen, kann dies zu deutlichem Vertrauensverlust in sich selbst und die Umwelt für das Kind bedeuten. Dies führt entsprechend zur angepasstem

Verhalten, welches vermeidend bis zornig sein kann (vgl. Lengning & Lüpschen, 2019, S. 18).

Die Bindungsmuster stellen, bis auf das desorganisierte/ desorientierte Bindungsmuster, keinen pathologischen Zustand dar. Nach ICM-10 wird unter zwei Bindungsstörungen unterschieden

„Die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2)“ und

„Die Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)“

Beide Störungen sind auf Vernachlässigung und Zurückweisung des Kindes durch die Bindungsperson zurückzuführen. Folgen für das Kind können allgemein Entwicklungsverzögerungen und Wachstumsverzögerungen sein, wie auch abweichendes Verhalten in beide Richtungen, z.B. sehr abweisend und vermeidend und im Gegensatz distanzlos und übermäßig anhänglich. Weitere mögliche Ursachen sind Missbrauch und ein hoher Betreuungsschlüssel in institutioneller Unterbringung. Innerfamiliär besteht bei den meisten Bindungsstörungen ein psychopathologischer Hintergrund bei der Bindungsperson. Die Störungen müssen klar von einem Aufmerksamkeits- hyperaktivitäts Defizit und Autismus abgegrenzt werden. (vgl. Lengning & Lüpschen, 2019, S. 71-73)

3.7 Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch

Emiretierter Professor, Lothar Böhnisch, der Universität Dresden, versteht unter Lebensbewältigung das Streben nach „psychosozialer Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenskonstellationen“ (Filipp 2008, zitiert nach Dr. Böhnisch, 2018, S. 20). Als psychosoziale Handlungsfähigkeit wird eine innere Erfüllung des Selbstwertes, der Anerkennung und der Selbstwirksamkeit bezeichnet. Diese ist nach Böhnisch existenziell und unter Einsatz jeglicher Mittel zu erreichen (vgl. Dr. Böhnisch, 2018, S. 20-21). Ein Mangel der drei Merkmale psychosozialer Handlungsfähigkeit führen zur Hilflosigkeit des Selbst, welches ohne Ausgleichsmechanismen, wie „Thematisierung“ (Dr. Böhnisch, 2018, S. 21), also ein Mitteilen, der Erlebnisse, Lebensumstände und Probleme. Somit der autonomen suche nach Anerkennung und Bestätigung des Ungleichgewichts, soll zu einem Druckausgleich führen und dadurch Stabilisierend wirken. Bei fehlendem Austausch und Bewältigungsmechanismen, die für diesen Fall folglich beschrieben werden, kann antisoziales, oder auch destruktives Verhalten, die Hilfslosigkeit

abspalten. Sozialpädagogisch sind z.B. Verweigerungshaltungen bis hin zu Gewalttätigkeiten zu benennen. Auch kann die eigene Hilflosigkeit auf andere projiziert werden und diese werden zum Träger der Hilfslosigkeit und somit zum Sündenbock der eigenen Ohnmacht (vgl. Dr. Böhnisch, 2018, S. 22-23).

Diese Sichtweise ist unter Ausschluss gesamtgesellschaftlicher und staatlicher Einflussfaktoren zu betrachten.

Böhnisch beschreibt die Bewältigungsmechanismen der Frau als nach Innen gerichtet und äußerst Selbstkritisch. Frauen würden das Bewältigungsverhalten an kulturelle und soziale Erwartung binden und bewältigen Krisen eher mit sich selbst, als sie nach Außen zu tragen. Wenn diese jedoch nach Außen getragen werden, durch z.B. autoaggressives oder gewalttägliches Verhalten so sind bereits alle Ressourcen der Beherrschung aufgebraucht (vgl. Dr. Böhnisch, 2018, S. 43-44)

Böhnisch bezieht sich bei einer zu bewältigenden Lebenssituation auf den Verlust von Erwerbstätigkeit. Bezogen auf den Fall der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe könnte die Depression als psychosomatischer Bewältigungsmechanismus gedeutet werden. Genauso wie ein antisoziales Verhalten gegenüber dem Kind und/ oder sogar der Infantizid als Extrem der projizierten Hilfslosigkeit. Die Bewältigung durch antisozialen Verhalten kann sich auch gegen den Partner richten, welches das System der Kernfamilie beeinflusst. Die Thematisierung ist durch ‚Roses Revolution‘ möglich. Allerdings ändert dies nichts an der Tatsache, dass durch den Umstand und die Erfahrung der Gewalt weiterhin Frauen wieder bzw. wieder neu respektlos und gewalttätig behandelt werden innerhalb der Geburtshilfe. Die Mitteilung kann den Frauen einen Druckausgleich schaffen, indem Sie Gehör und Anerkennung erhalten, dadurch Bestätigung und Berechtigung für Ihre Schwierigkeiten in der Verarbeitung der Geburtserlebnisse. Eine Entschädigung kann dies nicht sein.

3.8 Resüme

Die kulturhistorische und gesellschaftliche Perspektiven von Frauen, lassen auf eine Abwertung des Status erahnen im Gegensatz zu der Stellung der Frau heute durch erstrittene Rechte und Teilhabemöglichkeiten. Es scheint als wäre die Autonomie der Frau nur formell etabliert in der Geburtshilfe unter dem neoliberalen Deckmantel der Selbstbestimmung. Durch die Ökonomisierung werden jedoch mehr Handlungsspielräume für die zugesprochene

Selbstbestimmung entwendet. Aus der Theorie hergeleitet findet sich eine Gebärende Frau in einem Dilemma wieder, welches sie nicht selbst lösen kann. Dies hat potenziell schwerwiegende gesundheitliche Folgen, für Eltern und Kind.

Multiperspektivisch nach Müller kann man von einem Fall von Diskriminierung sprechen, wenn es um den Stand der Frau und die Anerkennung und Würde geht unter der Geburt. Ein Fall von notwendiger psychologisch, psychiatrischer Behandlung, bei psychologischen Störungen die durch das Geburtserlebnis erzeugt werden. Und ein Fall von Schadenersatzansprüchen bei Strafrechtsbestand und Behandlungsfehlern. Auch könnten, wie oben bereits erwähnt, ein Fall von Kindeswohlgefährdung entstehen, wenn bestimmte Faktoren zusammen treffen. Nicht alle Fälle liegen in der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit. So ist eine psychische Störung wie PPD zunächst bei einem Psycholog*in oder Psychiater*in zu verorten. Der Fall von Diskriminierung, Kindeswohlgefährdung und Misstände in der Geburtshilfe, die erst dazu führen, dass Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe stattfindet bilden Fälle für die Soziale Arbeit. Im Folgenden Kapitel wird der Fall mit [...] ausgeführt und der Auftrag der Sozialen Arbeit vertieft (vgl. Müller, 2017, S. 46-48).

4. Interpretation und Auftrag der Sozialen Arbeit

Die internationale Definition für Soziale Arbeit aus dem Jahr 2014 von der International Federation of Social Workers (IFSW) lautet:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein.“ (DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., 2016)

Im folgenden Kapitel wird erörtert welchen Einfluss die bisherige Forschung und bestehende Theoriebezüge auf das interdisziplinäre, sozialpädagogische Handeln im Falle von Respektlosigkeit und vor allem Gewalt in der Geburtshilfe haben.

Nach Mechthild Seithe, Psychologin und Sozialarbeiterin, die Soziale Arbeit zunächst im Auftrag des Staates die durch das Gesetz erlassenen Aufgaben zu übernehmen. So dann ist die Soziale Arbeit angehalten innerhalb der Gesellschaft als Kontrollinstanz und Hilfenetz die Wahrung von gesellschaftlicher Stabilität zu gewährleisten. Dies geschieht in dem sie dafür sorgt, dass Menschen befähigt und kontrolliert sich in die Rahmenbedingungen, die der Staat durch Rechte und Pflichten festsetzt zu integrieren. Einerseits ist dies verbunden mit der pädagogischen Arbeit einen dem Staat entsprechenden Menschen zu erziehen. Und andererseits ist der Auftrag Sozialer Arbeit für die Gesellschaft geeignete Rahmenbedingungen des Staates stellvertretend für die Adressat*innen zu erstreiten (vgl. Seithe, 2012, S. 70-71)

Das „Doppelmandat“ etabliert anfang der 1970er Jahre, durch Lothar Böhnisch, wird durch Staub-Bernasconi kritisiert. Unter Mandat versteht man eine Zuweisung und Beauftragung. Nach Böhnisch wird der Auftrag gesetzestreu als ‚Hilfe und Kontrolle‘ gefasst. Dabei fehlt der Bezug auf das empirische und ethische Mandat der Profession (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 85-86).

4.1 Handlungsmöglichkeiten und -pflichten der Sozialen Arbeit

Silvia Staub-Bernasconi, Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin, zieht einen Vergleich zwischen dem bestehenden Doppelmandat des hypokratischen Eids der Ärzt*innen und der Profession der Sozialen Arbeit. So verpflichten sich Ärzt*innen einerseits den Patient*innen und andererseits der Profession als Auftraggeber*innen (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 84).

Das Doppelmandat wird der Sozialen Arbeit nicht gerecht, denn wie Staub-Bernasconi plädiert ist eine Definition des Auftrags lediglich gestützt auf den Staat/ Die Gesellschaft und die Adressat*innen anfällig für Missbrauch und die Instrumentalisierung der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 94-95)

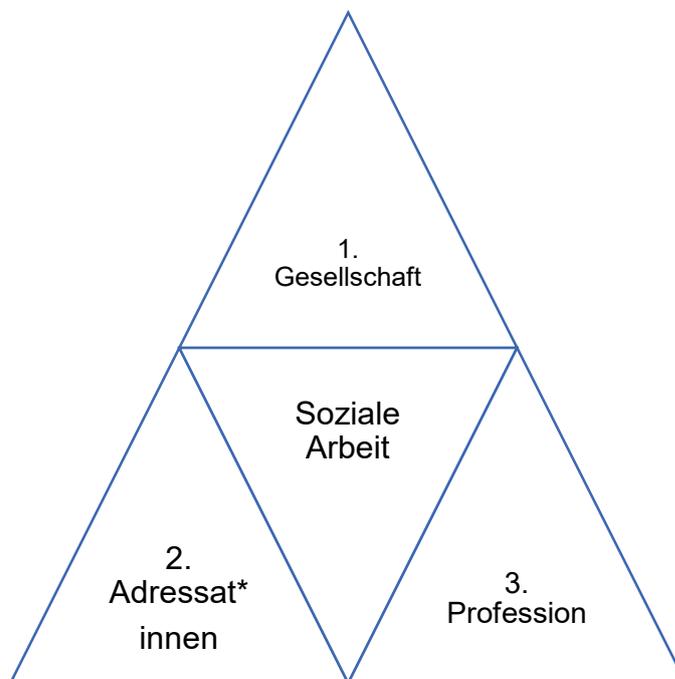
4.1.1 Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession

Im Jahr 2000 auf der Weltkonferenz in Montreal wurde die erste internationale Definition für Soziale Arbeit verfasst, in der die Prinzipien der Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit elementar mit der Sozialen Arbeit verknüpft sind (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 73).

Wie zu Beginn des Kapitels zu lesen, bleibt dies bis heute in der internationalen Definition bestehen und zeigt deutlich, dass zu dem ‚Doppelmandat‘ aus den 1970er Jahren ein drittes Mandat unumgänglich ist. So hat die Soziale Arbeit drei Mandate inne, welche in Verbindung miteinander stehen.

Abbildung 2: Trippelmandat nach Staub-Bernasconi

Quelle: (Staub-Bernasconi 2019, eigene Darstellung M.H.)



Als erstes Mandat versteht man den bisher als staatlichen, rechtlichen Auftrag der Kontrolle und Hilfe bezeichneten innerhalb der gesellschaftlichen Rahmung. Das zweite Mandat bezeichnet die advokatische Auftrag aus der Perspektive der Adressat*innen resultierend, somit eine Vermittelnde Rolle der Sozialen Arbeit. Im dritten Mandat ist die Soziale Arbeit unter Auftrag, der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit, durch die Wissenschaft und die professionelle Ethik angehalten Missstände aufzudecken und eine Selbstmandatierung herzustellen. Die drei Mandate stehen nicht vereinbar, weil

unterschiedliche Forderungen und Machtpositionen aufeinandertreffen. Die durch die Unvereinbarkeit entstehenden Konflikte sind unweigerlich das Fachgebiet der Sozialen Arbeit als Profession (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 86-87).

4.1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Der Ethikkodex der Sozialen Arbeit richtet sich nach den Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit, welches die Profession anhält den Artikel 28 der UNO-Menschenrechtskonvention umzusetzen.

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine soziale und internationale Ordnung, in welcher die in der vorliegenden Erklärung aufgelisteten Rechte voll verwirklicht werden können“ (Artikel 28 UN-Menschenrechts Charta, 1948). Die Menschenwürde ist elementare Grundlage der Menschenrechtskonvention (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 89).

Der Begriff der Menschenwürde ist unklar und geschichtlich, sowie philosophisch und theologisch unterschiedlich zu interpretieren (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 165). Staub-Bernasconi führt den Begriff im Bezug auf eine Gefährdung folgend aus, dass Menschenwürde, „sowohl im horizontalen als auch im vertikalen Interaktionszusammenhang [...], Subjekt und nicht Objekt sein“ (Staub-Bernasconi, Menschenwürde - Menschenrechte - Soziale Arbeit, 2019, S. 179) bedeutet. Eine Gefährdung geht mit der Ohnmacht also Objektivierung des Subjekts einher und ist Verbunden mit dem Erlebniss, dass ein Täter diese Ohnmacht erzeugt (ebd). Entsprechend dem in dieser Arbeit zu untersuchendem Fall, ist zu verdeutlichen, das innerhalb des Interaktionsraumes der klinischen Geburt ein Täter und ein ohnmächtiges Objekt besteht.

Im Gesundheitswesen ist das systemische ‚bio-psycho-soziale‘ Menschenbild mittlerweile weit verbreitet. Staub-Bernasconi kritisiert das Fehlen, des kulturellen Faktors und schließt diesen im nun ‚bio-psycho-sozial-kulturellen Menschenbild‘ ein. Es ist also neben dem biologischen und psychischen, somit egozentristischen Menschenbild, eine Egoperspektive, auch eine Perspektive des Menschen als soziales Funktionsmitglied der Gesellschaft, ein aus der Gesellschaft auf den Menschen blickende Perspektive beigefügt worden. Darunter sind gesellschaftliche Rollenerwartungen und Verpflichtungen zu verstehen (vgl. Staub-Bernasconi, 2018, S. 173-175).

Staub Bernasconi verknüpft das Menschenbild mit Bedürfnistheorien und bestimmt, dass Bedürfnisse an biologische, psychologische, sozial /sozialkulturelle Ursprünge für Bedürfnisse bestehen, die vom Menschen nicht beeinflussbar oder abstellbar sind. Sie können, wenn nicht befriedigt, nur unterdrückt werden und führen bei grober Misachtung zu psychischer Belastung (vgl. Staub-Bernasconi, Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft, 2018, S. 175,177,181). Die Ökonomisierung des Geburtshilfe schränkt, durch Fachkräfte Mangel und Ressourcenoptimierung, die Chance auf eine Bedürfnisbefriedigung unter der Geburt massiv ein. So ist ein Defizit aus Bedürfnissen wie z.B. physischer Integrität (I. Nr. 1.), Kenntnis über was in und um einen geschieht (II. b) b)), Autonomie (III. b) Nr. 15.) und Kooperation (III. b) Nr.16) zu befürchten (vgl. Obrecht 2009, 2007, 2005, zitiert nach Staub-Bernasconi, 2018, S. 178-179). Bei Misachtung solcher beispielhaft aufgeführten Bedürfnisse entsteht eine Objektivierung durch das Fachpersonal der klinischen Geburtshilfe, welches zusätzlich für eine Verletzung der Menschenwürde und somit einer Verletzung der Menschenrechte spricht. Es können Parallelen gezogen werden zu den nach Bowser und Hill, wie auch Bohren et al. etablierten Merkmalen der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe.

Durch das Trippelmandat ist die Soziale Arbeit durch den Ethikkodex und den Auftrag dafür verantwortlich, dass die Menschenrechtskonvention eingehalten wird, aufgefordert aktiv dem entgegenzutreten. In letzter Instanz ist, durch das professionelle Mandat, die Soziale Arbeit unter Selbstmandatierung und Rücksprache mit den Adressat*innen verpflichtet gegen den Staat zu handeln, um die Wahrung der Menschenrechte, dadurch die Erhaltung der Menschenwürde zu erreichen. Auch wenn seitens der Gesellschaft bzw. des Rechtsstaats keine oder formell unzulängliche Rahmenbedingungen vorherrschen. Geeignete Rahmenbedingungen sind durch die Selbstmandatierung unter fachkompetenter, interdisziplinärer und adressat*innenorientierter Kooperation gegenüber dem Staat zu erstreiten, worauf die Adressat*innen bisher auf politischen Auftrag warten (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 91,94)

Aus dem systemischen Menschenbild, in Verbindung mit dem Bedürfnisbezug, ist eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich. kooperativ mit medizinischen Fachkräften, Soziale Arbeiter*innen und Adressat*innen als Expert*innen ihrer Problemlage, um gegen Misstände in der klinischen

Geburtshilfe anzugehen, scheint nicht nur logisch, sondern auch durch das professionelle Mandat geboten.

4.1.3 Adressat*innen als Mitwirkende nach Bitzan und Bolay

Die Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe decken verhärtete hierarchische Strukturen im Klinik Alltag auf, bei gleichzeitigem neoliberalen Deckmantel der Selbstbestimmung als Verantwortungsfokus auf der Gebärenden Frau und ggf. Begleiter*in. Wie bereits herausgearbeitet wurde ist durch die Ökonomisierung eine vor der Geburt durch Gesellschaft, Medien und subjektiven Idealen erschaffene Vorstellung von Geburt oft nur bedingt möglich. Ein herausforderndes Ereignis, wie die Geburt, kann durch Erfahrungen der Respektlosigkeit und Gewalt zu einem weitreichenden, eingreifenden Ereignis in der Biografie der Betroffenen werden, welches sich auf das ganze System der Familie auswirkt. Die Verletzung von Menschenrechten unterstreicht den Auftrag der Sozialen Arbeit auf Prüfung der Handlungsmöglichkeiten. Die Betroffenen stehen in diesem Unterkapitel im Zentrum dieser Überlegung.

Denn eine beschwerliche Geburt führt nicht direkt zur Adressierung der Person als Adressat*in der Sozialen Arbeit.

„Erst im Zusammenspiel von Begrenzungen der Ressourcen für subjektives Bewältigungshandeln (Lebenslage) und der (fachlichen wie politischen) Anerkennung dieser Situationen als Unterstützungsbedarf werden ‚Adressaten‘ zu solchen.“ (Kessl 2013, zitiert nach Bitzan & Bolay, 2016, S. 30-31)

Prof. Dr. Maria Bitzan, Professorin für Soziale Arbeit an der Hochschule Esslingen und Dr. Eberhard Bolay, Akademischer Oberrat im Ruhestand des Instituts für Erziehungswissenschaften an der Universität Tübingen thematisieren die Konflikte und Potenziale einer Adressat*innenorientierung.

Die Individualisierung von Problemen im aktivierenden Sozialstaat führt zu einer staatsgebundenen, handlungsbeschränkten Stellung der Sozialen Arbeit, die nur durch das dritte Mandat und der daraus hervorgehenden Ansprache der Individuen und deren Adressierung gelöst werden kann. Der aktivierende Sozialstaat geht von Menschen aus die bei entstandenen Problemen, entweder nicht in der Lage sind die Probleme selbst zu lösen, oder nicht Willens sind dies

zu tun. Strukturelle Ursachen werden aus dieser Perspektive ausgeklammert. Das Individuum wird Objekt des Staates und der gegebenen Rahmenbedingungen (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 59). Die Adressat*innen Zuschreibung, welche durchaus stigmatisierend erfahren werden kann, wird aus Position der Profession Sozialen Arbeit gedeutet und bestimmt durch einen staatlich, sozialarbeiterischen Interpretationsspielraum, indem entweder ein Normalisierungsprozess stattfinden kann, oder eine Adressierung zum Handlungsauftrag der Sozialen Arbeit führt. Grenzen der Normalität und Problem sind dadurch verschiebbar (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 26-27).

Die Einseitige Betrachtung der Zuschreibung ‚Adressat*in‘ stellt die Handlungsfähigkeit des Individuums in Frage. Bitzan und Bolay unterstreichen daher den Austausch im Wechselprozess von Fremd- bis zur Selbstzuschreibung. Adressierung würde in einem Wechsel und Interaktionsmuster entstehen, welches nicht auflösbar ist, da beide Positionen sich bedingen. So sind Adressat*innen als zentrales Betrachtungsobjekt und Grundlage der Adressierung in Zusammenspiel mit Readressierung durch die Adressat*innen selbst (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 35-36). In der Nutzer*innenforschung wird dies zugespitzt, indem der/dem Nutzer*in eine größere Rolle in der dort genannten Ko-Produktion der Hilfen zugesprochen wird (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 37).

Die Adressierung muss nicht stigmatisierend bzw. objektivierend sein, sondern kann auch bemächtigend und handlungserweiternd wirken. Die Schwierigkeit dabei ist ein Setting innerhalb der neoliberalen und stigmatisierenden Strukturen aufrechtzuerhalten und bereitzustellen, in denen sich Adressat*innen nach eigener Vorstellung und Bedarf Hilfen zur Bewältigung Ihrer Problemlagen einholen (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 57).

„Ganz allgemein formuliert besteht das normativ-ethische Ziel einer so verstandenen ‚Adressatenorientierung‘ darin, die Handlungsfähigkeit und die Autonomie der Lebenspraxis der Nutzerinnen und Nutzer der Sozialen Arbeit zu befördern“ (Bitzan & Bolay, 2016, S. 79)

Adressat*innen sind als Subjekte ihrer Problemlage zu verstehen und jegliche sozialarbeiterische Hilfe ist ohne die Beteiligung am Prozess durch Adressat*innen nicht möglich (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 80).

Adressat*innen können ihr Recht auf eine würdevolle und gewaltlose Geburt nur Verwirklichen, wenn diese Rechte auch sozialpolitische Absicherung erhalten.

Wie bereits beschrieben muss daher eine klare Rechtslage bestehen, in der genaue Problemlagen durch eine vorhandene Gesetzesgrundlage ein Einklagen der Rechte, Lösung und Kompensation ermöglicht. Dies ist im Diskurs unter dem Begriff des ‚Social Citizenship‘ gefasst und hält zur ‚Teilnahme am politischen Leben‘ an (vgl. Wagner 2009, 2011, Bitzan & Bolay, 2016, S. 109).

Bitzan und Bolay fassen zusammen, dass eine Stärkung der Adressat*innenposition mit einer Entwicklung des rechtlichen Rahmens einhergeht und im interdisziplinären Austausch zu erstreiten ist. Hierbei sind Selbstorganisationen mit einzubeziehen, welches ebenfalls zur Stärkung der Position von Adressat*innen in der Gesellschaft dienen kann (vgl. Bitzan & Bolay, 2016, S. 112).

Abschließend formuliert sich durch Bitzan und Bolay neben der Plastizität in der Einzelfallhilfe, durch einen regen Perspektivwechsel mit gleichsamer Reflexion aus dem professionellen und empirischen Wissen, eine politische Ebene die den Adressat*innen Raum und Sprachrohr verleiht ihre Handlungsspielräume zu erweitern und die Soziale Arbeit aufzufordern aus Sicht der Menschenrechtsprofession in selbstkritischer Haltung an den Strukturen zu arbeiten, während sie die Adressat*innen/ Selbstorganisationen in diesen Prozess mit einbindet.

4.2 Verortung innerhalb der Praxis Soziale Arbeit

Um die Notwendigkeit von interdisziplinärem, sozialpädagogischem Handeln beurteilen zu können wird nun zunächst beispielhaft Einsicht in die Praxis und das politische Engagement genommen werden.

4.2.1 Selbstorganisationen und Vereine

Drei der bekanntesten Akteure außerhalb der Sozialen Arbeit, die einen wichtigen Beitrag leisten im politischen Diskurs und Hilfestellung der Betroffenen werden nun skizziert.

Seit 2012/2013 setzt sich Mascha Grieschat als Gründerin der ‚Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland, Theaterpädagogin, Lehrerin und Geburtsbegleiterin [Doula] für eine Veränderung in der Geburtshilfe ein. Sie beteiligt sich in Form von Bereitstellung von Information rund um die Geburt und politischem Engagement. Ihre Motivation zieht sie aus eigener Gewalterfahrung bei ihrer ersten Geburt in einer Hamburger Klinik. Sie war federführende in der

Etablierung der ‚Roses Revolution‘ in Deutschland, durch Begleitung, Kollektivierung und das Auswerten und Publizieren der Erfahrungsberichte. Seit der Gründung von Mother Hood e.V. und dem Netzwerk der Elterninitiativen für Geburtskultur ist sie Mitglied. Im Jahr 2018 begann sie mit der ‚Bundestagspetition gegen Gewalt in der Geburtshilfe‘, welche ca. 20.000 Unterschriften umfasst und seither auf die Bearbeitung wartet (vgl. Grieschat, 2022).

Der Verein Mother Hood e.V. ist eine seit 2012 bestehende Organisation von Eltern, die sich für eine Verbesserung in der Geburtshilfe, sowie auch Vorsorge und Nachsorge kümmern. Seit 2015 ist Mother Hood e.V. ein eingetragener Verein und finanziert sich hauptsächlich durch Mitgliedschaften und Spenden. Respektlosigkeit und Gewalt ist nur ein Teil des Plädoyers. Auch hier werden Informationen detailliert bereitgestellt. Insbesondere Karten mit eingezeichneten Geburtskliniken und deren Eckdaten, wie Kaiserschnitttrate, als Indikator für Haltung und Bereitschaft zu medizinischen Eingriffen. Zudem haben sie ein Hilfetelefon eingerichtet, welches als sofort Hilfe bei einer schwierigen Geburt bei der Bewältigung und Anbindung an geeignete Hilfen helfen soll. Neben Öffentlichkeitsarbeit bundesweit, sind sie politisch und fachlich aktiv in Gremien und Netzwerken. Sie bieten sich als Dialogpartner für relevante Berufsgruppen in und außerhalb der Geburtshilfe an. An die Politik kommunizieren sie nicht nur fachlich begründet die Problemlagen, die in der Geburtshilfe vorherrschen, sondern veröffentlichen zudem Streitschriften mit Forderungen und Lösungsansätzen zu relevanten Themen. Mother Hood e.V. ist bundesweit präsent und bereits anerkannt als Selbstorganisation in der Debatte um mögliche Veränderungen. Daher sind auch Politiker im direkten Austausch. Sie nutzen und ermöglichen Betroffenen in Form des ‚Triff deine/n Abgeordneten‘ einen demokratischen Zugangsweg zur Verbalisierung individueller Bedürfnisse und Erlebnisse (vgl. MotherHood e.V., 2012 - 2022).

Sie wünschen sich:

- Eine frau- und familienzentrierte Grundhaltung
- Die Versorgungsstrukturen sollen an die Bedürfnisse der Familien angepasst werden
- In Vor- und Nachsorge, wie auch unter der Geburt soll der salutogenetische Ansatz verwendet, das Ende der generalistischen Pathologisierung der Geburt.
- Eingriffe werden nur dann ausgeführt wenn dringend notwendig

- Freie Wahl des Geburtsorts, der Behandlung und der Geburtsbegleitung (interdisziplinäres, kooperierendes Team von Gynäkolog*innen, Hebammen und psychosozialen Berater*innen) (ebd.)

Dies führt zu folgenden zehn Lösungsvorschlägen an die Politik:

“

1. Bedarfsorientierte Vergütung der Geburtshilfe
2. Bessere Personalschlüssel in den Kreißsälen
3. Wohnortnahe Versorgung und freie Wahl des Geburtsortes gewährleisten
4. Erfassung von Geburtsschäden
5. Absicherung von Geburtsschäden
6. Müttersterblichkeit erfassen
7. Sektorenübergreifende Versorgung verbessern
8. Investition in Forschung für eine evidenzbasierte Geburtshilfe
9. Kinder-, Frauen- und Patient:innenrechte stärken
10. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern“ (MotherHood e.V., 2012 - 2022)

Zusammenführend ist an den Lösungen und an den Wünschen zu erkennen, dass sowohl strukturelle Veränderungen wie der Bezug auf die relevanten Rechtsgebiete, als auch auf individueller Ebene, wie die Kompetenzentwicklung zu fördern, konform mit den den Schriften von Bitzan und Bolay ist.

Der Verein Traum(a)Geburt e.V. besteht seit 2019 und stellt sich vor als Team verschiedener Professionen und Betroffene, welche sich aktiv gegen Gewalt und Traumatisierung in und um die Geburt stark machen. Neben der Verbreitung von Informationen für Schwangere und frühe Elternschaft, ist der Schwerpunkt bei der Fürsorge betroffener und sensibilisierter Menschen. Unter den Angeboten auf der Webseite finden sich Zugänge zu Selbsthilfegruppen, wie auch Informationen und Beratungsmöglichkeiten zu Rechtsmitteln nach Gewalterfahrungen in der Geburtshilfe (Traum(a)Geburt e.V., o. D.).

Diese drei Beispiele zeigen, dass sich Betroffene und Fachpersonen verschiedener Professionen bereits mobilisiert haben, um gegen die Umstände auf allen gesellschaftlichen Ebenen anzugehen. Die demokratisch-politische

Energie kann in Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit als Adressat*innenorientierung zur Stärkung der Adressat*innen führen und die sozialpolitischen Gegebenheiten neustrukturieren, oder erweitern/einengen.

4.2.2 Interdisziplinäres Bündnis und sozialpädagogische Praxis

Die Grenzen von Selbstorganisation und Profession verschwimmen im Hinblick auf die skizzierten Akteure im vorangegangenen Kapitel. Dennoch sollten im folgenden Kapitel zwei Stellen des fachlichen Netzwerks genannt werden.

Das 2022 gegründete ‚Bündnis Gute Geburt‘ besteht aus fünf Organisationen (Arbeitskreis Frauengesundheit, Mother Hood, Deutscher Hebammenverband, Deutscher Frauenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros und Gleichstellungsstellen), die die gleichen Forderungen von einer frauen- und familienzentrierten Geburt in adäquaten strukturellen Verhältnissen fordert. Die Forderungen gehen nicht nur an die Politik und Geburtshilfe, sondern auch an alle Berufsgruppen, die zur Erreichung dieses Ziels beitragen können und ruft dazu auf sich anzuschließen. (Bündnis Gute Geburt, 2022). In Ravensburg haben sich die Caritas Bodensee-Oberschwaben, Profamilia, Hebammen im Landkreis Ravensburg, Seelsorge und Frühförderstellen Mobile zusammengeschlossen (SCHIFRA) und beraten gezielt zu Folgen von potenziell traumatisierender Erlebnisse unter der Geburt. Das Feld wird auf weitere ähnliche Themen erweitert und gleichzeitig bewerben sie damit den ‚Roses Revolution Day‘ (vgl. SCHIFRA - Netzwerk Schwangerschaft, o.D.).

Die Forderungen werden geschlossen aus Adressat*innen Organisationen und Professionellen-Organisationen formuliert. Vereinzelt werden durch spezielle Angebote in bekannten Trägern, wie Profamilia, spezialisierte Angebote zur Hilfe der individuellen Bewältigung beworben. Die Verantwortungslast bleibt jedoch bei den Betroffenen, was sich aus der Fülle an Informationsbereitstellung der Selbstorganisationen erkennen lässt. Seit 2018 sind bereits durch die Petition von Mascha Grieschat konkret politische Schritte genommen worden. Nun fordern ‚das Bündnis Gute Geburt‘ ebenfalls in üblichen politischen Akten wie einem Streitpapier die Forderungen umzusetzen. Eine Handlungsorientierte Reaktion der Regierung bleibt bisher aus. Einzig der Koalitionsvertrag mit dem dort formulierten Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021 - 2025) lässt hoffen, dass in dieser

Legislaturperiode der Beginn gesetzt wird für einen Wandel der derzeitigen Verhältnisse und Handlungsspielräume.

4.2.3 Notwendigkeit einer unabhängigen Anlaufstelle

Ein Koalitionsvertrag bezeugt lediglich Bestrebungen oder Beschwichtigungen der Regierenden gegenüber der Gesellschaft. Veränderungen können erst bundesweit eintreffen, wenn das Menschenrecht auf eine würdevolle Geburt in allen Instanzen einklagbar ist.

Den Nachdruck an die Politik und Gesellschaft zu verschaffen, bedarf es einer eigenständigen Anlaufstelle und Begegnungsstätte der Sozialen Arbeit aus der Haltung einer Menschenrechtsprofession, für Adressat*innen, die aus Schwangeren und Betroffenen, wie auch für das Thema sensibilisierte Menschen bestehen. Hilfsangebote für den Fall der Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt gibt es von Selbsthilfegruppen, über psychosoziale Beratung bis hin zu Beratungen zu Rechtswegen (vgl. Grieschat, 2022). Es wird individualistisch an den Symptomen der Folgeerscheinungen gearbeitet innerhalb bereits bestehender Hilfen, weil evidente, empirische Daten fehlen, die einen Beitrag der Sozialen Arbeit im System des aktivierenden Sozialstaates argumentativ belegen können. Spezialisierte Fachkräfte sind nicht bundesweit vertreten, so sind Netzwerke punktuell in Deutschland zu finden. Andererseits sind Online-Angebote nicht für alle Menschen gleichermaßen niedrigschwellig. Es wäre wünschenswert, bundesweit systematische Hilfen, die vor der Geburt und spätestens nach der Geburt im Wochenbett auf dieses Thema eingehen, ohne Hürden der Selbsterkenntnis und Initiative der Betroffenen zu erwarten. Somit ist hypothetisch eine Anlaufstelle, die vom Staat unabhängig agieren kann in freier Trägerschaft ein Potential, um fehlende Hilfen vor Ort in Städten und Kommunen bereit zu stellen. Auch ist denkbar durch die spezielle Ansprache und Adressierung Partizipationsmöglichkeiten in der politischen Teilhabe zu schaffen, indem Hilfesuchende an das bestehende Netz durch Kooperation angebunden werden. Partizipation sollte ebenfalls in Form von partizipativer Forschung, also partnerschaftlicher Erforschung der Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe, einen Beitrag zur Ermittlung notwendiger Handlungsschritte, oder Bekräftigung bereits formulierter Forderungen, leisten. Die partizipative Forschung kann aus der Praxis selbst entstehen und einher gehen mit der täglichen Leistungserbringung. Dabei ist die hohe Motivation aus

der Bevölkerung, die am ‚Roses Revolution Day‘ pointiert, ein Anhaltspunkt für politisch bewusste Adressat*innen, die selbst eine Veränderung erwünschen. Die Verstrickung von mehreren Perspektiven soll optimaler Weise für Adressat*innen und Soziale Arbeit von Mehrwert sein. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit in der praxisintegrierten, partizipativen Forschung darf nicht nur auf das politische Potential reduziert werden, sondern bietet durch einen für die Adressat*innen anerkennenden, erweiterten Handlungsspielraum eine Subjektivierung der Betroffenen und ist positiv für die Arbeitsbeziehung, wie auch den Selbstwert.

Der Selbstwert und die Handlungsfähigkeit sind können einer PPD entgegenwirken Das Erkennen und Anerkennen, von Ohnmacht und strukturellen Begrenzungen, bietet präventiv Schutz vor einer in der Lebenswelttheorie nach Böhnisch beschriebenen Abspaltung (siehe Kapitel 3.7). Unter dem Aspekt Prävention ist zu überlegen, ob Hilfen bereits teilnehmen in der Informationssuche von Schwangeren und diese themensensibel vorbereitet auf die Diskrepanz der Erwartungen und der vorhandenen Verhältnisse. Neben dem Einfluss auf die Geburtserwartungen und -erfahrungen, kann kulturell eine Tabuisierung dekonstruiert werden. Eine neue Trägerschaft liegt außerdem außerhalb der bekannten sozialen Hilfen, welche möglicherweise durch Stigmatisierung nicht angefragt werden. Die sozialpädagogische Arbeit kann und muss sich konzeptionell durch die Menschenrechtsprofession für eine aktive politische Teilhabe aussprechen, und die Umsetzung des Gesundheitsziels aus dem Koalitionsvertrages erstreiten. Denkbar mit dem ‚Bündnis Gute Geburt‘.

Die Mandatierung, nach Staub-Bernasconi, ist durch das Mandat der Adressat*innen und durch das Mandat der Profession gegeben. Staub-Bernasconi stellt den zivilen Ungehorsam als Widerstandsmittel vor. Unter zivilem Ungehorsam können Internetkampagnen und Bewegungen wie ‚Metoo‘ oder auch der ‚Roses Revolution Day‘ verstanden werden. Eine weitere Art des zivilen Ungehorsams wäre die ‚nicht Kooperation‘ mit dem Staat oder Kliniken. So wäre zu überlegen, wie dies übertragbar wäre auf die Geburtshilfe (vgl. Staub-Bernasconi, 2019, S. 206). Dies übersteigt den Umfang dieser Arbeit und wird zu einem späteren Zeitpunkt vertieft.

Neben den im Koalitionsvertrag verabredeten Zielen:

„Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem Aktionsplan um. Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung durch Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein. Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvor- und -nachsorge für angestellte Hebammen an Kliniken.“ (vgl. SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, 2021 - 2025, S. 85)

sind vor allem auf die Regierung einzuwirken ein einklagbares Recht für eine würdevolle und gerechte Geburt zu verabschieden und das Vergütungssystem nach Fallpauschale abzuschaffen. Durch eine Übernahme von Rufbereitschaftspauschalen und den Ausbau und Unterstützung von Hebammen sollen Hausgeburten und/ oder Geburten außerhalb des klinischen Kontextes keine Randerscheinung mehr sein. Die Folgen der Betroffenen können bis zum Infantizid reichen und ist deshalb ebenfalls unter dem Blickwinkel des Kinderschutzes zu bedenken (siehe Kapitel 3.5).

Die Soziale Arbeit könnte aus der Notwendigkeit des Handelns, begründet im zweiten und dritten Mandat, einen Beitrag institutionell leisten, die zwingenden Veränderungen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit im interdisziplinären Feld und Adressat*innen herbeizuführen. Bestehende Hilfen sollten weiterhin bestehen bleiben, denn die Autonomie der Betroffenen würde durch ein Ablösen beschnitten werden. Vielmehr ist das systematische Ergänzen und Unterstützen von dringender Bedeutung.

5. Ausblick

Der Faktor der Notwendigkeit wurde argumentativ erklärt. Die Notwendigkeit interdisziplinär zu handeln wurde mit Theoriebezügen und anhand von Praxisdarstellungen erläutert. Jedoch vor dem Hintergrund der bestehenden Hilfen ist geboten, mit Anerkennung der politischen Beteiligung und Bewältigung durch Fürsorge aus dem Adressat*innenkreis heraus, sozialpädagogisches Handeln so zu strukturieren, dass das Tabuisieren, Normalisieren und Individualisieren des Falls hinterfragt wird, ohne die bestehenden zu relativieren.

Sozialpädagogisches Handeln muss dadurch aus der Adressat*innenorientierung zu einem Mehrwert in das System integriert werden. Wie könnte eine eigenständige und staatsunabhängige Anlaufstelle aussehen? Und welche Verfahren und Aufgaben wären durchzuführen? Da bundesweite Hilfsangebote mit unter Internetzugang benötigen, ist es nötig Konzepte vor Ort in Betracht zu ziehen, die niedrigschwellig zu erreichen sind. Sensibel auf die kulturhistorische Genese der Rolle der Mutter und der damit verbundenen Erwartungshaltungen in der Gesellschaft, kann eine Möglichkeit sein die neoliberale Selbstbestimmung umzukehren und in die Meilensteine der Schwangerschaft mit spezialisierten, abgewandelten Angeboten der Informationsermittlung und Geburtsvorbereitung einzutreten. Frauen, die noch keine Gewalt oder Respektlosigkeit erlebt haben könnten, so präventiv mitangesprochen werden. Um das Koalitionsziel vorwegzunehmen, könnten monetäre Mittel akquiriert werden, um Mehrgebärenden zu helfen eine Retraumatisierung bei anstehender Geburt zu verhindern, indem eine 1-1 Betreuung unterstützt wird. Die Soziale Arbeit kann zudem Raum zum Gestalten eröffnen, welcher interdisziplinär genutzt werden kann (Rechtsberatung, Hebammen, Schulungsräume, Begegnungsstätte für Selbsthilfegruppen). Die Überlegungen reichen weit darüber hinaus. In der Forschung müssen verwendbare und verlässliche Daten erhoben werden damit mit Hilfe einer Prävalenz gegenüber der Politik deutlich das Ausmaß der Hilfen, aber auch der Dringlichkeit, hervorgehoben werden kann.

In einer empirischen Konzeptionsarbeit soll es um die vorläufige Fragestellung gehen:

Wie muss ein Hilfsangebot gestaltet sein, sodass es die politische und gesellschaftliche Teilhabe erhöht und gleichzeitig praxisintegrierte, adressat*innenorientierte Partizipationsforschung einschließt?

Diese soll Erkenntnisse dieser Arbeit vertiefen und Konkretisierung über eine mögliche Anlaufstelle in Hamburg bieten.

6. Literaturverzeichnis

Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, P. u. (5.. März 2021). Zeit für einen Nationalen Geburtshilfegipfel! - Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden beim AKF e.V. . Berlin, Berlin, Deutschland. Von www.arbeitskreis-frauengesundheit.de. [Letzter Zugriff: 30.09.2022]

Bitzan, M., & Bolay, E. (2016). *Soziale Arbeit - die Adressatinnen und Adressaten*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich .

Bohren, M., & al, e. (30. Juni 2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

Bohren, M., & al., e. (15. 11 2018). Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. Melbourne, Australien: Springer Nature.

Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC. Boston, Massachusetts, USA: USAID-TRAction Project.

Bundesamt, S. (05. 09 2022). Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Zweigstelle Bonn: Gesundheitsberichterstattung des Bundes von www.gbe-bund.de - . [Letzter Zugriff: 05.09.2022]

Bundesamt, S. (03. 08 2022). www.destatis.de. von Destatis - Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/inhalt.html> - . [Letzter Zugriff: 05.09.2022]

Bündnis Gute Geburt. (13. 07 2022). *Arbeitskreis Frauengesundheit*. von www.arbeitskreis-frauengesundheit.de: <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2022/08/02/start-ins-leben-buendnis-gute->

geburt-fordert-grundlegende-reform-der-geburtshilfe-in-deutschland/ - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]

DBSH Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (10. 09 2016). [www.dbsh.de](https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html). von <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html> - . [Letzter Zugriff: 23.09.2022]

Dorsch, V., & Rohde, A. (2016). *Postpartale psychische Störungen – Update 2016*. von www.thieme-connect.com: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-112631.pdf> - . [Letzter Zugriff: 08.09.2022]

Dr. Böhnisch, L. (2018). *Lebensbewältigung*. Weinheim: Beltz Juventa.

Dr. phil. Hartmann, K. (2017). Gewalt in der Geburtshilfe, – Erfahrungsberichte und Wünsche an Juristinnen*. *djbZ Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes*, 176-178. doi:DOI: 10.5771/1866-377X-2017-4-178

Dr. phil. Sonnenmoser, M. (Februar 2007). POSTPARTALE DEPRESSION: Vom Tief nach der Geburt. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 82-83.

Grieschat, M. (07. 07 2022). *Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland*. von www.gerechte-geburt.de: <https://www.gerechte-geburt.de/hilfe/über-mich/> - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]

Grieschat, M. (07. 07 2022). *Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland*. von www.gerechte-geburt.de: <https://www.gerechte-geburt.de/links/verarbeitung-von-schweren-geburten/> - . [Letzter Zugriff: 28.09.2022]

Jung, T. (2017). Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. *Budrich Journals - GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 30-45.

Leinweber, J., Limmer, C., Jung, T., & Hartmann, K. (2021). Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe –Auswirkungen auf

die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 29(2), S. 97-100.

Lengning, D., & Lüpschen, N. (2019). *Bindung* (2. Ausg.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verl.

Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. (04 2021). *Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country: Development and Validation of a German Self-Report Tool*. Von www.ResearchGate.net:
https://www.researchgate.net/publication/351393539_Measuring_Disrespect_and_Abuse_During_Childbirth_in_a_High-Resource_Country_Development_and_Validation_of_a_German_Self-Report_Tool - . [Letzter Zugriff: 30.09.2022]

Metz-Becker, M. (2016). Mythos Mutterschaft - Kulturhistorische Perspektiven auf den Frauenalltag des 18. und 19. Jahrhunderts. In H. Krüger-Kirn, M. Metz-Becker, I. Rieken, K. Flaake, E. Sotelo, S. Toppe, . . . M. Schmalfuß, *Mutterbilder : kulturhistorische, sozialpolitische und psychoanalytische Perspektiven* (S. 19-43). Gießen: Psychosozial-Verlag.

MotherHood e.V. (2012 - 2022). *Mother Hood*. von www.mother-hood.de:
<https://mother-hood.de/informieren/forderungen-loesungen/#10punkteplan> - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]

MotherHood e.V. (2012 - 2022). *Mother Hood*. von www.mother-hood.de:
<https://mother-hood.de/informieren/forderungen-loesungen/#10punkteplan> - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]

Müller, B. (2017). *Sozialpädagogisches Können* . Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Nations, U. (1948). 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. *Resolution der Generalversammlung*. New York: United Nations.

Nations, U. (2015). *The Millenium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.

- Organization, W. H. (2015). Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. Genf, Schweiz: WHO Press. von www.who.int - . [Letzter Zugriff: 04.09.2022]
- Prof. Dr. Hischauer, S., Hoffmann, A., Hoffmann, P., & Dr. Heimerl, B. (2014). *Soziologie der Schwangerschaft*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Reck, P. D.-P. (2021). Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In R.-R. A, *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit* (S. 61-66). Freiburg und Basel: Karger.
- Ricoy, J. (2013). *The Roses Revolution*. von <https://jesusaricoy.wixsite.com/rosesrevolution> - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]
- SCHIFRA - Netzwerk Schwangerschaft. (o.D.). *profamilia*. von www.profamilia.de: https://www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/ravensburg/Flyer_Roses_Revolution.pdf - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]
- Seehaus, R. (2015). Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt. Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. *FZG - Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien*, S. 51-67.
- Seithe, M. (2012). *Schwarzbuch Soziale Arbeit* (2. Ausg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. (2021 - 2025). *Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP*. von www.bundesregierung.de: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800> - . [Letzter Zugriff: 28.09.2022]
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

- Staub-Bernasconi, S. (2019). *Menschenwürde - Menschenrechte - Soziale Arbeit*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Team der Roses Revolution, D. (23. 01 2019). *Initiative für eine gerechte Geburtshilfe*. von <https://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/2018-auswertung/> - . [Letzter Zugriff: 27.06.2022]
- Traum(a)Geburt e.V. (o. D.). *Trauma(a)Geburt*. von www.traumageburtev.de: <https://traumageburtev.de/Ueber-uns/> - . [Letzter Zugriff: 27.09.2022]
- Traum(a)Geburt, e. (2014). *Roses Revolution Deutschland*. von <https://www.facebook.com/RosesRevolutionDeutschland/> - . [Letzter Zugriff: 27.06.2022]
- UN-Generalversammlung. (18. September 2000). *United Nations Statistics Division*. Von Millennium Development Goals Indicators: <https://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=/Products/GAR-resolutions.htm> abgerufen - . [Letzter Zugriff: 30.09.2022]
- Validierungsstudie : Gewalt in der Geburtshilfe*. (03. 12 2019). Abgerufen am 08. 09 2022 von Deutsche Hebammen Zeitschrift: <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/ergebnisse-einer-befragung-betroffener-frauen/> - . [Letzter Zugriff: 08.09.2022]
- Villa, P. I., Moebius, S., & Thiessen, B. (2015). Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. *FZG - Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien* 21/2, S. 51-67.

7. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift