



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



Bachelorarbeit

Die Herausforderungen und Dilemmata bei der Entwicklung einer professionellen Haltung von Hebammen in Deutschland zu Alleingeburten

Tag der Abgabe: 19.12.2025

Vorgelegt von: Luisa Monteiro

[REDACTED]

[REDACTED]

Studiengang: Hebammenwissenschaft B.Sc.

Erstprüfende: Prof. Dr. Claudia Limmer

Zweitprüfende: Thekla Janßen

Hinweis zum Sprachgebrauch

In dieser Arbeit werden Personenbeschreibungen nach Möglichkeit Genderneutral formuliert. Wenn dies nicht umsetzbar ist, wird der Genderstern (*) verwendet, um kenntlich zu machen, dass alle Geschlechtsidentitäten, unabhängig ihrer biologischen Geschlechtsmerkmale, angesprochen sind. Die Formulierungen „die schwangere Person“ oder „die gebärende Person“ werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit in „die Schwangere“ oder „die Gebärende“ abgekürzt. Der Begriff „die Hebamme“ bezieht sich nach dem Hebammengesetz [HebG] §3 auf alle Menschen mit vorhandener Berufszulassung. Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt wird in dieser Arbeit der Begriff „die Frau“ verwendet, da geschlechtsspezifische Ungleichheiten in unserer Gesellschaft bestehen und patriarchale Machtstrukturen sichtbar gemacht werden sollen. Dabei wird berücksichtigt, dass Schwangerschaft und Geburt auch von Personen anderer Geschlechtsidentitäten erlebt werden, die über einen Uterus verfügen. Sie werden in der folgenden Arbeit ausdrücklich mitgemeint und in die Betrachtung einbezogen.

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der berufsethischen Dimension von Alleingeburten und den daraus resultierenden Herausforderungen für Hebammen in Deutschland. Ausgehend vom aktuellen Diskurs zu Alleingeburten sowie der Orientierung durch Leitlinien und Kodizes wird aufgezeigt, welche normativen Erwartungen an Hebammen herangetragen werden. Dabei ergeben sich Spannungsfelder aus Autonomie, erfahrener Versorgungsrealität und professioneller Verantwortung, die untersucht werden.

Methodisch erfolgt eine strukturierte Betrachtung des Dilemmas anhand des Reflexionsmodells nach Rabe (2017). Um die verschiedenen Perspektiven des Modells darzustellen, wurde primär eine systematische Literaturrecherche in Pubmed und der Cochrane Library zu Alleingeburten sowie eine Auswertung der inkludierten Studien anhand der Leitfragen nach Behrens & Langer (2010) durchgeführt. Darauf aufbauend wurden mit einer Schneeballrecherche Publikationen von Hebammen zu Alleingeburten, Grundlagen zur Ethik und juristische Hintergründe erarbeitet.

Diese Arbeit zeigt, dass Hebammen mit unterschiedlichen Verständnisformen von Autonomie und Selbstbestimmung sowie mit strukturellen Defiziten in der Versorgung konfrontiert sind, die die Entscheidung für eine Alleingeburt mitprägen. Zudem ist eine Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung, haftungs- und strafrechtlichen Fragen erforderlich. Aus Sicht der Care-Ethik geht es nicht um eine befürwortende oder ablehnende Haltung, sondern darum, in Beziehung zu bleiben und Fürsorge zu zeigen. Durch die Anwendung des Reflexionsmodells entsteht ein Verständnis, aus dem die Relevanz einer Verantwortungsübernahme der Hebamme auf persönlicher, institutioneller und gesellschaftspolitischer Ebene hervorgeht. Diese Arbeit demonstriert die Rolle der Ethik und ihre Anwendung im Hebammenwesen als Bestandteil des Professionalisierungsprozesses. Eine reflektierte ethische Positionierung fördert eine Entstigmatisierung und bildet die Grundlage für Vertrauensaufbau, Beziehungsarbeit und gelingende Kommunikation mit Familien, Schwangeren und Gebärenden. Die Arbeit verdeutlicht, dass sich Hebammenbegleitung und das Phänomen der Alleingeburt nicht gegenseitig ausschließen, sondern in einem direkten Zusammenhang stehen, der professionell und ethisch gestaltet werden muss. Zudem wird die Dringlichkeit betont, das Erleben von Gebärenden in Deutschland zu erforschen, um eine bedarfsgerechte und respektvolle Geburtshilfe sicherzustellen.

Inhaltsverzeichnis

I Abbildungsverzeichnis

II Tabellenverzeichnis

III Abkürzungsverzeichnis

1	Mit einem ethischen Blick auf die Alleingeburt.....	1
2	Hintergrund	3
2.1	Care-Ethik	3
2.2	Die vier Prinzipien nach Beauchamp & Childress	4
3	Methodik	4
3.1	Das ethische Reflexionsmodell nach Rabe.....	5
3.2	Literaturrecherche	6
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien	8
3.4	Literaturauswahl	8
3.5	Limitationen.....	9
4	Herausforderungen in der Positionierung zu Alleingeburten.....	11
4.1	Professionelle Orientierung von Hebammen durch multiperspektivische Situationsanalyse.....	11
4.1.1	Beweggründe für eine Alleingeburt und begleitende Emotionen	11
4.1.2	Strukturelle Rahmenbedingungen im Vergleich	12
4.2	Autonomie- und Selbstbestimmungsverständnis in Beziehung zu Rationalität..	13
4.3	Non-Maleffizienz und juristische Grenzen.....	17
4.3.1	Professionelle Verantwortung und das Prinzip des Nicht-Schadens	17
4.3.2	Ansprüche des Fetus und Rechte des geborenen Kindes.....	18
4.3.3	Stimme aus der Praxis.....	19
4.3.4	Das Dilemma zwischen Fürsorge und Entscheidungshoheit.....	20
4.4	In Beziehung bleiben.....	20
4.4.1	Sicht der Care-Ethik.....	20
4.4.2	Verantwortung auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene.....	21
4.5	Kritische Würdigung der Anwendung des Reflexionsmodells	22

5	Beitrag der Ethik zur Professionalisierung des Hebammenberufes und Relevanz der Erforschung des subjektiven Erlebens von Gebärenden.....	24
	Literaturverzeichnis.....	29
IV	Anhang.....	34
a.	Gesprächserinnerungsprotokoll.....	34
b.	Vorlage Einverständniserklärung Expert*innenaussage	36
c.	Übersicht der inkludierten Studien.....	38
d.	Vorlage Bewertungsmatrix nach Behrens & Langer	40
e.	Zusammenfassung der qualitativen Bewertung nach Behrens und Langer	41
f.	Angewandtes Reflexionsmodell nach Rabe (2017)	44
g.	Charta Respektvolle Geburtshilfe (DHV,2020)	49
V	Eidesstattliche Erklärung.....	57

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Prisma 2020 Flussdiagramm für neu erstellte systematische Reviews mit Suchen in Datenbanken, Registern und anderen Quellen“ (Page et al., 2021), eigene Übersetzung	9
Abbildung 2: Auszug aus dem Ethikkodex (DHV, 2017, S.1)	15
Abbildung 3: Vorlage der kritischen Beurteilung Qualitativer Studien nach Behrens & Langer (2010, S. 187ff.)	40

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Modell für ethische Reflexion“ (Rabe, 2017, S. 130, Abb. 2), eigene Darstellung	5
Tabelle 2: Suchbegriffsmatrix, eigene Darstellung	6
Tabelle 3: Artikel der universellen Rechte für Schwangere und Gebärende (DHV, 2020; WRA, 2011), eigene Darstellung	16
Tabelle 4: Übersicht der inkludierten Studien	38
Tabelle 5: Qualitative Bewertung der inkludierten Studien nach Behrens und Langer (2010)	41

III Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGHWI	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften
DHV	Deutscher Hebammenverband
GG	Grundgesetz
HebStPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
ICM	International Confederation of Midwives
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NDR	Norddeutscher Rundfunk
NLM	National Library of Medicine
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
WRA	White Ribbon Alliance

1 Mit einem ethischen Blick auf die Alleingeburt

Die Ethik in der Hebammenarbeit gehört zum Kern dieses Berufsbildes, denn in ihrer Praxis wird sie mit ethisch-moralischen Entscheidungen in Grenzsituationen konfrontiert. Neben Behandlungsleitlinien und Zielen stellt sich die Frage, was im individuellen Fall als „gutes Handeln“ verstanden wird und wie sich dies begründen lässt. Die eigenen Handlungen werden in einem Kontext von Prinzipien, Normen und Werten betrachtet, und mit dem individuellen zugrundeliegenden Menschenbild geprüft (Maio & Vossenkuhl, 2012). Fragen der Anthropologie wie beispielsweise „Was ist ein gutes Leben?“ und „Wie blicke ich auf meine Mitmenschen?“ bilden damit einen Hintergrund von hebammenethischen Entscheidungen. Im Kontext der Geburt bedeutet eine Schwangerschaft ein „Zwei in Eins“, dessen Konstellation von Luce Irigaray (1980, S. 297) geprägt und beschrieben wird. Dieser Zustand lasse sich mit gängigen ethischen und moralischen Maßstäben unzureichend erfassen. Eine schwangere Person trifft Entscheidungen, die sich sowohl auf sie selbst als auch auf ihr Ungeborenes auswirken. Für Hebammen entstehen daraus Spannungsfelder zwischen Autonomie, Fürsorge und Verantwortung, die sich im beruflichen Alltag nicht auflösen lassen. Neben den individuellen Lebensgeschichten und den persönlichen Vorstellungen von einem „Guten Leben“ verbindet Hebammen und Familien die *Conditio Humana*, die grundlegenden Herausforderungen des Menschseins von der Geburt bis zur Sterblichkeit, die Erfahrung von Verletzlichkeit und Unsicherheit ebenso wie die Suche nach einem Sinn und einem gelingenden Leben (Ahrendt, 1958; Ahrendt, o.J.; Maio & Vossenkuhl, 2012, S. 5). Die Geburt stellt einen der kritischsten und der hoffnungsvollsten Momente im Leben eines Menschen dar. Vor diesem Hintergrund steht ein Phänomen, das gesellschaftlich kontrovers diskutiert wird: die Alleingeburt. Hierbei entscheidet sich die Schwangere ohne die Begleitung einer Hebamme oder weiteres Fachpersonal zu gebären. Der Geburtsprozess findet an einem von ihr festgelegten Ort statt, entweder ganz für sich oder im Beisein ihrer vertrauten Personen. In dieser Arbeit wird von einem reifen Fetus in dessen Geburtszeitraum ausgegangen. Es gibt keine offiziellen Zahlen, wie oft eine Alleingeburt in Deutschland praktiziert wird. Journalistische und mediale Berichte, Interviews in Fachzeitschriften sowie eine Expert*innenaussage lassen darauf schließen, dass das Phänomen in Deutschland stattfindet (Grenzken & Lehnert, 2024; Heller, 2020; Morgenthal, 2025, s. Anhang a.; Schwarz, 2017; Seehafer, 2017). In Deutschland gibt es nach dem § 4, Absatz 3 des Hebammengesetzes [HebG] lediglich für die Ärzteschaft eine Hinzuziehungspflicht einer Hebamme zur Geburt, somit sind Alleingeburten nicht unerlaubt. In Deutschland besteht eine gesundheitliche Infrastruktur (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022). Außerdem besteht ein gesetzlicher Anspruch nach dem Sozialgesetzbuch [SGB] V, §24f sich für eine

hebammenbegleitete Geburt zu Hause, in einer Einrichtung, sowie in der Klinik zu entscheiden zu können. Außerdem werden die Basisleistungen der Betreuung, die gesetzlich jeder schwangeren Person zusteht, von der Krankenkassen nach SGB V, §24d übernommen. Aus dem gegebenen Versorgungsangebot leitet sich die Frage ab, aus welchen Gründen Schwangere, die in einer Industrienation leben, sich für den Weg einer Alleingeburt entscheiden.

Interviewpartner*innen qualitativer Studien geben an, das Vertrauen in den eigenen Körper durch diese Erfahrung (wieder-)herstellen zu wollen (Lou et al., 2022). Zudem wird eine regionale Unterversorgung oder individuelle Risiken, die eine außerklinische Betreuung ausschließen, angegeben (Henriksen et al., 2020). Die interviewten Personen berichten wiederkehrend von vorherigen negativen Erlebnissen in der Schwangerenversorgung bis hin zu Geburtstraumata und erlebter Gewalt in der Geburtshilfe, die das Vertrauen nachhaltig erschüttert haben (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023). Es besteht das Bedürfnis nach einer selbstbestimmten Geburt und Autonomie im gesamten Prozess, welche durch eine ungestörte Atmosphäre, in der die Gebärende die gesamte Verantwortung auf sich nimmt, erreicht werden soll (Baranowska et al. 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017). Zugleich deuten Berichte von Angst vor Stigmatisierung und rechtlicher Konsequenzen, als auch die Tendenz, vor allem komplikationslose Positivbeispiele öffentlich zu teilen, auf einen selektiv-öffentlichen Austausch hin, in dem belastende oder negative Erfahrungen mit Alleingeburten in geschützten Räumen oder privaten Chatgruppen geteilt wird (Seehafer, 2017).

Demgegenüber steht das professionelle Selbstverständnis von Hebammen. Ihr Ziel ist es, das Wohlbefinden und die Gesundheit von Mutter und Kind zu fördern. Eine zentrale Aufgabe besteht darin, die Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu unterstützen (International Confederation of Midwives [ICM], 2005). Ergänzend zu den folgenden theoretischen Überlegungen gibt ein Leitfaden des Deutschen Hebammenverbandes konkrete Hinweise zum Umgang mit geplanten Alleingeburten. Wird bereits in der Schwangerschaft der Plan für eine Alleingeburt offengelegt, entsteht für die Hebamme keine Pflicht, diesen Entscheidungsprozess zu begleiten. Eine ausführliche Anamnese kann erhoben werden, konkrete Gründe erfragt und thematisiert, und gegebenenfalls weitervermittelt werden. Zugleich soll abgesprochen werden, dass die Hebamme während der Geburt keine Hilfeleistung erbringen kann, sondern der Rettungsdienst zu rufen ist, da kein Behandlungsvertrag für die Geburtsbegleitung besteht. Wird die Hebamme unter der Alleingeburt kontaktiert, hat sie gemäß ihrer beruflichen Pflicht Hilfe zu leisten. Es wird herausgearbeitet, dass die Hebamme in diesem Fall aus Sicht der Familie die Rolle eines Notfallkontaktes einnimmt und es sich nicht um eine vertraglich geregelte Geburtsbetreuung handelt. Wenn

der Verdacht auf eine notfallmäßige Situation besteht, hat sie den Rettungsdienst anzurufen. Auch wenn die Hebamme ohne Verdacht auf einen Notfall hinfährt, ist in jedem Fall eine Notärztin* hinzuzuziehen, um sich rechtlich abzusichern, da neben zivilrechtlichen Haftungsansprüchen, auch strafrechtliche Konsequenzen greifen können. Diese Situationen wären neben einer akuten Situation beispielsweise auch die Erstuntersuchung des Kindes, eine Inspektion auf Geburtsverletzungen und die Begleitung der Plazentarperiode. Außerdem ist eine fachgemäße Dokumentation streng angeraten. Die Eltern müssen die Geburt des Kindes selbstständig beim Standesamt anzeigen, wenn keine Fachperson bei der Geburt vor Ort war. Grundsätzlich betont der Leitfaden, die Integrität des Berufes zu wahren, die eigenen Fachstandards einzuhalten und sich von der Familie nicht drängen zu lassen (Krauspenhaar et al., 2021, S.65ff.). Neben diesem Leitfaden besteht zum Stand dieser Arbeit (Oktober, 2025) keine offizielle Stellungnahme des Deutschen Hebammenverbandes zu einer Alleingeburt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage:

„Welche Herausforderungen und Dilemmata bestehen für Hebammen in Deutschland bei der Positionierung zu Alleingeburten?“

Diese werden im Folgenden anhand eines ethischen Reflexionsmodells erarbeitet.

2 Hintergrund

2.1 Care-Ethik

Carol Gilligan beschreibt 1984 neben der Ethik der Gerechtigkeit und der Vernunft auch die Relevanz der Zwischenmenschlichkeit und der Fürsorge. Dies veranschaulicht sie anhand eines Dilemmas und prägt den Begriff „Care Ethik“, der weiter entwickelt wurde durch Joan C. Tronto (Gilligan, 1984, S. 50-63, S. 67ff.; Tronto, 1993). Sie kann in asymmetrischen Beziehungen angewandt werden. Diese entsteht beispielsweise durch ein auf das Fachwissen bezogene Kompetenzgefälle zwischen einer Profession und einer Klient*in. Die Care-Ethik betont die Gleichberechtigung aller Beteiligten und erfordert eine Beziehung auf Augenhöhe mit einem achtsamen Umgang. Das Modell besteht aus vier Bereichen. Diese sind die Achtsamkeit, die Verantwortlichkeit, die Kompetenz und die Resonanz, welche nacheinander bearbeitet werden. Zuerst benötigt diese Ethik einen achtsamen Umgang miteinander, um ein Bedürfnis oder einen Unterstützungsbedarf bei einer anderen Person wahrzunehmen. Es wird versucht ein Verständnis zu entwickeln und die Person wird ernst genommen. Danach folgt das Verantwortung übernehmen, indem sich aktiv dafür eingesetzt wird, Unterstützung zu organisieren und zu gewährleisten. Darauf muss diese Fürsorge noch in konkretem, angemessenem Handeln umgesetzt werden. Schließlich wird

betrachtet, inwiefern die umsorgte Person die Unterstützung als hilfreich und respektvoll erlebt hat und ob etwas angepasst werden muss (Tronto, 1993, S. 127-137).

2.2 Die vier Prinzipien nach Beauchamp & Childress

Bereits 1979 beschreiben Tom L. Beauchamp & James F. Childress vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik. Diese können in moralischen Konflikten oder einem Dilemma angewandt, und danach gegeneinander abgewogen werden. Zentral ist die Pflicht der Achtung und Wahrung der Autonomie der Klient*in sowie die der Benefizienz, die besagt, dass die eigene Handlung Gutes erwirken soll. Auch soll die Handlung nicht schaden, welches die Non-Malefizienz beschreibt. Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine gleiche, respektvolle Behandlung aller Personen, beispielsweise bei Ressourcenknappheit (Beauchamp & Childress, 2013, S. 106ff., S. 150ff., S. 202ff., S. 250ff.). Die Prinzipien werden im Rahmen des Reflexionsmodells nach Rabe (2017) betrachtet, welches in der Methodik erläutert wird.

3 Methodik

Es handelt sich um eine theoretische Literaturarbeit, die die Herausforderungen und Dilemmata von Hebammen in Deutschland bei der Positionierung zu Alleingeburten multiperspektivisch darstellt und diese anhand eines ethischen Reflexionsmodell analysiert. Da eine Forschungslücke zur Hebammenarbeit in Deutschland im Zusammenhang mit Alleingeburten besteht, ist eine theoretische Arbeit ein geeignetes Format. Es ermöglicht vorhandene Studien, fachliche und ethische Publikationen sowie berufsbezogene Vorgaben zusammenzuführen, kritisch zu reflektieren und in Beziehung zueinander zu setzen. Somit können Wissensbestände strukturiert aufgearbeitet werden, um das Phänomen der Alleingeburt aus Hebammenperspektive zu strukturieren und in einer ethischen Reflexion zu diskutieren. Dies adressiert die Forschungslücke und regt zu einem berufsethischen Diskurs an. Außerdem wird aufgezeigt, auf welche Art und Weise die wissenschaftliche Disziplin der Ethik eine Orientierungshilfe in der Hebammenarbeit darstellt und weswegen die Kompetenz des ethischen Reflektierens im Berufsfeld einer Hebamme Relevanz hat und daher gefördert und weiter ausgebaut werden soll. Das Ziel ist ein tieferes Verständnis der Herausforderungen und Dilemma des Phänomens der Alleingeburt aus Sicht der Hebammen in Deutschland. Zudem dient die vorliegende Arbeit als Möglichkeit, eine eigene Haltung durch Reflexion zu entwickeln und diese transparent begründen zu können. Hierfür werden die gesellschaftlich, juristischen, beruflichen und ethischen Hintergründe dargestellt. Insgesamt fördert das einen gesellschaftlichen Austausch, welcher Stigmatisierung und einem vorschnellen Urteilen entgegenwirkt.

3.1 Das ethische Reflexionsmodell nach Rabe

Eine erste Literaturrecherche zur Thematik Alleingeburt und die Positionierung von Hebammen in Deutschland weist eine Forschungslücke auf, gleichzeitig stellen sich ethisch-moralische Themenfelder dar. Aus diesem Grund wird zur Beantwortung der Forschungsfrage ein ethisches Reflexionsmodell herangezogen. Zum Zeitpunkt dieser Arbeit gibt es kein explizit von der Hebammenwissenschaft benanntes ethisches Entscheidungsmodell, sodass in Publikationen anderer Professionen recherchiert wird. In die engere Auswahl kommt das Modell von Uta Gaidys und Corinna Petersen-Ewert (2018). Allerdings wird der juristische Aspekt nicht dediziert benannt, weswegen sich für ein anderes Modell entschieden wird. Das ethische Reflexionsmodell nach Rabe (2017) wird herangezogen, um die aus der vorhandenen Literatur erschlossenen Aspekte strukturiert aufarbeiten zu können, sodass die Herausforderungen und Dilemmata sichtbar werden. Dieses Modell beinhaltet die Situationsanalyse, die ethische Reflexion, und die Ergebnisse (s. Tab. 1).

Tabelle 1: „Modell für ethische Reflexion“ (Rabe, 2017, S. 130, Abb. 2), eigene Darstellung

1. Situationsanalyse Persönliche Reaktionen Die Sicht der anderen: Perspektive aller am Fall beteiligten Personen Handlungsmöglichkeiten und ihre Folgen für die Betroffenen
2. Ethische Reflexion Benennung des ethischen Problems Formulierung der normativen Orientierungen und übergeordneten Prinzipien die für diese Situation von Bedeutung sind Verantwortungsebenen: Persönlich, Institutionell, Gesellschaftspolitisch
3. Ergebnisse Ethisch begründete Beurteilung Konsens/Dissens Nötige praktische Konsequenzen und ihre Durchsetzung

Diese drei Komponenten beleuchten multiperspektivisch Bereiche der Forschungsfrage, mit dem Ziel ethisch begründete und transparente Ergebnisse formulieren zu können. Dieses Modell fördert das tiefere Verständnis eines Dilemmas und die Möglichkeit der individuellen Meinungsbildung durch Selbstreflexion in einer komplexen Grenzsituation.

Das Modell nach Rabe eignet sich für das Phänomen der Alleingeburt, da es umfassende Aspekte der Situation wie den verschiedenen Verantwortungsebenen und den biomedizinischen Prinzipien miteinbezieht. Durch die offene Gestaltung des Modells können relevante Aspekte in der Betrachtung ergänzt werden, und auf das Fallnarrativ der Alleingeburt angepasst werden. Durch die Struktur des Modells werden relevante Aspekte zu

Beweggründen, zur Rolle der Hebamme, zu Grundlagen der Ethik und Autonomie und Selbstbestimmung herausgearbeitet und verglichen. Auf dieser Basis werden zentrale Themenfelder identifiziert und zur Beantwortung der Forschungsfrage zusammengeführt. Es stellt keine Handlungsanweisung oder allgemeingültige Entscheidung dar, sondern zeigt Spannungsfelder dediziert auf und unterstützt die Praxis der Fähigkeit zu individueller ethischer Urteilsbildung (Rabe, 2017, S. 129-135).

3.2 Literaturrecherche

Zuerst werden wichtige Begriffe der Forschungsfrage in einer Begriffsmatrix gesammelt (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Suchbegriffsmatrix, eigene Darstellung

Kernbegriffe	<i>Autonomie</i>	<i>Alleingeburt</i>	<i>Ethik</i>	<i>Hebamme</i>
Ähnliche Begriffe	Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, reproduktive Autonomie	Unbegleitete Geburt	Ethische Reflexion, Ethisches Dilemmata/ Dilemma	Hebammenwesen, Hebammenprofession, Hebamme, Hebammenberuf
Begriffe in Englisch	Autonomy, Self-determination, Autonomous	Freebirth, unattended birth, unassisted birth	Ethics, ethical reflection, Ethical reflexivity, Ethical dilemma	Midwives, Midwifery, Midwife

Die Literaturrecherche erfolgt primär mittels systematischer Suche zu dem **String #1** („Freebirth“ OR „unassisted birth“ OR „unattended birth“) in den Datenbanken PubMed und der Cochrane Library. PubMed ist eine etablierte Datenbank für Forschung in gesundheitlichen Bereichen und wird von dem amerikanischen National Center for Biotechnology Information [NCBI] und der übergeordneten National Library of Medicine [NLM] betrieben. PubMed ist freizugänglich und stellt Abstracts mit Verlinkung zu weiterführenden Webadressen, über die die Studien eingesehen werden können, zu Verfügung. Die Cochrane Collaboration ist eine unabhängige, internationale Organisation mit Sitz in Großbritannien, die systematische Übersichtsarbeiten nach hohen wissenschaftlichen Standards erstellt, dort ergab die Suche keine Treffer. Die Treffer dieses Strings fokussieren sich auf qualitative Studien zu Alleingeburten, die Erzählungen des Erlebens, der Planung einer Alleingeburt, Beweggründe und genannte Emotionen beinhalten. Nach der primären systematischen Recherche folgt eine

Recherche nach dem Schneeballprinzip, um Literatur zur Alleingeburt von Hebammen in Deutschland ausfindig zu machen. Hierbei wird in den Archiven von Fachzeitschriften wie der Deutschen Hebammenzeitschrift, verlegt vom Elvin Staude Verlag, sowie des Hebammenforums, das Fachmagazin des deutschen Hebammenverbandes, nach dem Stichwort „Alleingeburt“ gesucht. Die Ergebnisse der Kombination des #1 Suchstrings und der Schneeballrecherche in hebammenspezifischen Fachzeitschriften zu Alleingeburten wird im Flussdiagramm s. Abb. 1 dargestellt.

Mit dem zweiten und dritten Suchstring auf PubMed **#2:**(*"ethical reflection" OR "ethics reflection" OR "ethical reflexion" OR "moral reflection"*) AND (*midwi* OR midwifery[MeSH]*), **#3:**(*"ethical reflection"[tiab] OR "ethics reflection"[tiab] OR "ethical reflexion"[tiab] OR "moral reflection"[tiab]*) AND (*midwi*[tiab] OR midwifery[MeSH]*)) ergaben sich neun Treffer. Nach Sichtung der Abstracts ist kein Ergebnis thematisch für den Rahmen dieser Arbeit relevant. Mit dem vierten Suchstring **#4:**(*"care ethics"[tiab] OR "care ethic"[tiab]*) AND (*midwi*[tiab] OR midwifery[MeSH]*)) werden dreizehn Treffer erzielt. Nach Sichtung der Abstracts sind vier Treffer thematisch relevant, nur einer der vier Volltexte ist davon freizugänglich (Buchanan et al., 2025). In dieser qualitativen, internationalen Delphi-Studie verstehen die Hebammen ihr ethisches Handeln primär relational und fürsorgeorientiert, weswegen die Care-Ethik als zusätzlicher theoretischer Bezugsrahmen in diese Arbeit miteinbezogen werden kann und im Hintergrund theoretisch erläutert wird.

Da das Thema Alleingeburt und insbesondere die Perspektive der Hebammen in Deutschland bislang nicht empirisch erforscht ist, wird zusätzlich das Schneeballverfahren genutzt, um weitere Abschnitte des Reflexionsmodell nach Rabe zu bearbeiten. Hierbei wird bei relevanter Literatur das Quellenverzeichnis nach weiterführender Literatur gesichtet. Dies soll den Umfang an relevanten Publikationen erweitern und zudem schwer auffindbare Literatur sichtbar machen. Somit werden die Suchbegriffe der Matrix (s. Tab. 2) in Englisch und in Deutsch zusätzlich im Bibliothekskatalog der HAW Hamburg und der Universität Hamburg eingegeben. Außerdem werden berufsspezifische Leitlinien, der berufsbezogene Ethikkodex der Hebammen in Deutschland, als auch Veröffentlichungen der ICM herangezogen. Hierbei handelt es sich um Weisungen und Orientierung der Ausrichtung der Hebammenarbeit, welche beispielsweise anhand der normativen Gegebenheiten des Rabe-Modells gefordert sind. Hieraus ergeben sich Publikationen von Hebammen zu Ethik, Autonomie und Alleingeburten, durch deren Literaturverzeichnis zusätzlich Grundlagen von Ethik erarbeitet werden können, welche die Ergebnisse dieser Arbeit stützen. Insgesamt soll die Kombination der Schneeballstrategie und die der systematischen Datenbankrecherche die Ergebnisse präzisieren und Verzerrungen eingrenzen, kann dadurch jedoch keine Vollständigkeit gewährleisten.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden Publikationen, die sich auf geplante oder stattgefundene Geburten ohne Hebamme oder Fachpersonal beziehen. Die Ergebnisse der qualitativen Studien zu Alleingeburten werden eingegrenzt auf die Europäische Union, um eine Vergleichbarkeit zu Deutschland als Industrienation mit ausgebauter gesundheitlicher Infrastruktur herstellen zu können. Zudem wird die Suche der Forschungsarbeiten auf die Veröffentlichung der letzten Zehn Jahre eingegrenzt, um eine Aktualität zu gewährleisten. In dieser Arbeit wurden nur freizugängliche Veröffentlichungen berücksichtigt. Der ethische Teil der Arbeit betrachtet dediziert die Perspektive der Hebammen. Aus diesem Grund werden Publikationen ohne Bezug zur Hebammenprofession oder rein medizinisch-technische Veröffentlichungen in der Suchstrategie nicht berücksichtigt.

3.4 Literatúrauswahl

Die Ergebnisse werden nach dem Themenschwerpunkt Hebammenberuf und den Grundlagen der Ethik und der Autonomie ausgewählt und danach jeweiligen Bereichen des Reflexionsmodells zugeordnet. Das Vorgehen beinhaltet die Lektüre der ausgewählten Publikationen mit nachfolgender Strukturierung und Vergleichen der Inhalte. Daraus ergeben sich Themenfelder, die im Ergebnisteil beschrieben werden.

Aus der beschriebenen Recherche zum Suchstring #1 und der Auswahl fließen fünf qualitative Studien zu geplanten Geburten ohne Hebamme oder geburtshilfliches Fachpersonal in die Arbeit ein, welche aus Übersichtsgründen in eine Tabelle (s. Anhang c., Tab. 4) eingepflegt wurden (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023, Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). Außerdem konnten drei Artikel aus Fachzeitschriften herangezogen werden. Die Studien erfüllen die Ein- und Ausschlusskriterien und bilden einen Einblick in die individuellen Erfahrungsberichte und Beweggründe aus der Perspektive der Frauen, schwangeren Personen und Gebärenden.

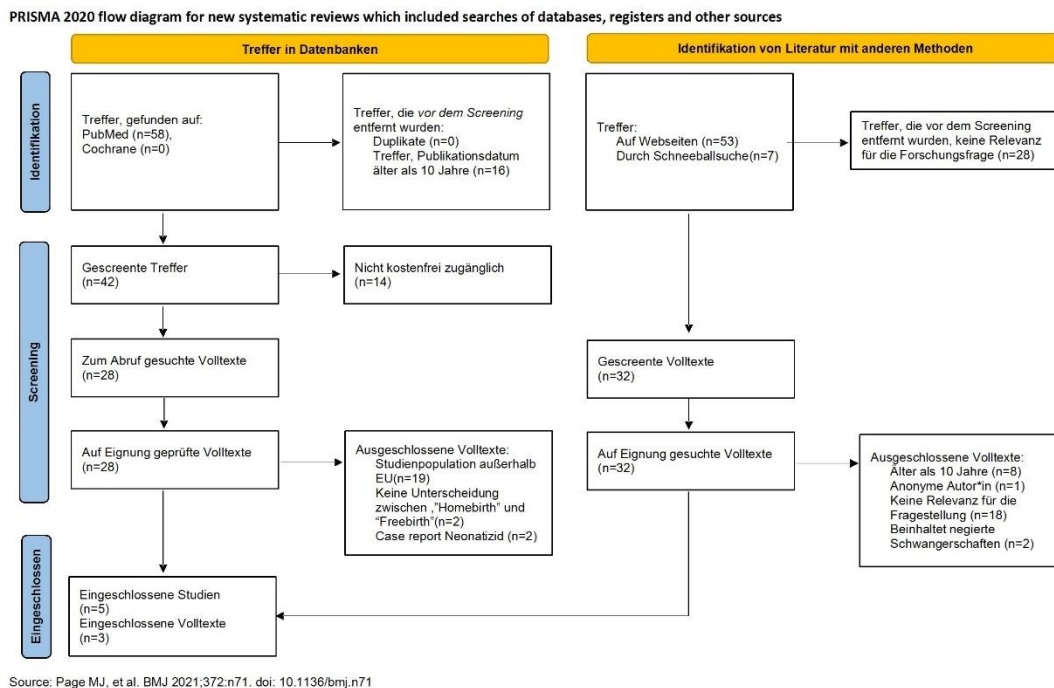


Abbildung 1: „Prisma 2020 Flussdiagramm für neu erstellte systematische Reviews mit Suchen in Datenbanken, Registern und anderen Quellen“ (Page et al., 2021), eigene Übersetzung

Mithilfe des Tools der kritischen Beurteilung qualitativer Forschung von Behrens & Langer (2010, S187ff.; s. Anhang d., Abb. 3) werden die Studien bezüglich der Glaubwürdigkeit, der Aussagekraft und der Anwendbarkeit ausgewertet, um sie im Kontext des Reflexionsmodells anzuwenden. Für jede Studie wurden die Leitfragen des Bogens beantwortet, um die Ergebnisse zu bewerten (s. Anhang e.). Die Bewertung der Studien ist für den Ergebnisteil relevant, da dies eine Grundlage der Situationsanalyse darstellt. Somit können die Ergebnisse im Kontext der Bewertung dargestellt und gleichzeitig kritisch reflektiert werden. Aus den Schilderungen der Interviews und den Ergebnissen gehen individuelle Beweggründe, das Erlebnis an sich und die damit einhergehende Gefühle hervor, welche in der Situationsanalyse des Reflexionsmodells berücksichtigt werden.

3.5 Limitationen

Die Literatur wird auf Deutsch und Englisch gesucht und ausgearbeitet, weswegen Werke, die nicht in eine dieser Sprachen übersetzt wurden, nicht bearbeitet werden können. Der Grund hierfür ist, dass eine fachgerechte, eigene Übersetzung nicht möglich ist ohne Irrtümer ausschließen zu können. Des Weiteren werden die Studien auf die europäische Union eingegrenzt um eine Übertragbarkeit als Industrienation herzustellen. Dies darf nicht verwechselt werden mit einer Übertragbarkeit des geburtshilflichen Settings, da innereuropäisch Unterschiede bezüglich der Finanzierung und der flächendeckenden Versorgung durch Hebammen bestehen, was im Hauptteil 4.1.2 thematisiert und diskutiert wird. Aus dem Grund können Positionen aus anderen Regionen unberücksichtigt bleiben. Die vorliegende

Literatur zu Alleingeburten sind überwiegend qualitative Studien mit Stichproben, in denen keine Berichte zu schweren Komplikationen oder einem negativen Erlebnis der Alleingeburt identifiziert werden konnten. Dies kann zu einer Verzerrung beitragen und wird im Hauptteil dieser Arbeit ausgeführt. Zudem sind die Stichproben klein und die Rekrutierung findet online statt, was einen selektiven Bias begünstigt und die Bandbreite an Perspektiven einschränken kann. Da diese Arbeit aus der Perspektive einer außenstehenden, werdenden Hebamme verfasst ist, kann die subjektive Erfahrungen der Frauen, Schwangeren und Personen die bereits allein geboren haben, nicht vollständig repräsentiert werden und unvollständig sein. Die Autorin distanziert sich klar davon, an ihrer Stelle zu sprechen. Das Einschlusskriterium mit dem hebammenspezifischen Bezug ist ein Limitationsmerkmal, da möglich relevante Veröffentlichungen im beispielsweise pflegerischen oder medizinisch-ethischen Sektor übersehen werden können. Jedoch soll die hebammenwissenschaftliche Seite betrachtet werden, was bereits im Titel kenntlich gemacht wird und sich als roter Faden durch die Arbeit zieht. Nach der Sichtung von Publikationen von Hebammen zu Alleingeburt, Ethik und Autonomie, wird der ethische, professionsbezogene Teil mit den Grundlagen von Theorien gefüttert, um eine Verzerrung zu minimieren. Zum derzeitigen Stand gibt es keine von deutschen Hebammen veröffentlichtes, berufsbezogenes Ethikmodell. Aus diesem Grund wird sich für ein Entscheidungsmodell aus der Pflege entschieden. Zudem wird zusätzlich die Sicht aus der Care-Ethik angewandt, welche im Gesundheitssektor Anwendung findet und auch in der Hebammenarbeit genutzt werden kann (Buchanan et al., 2025; Tronto, 1993, S.127-157).

Da zum juristischen Teil des Reflexionsmodells wenig Fachliteratur zu Alleingeburten in Deutschland vorliegt, wird ergänzend graue Literatur berücksichtigt. Graue Literatur wird nicht in Zeitschriften oder einer Monographie veröffentlicht und kann keine International Standard Book Number oder International Standard Serial Number vorweisen. Dies geschieht in dieser Arbeit in Form einer Dokumentation des öffentlich-rechtlichen Norddeutschen Rundfunks [NDR] (Grenzken & Lehnert, 2024). Es kann davon ausgegangen werden, dass der deutsche Pressekodex des deutschen Presserats (1973) eingehalten wird. Dieser Einbezug der grauen Literatur trägt der Forschungslücke Rechnung und erfordert eine kritische Bewertung der Argumentationsqualität in den Ergebnissen und deren Diskussion in der Arbeit. Es findet keine Verallgemeinerung statt. Zusätzlich werden die dort zitierten Themen gestützt durch eine Expert*innenaussage einer Rechtsanwältin am 23.06.2025. Hierfür wurde ein Erinnerungsprotokoll erstellt, welches der Expertin zugeschickt wurde, und eine Einverständniserklärung eingeholt. Beide Dokumente sind im Anhang einsehbar (s. Anhang a. und b.). Bei Quellenangaben der Fachzeitschriften DHZ und Hebammenforum handelt es sich um nicht-peer-reviewte Literatur.

4 Herausforderungen in der Positionierung zu Alleingeburten

4.1 Professionelle Orientierung von Hebammen durch multiperspektivische Situationsanalyse

4.1.1 Beweggründe für eine Alleingeburt und begleitende Emotionen

In der Auswertung der qualitativen Studien nach Behrens & Langer (2010) wird deutlich, dass die inkludierten Publikationen eine hohe Glaubwürdigkeit und Aussagekraft aufweisen. Die zentralen Limitationen liegen darin, dass die Stichproben der Interviews klein sind. Die Rekrutierung findet online, auch über Gruppen in sozialen Medien statt. Zudem findet sich mehrheitlich eine positive Berichterstattung der Alleingeburt, sodass kein Interview einer Person von einer Alleingeburt mit Komplikationen identifiziert werden kann. Dies birgt einen Selektionsbias und wird in den Studien offen diskutiert. Außerdem ist es wichtig zu betonen, dass der geburtshilfliche Versorgungskontext der einzelnen Länder der Studien, erläutert im Ergebnisteil 4.2, in der Interpretation und Übertragbarkeit der Ergebnisse mitbedacht wird. Die eigene Rolle der interviewführenden Person und der Forschenden wird mehrheitlich reflektiert und der geburtshilfliche oder hebammenwissenschaftliche Hintergrund der Autor*innen dargestellt.

In den qualitativen Studien zu geplanten Alleingeburten schildern die Frauen und Schwangere, dass vorherige negative Erfahrungen im geburtshilflichen System, darunter respektlose Behandlung durch Fachpersonal, fehlende Beteiligung an Entscheidungen und auch als traumatisch erlebte Klinikgeburten, eine Rolle in der Entscheidung für eine Alleingeburt spielen. Diese Erlebnisse von Fremdbestimmung werden als Kontrollverlust beschrieben und scheinen am Anfang eines Prozesses zu stehen, in dem der Entschluss reift, sich der Versorgung unter der Geburt zu entziehen und die Verantwortung für die Vorbereitung und den Geburtsverlauf selbst zu übernehmen (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al. 2023). Zentral wird hierbei der Wunsch nach Autonomie und einer ruhigen, ungestörten Umgebung im gesamten Prozess der Geburt benannt. Mehrere Frauen betonen, dass sie eine selbstbestimmte Geburt erleben möchten, in der sie die Entscheidungen über den Ort, Ablauf, und die beteiligten Personen treffen (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). Durch die eigenständige Vorbereitung und durch Aneignung von Wissen rund um die Physiologie der Geburt, wird die gesamte Verantwortung selbst übernommen. Mit dieser Übernahme der Verantwortung geht ein Selbstvertrauen in die eigene Kraft und die Fähigkeit zu gebären einher (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lou et

al., 2022). Auch eine vergangene als positiv erlebte, begleitete, Geburt stärkt dieses Vertrauen (Henriksen et al., 2020).

Gleichzeitig wird ein Spannungsfeld aus ambivalenten Gefühlen erwähnt. Neben Stolz, Selbstvertrauen und einem als heilsam erlebten Gefühl von Ermächtigung werden auch Unsicherheit und Zweifel während der Alleingeburt beschrieben, ob die Entscheidung in dem konkreten Fall die richtige ist. An einem intensiven Punkt in der Phase der Geburt, wenn die Wehentätigkeit kraftvoll ist und der Prozess für die Gebärende kurzfristig als nicht mehr einschätzbar erlebt wird, geben einige an, sich eine Hebamme an ihrer Seite gewünscht zu haben (Lindgren et al., 2017). Zudem wird von den interviewten Personen erwähnt, bei Komplikationen eine Klinik aufzusuchen oder einen Notfallkontakt anrufen zu wollen. Dabei geben sie an, das Vertrauen zu haben, dass sie die Warnsignale ihres Körpers rechtzeitig richtig deuten werden können (Lou et al., 2022). Der Wunsch nach Bestätigung und Verständnis für diesen Entschluss wird geäußert, jedoch wird im nahen Umfeld eher Skepsis, Ablehnung und Stigmatisierung erlebt. Aus diesem Grund werden die eigenen Pläne teilweise geheim gehalten (Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017). Hinzu kommt, dass einige Interviewpartnerinnen ausdrücklich angeben, grundsätzlich eine Begleitung durch eine Hausgeburtshebamme gewünscht zu haben, sie dies jedoch aufgrund struktureller Bedingungen, regionaler Unterversorgung oder finanzieller Hürden nicht realisieren konnten (Baranowska et al., 2022; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017). Außerdem wird berichtet, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer begleitenden Hebamme aufbauen zu wollen, dies jedoch aus mangelnden Ressourcen wie dem Zeitmanagement des Hebammenteams, nicht möglich war (Lou et al., 2022). In solchen geschilderten Fällen erscheint die Alleingeburt nicht nur als Ausdruck eines Autonomiewunsches, sondern auch als eine Entscheidung unter eingeschränkten Optionen (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). Eine erste Aufgabe in der Entwicklung einer professionellen Haltung ist die Einarbeitung in den aktuellen Forschungsstand. Diese Beweggründe und geschilderten Erfahrungen bilden den Hintergrund der Situationsanalyse im Sinne des Reflexionsmodells, auf den die Perspektive der Hebamme blickt.

4.1.2 Strukturelle Rahmenbedingungen im Vergleich

In Deutschland besteht eine gesundheitliche Versorgung, in der gesetzlich ein Anspruch auf die Wahlfreiheit des Geburtsortes nach dem Sozialgesetzbuch [SGB] V, § 24f besteht. Gleichzeitig zeigt ein Bericht exemplarisch für den Raum Hamburg, dass Unterschiede in der Anzahl von versorgten Schwangeren und Wöchnerinnen mit Hebammenbetreuung bestehen. Dies ist von den Bezirken, in denen die Personen wohnen abhängig. Aus diesen

Gründen ist eine kontinuierliche Hebammenbetreuung mit einer pränatalen Beziehungsaufbau von Hebamme und Gebärender nicht immer gegeben, da nicht in allen Wohnorten der Zugang zu einer Versorgung im gleichen Maße möglich ist. Zusätzlich wird in dem Bericht das Geburtshaus Altona zitiert, welches laut eigenen Angaben täglich individuelle Betreuung aufgrund von mangelnden Kapazitäten ablehnen müsse. Das Geburtshaus Altona gehört zum Angebot außerklinischer Geburtshilfe, sodass das Recht nach einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung oder einer begleiteten außerklinischen Geburt nicht in jedem Fall realisiert werden kann (Fertmann & Möller, 2020). Auch die Länder der in dieser Arbeit inkludierten Studien zu Alleingeburten haben ein spezifisches Versorgungssystem in der Geburtshilfe, das näher betrachtet werden muss. Baranowska et al. (2022) macht in ihren Limitationen kenntlich, dass die polnische Geburtshilfe als medikalisiert eingestuft wird und die meisten Geburten in Kliniken stattfinden. Es gibt vereinzelt Angebote für eine außerklinische Geburtsbetreuung. In Schweden ist die Hebammenbasisversorgung kostenfrei, jedoch müssen Hausgeburtshebammen in der Regel privat finanziert werden (Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2022). In Dänemark ist die Hebammenversorgung grundsätzlich kostenfrei und Hausgeburten werden finanziert (Lou et al., 2022). Dies verdeutlicht, dass keine direkte Übertragung auf Deutschland aufgrund von strukturellen und sozialen Unterschieden in der Geburtshilfe anderer Länder möglich ist. Allerdings machen die Ergebnisse und Zitate in den Studien sichtbar, dass strukturelle Barrieren, wie ein Mangel an wohnortnahen Angeboten oder finanzielle Hürden eine Rolle im Entschluss für eine Alleingeburt spielen können.

Der Roses-Revolution-Day wurde 2011 von einer spanischen Aktivistin namens Jesusa Ricoy gegründet, in der jede abgelegte Rose vor einer Geburtseinrichtung einer Gewalterfahrung zugesprochen wird. Diese Aktion macht jährlich auch in Deutschland auf Geburtstraumata und Gewalt in der Geburtshilfe aufmerksam (Traum(a)Geburt e.V., o.J.). Das systematische Mixed-Methods Review von Bohren et al. (2015) zeigt auf, dass Formen der Misshandlung von Gebärenden in Einrichtungen weltweit auftreten, sowohl in der direkten Interaktion als auch durch strukturelle Rahmenbedingungen. Vorfälle von respektlosem Verhalten, Diskriminierung und Misshandlung in der Geburtshilfe sind in Deutschland bisher nicht systematisch erfasst (Limmer et al., 2023).

4.2 Autonomie- und Selbstbestimmungsverständnis in Beziehung zu Rationalität

Ein zentrales Thema der qualitativen Studien zu den Beweggründen für eine Alleingeburt ist die Selbstbestimmung und Autonomie (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). Der klassische Ansatz der

Autonomie geht davon aus in der Verfassung zu sein, selbstständig Entscheidungen treffen zu können, ohne dabei von einer anderen Person beeinflusst zu werden. Hierbei wird kritisiert, dass die äußeren Umstände, zum Beispiel die Lebenslage, vorhandenes Wissen, oder einflussnehmende Instanzen unbeachtet bleiben, welche die Autonomie beeinflussen oder benachteiligen können. Der Begriff der relationalen Autonomie beschreibt das Entstehen von Selbstbestimmung durch eine respektvolle Partnerschaft, jedoch nicht durch Isolation. Durch kontinuierliche Beziehungsarbeit wird eine autonome Entscheidung ermöglicht (Beauchamp & Childress, 2013, S. 101-106; Brauer & Strub, 2016, S.17fff.; Stoljar, 2024, Abschn. 3.,9.). Nun stellt sich die Frage, ob Autonomie und Selbstbestimmung auch Rationalität voraussetzen. Ein autonomiebezogener Ansatz, vertreten durch Philosophen wie Hobbes, Mill und Hume, legt den Fokus auf eine individuelle Entscheidungsfreiheit und betont, dass es auch bei unzureichender rationaler Begründung notwendig ist, die getroffene Entscheidung zu respektieren. Somit wird der betreffenden Person die Möglichkeit zugestanden, eigenständig zu handeln und dabei potenziell Fehler zu begehen. Dies befähigt auch, Entscheidungen nach den eigenen Werten und Wünschen zu gestalten, die von Außenstehenden als unvernünftig eingeschätzt werden (Brauer & Stub, 2016, S.13; Jones, 2003, S. 113f.). Im Gegensatz dazu betont ein rationalitätsorientiertes Modell, etwa nach Rousseau oder Plato, dass Selbstbestimmung auf der Fähigkeit zu einer Selbstreflexion, einem Urteilsvermögen und Rationalität basiert. Dieser Ansatz setzt voraus, dass autonomes Handeln moralisch und kognitiv nachvollziehbare Beweggründe verlangt. Bei dem libertären Ansatz und der absoluten Autonomie wird der Gedanke kritisiert, jede Person könne im selben Maße Entscheidungen treffen da jeglicher Formen der Benachteiligung unbeachtet bleiben (Jones, 2003, S. 113f.; Stoljar, 2024, Abschn. 3, 9). Auf der anderen Seite kann ein rationalitätsorientiertes Modell, in der Autonomie in einem Zusammenhang mit Vernunft und kognitiver Leistung interpretiert wird, als eine Bevormundung und Einschränkung von individueller Freiheit gewertet werden (Jones, 2003, S. 113f.). Beauchamp und Childress (1977, S.104f.) sehen davon ab, eine allgemeingeltende Definition von Autonomie zu definieren, sondern stellt autonome Handlungen in Relation zu drei Aspekten. Diese sind die Intentionalität, inwiefern es sich um einen zufälligen oder gezielten Entschluss handelt. Es wird auch betrachtet, inwiefern relevante Informationen verstanden wurden, sodass die Thematik überblickt und für sich individuell eine eigenständige, sinnvolle Abwägung vorgenommen werden kann. Außerdem dürfe die Entscheidung nicht durch Zwang oder andere Manipulationen entstehen, die den eigenen Willen ersetzen. Wie es um das Autonomieverständnis im Hebammenberuf steht, wird im nächsten Schritt betrachtet.

Die Wahrung der Autonomie und Selbstbestimmung von Gebärenden ist in der Hebammenpraxis berufsweisend. Dies ist im Ethikcodex des deutschen Hebammenverbandes

(2017) beschrieben und nimmt damit einen zentralen Stellenwert in der Hebammenarbeit ein. Dieser ist in Anlehnung an den von der ICM (2014) erarbeiteten Kodex übersetzt und erstellt worden, und dient als Orientierung in der Ausrichtung der Berufsausübung einer jeden Hebamme in Deutschland. Das Fundament des Kodex stellt der wechselseitige Respekt dar. Durch die festgeschriebenen Punkte soll die Gleichheit und die Fürsorge einer jeden Person in der Versorgung durch Hebammen sichergestellt werden. Es wird schriftlich festgehalten, dass Frauen zu informierten Entscheidungen ermächtigt werden eigens Verantwortung zu tragen und in ihrer Selbstbestimmung und Autonomie von der Hebamme geachtet und unterstützt werden (s. Abb. 2). Im Kodex wird das Verständnis der relativen Autonomie sichtbar.

I. Hebammen und ihr berufliches Umfeld

- a. Hebammen gewährleisten, dass die von ihnen versorgten Frauen ausreichende Informationen erhalten, die zu einer informierten Entscheidungsfindung führen. Hebammen ermutigen die Frauen, für ihre Entscheidungen und deren Konsequenzen die Verantwortung zu übernehmen.
- b. Hebammen stärken Frauen/Familien, bei Themen, die die Gesundheit von Frauen und Familien in ihrem kulturellen und sozialen Umfeld betreffen, für sich selbst zu sprechen.

Abbildung 2: Auszug aus dem Ethikkodex (DHV, 2017, S.1)

Dies wird unterstützt durch weitere fachliche Vorgaben. So wird in der S3-Leitlinie „vaginale Geburt am Termin“ (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG] & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften [DGHWI], 2019) die Leistung von individueller und respektvoller Geburtshilfe festgehalten, sowie das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Charles et al., 1997; Elwyn et al., 2017) benannt. Dieses Modell beschreibt schrittweise den Prozess und die Kommunikation einer Entscheidungsfindung. Dies beinhaltet das Vorstellen aller Optionen, das Klären von Fragen, die persönliche Präferenzen und das Verständnis der besprochenen Thematik. Zusätzlich ist das Modell der „Evidence-based-medicine“ im Gesundheitssektor weit verbreitet und wird im Rahmen des Hebammenstudiums gelehrt. Hierbei werden die aktuellen Forschungsergebnisse mit den Erfahrungen der Praxis in den Kontext gesetzt und mit den Werten der zu beratenden Person gemeinsam betrachtet. Dies soll die Klient*innenautonomie stärken (BMG, 2020, Anlage 1, Abschn. III, IV; Sackett et al., 1996, S.71f.).

Im Jahr 2011 hat die Vereinigung der White Ribbon Alliance [WRA] eine Charta für die universellen Rechte von Frauen, Gebärenden und Neugeborenen erstellt (WRA, 2011). Der Hebammenverband der Schweiz übersetzt einige der Rechte in Anlehnung an die Veröffentlichung der WRA und des Berichts von Bowser & Hill (2010), der sieben Hauptdimensionen herausarbeitet, in denen Gebärende und Schwangere Respektlosigkeit und Miss-handlung in geburtshilflichen Settings ausgesetzt sind. Diese Übersetzung wird Co-finanziert von dem DHV und dem ÖHV und zusätzlich vom DHV im Jahre 2020 veröffentlicht.

Aus Tab. 3 gehen die Rechte auf Selbstbestimmung und Autonomie hervor, die für Schwangere und Gebärende definiert wurden. Die beschriebenen, übersetzten Artikel stützen sich auf international anerkannte Standards, verabschiedete Deklarationen, sowie multinationale Abkommen, die unterhalb der einzelnen Artikel im Anhang entnommen werden können (DHV, 2020; s. Anhang g). Aus den formulierten Artikeln ergibt sich für eine Hebamme die Aufgabe, diese Rechte zu verteidigen und gleichzeitig eine Familie im Kontext der Schwangerschaft und Geburt vor Fremdbestimmung, Diskriminierung und jeglicher Form von Gewalt zu schützen.

Tabelle 3: Artikel der universellen Rechte für Schwangere und Gebärende (DHV, 2020; WRA, 2011), eigene Darstellung

Art. I	<i>Jede Frau hat das Recht auf Freiheit von Schaden und Misshandlung.</i>
Art. II	<i>Jede Frau hat das Recht auf Information, informierte Zustimmung und Ablehnung sowie Achtung ihrer Entscheidungen und Präferenzen, einschließlich des Rechts auf Unterstützung durch eine ausgewählte Person, wann immer dies möglich ist.</i>
Art. III	<i>Jede Frau hat das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit.</i>
Art. IV	<i>Jede Frau hat das Recht, mit Würde und Respekt behandelt zu werden.</i>
Art. V	<i>Jede Frau hat das Recht auf Gleichbehandlung, Freiheit von Diskriminierung und angemessene Betreuung.</i>
Art. VI	<i>Jede Frau hat das Recht auf Gesundheitsversorgung und darauf, den höchst möglichen Gesundheitsstatus zu erlangen.</i>
Art. VII	<i>Jede Frau hat das Recht auf Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit von Nötigung.</i>

Sowohl der Ethik-Kodex, die S3-Leitlinie und die Charta beinhalten die Verpflichtung für die Achtung und Wahrung der Autonomie und Selbstbestimmung von Gebärenden. Zusätzlich können diese Forderungen, ins Verständnis der relativen Autonomie eingeordnet werden (DHV, 2017; ICM, 2014; WRA 2011). Dies zeigt eine weitere Herausforderung für Hebammen auf, die darauf basiert welches Autonomieverständnis die Gebärende für sich selbst vertritt. Wenn Autonomie als völlige Unabhängigkeit verstanden wird, steht dies in einem Gegensatz zu dem relationalen Verständnis, welches sich in den aufgezeigten ethischen und beruflichen Weisungen der Hebammen widerspiegelt. Aus Hebammensicht bedeutet Selbstbestimmung und Autonomie nicht, Alles alleine machen zu müssen. Die Wirksamkeit eines Kodex, einer Leitlinie oder einer Charta hängt wesentlich davon ab, dass Fachkräfte diese kennen, verinnerlichen, und ihr berufliches Handeln danach ausrichten. Es wird aufgezeigt, dass die Schwangere in ihrer Autonomie und Selbstbestimmung unterstützt und respektiert werden soll. Dies geschieht in einem Rahmen von Beziehung, Information und geteilter Verantwortung. Die Gebärende soll befähigt werden, informierte Entscheidungen

zu treffen, ihre Werte einzubringen und Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig bleibt die Hebamme in ihrer Pflicht, Risiken einzuschätzen und zu benennen, um eine sichere Versorgung mitzugestalten. Dieses Verständnis von relativer Autonomie kann im Gegensatz dazu stehen, wenn Autonomie als völlige Unabhängigkeit und bewusster Verzicht auf Unterstützung interpretiert wird. Für Hebammen ergibt sich daraus die Herausforderung, zwischen dem berufsethischen Auftrag, Autonomie zu fördern und zu schützen und einem Autonomieverständnis zu vermitteln, das aus professioneller Sicht mit Fürsorge und Nicht-Schaden vereinbar ist, welches im folgenden Abschnitt erläutert wird.

4.3 Non-Maleffizienz und juristische Grenzen

4.3.1 Professionelle Verantwortung und das Prinzip des Nicht-Schadens

Zum Handwerk einer Hebamme gehört das Management bei Komplikationen und das Beherrschen von Erste-Hilfe-Maßnahmen sowohl für das Neugeborene als auch für die Mutter. Dies wird im Rahmen des Studiums bereits geübt, verinnerlicht und im Staatsexamen überprüft. Auch die Inzidenz der Komplikationen wird in Prüfungen abgefragt. Sowohl durch die Lehre als auch durch selbsterlebte Situationen wie einer Schulterdystokie oder einer postpartalen Hämorrhagie in der Praxis, entwickeln Hebammen ein Risikobewusstsein (BMG, 2020, S. 51-53). Diese Risikokompetenz beispielsweise durch eigene Erfahrungen kann jedoch nicht von Personen außerhalb des geburtshilflichen Bereichs vorausgesetzt werden oder sich schlichtweg in der Einschätzung unterscheiden. Zu beachten ist hierbei, dass interviewte Personen die Alleingeburt als beste Voraussetzung für ihr eigenes emotionales und körperliches Erleben sowie für das ihres Kindes beschreiben (Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). So erscheint es der Autorin dieser Arbeit als zusätzliche Herausforderung für eine Hebamme, einzuschätzen, auf welche Art und Weise eine Schwangere in der Planung einer Alleingeburt, die Tragweite einer seltenen, schwerwiegenden Komplikation absieht, ohne zugleich das von der Frau geschilderte, subjektive Empfindung zu bewerten, für die dies die optimale Geburtsform darstellt. Die Frage, ob mit der Last der Verantwortung gelebt werden kann, wenn man selbst zu den wenigen gehört, bei denen das Unwahrscheinliche passiert, ist hierbei existenziell. Aus den Interviews geht hervor, dass auch im Kontext begleiteter Geburten Erfahrungen von Trauer und Schuldgefühlen auftreten können (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023). Somit ist Schuld in beiden Szenarien kein verlässlicher Indikator für eine richtige oder eine falsche Entscheidung. Vielmehr sollte die Entscheidung zur Alleingeburt als Ausdruck des Bedürfnisses nach wertvoller Partnerschaft, nach Bindung und Liebe und dem Wunsch, dasjenige Maß an Kontrolle zu behalten, das die Gebärende für sich als erreichbar erlebt, verstanden werden.

Einige der interviewten Frauen geben an, in einem Notfall oder wenn sie merken, dass etwas nicht mehr regelrecht läuft, professionelle Hilfe aufsuchen zu wollen (Baranowska et al., 2022; Lou et al., 2022). Selbst wenn die Gebärende spürt, dass etwas nicht stimmt, bleibt die Frage, wie handlungsfähig sie in diesem Moment sein kann. Bei Anpassungsstörungen des Kindes oder einer schwerwiegenden, plötzlichen Blutung der Mutter kann ein unverzügliches, fachkompetentes Handeln innerhalb Minuten vonnöten sein, welches in der Leitlinie zu peripartalen Blutungen und den Leitlinien des European Resuscitation Council für die Versorgung und Reanimation des Neugeborenen nach der Geburt beschrieben wird (DGGG, 2022; Madar et al., 2021). Das Prinzip des Nicht-Schadens fordert, dass durch die Handlung kein vermeidbarer Schaden entstehen soll. Hierbei steht die professionelle Verantwortung der Hebamme im Konflikt, da die Akzeptanz der Entscheidung für die Alleingeburt nicht dazu führen darf, dass Gefahren für Mutter und Kind ignoriert werden. Die Hebamme hat das Wohl und die Rechte der Schwangeren im Rahmen ihrer Möglichkeiten und der der Gerechtigkeit zu respektieren. Im Sinne der Gerechtigkeit darf dem Kind durch das Geburtssetting kein Nachteil entstehen. Aus der Perspektive der Pflichtethik sollen die Schwangere und die Hebamme vermeidbare Handlungen unterlassen, die die Gesundheit des Kindes gefährden. An dieser Stelle scheint der Vorgang der gezielten Vorbereitung der Schwangeren für eine Alleingeburt relevant. Die Informationsbeschaffung erfolgt nach Angaben u.a. über Bücher, das Internet und Freebirthing-Kurse (Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022). Die Entscheidung für eine Alleingeburt wurde aus Sorge vor negativen Aussagen oder als verantwortungslos benannt zu werden nicht geteilt. Diese Art der Äußerungen könnten zu einer Verunsicherung beitragen, was nicht förderlich für den ungestörten, geplanten Geburtsprozess angesehen wird (Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023). Hierbei stellt sich für eine Hebamme die Frage, inwiefern das Aneignen von Wissen und Erfahrungsberichten selektiv stattfindet. Nun wird relevant welche Rechte das Ungeborene hat, wenn es zu einer Entscheidung für eine Alleingeburt kommt. Hierbei ist die Unterscheidung zwischen Fetus, geboren-werdend, und geboren gesetzlich von Bedeutung.

4.3.2 Ansprüche des Fetus und Rechte des geborenen Kindes

Der Schutz der Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und die Rechte auf persönliche Selbstbestimmung sind im Grundgesetz fest verankert (GG, Art. 1, Art. 2). Dies gilt für die Schwangere. Juristisch betrachtet gilt ein ungeborener Fet im deutschen Staat als ein zu beschützendes, menschliches Gut, welcher durch die Auflagen zu einem Schwangerschaftsabbruch §218 und §219 im Strafgesetzbuch [StGB] vertreten wird. Das ungeborene Kind gilt nicht als rechtsfähige Person mit vollumfänglichen Menschenrechten (Diefenbacher, 2016, S. 32ff.). Jones (2003, S. 139) gibt zu bedenken, dass

derartige Regelungen zu den Rechten eines ungeborenen Kindes die Autonomie der Frau außer Kraft setzen können, da in bestimmten Fällen die Rechtsposition des Fetus über die einer bereits geborenen, eigenständig handelnden Person gestellt würde. Auch Antje Schrupp (2022, S.45) zeigt in ihrer Monographie zur reproduktiven Freiheit und feministischen Ethik auf, dass es ethisch und moralisch verwerflich sei, wenn über juristische Konsequenzandrohung und eine Gesetzeslage in die Autonomie und Selbstbestimmung der schwangeren Person eingegriffen werden würde. Bei Fragen um den Personenbegriff und wie die Autonomie der Schwangeren und die Ansprüche des Fetus vereinbart werden können, kommt es zu der Diskursfrage, wann Leben beginnt.

„Aber wann hat es denn begonnen? [...] Damit haben wir die äußersten Enden: Am Anfang steht das biologische Leben und am Ende, bei der Geburt, das unabhängige Leben. Wahrscheinlich wird man weder der Frau noch dem Fötus durch die Berücksichtigung nur eines dieser Punkte gerecht.“ (Jones, 2003, S.136f.).

Die Autorin äußert, dass nach der Geburt, mit dem ersten Atemzug zwar das „unabhängige Leben“ (S.137) beginnt, Hebammen den heranwachsenden Feten jedoch die gesamte Schwangerschaft betreuen. Sie hören die Herztöne, spüren seine Bewegungen bei den Leopoldschen Handgriffen und Messen das Wachstum (Jones, 2003, 136f.). Die Komplexität des Diskurses um den Lebensbeginn und der damit verbundenen Rechte des Kindes verändert sich, sobald rund um den Geburtstermin Geburtsbestrebungen vorhanden sind.

4.3.3 Stimme aus der Praxis

Ab Beginn der Eröffnungswehen gilt der Fetus als „geboren-werdend“ womit er strafrechtlich stärker geschützt wird. Erlebt das Kind Komplikationen oder verstirbt während einer Alleingeburt, kann ein strafrechtliches Verfahren im Rahmen eines Tötungsdeliktes aufgenommen werden. Sobald das Kind vollständig geboren ist, gilt das Kind als rechtsfähige Person mit Rechten im vollen Umfang (Diefenbacher, 2016, S.32ff.). Die auf Medizinrecht und strafrechtlichen Opferschutz spezialisierte Rechtsanwältin Patricia Morgenthal berichtet im Rahmen einer Expert*innenaussage, bereits mehrere Familien im Anschluss an eine Alleingeburt juristisch begleitet und vertreten zu haben. Sie beschreibt diese Verfahren als erhebliche psychische und emotionale Belastung für die betroffenen Familien. Der jeweils zugrundeliegende Hintergrund, die individuellen Beweggründe sowie der situative Verlauf stellen ihrer Beurteilung nach eine komplexe Entwicklung dar, dessen Einschätzung nicht so einfach möglich sei, wie eine außenstehende Person zu denken vermöge (s. Anhang a.)

Die Limitation in diesem Abschnitt besteht darin, dass keine Empirie oder Datenerhebungen zu juristischen Konsequenzen von Alleingeburten in Deutschland bestehen. Aus diesem Grund wird diese theoretisch erarbeitet und anhand von grauer Literatur gestützt. Dieser Abschnitt beruht auf einer Dokumentation, einer Publikation eines Juristen in der deutschen Hebammenzeitschrift, und der Expertinnenaussage einer Rechtsanwältin.

4.3.4 Das Dilemma zwischen Fürsorge und Entscheidungshoheit

Zunächst stehen verschiedene moralische Pflichten und Prinzipien im Widerspruch zueinander, wodurch ein Dilemma gebildet wird (Johnson, 1990, S. 33). Die Komplexität bemisst sich daran, wie unabsehbar die Auswirkungen der Entscheidung sind. Die Autorin beschreibt, dass häufig nach einer Lösung, die für alle tragbar wäre, gesucht würde, dies jedoch nicht in jedem Fall möglich sei (Jones, 2003, S.32).

Der Verlauf einer Geburt ist unvorhersehbar, sowohl für die Hebamme als auch die Schwangere. Bei einer Alleingeburt werden ambivalente Gefühle angegeben, zwischen Stolz, Selbstvertrauen, Unsicherheit und Selbstzweifel, ob die Entscheidung die richtige ist (Lindgren et al., 2017). Neben einer heilsamen, positiven Geburtserfahrung wird auch von dramatischen Szenen bis hin zum Versterben des Kindes berichtet (Grenzken & Lehnert, 2024, Minute 21:59 bis 22:40). Für eine Hebamme kollidiert die Verpflichtung der Fürsorge für die Schwangere und ihr Kind mit der Unterstützung und Achtung der Entscheidungshoheit der Gebärenden, sodass dies laut Definition ein komplexes Dilemma darstellt (DHV, 2017; Johnson, 1990, S.33; Jones, 2003, S.32).

Es entsteht eine ethische Herausforderung, in der die Hebamme als Vermittler*in auftritt, die sich für den Schutz des Kindes ausspricht, jedoch den Respekt vor der Entscheidungshoheit der Schwangeren wahrt. An dieser Stelle wird eine Perspektive hilfreich, die Beziehung, Fürsorge und Verantwortung in den Blick nimmt und vereint.

4.4 In Beziehung bleiben

4.4.1 Sicht der Care-Ethik

Die Theorie und die Herangehensweise der Care-Ethik nach Tronto (1993, 127-157) ist im Hintergrund Abschnitt 2.1 beleuchtet und wird nun auf den Fall einer Entscheidung für eine Alleingeburt angewandt. Die Sicht der Care-Ethik erfordert, mit Familien, die eine Alleingeburt planen oder erlebt haben, in Beziehung zu treten, anstatt sie zu verurteilen. Dies betont die Bedeutung einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung. Gründe, Bedürfnisse und Erfahrungen sollen angehört werden, um ein vertieftes Verständnis für die individuelle Situation zu entwickeln. Zentral ist, die Beziehung nicht abbrechen zu lassen, sondern aktiv an ihr zu arbeiten. Auch dann, wenn die Entscheidung gegen die eigenen Empfehlungen getroffen wird. Die Lebenssituation der Familie soll wahrgenommen werden, der Versorgungsbedarf ermittelt, und Unterstützung dort angeboten werden, wo sie gewünscht ist. Es soll Fürsorge gezeigt werden, welche ein verantwortungsbewusstes Gespräch über Risiken und Grenzen einer Alleingeburt beinhaltet. Die Autonomie der Frau ist zu respektieren, während der Schutz der Mutter und des Kindes in der vulnerablen Phase der Geburt in einer

fürsorglichen und respektvollen Weise thematisiert wird. Die Hebamme übernimmt in ihrer Rolle die Verantwortung, vermeidbare Risiken zu reduzieren und dieser Familie die in ihrem Handlungsspielraum bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen. Hierzu gehört auch die Resonanz der Betreuung zu ermitteln und in einem achtsamen Umgang gemeinsam herauszufinden, an welchen Punkten die Betreuung angepasst werden soll.

Die Care Ethik und das Reflexionsmodell implizieren auch die Verantwortung über die einzelne Begegnung hinaus zu übernehmen, indem persönliche, institutionelle und strukturelle Probleme explizit benannt und reflektiert werden, die zur Entstehung solcher Entscheidungssituationen beitragen können und im folgendem erläutert werden.

4.4.2 Verantwortung auf persönlicher, institutioneller und politischer Ebene

Auf persönlicher Ebene tragen Hebammen die Verantwortung, eine familienzentrierte, bedürfnisgerechte und möglichst sichere Geburtshilfe mitzugestalten, die sich an dem für sie gültigen Ethikkodex, den Leitlinien und an vorhandener Evidenz orientiert (DHV, 2017; DHV, 2020; ICM, 2025). Werden die Ergebnisse betrachtet, in der mehrere Faktoren eine Rolle für die Entscheidung für eine Alleingeburt gespielt haben, gehört beispielsweise die Sensibilisierung der eigenen professionellen Persönlichkeit für Autonomie und Selbstbestimmung und für Geburtstraumata dazu (Baranowska et al, 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022). Zudem erscheint in der Betrachtung des Reflexionsmodells die Bereitschaft zu einer eigenen ethischen Reflexion sinnvoll, insbesondere dort, wo der Wunsch der Schwangeren nach Selbstbestimmung und das eigene Risikobewusstsein auseinandergehen. Die Autorin dieser Arbeit schlussfolgert, dass dadurch eine Entstigmatisierung und eine offene Gesprächsmöglichkeit gefördert wird, da auch Unsicherheiten durch Unwissen seitens der Hebamme minimiert werden.

Auf institutioneller Ebene liegt die Verantwortung darin, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen eine respektvolle und kontinuierliche Betreuung im gesamten Betreuungsbogen möglich ist. Sich in der Schwangerschaft kennen zu lernen, soll den Beziehungsaufbau unterstützen und ein Vertrauen in die geburtshilfliche Versorgung unterstützen. In der Begleitung und im Prozess des Kennenlernens werden ausreichende personelle und zeitliche Ressourcen als wichtig empfunden (Lou et al, 2022). Regionale Unterschiede in der Versorgung mit begrenzten Kapazitäten zeigen auf, dass eine flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Geburtshilfe in Deutschland nicht gegeben ist (Fertmann & Möller, 2020). Diese Diskrepanz geben auch die interviewten Gesprächspartner*innen in ihrem Versorgungskontext an (Baranowska et al., 2022; Johansson et al., 2023; Lindgren et al., 2017).

Auf gesellschaftlich-politischer Ebene umfasst die Verantwortungsübernahme die Etablierung einer flächendeckenden Hebammenversorgung mit Arbeitsbedingungen, die diese Leistung der Hebammen ermöglichen. Außerdem muss die Forschung in der Geburtshilfe gefördert werden, die nicht nur medizinische Outcomes betrachtet, sondern das Erleben der Gebärenden in Deutschland untersucht. Dies stellt eine Qualitätssicherung der Geburtshilfe dar (Limmer et al., 2023).

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass in geschilderten Fällen strukturelle Defizite in der geburtshilflichen Versorgung dazu beitragen können, dass eine Alleingeburt als verbleibende Möglichkeit erlebt wird, wenn andere Optionen nicht organisierbar erscheinen. Hierbei wird deutlich, dass die Herausforderungen und Dilemmata, vor denen Hebammen bei der Positionierung zu Alleingeburten stehen, nicht nur in der unmittelbaren Begegnung mit der Schwangeren entstehen, sondern auch von institutionellen und politischen Rahmenbedingungen geprägt werden, die anhand des Reflexionsmodells berücksichtigt werden.

4.5 Kritische Würdigung der Anwendung des Reflexionsmodells

Die Anwendung des Reflexionsmodells nach Rabe (2017) ermöglicht eine strukturierte Aufarbeitung des erarbeiteten Inhalts und macht dabei bestehende Kompetenzlücken sichtbar. Diese Lücken erfordern zusätzliche Recherche und führen dazu, dass sich die Perspektive auf das Phänomen der Alleingeburt erweitert. Durch das Modell hat sich der Umfang der berücksichtigten Aspekte deutlich vergrößert, es wurden mehr Dimensionen sichtbar als zunächst angenommen. Der Einbezug unterschiedlicher ethischer Ansätze, wie der Pflichtethik und Care-Ethik, öffnet verschiedene Blickwinkel auf dasselbe Thema und zeigt eine Vielschichtigkeit auf. Besonders wertvoll erscheint das vertiefte Verständnis für die unterschiedlichen Perspektiven, das durch das Modell entstanden ist. Annahmen werden nicht nur hinterfragt, sondern unterschiedliche Sichtweisen verglichen und deren Zusammenhang versucht zu begreifen. Gleichzeitig wird deutlich, dass ethische Reflexion nicht immer nach demselben Ablauf erfolgt, sie ist abhängig davon, welche Person oder Gruppe reflektiert und welche Fragen, Werte und Erfahrungen eingebracht werden. Diese Arbeit ist zudem von einer werdenden Hebamme als Autorin verfasst, die sich im Übergang von der theoretisch-praktischen Ausbildung in die Berufspraxis befindet. Zum Zeitpunkt dieser Arbeit besteht keine examinierte Berufserfahrung, wodurch weitere Herausforderungen unberücksichtigt bleiben können. Im Hinblick auf die Forschungsfrage zeigt sich, dass das Modell nicht dazu dient, eine allgemeinverbindliche Entscheidungsvorlage zu liefern. Es bietet einen Rahmen, in dem die unterschiedlichen ethischen Spannungsfelder sortiert und sichtbar gemacht werden können. Es ermöglicht eine eigene Positionierung zu Alleingeburten nachvollziehbar zu entwickeln und transparent zu begründen. Dies fördert den Austausch,

eine Entstigmatisierung, und bewahrt vor vorschnellem, ethischem Beurteilen „aus dem Gefühl heraus“. Vielmehr wird klar, dass es in der berufsethischen Praxis darum geht, ein Verständnis zu entwickeln, auch dann, wenn die Entscheidung entgegen der eigenen Empfehlung getroffen wird. Dies ermöglicht einen gemeinsamen Ansatzpunkt zu finden, an dem gearbeitet werden kann. Die freiwillige Wahl, in einer seltenen Notfallsituation gegebenenfalls auf sich selbst und vertraute Personen ohne Fachkenntnisse gestellt zu sein, ist aus professioneller Hebammensicht eine dramatische Situation. Ein Verständnis für das Gegenüber darf nicht beinhalten, Risiken für Mutter und Kind zu vernachlässigen, weswegen es fürsorglich ist, ein respektvolles Gespräch auf Augenhöhe zu führen, die die Abläufe der Geburt, die verschiedenen Phasen, und die Bedeutung von einer fachkundigen Betreuung betont. Das Modell nach Rabe (2017) wird in dieser Arbeit auf die Thematik der Alleingeburt übertragen, in denen Erlebnisse von Familien, die eine Alleingeburt durchgeführt oder geplant haben, betrachtet werden. Die beschriebenen Erfahrungen sind überwiegend positiv, ohne beschriebene schwerwiegende Komplikationen und langfristige Folgen. Aus diesem Grund wurden in den Abschnitten zu Non-Malefizien und Gerechtigkeit zusätzlich zu einem Fachartikel eine Expertinnenaussage und Informationen aus grauer Literatur miteinbezogen. Dies und der potenzielle Selektionsbias der Studien schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein und muss bei der Einordnung der Reflexion berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass die Studien aus unterschiedlichen europäischen Kontexten stammen und sich die Angebote und Finanzierungsstrukturen der außerklinischen Geburtshilfe zwischen den Ländern unterscheiden. Die strukturellen Rahmenbedingungen sind daher nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragbar, sondern markieren mögliche parallele Spannungsfelder, die in diesen Kontext eingeordnet werden. Insgesamt beruhen die Ergebnisse dieser Arbeit auf einer Kombination aus Grundlagentheorie, Fachpublikationen, einer Aussage einer Rechtsanwältin, und der Zusammenfassung fünf europäischer Studien zu Alleingeburten. Daraus zeigt sich, dass die Inhalte des ethischen Entscheidungsmodells in dem möglichen Rahmen der Autorin erarbeitet wurden, jedoch nicht abschließend vollständig sein können. Aus diesem Grund ist das Design der Arbeit theoretisch und weitere Untersuchungen vonnöten.

5 Beitrag der Ethik zur Professionalisierung des Hebammenberufes und Relevanz der Erforschung des subjektiven Erlebens von Gebärenden

Die vorliegende Arbeit hat sich mit den Herausforderungen und Dilemmata beschäftigt, die sich für Hebammen im Kontext von geplanten Alleingeburten ergeben und ethische betrachtet werden. Der Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass der schwangere Körper als „Zwei in Eins“ (Irigaray, 1980, S. 297) eine besondere moralische Situation darstellt, da getroffene Entscheidungen sowohl die Gebärende als auch das Kind betreffen. Eine Hebamme richtet ihr berufliches Handeln danach aus, die Autonomie und die Selbstbestimmung einer Gebärenden zu wahren, zu ermutigen und darin zu unterstützen. Sie hat die Aufgabe, die Physiologie der Geburt und die Gesundheit der Mutter und ihres Neugeborenen zu fördern. Außerdem trägt sie eine berufliche Verantwortung, Risiken rechtzeitig zu erkennen, zu benennen und erste Maßnahmen ergreifen zu können (DHV, 2017; ICM, 2005). Auch weiß sie um die rechtlichen Rahmenbedingungen im Falle einer seltenen, schwerwiegenden Komplikation. Wie belastend es für eine Familie sein kann, in der Ausnahme-situation eines Notfalls ohne fachliche Unterstützung handeln zu müssen und, je nach Ereignis, sich im Nachhinein vor der Staatsanwaltschaft verantworten zu müssen, lässt sich allenfalls erahnen. Da keine Person von einem derartigen Erlebnis im Rahmen der Studien erzählt hat und sich die Fallschilderungen auf graue Literatur stützen, lässt sich auf Einzelfälle schließen, die bisher nicht empirisch erfasst wurden.

Der Geburtsprozess bleibt trotz körperlicher und mentaler Vorbereitung dynamisch und unvorhersehbar, sodass jederzeit Abweichungen auftreten können, die eine fachliche Einschätzung erfordern. Die Erfahrung in der Geburtshilfe lehrt Hebammen eine pietätvolle Haltung gegenüber dem Akt der Geburt und der Wahrung der Physiologie. Dieser Übergang kann schleichend, fließend oder plötzlich geschehen. Eine Hebamme ist gefordert achtsam, vorausschauend und unvoreingenommen Situationen rezidivierend einzuschätzen. Sie bewegt sich zwischen beruflicher Verpflichtung und Fürsorge, der Unterstützung der Autonomie der Gebärenden, dem Wohl und dem Schutz des Kindes, der eigenen Verantwortung für eine sichere Versorgung, sowie der Realität möglicher Komplikationen. Das Reflexionsmodell nach Rabe (2017) sowie die Perspektive der Care-Ethik nach Tronto (1993) verdeutlichen, dass es nicht um eine ablehnende oder befürwortende Haltung gegenüber Alleingeburten geht, sondern darum, in Beziehung zu bleiben. Dies ist besonders relevant, wenn Entscheidungen nicht der eigenen Empfehlung entsprechen. Diese und andere Spannungsfelder zu reflektieren und transparent darzustellen, ermöglicht einen weiteren Schritt in der Gestaltung einer bedarfsgerechten, familienzentrierten Geburtshilfe. Das Aneignen

von Wissen und einer Reflexion, bildet eine Grundvoraussetzung für die Beratungsmöglichkeit. Dies sorgt dafür, dass Schwangere ihre Geburtspläne, unabhängig des geplanten Geburtsortes, mit Fragen, Unsicherheiten und Überzeugungen thematisieren können, ohne Sorge vor Stigmatisierung oder einer ausschließlich auf Risiken ausgerichteten, einseitigen Beratung haben zu müssen. Das zeigt aus Sicht der Autorin eine Voraussetzung auf, die für ein Gespräch auf Augenhöhe vonnöten ist. Hierbei ist die Art der Kommunikation eine weitere Herausforderung, die mit Berufserfahrung, theoretischem Wissen und Personenexpertise sowie kritischer Eigenreflexion weiter ausgebaut wird.

In der Auswertung der qualitativen Studien wurde sichtbar, dass sich die Entscheidung für eine Alleingeburt nicht auf einen einzigen Faktor zurückführen lässt, sondern ein Geflecht aus persönlichen Erfahrungen, eigenen Vorstellungen und strukturellen Rahmenbedingungen zugrunde liegt. Ein wiederkehrendes Motiv sind negative oder als traumatisch erlebte, vorherige Geburten in einem begleiteten Setting. Dies wird verbunden mit respektlosem Verhalten, fehlender Beteiligung an Entscheidungen, einem Gefühl von Fremdbestimmung und Schilderungen von Gewalt in der Geburtshilfe. Diese Erfahrungen untergraben das Vertrauen in die Geburtshilfe, sodass für die folgende Geburt ein Plan unter anderen Voraussetzungen entsteht. Zentral wird hierbei der Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung im gesamten Verlauf benannt. Die Selbstwirksamkeit und die eigene Handlungsfähigkeit sollen bewusst erlebt werden. Die Gebärenden geben an, selbst über Ort, Ablauf und den anwesenden Personen entscheiden zu wollen. Die intensive Beschäftigung mit Büchern über die Physiologie der Geburt, Erfahrungsberichten und Online-Ressourcen stärken das Vertrauen in den eigenen Körper (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren, et al., 2017; Lou et al., 2022). Gleichzeitig wird auch von Unsicherheit und Zweifel in intensiven Phasen der Geburt berichtet, in denen die Anwesenheit einer Hebamme gewünscht war (Lindgren et al., 2017).

Hinzu kommen strukturelle Barrieren, die die Entscheidung beeinflussen. Einige der Frauen aus Studien geben an, eine hebammengeleitete Hausgeburt oder eine kontinuierliche Betreuung zu bevorzugen, diese Option aufgrund mangelnder Hebammenkapazitäten, regionaler Unterversorgung oder finanzieller Hürden nicht organisieren zu können (Baranowska et al., 2022; Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren, et al., 2017). Auch der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur Hebamme konnte mitunter durch Zeitdruck und mangelnden Ressourcen nicht entstehen (Lou et al., 2022). In solchen geschilderten Konstellationen erscheint die Alleingeburt nicht nur als Ausdruck eines absoluten Autonomieverständnisses, sondern auch als eine Entscheidung unter eingeschränkten Möglichkeiten, die auf Lücken im jeweiligen Versorgungssystem hinweist.

Zudem wird aus den Ergebnissen der Verantwortungsebene eine Parallele zu den derzeitigen Forderungen der diesjährigen Kampagne „Frauen zahlen den Preis“ des Deutschen Hebammenverbandes deutlich. Der DHV fordert eine respektvolle und bedarfsgerechte Geburtsbegleitung. Er macht aufmerksam, dass Gewalt in der Geburtshilfe und Geburtstraumata thematisiert werden sollen und Sensibilisierung notwendig ist. Er fordert öffentliche Rahmenbedingungen, die eine kontinuierliche Betreuung im gesamten Bogen der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ermöglichen. Dies beinhaltet beispielsweise die Forderung der Umsetzung der 1:1 Betreuung von Gebärenden und das Sicherstellen eines verlässlichen Zugangs zu Hebammenversorgung (DHV, o.J.). Auch auf diese strukturellen Defizite haben einige der interviewten Familien aufmerksam gemacht. Diese Aspekte fehlten einigen von ihnen in ihrem Versorgungskontext, sodass dies als ein Grund benannt wurde, von einer betreuten Geburt abzusehen. Die Ergebnisse dieser Arbeit stützen die Relevanz der derzeitigen Berufs- und gesundheitspolitischen Forderungen des Deutschen Hebammenverbandes nach einer respektvollen, familienzentrierten Geburtshilfe, die Beziehungskontinuität ermöglicht und einen verlässlichen Zugang zu Hebammenbegleitung absichert.

Diese Arbeit zeigt die Notwendigkeit und die Verantwortung, die Erfahrungen und das Erleben von Gebärenden in Deutschland zu untersuchen. Eine erste Entwicklung in diese Richtung wurde vorangetrieben, indem ein nordamerikanisches Selbstbeurteilungstool in Deutschland erprobt wurde, welches Respektlosigkeit, Misshandlung, Diskriminierung und eingeschränkte Autonomie während der Geburt aus Sicht der Gebärenden erfasst. Die Items und Skalen wurden auf den deutschen Kontext angepasst und die Ergebnisse werden als verlässlich und valide beschrieben. Für eine sichere und bedarfsorientierte Geburtshilfe besteht ein Forschungsbedarf, in der das Erleben und die Wahrnehmung der Gebärenden in Deutschland untersucht wird (Limmer et al., 2023). Hierbei ist auch die fortlaufende Professionalisierung des Hebammenberufs und das Vorantreiben der Forschung relevant. Neben der Akademisierung trägt die Forschung dazu bei, durch Ergebnisse evidenzbasiert zu praktizieren und Empfehlungen aussprechen zu können. Diese Evidenzen ermöglichen die Erweiterung unseres Wissensspektrums, um eine fundierte Versorgung anzubieten, was Vertrauen schafft und ein Qualitätskriterium darstellt (DHV, o.J.; ICM, 2025). Eine Forschungslücke zu Alleingeburten in Deutschland besteht. Hierbei sollte auch der Zusammenhang der Entscheidung mit der Rolle von sozialen Medien und soziokulturellen, politischen Aspekten untersucht werden. Ebenso benötigt es Studien, die die Autonomie, Selbstbestimmung und das Sicherheitserleben aus Sicht der Gebärenden fokussieren. Außerdem könnte die Entwicklung eines eigenen ethischen Modells und Fallanalyse innerhalb der Hebammenwissenschaft einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung leisten.

Durch die vorliegende Arbeit und den Suchstrategien wird klar, dass es zwar eine breite medizin- und pflegeethische Diskussion gibt, jedoch nur wenige Werke und Monographien, die die Ethik explizit aus hebammenspezifischer Perspektive beleuchten und anhand von Fallbeispielen erarbeiten. Auch ein eigenständiges, von der Hebammenwissenschaft entwickeltes Entscheidungsmodell liegt bislang nicht vor, weswegen auf Modelle anderer Professionen zurückgegriffen wird. In dieser Arbeit hat das Reflexionsmodell nach Rabe (2017, S. 130) eine Struktur der eigenen Gedanken, der theoretischen Grundlagen, verschiedener ethischer Ansätzen und Perspektiven ermöglicht, welches ein tiefergehendes Verständnis für das Dilemma rund um eine Alleingeburt entstehen lässt. Das Modell hat sich in dieser Arbeit als hilfreiches Instrument erwiesen, um diesen komplexen Fall strukturiert aufzuarbeiten und eignet sich für Falldiskussionen in einem Team oder in der Lehre, ohne eine einzige „richtige“ Lösung zu erzwingen. Die Care-Ethik nach Tronto (1993) erscheint an dieser Stelle für Hebammen passend, da Hebammen ihre Arbeit fürsorgeorientiert und respektvoll gestalten, in dem es nicht nur darum geht, Rechte und Normen gegeneinander abzuwägen. Hierbei gibt es eine erste, internationale Untersuchung, die Hebammen aus mehreren Ländern befragt, wie Hebammenethik verstanden wird und daraus folgend zentrale Merkmale ableitet. Das Ergebnis bleibt aufgrund der globalen Befragung abstrakt und kann nicht auf ein Land übertragen werden. Jedoch zeichnet sich ein erster Konsens der Hebammenethik, der vorsichtig interpretiert werden sollte. Diese Übereinstimmung sieht die Hebammenethik im Kontext von relationalen Beziehungen, die Vertrauen und Fürsorge erfordern, und gleichzeitig die kritische Auseinandersetzung mit strukturellen Machtverhältnissen (Buchanan et al., 2025). Diese Aspekte finden sich auch im Ethik-Kodex für Hebammen in Deutschland (DHV, 2017).

Aus der Perspektive der Autorin als werdende Hebamme lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Literatur keine Positionierung dafür oder dagegen formulieren. Zum einen fehlen Studien, die das Erleben und die Beweggründe von Familien im deutschen Kontext erfassen. Zum anderen lassen die Ergebnisse vermuten, dass die Entscheidung für eine Alleingeburt mit individueller Lebensgeschichte, eigenen moralischen Vorstellungen und erlebten Defiziten in der Versorgung verwoben ist. Es fällt auf, dass sich viele Schwangere die Bestätigung ihrer Pläne zu einer Alleingeburt über Online-Foren, private Alleingeburtsvorbereitungskurse und soziale Medien holen, während Quellen oder Personen, die kritisch sein könnten, gemieden werden, um nicht verunsichert zu werden (Henriksen et al., 2020; Johansson et al., 2023). Gerade hier wird deutlich, wie wichtig Gesprächsbereitschaft seitens der Hebamme und der Schwangeren ist. Denn nur dort, wo ein offener Austausch möglich ist, bildet sich ein Fundament von Vertrauen, das Beratung und gemeinsame Arbeit ermöglicht. Im ersten Moment scheint der Hebammenberuf bei Alleingeburten nicht involviert zu

sein, da per Definition keine Hebamme anwesend ist. Bei Betrachtung der Gesamtsituation wird jedoch klar, dass Hebammen etwa in der Schwangerenberatung, in der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und berufsethisch in besonderer Verantwortung stehen auf Bedingungen einzuwirken, unter denen Familien sich überhaupt für oder gegen eine Alleingeburt entscheiden.

Schlussendlich macht die Perspektive der *Conditio humana* deutlich, dass Hebammen und Familien in dieselben Herausforderungen des Menschseins eingebunden sind, und Entscheidungen nie losgelöst von dieser Grundgegebenheit getroffen werden. Dies sind zum einen die grundlegende Erfahrung von Verletzlichkeit und Unsicherheit, gleichzeitig jedoch auch die Hoffnung auf ein gutes, gelingendes Leben (Ahrendt, 1958; Ahrendt, o.J.; Maio & Vossenkuhl, 2012, S. 5). In den aufgezeigten Spannungsfeldern dieser Arbeit wird deutlich, dass Ethik in der Hebammenwissenschaft keine optionale Zusatzkompetenz ist, sondern zu dem Kern des Berufes gehört. Die Fähigkeit zu einer ethischen Reflexion ermächtigt, das eigene ethisch-moralische Handeln und das Treffen von Entscheidungen zu begründen, womit ein Dilemma professionell bearbeitet werden kann.

Literaturverzeichnis

- Achtelik, K. (2018). *Selbstbestimmte Norm: Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung* (2. Aufl.). Verbrecher.
- Ahrendt, H. (1958). *The human condition* (2. Aufl.). University of Chicago Press.
- Ahrendt, H. (o.J.). Labor, Work, Action. In Bernauer, J. W. (Hrsg.). (1987). *Amor mundi: Explorations in the faith and thought of Hannah Arendt*. Dordrecht.
- Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U., & Crowther, S. (2022). „I knew there has to be a better way“: Women’s pathways to freebirth in Poland. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(4), 328-336.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. Aufl.). Oxford University Press.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bowser, D. & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. USAID–TRAction Project in Bethesda, MD. University Research Corporation, LLC, and Harvard School of Public Health.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. überarb. und erg. Aufl.). Huber.
- Brauer, S. & Strub, J-D. (2016). Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber. Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus „Autonomie in der Medizin“. In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). *Swiss Academies Communications* 11 (12). S. 15-18.
- Buchanan, K., Bayes, S., Newnham, E., Kirkham, M., & Nieuwenhuijze, M. (2025). Global perspectives of midwifery ethics: Crucial features for practice via an international Delphi study. *Midwifery*, 149, 104582. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104582>
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2020) Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen [HebStPrV] vom 8. Januar 2020 BGBl. I Nr. 2 auf Grundlage des §71 Absatz 1 des Hebammengesetzes [HebG] vom 22.11.2019 BGBl. I S. 1759. Kompetenzen für die staatliche Prüfung zur Hebamme, Anlage 1, 51-53. Zuletzt

- bearbeitet 08.01.2020.
- https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl120s0039.pdf#/text/bgbl120s0039.pdf?_ts=1765457584939
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2022). Gesundheit für alle – Ein Wegweiser durch das deutsche Gesundheitswesen (4. Aufl.). Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/gesundheits-fuer-alle-ein-wegweiser-durch-das-deutsche-gesundheitswesen.html>
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* (1982), 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. (2020). S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. Registernummer 015/083. AWMF. Zuletzt überarbeitet am 22.12.2022.
- <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-083>
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2022). S2k-Leitlinie Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie. Registernummer 015-063. AWMF. Zuletzt überarbeitet 27.09.2022. <https://register.awmf.org/leitlinien/detail/015-063>
- Deutscher Hebammenverband. (o.J.) Kampagne zum Wahljahr 2025. Zuletzt eingesehen 01.12.2025.
- <https://hebammenverband.de/aktionstage/frauenzahlendenpreis#hintergrundinformationen>
- Deutscher Hebammenverband. (2017) Eine Ethik für Hebammen. Zuletzt überarbeitet 2024. https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/02/DHV_Ethik_fuer_Hebammen2022.pdf
- Deutscher Hebammenverband. (2020). Respektvolle Geburtshilfe: Die universellen Rechte für Schwangere und Gebärende Frauen (Grau, C., Übers.). (Originaldokument veröffentlicht von WRA, 2011).
- https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/12/HF-8-14-U__bersetzung_Repectful_Maternity_Care.pdf
- Deutscher Presserat. (1973). Ethische Standards für den Journalismus. Fassung zuletzt bearbeitet am 19.03.2025. <https://www.presserat.de/pressekodex.html>
- Diefenbacher, M. (2016). Späte Entschädigung?. *DHZ*. 08/2016, 32-34.
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., ... Van Der

- Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*, j4891. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
- Fertmann, R., & Möller, N. (2020). Hebammenversorgung in Hamburg - Stand 2018. Zuletzt bearbeitet 03.2020. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit, Fachabteilung Prävention, Gesundheitsförderung und Öffentlicher Gesundheitsdienst. <https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheit/gesundheitsfoerderung/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsberichte/hebammenversorgung-in-hamburg-33028>
- Gaidys, U., & Petersen-Ewert, C. (2018). *Ethik in Pflege und Therapie: Grundlagen, Übungen, Wissenstransfer* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-034822-6>
- Gilligan, C. (1984). *Die andere Stimme* (übersetzt. Aufl.). Piper.
- Grenzken, L. & Lehnert, S. (Aut.). (2024). Radikale Mütter: Warum riskieren Frauen eine Alleingeburt? [Dokumentationsfilm]. Recherchen, die mehr zeigen. Produktion des Südwestrundfunk [SWR] und Norddeutscher Rundfunk [NDR]. Veröffentlicht von der Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland [ARD]. <https://www.ardmediathek.de/video/vollbild-recherchen-die-mehr-zeigen/radikale-muetter-warum-riskieren-frauen-eine-alleingeburt/swr/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgvdzIxMzk4MDc>
- Heller, J. (2020). Im Gespräch mit Kreit M.: „Ich war die Erste, die dieses Kind angefasst hat“. *Hebammenforum* 12/2020, 21, 25-28.
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I., & Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth-A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 25, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- International Confederation of Midwives. (2005). International Definition and Scope of Practice of the Midwife. Zuletzt überarbeitet 2024. <https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>
- International Confederation of Midwives. (2014). International Code of Ethics for Midwives. Zuletzt bearbeitet 05.01.2014. <https://internationalmidwives.org/resources/international-code-of-ethics-for-midwives/>
- International Confederation of Midwives. (2025). Professional Framework for Midwifery. Implementation Guide. Zuletzt aktualisiert 10.06.2025. <https://internationalmidwives.org/resources/professional-framework-for-midwifery-implementation-guide/>

- Irigaray, L. (1980). *Speculum, Spiegel des anderen Geschlechts* (1. übersetz. Aufl.). Suhrkamp.
- Johansson, M., Jansson, O., Lilja, F., Ekéus, C., & Volgsten, H. (2023). Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice - A Swedish national interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 37, 100866. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100866>
- Johnson, A. G. (1990). *Pathways in medical ethics*. Arnold.
- Jones, S. R. (2003). *Ethik und Hebammenpraxis* (1. übers. Aufl.). Huber.
- Krauspenhaar, D., Knobloch, R., Fitz, K. (2021). Alleingeburt – ein Leitfaden für Hebammen. *Hebammenforum* 3/2021, 22, 65-67.
- Limmer, C. M., Stoll, K., Vedam, S., Leinweber, J., & Gross, M. M. (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*, 126, 103809. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>
- Lindgren, H. E., Nässén, K., & Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands—Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 11, 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L., & Maimburg, R. D. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34, 100789. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789>
- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersda, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., Te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021). Versorgung und Reanimation des Neugeborenen nach der Geburt: Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notfall + Rettungsmedizin*, 24(4), 603–649. <https://doi.org/10.1007/s10049-021-00894-w>
- Maio, G., & Vossenkuhl, W. (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: ein Lehrbuch* (1., korrigierter Nachdruck der 1. Auflage). Schattauer.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rabe, M. (2017). *Ethik in der Pflegeausbildung: Beiträge zur Theorie und Didaktik* (2. Aufl.). Hogrefe Verlag. <https://doi.org/10.1024/85741-000>

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sandall, J., Turienzo, C. F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (o. J.). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>
- Schrupp, A. (2022). *Reproduktive Freiheit: Eine feministische Ethik der Fortpflanzung* (1. Auflage). Unrast.
- Seehafer, P. (2017). Unassistierte Geburten: Frei oder allein?. *DHZ*, 69 (9), 8-14.
- Stoljar, N. (2024). Feminist Perspectives on Autonomy. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2024 Ed.)*. Nodelman, U. & Zalta, E. N. (Hrsg.). <https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/feminism-autonomy/>
- Schwarz, C. (2017). Alleingeburt: Was braucht eine Frau zum Gebären?. *Hebammenforum* 06/2017, 18, 632-636.
- Traum(a)Geburt e.V. (o. J.). Wer steht hinter der Roses Revolution Deutschland?. www.rosesrevolutiondeutschland.de. Abgerufen am 8. Dezember 2025. <https://www.rosesrevolutiondeutschland.de/Ueber-uns/>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tegethoff, D. (2011). Patientinnenautonomie in der Geburtshilfe. In Villa, P.-I., Moebius, S. & Thiessen, B. (Hrsg.). *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S.101-128). Campus.
- White Ribbon Alliance [WRA]. (2011). Respectful maternity care: The universal rights of women & newborns. https://whiteribbonalliancekenya.org/wp-content/uploads/2024/09/WRA_RMC_CharterBrochureFINAL.pdf

IV Anhang

a. Gesprächserinnerungsprotokoll

Gesprächserinnerungsprotokoll vom 23. Juni 2025

Gesprächspartner*in: Rechtsanwältin (Spezialisierung: Medizinrecht, strafrechtlicher Opferschutz)

Ort: Hochschule Dauer: 10 Minuten

Verfasser*in: Luisa Monteiro

Thema: Rechtliche Perspektiven auf Alleingeburten und ihre Auswirkungen auf Familien

Inhaltsübersicht

Das Gespräch behandelte die rechtlichen Herausforderungen und persönliche Erfahrungen der Anwältin in Gerichtsfällen rund um Alleingeburten, die Entstehung ihrer Mandantschaft sowie die psychosozialen und rechtlichen Belastungen für Familien, wenn Fälle einer Alleingeburt vor Gericht verhandelt werden.

Die Befragte wurde zum Gesprächseinstieg gefragt, welche Erfahrungen sie mit Alleingeburten und deren rechtlichen Konsequenzen gemacht habe. Die Anwältin berichtete, dass ihre erste Erfahrung mit einem Fall einer Familie begann, die wegen einer Alleingeburt vor Gericht stand. Die Anwältin übernahm die Vertretung dieser Familie vor Gericht. Diese Verteidigung sprach sich in Online-Foren zu Alleingeburten herum, was zu weiteren Mandatsanfragen geführt hat. Nach dem ersten Fall erhielt die Anwältin vermehrt Anfragen für Vertretungen in ähnlichen Rechtsfällen. Die Anwältin betonte nachdrücklich, dass die Gerichtsfälle eine deutliche psychosoziale, psychische und emotionale Belastung für die Familien darstellen. Die Anwältin mahnt vor einer simplifizierenden Außenperspektiven. Von außen mag die Situation einfach zu beurteilen wirken (z.B. klare Kategorien von richtig/falsch, verantwortlich/unverantwortlich). Die tatsächliche Situation und die Beweggründe seien deutlich komplexer. Diese Aussage macht auf eine Möglichkeit der Diskrepanz zwischen öffentlicher Wahrnehmung und der gelebten Realität dieser Fälle aufmerksam.

Thematische Einordnung und Implikationen Für die Forschung zu Alleingeburten relevant

1. Rechtslage: Es gibt Gerichtsfälle zu Alleingeburten in Deutschland. Ein Bedarf an rechtlicher Vertretung besteht.

2. Informationszugang: Online-Foren haben in diesem Fall eine Rolle gespielt bei der Vermittlung von Rechtshilfe und Netzwerkbildung

3.. Professionelle Verantwortung: Aus der Perspektive der Rechtsanwältin werden komplexe Situationen vernommen, die für die Familie als sehr belastend wahrgenommen wird

Potenzielle Folgebefragungen für die Zukunft: Welche konkreten rechtlichen Anklagepunkte treten in diesen Fällen auf? Wie werden Fragen der elterlichen Sorge und Verantwortlichkeit verhandelt und in den Kontext der Rechten der Gebärenden gesetzt?

Dieses Protokoll basiert auf freiwilliger Auskunft und dient Forschungszwecken. Eine Einwilligung für die Verwendung wurde schriftlich erteilt. Eine Vorlage dieser ausgefüllten Einwilligung befindet sich im Anhang b.

b. Vorlage Einverständniserklärung Expert*innenaussage

Einwilligungserklärung für die Verwendung einer Expert*innenaussage im Rahmen einer Bachelorarbeit

Hiermit erkläre ich, _____, meine Einwilligung in die Verarbeitung und Verwendung meiner Expert*innenaussage im Rahmen der Bachelorarbeit von Luisa Monteiro im Studiengang der Hebammenwissenschaften an der HAW Hamburg und der Universität Hamburg.

1. Zweck der Verwendung

Die Expert*innenaussage wird für eine wissenschaftliche Abschlussarbeit zum Thema

„Herausforderungen und Dilemmata von Hebammen in Deutschland bei der Positionierung zu Alleingeburten“ eingesetzt. Die Verwendung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Bachelorarbeit.

2. Art und Umfang der Daten

Im Rahmen des Gesprächs werden folgende Daten verarbeitet:

- Inhaltliche Aussagen im Rahmen des Gesprächs
- Gesprächserinnerungsprotokoll

Personenbezogene Daten werden nur in dem Umfang verarbeitet, wie sie für die Durchführung und Dokumentation Aussage erforderlich sind.

3. Anonymisierung / Nennung des Namens

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Ich wünsche Anonymisierung.

Meine Person wird in der Arbeit nicht namentlich genannt. Eine Beschreibung erfolgt nur in allgemeiner Form (z.B. „freiberufliche Hebamme mit langjähriger Berufserfahrung“).

☐ Ich bin mit der Nennung meines Namens und meiner Funktion einverstanden.

Name/Funktion wie in der Arbeit zu nennen:

4. Speicherung und Löschung der Daten

Die Daten werden bis zur Bewertung der Bachelorarbeit und etwaigen Prüfungsformalitäten gespeichert und anschließend gelöscht, sofern keine längere Aufbewahrungsfrist aufgrund hochschulinterner Vorgaben erforderlich ist. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, außer an betreuende Lehrende und Prüfende der Hochschule.

5. Freiwilligkeit und Widerruf

Die Teilnahme ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs werden meine Daten gelöscht, soweit dem keine gesetzlichen oder prüfungsrechtlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

6. Verwendung von indirekten Zitaten

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne meiner Aussagen in gekürzter Form verwendet werden, sofern der Inhalt nicht verfälscht wird.

☐ Ja, ich bin damit einverstanden.

☐ Nein, damit bin ich nicht einverstanden.

7. Kontakt für Rückfragen/Widerruf

Bei Rückfragen oder zur Ausübung meines Widerrufsrechts kann sich an die Verfasserin der Bachelorarbeit gewendet werden unter [REDACTED]

Datum, Unterschrift

c. Übersicht der inkludierten Studien

Tabelle 4: Übersicht der inkludierten Studien

Autoren/Jahr/ Titel/Land	Studiendesign/ Stichprobengröße	Auswertung	Ziel/Ergebnisse
Baranowska et al., 2022. „I knew there had to be a better way- Women’s pathway to freebirth in Poland“, Poland	Qualitatives Design mit ethnografischen Zusatz, halbstrukturierte, Einzelinterviews; 12 Personen mit mindestens einer erlebten Geburt ohne Hebamme oder Ärzt*in, alle Personen Multipara	Thematische Analyse der Transkripte durch mehrere Personen und Erstellung von Codes, ergänzt durch ethnografische Ergebnisse	Rekonstruktion der Wege, die zu einer Alleingeburt geführt haben; Negative, respektlose Behandlung und Misshandlung bei vorherigen Geburten, begrenztes außerklinisches Angebot oder kein Vertrauensaufbau möglich, Alleingeburt erscheint als Konsequenz
Henriksen et al., 2020. „Norwegian women’s motivations and preparations for freebirth – A qualitative study, Norwegen	Qualitatives Design, Semistrukturierte Interviews, 12 Personen mit erlebter Alleingeburt oder Plänen (10 Multipara, 2 Primipara)	Inhaltsanalyse nach Graneheim & Lundman,	Beschreibung der Motivation und Vorbereitung von Alleingeburten; Vertrauen in die Fähigkeit des Gebärens, Misstrauen gegenüber geburtshilflicher Versorgung, vergangene unkomplizierte oder traumatische Geburten, Autonomieverlust, Internet als Hauptquelle der Vorbereitungen, Interesse in der Physiologie des Geburtsprozesses
Johansson et al., 2023. „Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice – A Swedish national interview study“, Schweden	Qualitatives Design, Semistrukturierte Interviews, 9 Personen Multipara, mind. eine Geburt geplant ohne Hebamme oder Ärztin erlebt	Analyse nach Burnard	Erfahrungen der Frauen von Alleingeburten erfassen; negative Vorerfahrung, respektloses Verhalten, Gewalt in der Geburtshilfe, Autonomieverlust, Verstecken der Entscheidung um nicht verunsichert zu werden

Lindgren et al., 2017. „Taking the matter into one’s own hands – Womens experiences of unassisted homebirths in Sweden“, 2017, Schweden	Phänomenologische Interviews, 8 Personen die eine Alleingeburt erlebt haben	Lifeworld research method nach Dahlberg et al., Kollaborative reflexive Diskussion nach Van Manen	Beschreibung des Phänomens der Erfahrung von Alleingeburten; Spannung zwischen Verantwortung, Macht, Kontrolle und Unsicherheit in bestimmten Phasen der Alleingeburt, negative Vorerfahrungen und Defizite in der Versorgung
Lou et al., 2022. „Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women’s motivations and preparations for freebirth“, Dänemark	Qualitatives Design, In-depth semistrukturierte Interviews, 10 schwangere mit Plan einer Alleingeburt, 6 davon haben eine Alleingeburt gehabt, 2 Hausgeburten geplant mit Hebamme und 1 die eine Hebamme während der Geburt hinzugerufen hat und 1 postpartum	Reflexiv-thematische Analyse, Kodieren danach einordnen in den theoretischen Rahmen des „undisciplined patients“ Modells nach Keshet und Popper-Giveon	Verständnis weswegen Frauen eine Alleingeburt trotz Versorgungsstruktur planen; Ablehnung der Standardversorgung mit Richtlinien und Vorgaben, (Wieder-)erlangen von Selbstvertrauen, Autonomie und Integrität durch gezielte Vorbereitung und Wissensaneignung,

d. Vorlage Bewertungsmatrix nach Behrens & Langer

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? Wie erfolgte die Auswahl?

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? Auch die Perspektive des Forschens?

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? Methode der Datensammlung?

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Abbildung 3: Vorlage der kritischen Beurteilung Qualitativer Studien nach Behrens & Langer (2010, S. 187ff.)

e. Zusammenfassung der qualitativen Bewertung nach Behrens und Langer

Tabelle 5: Qualitative Bewertung der inkludierten Studien nach Behrens und Langer (2010)

Studie	Glaubwürdigkeit	Aussagekraft	Anwendbarkeit
Baranowska et al., 2022	Eher hoch: Fragestellung wird klar formuliert mit begründetem und transparentem Design und Datenerhebung. Kleine, selektive Stichprobe (Online Rekrutierung Homebirth support group, Schneeball, ohne Fälle mit Komplikationen) möglicher Selektionsbias und eingeschränkte Perspektive. Hebammen führen das Interview und erwähnen Reflexion ihrer Rolle.	Eher hoch: Ergebnisse sind klar strukturiert von den Codes bis zu den Themen nachvollziehbar und mit Zitaten und Kontext hinterlegt. Codes und Themen wurden von dem Forschungsteam diskutiert bis ein inhaltlicher Konsens erzielt wurde. Member-Check nicht durchgeführt.	Mittel: Zusammenhang zwischen negativ-erlebter Versorgung, eingeschränkter Versorgungsangebote und Entscheidungen für Alleingeburt wird deutlich, im Kontext der polnischen Geburtshilfe zu betrachten
Henriksen et al., 2020	Eher hoch: Design und Methodik passend zu der Fragestellung. Datenerhebung und Analyse transparent dargestellt. Kleine Stichprobe (Online Rekrutierung, Social Media Gruppen, ohne Fälle von negativen Berichten) birgt Selektionsbias. Forscher*innen haben ihre Rolle selbst nicht beschrieben oder reflektiert.	Eher hoch: Ergebnisse in Themen, Codes und Subcodes aufgeteilt und mit Zitaten ergänzt. Konsens einzelner Forschenden über Ergebnisse vorhanden. Kein Member-check.	Mittel: Zusammenhänge zwischen Erwägen der Option einer Alleingeburt und Unzufriedenheit mit der regulären Versorgung und mangelndem Angebot an Hausgeburtshilfe wird deutlich, Anwendbarkeit im Kontext der Geburtshilfe in Norwegen

Johansson et al., 2023	Eher hoch: Fragestellung, Methodik, Analyse und Auswertung klar beschrieben und nachvollziehbar, kleine Stichprobengröße (Rekrutierung über Social Media gruppen, keine negative Alleingeburtserfahrung) birgt Selektionsbias und eingeengte Perspektive. Alle Autor*innen sind registrierte Hebammen, wird ausführlich reflektiert. Bei einigen Teilnehmerinnen ist deutlich mehr Zeit vergangen seit der Alleingeburt als bei anderen.	Eher hoch: Ergebnisse sind klar in Kategorien beschrieben und mit Zitaten hinterlegt. Konsens der Forschenden besteht bei den Hauptkategorien und Oberthemen. Kein Membercheck.	Mittel: Zusammenhang der negativen Erfahrung in vorherigen Geburten, eingeschränkte Hausgeburtschilfe und Wunsch nach Autonomie mit „Auswegsop-tion“ der Alleingeburt wird deutlich, anwendbar im Kontext der schwedischen Geburtsbetreuung
Lindgren et al., 2017	Eher hoch: Fragestellung, Methodik und Analyse nachvollziehbar. Kleine Stichprobe (online Rekrutierung und keine Fälle von Komplikationen oder negativer Alleingeburtserfahrung) birgt Selektionsbias und begrenzen Perspektivbreite. Zwei Forschende sind Hebammen, Rolle wird reflektiert.	Eher Hoch: Ergebnisse werden nachvollziehbar herausgearbeitet und mit Zitaten hinterlegt. Kollaboratorische reflexive Diskussionen nach Van Menen zu den Ergebnissen mit dem gesamten Forschungsteam findet statt. Kein Membercheck.	Mittel: Spannung zwischen Autonomie, Verantwortung und Unsicherheiten wird deutlich, im Kontext der Defizite und negative Vorerfahrungen in der schwedischen geburtshilflichen Versorgung zu sehen.

Lou et al.,2022	Eher hoch: Methodikwahl und Design sind nachvollziehbar beschrieben und begründet. Kleine Stichprobe (Rekrutierung über Social media Gruppen ohne Fälle von Alleingeburt mit Komplikationen) birgt Selektionsbias. Gruppe der Forschenden reflektiert ihre Rolle.	Eher hoch: Die vier Themen sind mit Zitaten hinterlegt. Konsens der Forschenden über Codes und übergeordnete Themen besteht. Kein Member-Check.	Mittel: Gründe, weswegen die interviewten Schwangeren eine Alleingeburt in Erwägung ziehen und die Rolle von Beziehungskarbeit, werden deutlich. Anwendbarkeit im dänischen Kontext der Geburtshilfe
-----------------	---	---	--

f. Angewandtes Reflexionsmodell nach Rabe (2017)

Situationsanalyse

Persönliche Reaktion: Nachdenklich (Welche Faktoren führen dazu?), Unverständnis durch das persönliche Nicht-erlebens, Hinterfragen, Aktiv werden wollen, Zwiespalt, Schade das Angebot der Versorgung nicht angenommen werden (kann), Betroffenheit über Fälle die einen Verlauf mit Krisencharakter entwickelt haben

Perspektive aller am Fall beteiligten Personen

Die Schwangere:

Angegebene Gründe für Alleingeburt:

- Mangel an Auswahlmöglichkeiten des Geburtsortes
- erlebte traumatische Erfahrungen wie Gewalt in der Geburtshilfe
- (Wieder)-erlangen des Vertrauens in die Geburt
- Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie
- Ungestörte Atmosphäre und Verantwortungsübernahme

Ambivalente Gefühle: Stolz, Selbstvertrauen, Urvertrauen, Unsicherheit, Selbstzweifel Hierbei darf nicht vergessen werden, dass eine Geburtserfahrung nicht nur einerseits positiv und negativ erlebt werden können, sondern bestimmte Phasen unterschiedlich wahrgenommen werden können und die Qualität, die Art und Weise des Erlebten nicht nur von dem Outcome der Gesundheit von Mutter und Kind gemessen wird. Auch ein von außen beurteilter physiologischer Geburtsverlauf mit unauffälligen körperlichen Parametern kann als gewaltige Erfahrung beschrieben werden und wahrgenommen werden.

Aus der Perspektive der Hebamme ist diese vorerst unbeteiligt am Geburtsgeschehen. Dennoch gibt es Berichte von Fällen, in denen sie hinzugerufen wird. Beispielhafte Gründe für das Kontaktieren können Unsicherheit, oder ein plötzliches, heftiges Unwohlsein sein. Auch eine Meinungsänderung und der Wunsch nach Betreuung können Auslöser sein. Auch gibt es Schilderungen, in denen die Hebamme nach der Geburt hinzugerufen wird, mit der Bitte eine Geburtsbescheinigung zu erstellen, die U1 am Kind durchzuführen oder um für die Plazentarperiode und die Inspektion von Geburtsverletzungen vor Ort zu sein. Diese Momente können von der Hebamme als Stress, Sorge und Unsicherheit wahrgenommen werden da nicht in jedem Fall ein Behandlungsvertrag für die Geburt besteht. Der DHV hat 2021 einen Leitfaden für das Verhalten von Hebammen bei Alleingeburten publiziert.

Begleitperson: uninformatiert oder informatiert, Vertrauen in den Prozess, Unsicherheit, passive oder aktive Rolle in der Unterstützung und Vorbereitung. Die Bestätigung und

Unterstützung wird von Frauen die eine Alleingeburt planen oder durchgeführt haben als sehr relevant beschrieben.

Hebamme: Vorerst unbeteiligt am Geschehen, Fallschilderungen zu einem Hinzurufen während des Geburtsprozesses bestehen. Dies kann von dem Wunsch der Familie zur Ausstellung einer Geburtsbescheinigung ausgehen, bei Unsicherheit, bis hin zu einer Begleitung der Plazentarperiode oder postpartalen Beurteilung von Geburtsverletzungen und der U1 des Kindes.

Handlungsmöglichkeiten und ihre Folgen für die Betroffenen

Möglichkeit 1 : Geburt im häuslichen Setting mit Hebammenbetreuung, Geburtshaus oder Klinik

Möglichkeit 2: Alleingeburt

Folgen im Fall 1: Insgesamt positive Erfahrung mit (Wieder-)erlangen des Vertrauens in die Geburtsbegleitung oder negative Erfahrung in denen Befürchtungen wie Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie (erneut) Realität werden

Folgen im Fall 2: Insgesamt positive Erfahrung mit physiologischem Verlauf, Gravida geht gestärkt aus Geburt hervor oder negative Erfahrung von Angst während der Geburt, plötzliches Unwohlsein und Hinterfragen der Entscheidung bis hin zu unvorhergesehenen Komplikationen

Ethische Reflektion

Bennenung des ethischen Problems: Dilemma der Hebamme bei der Positionierung zu Alleingeburten, zwischen der Entscheidungshoheit der Mutter, Berufsethos und das Einsetzen für das Wohlergehen von Mutter und Kind

Normative Orientierung:

- Juristischer Hintergrund: Grundrechte der Schwangeren auf Selbstbestimmung, Alleingeburt nicht unerlaubt, Vollumfängliche Rechte des Kindes erst ab der Geburt, vorher ab Geburtsbestrebung strafrechtlich verschärfte Regelungen nach Konsens
- Ethikkodex, S3-Leitlinie „vaginale Geburt am Termin“, Charta der WRA, Unterstützung Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie der Gebärenden, Shared-Decision-Making, Evidence-based Medicine, Recht auf freie Wahl des Geburtsortes

Übergeordnete Prinzipien:

1. Autonomie: Wahrung der Autonomie der Schwangeren, in Selbstbestimmung und Entscheidungen unterstützen und respektieren.

2. Non-Malefizien: durch die Handlung soll kein Schaden entstehen. Professionelle Verantwortung der Hebamme im Konflikt, da die Akzeptanz der Entscheidung zur Alleingeburt nicht dazu führen darf, dass Risiken für Mutter und Kind ignoriert werden. Es kann ein Schaden entstehen, der durch eine Geburtsbetreuung vermieden werden könnte.

3. Benefizien: Es geht darum Gutes zu tun. Die Hebamme kann im Rahmen einer Vorsorge und Nachsorge zum Wohlbefinden der Familie beitragen, selbst wenn die Geburt alleine stattgefunden hat. Es geht um eine wertschätzende, empathische, unterstützende und professionelle Begleitung, die eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung sicherstellt.

4. Gerechtigkeit: Familien sollen nicht stigmatisiert werden. Die Hebamme wahrt das Wohl und die Rechte der Schwangeren und bietet Begleitung dort an, wo sie gebraucht und gewünscht ist. Die Autonomie und die Selbstbestimmung der Schwangeren wird geachtet, dem Kind soll kein Nachteil aufgrund des Geburtssettings entstehen.

Prinzipien auf das Ungeborene angewandt: Hebamme als Fürsprecherin der potenziellen Interessen des Kindes, sie ist zuständig für die Gesundheit der Neugeborenen, das fängt bei einer evidenzbasierten Schwangerschaftsbegleitung an und geht über in eine Geburtsbegleitung in der kindliche Parameter regelmäßig kontrolliert werden. Dem Kind soll kein vermeidbarer Schaden zugefügt werden, durch z.B. unterlassene Herztonkontrolle. Die Gesundheit des Elternteils wirkt sich auch auf das Kind aus. So kann sich eine postpartale Depression durch bsp. ein Geburtstraumata und PTBS auf die Bindung zum Neugeborenen und auf die Stillrate auswirken.

Verantwortungsebene:

- Hebamme: Förderung Wohlergehen Gravida und Kind, Tätigkeit in der Forschung, Verständnis von Autonomie und Selbstbestimmung, Sensibilisieren für Geburtstraumata, nach Hebammenkodex, S3 Leitlinie SDM und leitliniengerechtes Arbeiten zur Sicherstellung einer qualitativen hochwertigen Arbeit, Beratung und Kommunikation auf Augenhöhe
- Institutionell: Maßnahmen zur evidenzbasierten, respektvollen und gerechten Gesundheitsversorgung von Gebärenden, Sensibilisieren für Geburtstraumata
- Gesellschaftspolitisch: flächendeckende bedürfnisorientierte, familienzentrierte und kontinuierliche Hebammenbegleitung, Professionalisierung des Hebammenberufes vorantreiben, Erleben der Gebärenden im Fokus der Forschung, Empirische Datenerhebung zu Geburtstraumata

Ergebnisse

- Hebamme in Anbetracht der Alleingeburt Vermittlerin zwischen Wohlergehen des Kindes und Entscheidungshoheit und Rechten der Schwangeren
- Berufliche Verpflichtung zu Wahrung, Unterstützung, und Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung der Mutter
- Einsetzen für Gesundheit und Wohl des ungeborenen Kindes im Rahmen der gewünschten Begleitung (Vor- und Nachsorge)
- Notfallsituationen, die für alle belastend sind, können auftreten, Strafrecht greift ab Geburtsbestrebungen und wird als enorme Belastung der Familien erlebt

Konsens und Dissens

- Verschiedene Theorien von Autonomie und Selbstbestimmung
- Beginn des Lebens und Rechte des Kindes, Gerechtigkeit
- Eigene ethische und moralische Kategorien einer schwangeren Person als „2 in 1“

Nötige prakt. Konsequenzen und Umsetzung

- Hebammen, Institutionen und der Bund müssen Verantwortung übernehmen, um die gesundheitliche Versorgung stetig anzupassen und zu verbessern
- Gewalt in der Geburtshilfe findet statt, Präventionsarbeit, Aufklärung und Sensibilisierung
- Entstigmatisierung und offener Diskurs von Alleingeburten
- Respektvolles Beratungsangebot
- Beziehungsarbeit, Verstehen anstatt Verurteilen, Gründe, Bedürfnisse und Erfahrungen achtsam wahrnehmen
- Verantwortungsbewusst über Risiken und professionelle Grenzen einer Alleingeburt sprechen, Fürsorge zeigen
- Alles in ihrer Hebammenrolle Mögliche zu tun, um vermeidbare Risiken zu reduzieren
- Individuelle Situation sehen, Fürsorge zeigen und Bedarf ermitteln
- Versorgungsdefizit und Gewalt in der Geburtshilfe und Fremdbestimmung benennen
- Einsetzen für sichere, respektvolle Geburtsorte und die Möglichkeiten der Wahlfreiheit des Geburtsortes garantieren
- Autonomie der Schwangeren und Schutz der Familie beachten
- Beratungsgespräche ohne Angst, Stigmatisierung und „Risktalk“
- Dilemma: Vermittlerin zwischen Entscheidungshoheit und Schutz des Wohlergehens der Mutter und Gebärenden und Fürsorge für das ungeborene Kind

- Zentraler Aspekt bei Gründen zur Entscheidung für eine Alleingeburt: Autonomie und Selbstbestimmung, vorherige negative Erfahrungen bis hin zu Gewalt und Respektlosigkeit in der Geburtshilfe beschrieben
- Berufliche Verpflichtung der Hebammen zur Wahrung der Autonomie
- Absolute vs. relative Autonomie und Voraussetzung der Rationalität
- Verantwortungsübernahme von Hebammen, Institutionen, Politik für eine bedürfnisorientierte, respektvolle, sichere Geburtsbegleitung mit flächendeckender Versorgung
- Notfallsituationen können eintreten, sind persönliche Risikofaktoren vorhanden?, Respektvolles Gespräch über mögliche Komplikationen ohne „Risk talk“, Fürsorge
- Care-Ethik: Beziehung, Fürsorge, Verständnis und Resonanz
- Entstigmatisierung, offener Diskurs, persönliche Reflexion

g. Charta Respektvolle Geburtshilfe (DHV,2020)

RESPEKTVOLLE GEBURTSHILFE: DIE UNIVERSELLEN RECHTE FÜR SCHWANGERE UND GEBÄRENDE FRAUEN



Die besondere Bedeutung des Zeitraums Schwangerschaft und Geburt

In allen Ländern und Gemeinschaften der Welt sind Schwangerschaft und Geburt bedeutende lebensverändernde Ereignisse im Leben jeder Frau und Familie, die eine Zeit erhöhter Schutzbedürftigkeit mit sich bringen. Das Konzept «Sichere Mutterschaft» wird in der Regel auf die physische Sicherheit beschränkt ausgelegt. Schwangerschaft und Geburt sind jedoch auch wichtige Übergangsriten, die eine tiefe persönliche und kulturelle Bedeutung für die Frau und ihre Familie haben. Da Mutterschaft ein frauenspezifisches Thema ist, stehen auch die Themen der Gleichstellung der Geschlechter und Gewalt gegen Frauen im Zentrum der geburtshilflichen Betreuung. Darum muss das Verständnis von der sicheren Mutterschaft über die Prävention von Morbidität oder Mortalität hinausgehen und die Respektierung der grundlegenden Menschenrechte der Frau eingeschlossen werden. Dies beinhaltet die Achtung der Autonomie, Würde, Gefühle, Entscheidungsfreiheit und Präferenz der Frau, einschliesslich der Wahl der Betreuungspersonen, wenn immer dies möglich ist.

Diese Charta bezieht sich absichtlich besonders auf die zwischenmenschlichen Aspekte der Betreuung von Frauen, die geburtshilfliche Dienste in Anspruch nehmen. Die Beziehung der Frauen zu den geburtshilflichen Fachpersonen und zum Versorgungssystem ist während der Schwangerschaft und Geburt von entscheidender Bedeutung. Diese Kontakte sind nicht nur der Rahmen für notwendige und potentiell lebensrettende medizinische Leistungen; vielmehr haben die Erfahrungen mit den Betreuungspersonen während dieser Zeit das Potential, den Frauen Eigenständigkeit und Wohlbefinden zu geben oder aber bleibende Schäden und emotionale Traumata zu hinterlassen, das heisst sie können die Zuversicht und das Selbstvertrauen der betroffenen Frauen entweder stärken oder schwächen. In jedem Fall bleiben die Erinnerungen an die Erfahrungen, die während der Schwangerschaft und Geburt gesammelt wurden ein Leben lang erhalten. Und über diese Erfahrungen wird oft mit anderen Frauen gesprochen. So entsteht ein Klima des Vertrauens oder des Misstrauens rund um das Thema Mutterschaft.

Beweise für Respektlosigkeit und Misshandlung nehmen zu

Welchen persönlichen Umgang erwarten wir von einer geburtshilflichen Fachperson, die uns oder der Frau, die wir lieben, bei der Geburt helfen soll? Natürlich stellen wir uns eine fürsorgliche, verständnisvolle, unterstützende, vertrauenswürdige und stärkende Beziehung vor. Wir erwarten eine behutsame, respektvolle und effektive Kommunikation, die informierte Entscheidungen ermöglicht. Leider sehen die Erfahrungen von viel zu vielen Frauen in der Realität anders aus. Immer mehr persönliche Erfahrungsberichte von Frauen und Ergebnisse von geburtshilflichen Studien aus den reichsten und den ärmsten Ländern weltweit zeigen ein anderes, beunruhigendes Bild. Respektlosigkeit gegenüber und Misshandlung von Frauen, die geburtshilfliche Dienste in Anspruch nehmen möchten, sind zu einem ernsthaften Problem geworden. Sie führen zunehmend zu Besorgnis in den Bereichen Menschen- und Bürgerrechte, medizinische Forschung, Qualität und Ausbildung.

Im Jahre 2010 erschien ein massgeblicher Bericht von Bowser und Hill zum Thema «Respektlosigkeit und Misshandlung während der Geburt in medizinischen Einrichtungen» (Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth). Dieser Bericht fasst die bekannten Fakten zu diesem Thema zusammen.¹ Zwar ist darin die Rede von einem gewissen Mangel an formalen Forschungsarbeiten zu diesem Thema, doch die eingehende Untersuchung von Publikationen und Fachliteratur durch die Autorenschaft sowie Interviews und Gespräche mit Fachexpertinnen und -experten brachten sieben Hauptkategorien von Respektlosigkeit und Misshandlung zutage, denen werdende Mütter während der geburtshilflichen Versorgung ausgesetzt sind. Diese Kategorien überschneiden sich teilweise und bewegen sich in einem Spektrum von subtiler Respektlosigkeit und Demütigung bis hin zu offener Gewalt; dies beinhaltet physische Gewalt, Durchführung medizinischer Behandlungen ohne Einwilligung, Missachtung der Vertraulichkeit, würdelose Behandlung (einschliesslich verbaler Beschimpfungen), Diskriminierung

aufgrund bestimmter persönlicher Faktoren, Unterlassung der Hilfe oder Verweigerung der Leistung und Festhalten in den medizinischen Einrichtungen.

Ein respektloser oder gewaltsamer Umgang mit Frauen vor, während und nach der Geburt ist eine Grausamkeit – nicht nur wegen des hohen Stellenwerts der Mutterschaft in unseren Gesellschaften – sondern auch, weil wir um die grosse Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit der Frau in dieser Zeit wissen. Alle Frauen brauchen und verdienen rund um die Geburt eine respektvolle Behandlung, die den Schutz ihrer Autonomie und ihres Selbstbestimmungsrechts einschliesst. Dazu gehört auch der besondere Schutz der Mutter-Kind-Dyade und für marginalisierte oder besonders schutzbedürftige Frauen (z. B. Jugendliche, Angehörige ethnischer Minderheiten und Frauen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen oder HIV). Zudem sind Respektlosigkeit und Misshandlung in der geburtshilflichen Betreuung eine Missachtung der grundlegenden Menschenrechte der Frau.

Durchsetzung der universellen Rechte schwangerer und gebärender Frauen

Menschenrechte sind Grundrechte, die allen Menschen zustehen und die von Gesellschaft und Staat anerkannt werden und in internationalen Deklarationen und Konventionen festgeschrieben sind. Bisher gibt es keine universelle Charta und kein Abkommen, in dem speziell dargelegt ist, wie Menschenrechte konkret in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt auszulegen sind und in dem diese als grundlegende, unveräusserliche Rechte konkret auf werdende Mütter bezogen werden. Diese Charta soll das Problem von Respektlosigkeit und Gewalt gegenüber Frauen in der geburtshilflichen Versorgung thematisieren und eine Plattform für Verbesserungen bieten durch:

- Stärkere Sensibilisierung für die Einbindung werdender Mütter in die Achtung der Menschenrechte, die von internationalen Erklärungen, Konventionen und Abkommen der Vereinten Nationen (UN) und anderer multinationaler Organisationen anerkannt wurden;
- Betonung des Zusammenhangs zwischen der Menschenrechtssprache und grundlegenden, für die geburtshilfliche Versorgung relevanten Themen;
- Befähigung von Vertretern der geburtshilflichen Versorgung, an Menschenrechtsprozessen teilzunehmen;
- Stärkung des Gespürs von schwangeren und gebärenden Frauen, für ihren berechtigten Anspruch auf eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung mit den internationalen Menschenrechtsnormen; und
- Schaffung einer Basis, auf der die geburtshilflichen Versorgungssysteme auf die Einhaltung dieser Rechte verpflichtet werden können.

Diese Charta stützt sich auf relevante Auszüge aus etablierten Menschenrechtsabkommen und beweist die legitime Stellung der Rechte auf gesunde Mutterschaft im allgemeinen Kontext der Menschenrechte. Die Charta umfasst sieben Rechte, abgeleitet aus den Kategorien zu Respektlosigkeit und Gewalt, die von Bowser and Hill (2010) in ihrer Länderanalyse erarbeitet wurden (siehe Tabelle). All diese Rechte sind in internationalen und multinationalen Menschenrechtsabkommen verankert, einschliesslich der Universellen Deklaration der Menschenrechte; der Universellen Deklaration über Bioethik und Menschenrechte; dem Internationalen Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; dem Internationalen Abkommen über bürgerliche und politische Rechte; der Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau; der Deklaration zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen; dem Bericht des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte über vermeidbare mütterliche Mortalität und Morbidität und Menschenrechte; und der Vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking. Auch nationale Abkommen sind im Quellenverweis aufgeführt, sofern darin schwangere Frauen speziell Erwähnung finden. Jedes Recht enthält einen Verweis auf das entsprechende Abkommen.¹¹

Gegen Respektlosigkeit und Gewalt angehen:
Sieben Rechte für schwangere und gebärende Frauen

Art der Respektlosigkeit und Gewalt ¹		Entsprechendes Recht
1.	Physische Gewalt	Freiheit von Schaden und Misshandlung
2.	Medizinische Leistungen ohne Zustimmung	Recht auf Information, informierte Zustimmung bzw. Ablehnung sowie Achtung von Entscheidungen und Präferenzen, einschliesslich des Rechts auf Unterstützung durch eine Person der Wahl, sofern dies möglich ist
3.	Nichteinhaltung der Vertraulichkeit	Vertraulichkeit und Privatsphäre
4.	Würdelose Behandlung (inkl. Beschimpfung)	Würde und Respekt
5.	Diskriminierung aufgrund persönlicher Eigenschaften	Gleichbehandlung, Freiheit von Diskriminierung, angemessene Betreuung
6.	Unterlassung bzw. Verweigerung der Betreuung	Recht auf zeitnahe medizinische Versorgung und Gesundheitsleistungen der höchstmöglichen Qualität
7.	Festhalten in medizinischen Einrichtungen	Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung, Freiheit von Nötigung

Mutterschaftsbetreuung suchen und erhalten vor, während und nach der Geburt:

Artikel I: Jede Frau hat das Recht auf Freiheit von Schaden und Misshandlung

Internationale Standards

- Deklaration über die Beseitigung von Gewalt gegen Frauen, 1994, Artikel 1
- Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), 1966, Artikel 7
- Internationale Mutter-Baby-Geburtsinitiative: Ein Menschenrechtsansatz für optimale geburtshilfliche Versorgung, 2010, Artikel 9
- Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplanter Elternschaft (IPPF), 1996, Artikel 12
- Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 4

Multinationale und nationale Standards

- Europäische Charta der Patientenrechte, 2002, Artikel 9
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, 2007, Art. 15j

Artikel II: Jede Frau hat das Recht auf Information, informierte Zustimmung und Ablehnung sowie Achtung ihrer Entscheidungen und Präferenzen, einschliesslich des Rechts auf Unterstützung durch eine Person ihrer Wahl, wenn immer dies möglich ist

Internationale Standards

- Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) (ICCPR), 1966, Artikel 7, 19
- Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplante Elternschaft, 1996, Artikel 6
- Internationale Mutter-Baby-Geburtsinitiative: Ein Menschenrechtsansatz für optimale geburtshilfliche Versorgung, 2010, Artikel 3, 4
- Bericht des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte über die Vermeidbarkeit von mütterlicher Mortalität und Morbidität und Menschenrechte, 2010
- Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 6

Multinationale und nationale Standards

- Birth Justice as Reproductive Justice, NAPW, 2010
- Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000, Artikel 3.2, 7
- Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Konvention über Menschenrechte- und Biomedizin, 1997, Artikel 5
- Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 1.5, 2, 3, 4.6, 5
- Europäische Charta der Patientinnen- und Patientenrechte, 2002, Artikel 3, 4, 5, 12
- Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto de Puerto Rico, 2006, Artikel 3e, 3f
- Ley de Parto Humanizado – Ley Nacional No. 25.929 de Argentina, 2004, Artikel 2f, 2g
- Die Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen, Childbirth Connection 1999, 2006, Artikel 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 16, 19

Artikel III: Jede Frau hat das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit
Internationale Standards
• Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), 1966, Artikel 17 • Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung, Geplante Elternschaft, 1996, Artikel 4 • Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 9
Multinationale und nationale Standards
• Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 1.4, 4 • Europäische Charta der Patientenrechte, 2002, Artikel 6 • Die Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen, 1999, 2006, Artikel 7
Artikel IV: Jede Frau hat das Recht, mit Würde und Respekt behandelt zu werden
Internationale Standards
• Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), 1966, Artikel 2 • Internationale Mutter-Baby-Geburtsinitiative: Ein Menschenrechtsansatz für optimale Mutterschaftsversorgung, Artikel 1 • Bericht des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte (OHCHR) über die Vermeidbarkeit von mütterlicher Mortalität und Morbidität und Menschenrechte, 2010 • Vierte Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking, 1995 • Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 8, 10, 11
Multinationale und nationale Standards
• Birth Justice as Reproductive Justice, NAPW, 2010 • Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000, Artikel 1, 3, 7 • Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Konvention über Menschenrechte und Biomedizin, 1997, Artikel 1 • Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 1.1, 1.4, 1.5 • Europäische Charta der Patientenrechte, 2002, Artikel 7

Artikel V: Jede Frau hat das Recht auf Gleichbehandlung, Freiheit von Diskriminierung und angemessene Betreuung

Internationale Standards

- Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW), 1979, Artikel 1
- Internationales Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), 1976, Artikel 2
- Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), 1966, Artikel 26
- Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplante Elternschaft, 1996, Artikel 3
- Bericht des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte über die Vermeidbarkeit von mütterlicher Mortalität und Morbidität und Menschenrechte, 2010
- Vierte Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking, 1995, Artikel 28
- Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 10, 11

Multinationale und nationale Standards

- Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000, Artikel 21, 23
- Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 5.1

Artikel VI: Jede Frau hat das Recht auf Gesundheitsversorgung und darauf, den höchst möglichen Gesundheitsstatus zu erlangen

Internationale Standards

- Erklärung von Alma Ata, International Conference on Primary Care, 1978, Präambel, Artikel 4, 6
- Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplanter Elternschaft (IPPF), 1996, Artikel 9
- Bericht des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte (OHCHR) über die Vermeidbarkeit von Mortalität und Morbidität während der Schwangerschaft und Geburt und Menschenrechte, 2010
- Vierte Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Peking 1995
- Universelle Deklaration der Menschenrechte, 1948, Artikel 25
- Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, 1997, Artikel 14.2

Multinationale und nationale Standards

- Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000, Artikel 35
- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2008, Artikel 45.V
- Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Konvention über Menschenrechte und Biomedizin, 1997, Artikel 3
- Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 5
- Die Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen, 1999, 2006, Artikel 1

Artikel VII: Jede Frau hat das Recht auf Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit von Nötigung

Internationale Standards

- Deklaration zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen, 1994, Artikel 1
- Internationales Abkommen über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), 1976, Artikel 1
- Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplante Elternschaft, 1996, Artikel 2
- Internationales Abkommen über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), 1966, Artikel 9.1, 18.2
- Universelle Deklaration über Bioethik und Menschenrechte, Artikel 5

Multinationale und nationale Standards

- Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000, Artikel 6
- Deklaration zur Förderung der Patientinnen- und Patientenrechte in Europa, 1994, Artikel 1.2

ⁱ Bowser, D., and K. Hill. 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Bethesda, MD: USAID-TRAction Project, University Research Corporation, LLC, and Harvard School of Public Health. ⁱⁱ Die Charta lehnt sich stark an die Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte der Internationalen Vereinigung Geplanter Elternschaft, 1996, an.

Diese Charta wurde von einem Team mehrerer Stakeholder entwickelt, deren Fachwissen den Brückenschlag zwischen Forschung, Bildung, Medizin, Menschenrechte und der Fürsprachenperspektive ermöglicht. Die folgenden Personen haben dieses Konsenspapier in Zusammenarbeit erstellt, mit dem gemeinsamen Anliegen, in ihren Arbeitsbereichen das Problem Missachtung und Gewalt während der Mutterschaftsversorgung zu thematisieren:

- | | |
|--|---|
| N Debbie Armbruster, USAID | N Peg Marshall, USAID |
| N Diana Bowser, Harvard School of Public Health | N Liz Mason, Weltgesundheitsorganisation |
| N Neal Brandes, USAID | N Mona Moore, unabhängige Beraterin |
| N Catherine Carr, MCHIP/JHPIEGO | N Nester Moyo, International Confederation of Midwives |
| N Blami Dao, JHPIEGO | N Martha Murdock, Family Care International |
| N Rae Davies, International Mother-Baby Care Initiative | N Winnie Mwebesa, Save the Children |
| N Barbara Deller, JHPIEGO | N Dave Nicholas, Translating Research into Action Project |
| N Farah Diaz-Tello, National Advocates for Pregnant Women | N Doyin Oluwole, Academy for Educational Development |
| N Simone Diniz, Wissenschaftlerin | N Debra Pascali-Bonaro, International Mother-Baby Care Initiative |
| N Soo Downe, University of Central Lancashire | N Bertha Pooley, Save the Children |
| N Lorraine Fontaine, Regroupement Naissance-Renaissance | N Annie Portela, Weltgesundheitsorganisation |
| N Lynn Freedman, Averting Maternal Death and Disability, Columbia University | N Veronica Reis, JHPIEGO |
| N Maura Gaughan, Translating Research into Action Project | N Aram Schvey, Center for Reproductive Rights |
| N Joanne Gleason, Population Council | N Mary Ellen Stanton, USAID |
| N Kathleen Hill, Translating Research into Action Project | N Ann Starrs, Family Care International |
| N Debra Jones, Family Care International | N Erin Thornton, Every Mother Counts |
| N Marge Koblinsky, John Snow International | N Melissa Upreti, Center for Reproductive Rights |
| N Douglas Laube, USAID | N Helene Vadeboncoeur, Perinatalforscherin und Autorin |
| N Kathleen MacFarland, Family Care International | N Rachel Wilson, PATH |

Die Übersetzung dieses Dokumentes wurde organisiert durch den Schweizerischen Hebammenverband Bern und Co-finanziert durch den Deutschen Hebammenverband e.V. und das Österreichische Hebammengremium.

Übersetzung: Carmen Grau, Diplom-Dolmetscherin, DE Speyer

Weitere Informationen unter: www.whiteribbonalliance.org

White Ribbon Alliance
One Thomas Circle NW, Suite 200
Washington, DC 20005, USA

OKTOBER 2011



V Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Luisa Monteiro, [REDACTED] dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „*Die Herausforderungen und Dilemmata bei der Entwicklung einer professionellen Haltung von Hebammen in Deutschland zu Alleingeburten*“ selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. ChatGPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

19.12.2025

[REDACTED]

Datum, Unterschrift