REPRODUKTIVE GERECHTIGKEIT WELTWEIT

HEINRICH BÖLL STIFTUNG
GUNDA WERNER INSTITUT
Feminismus und Geschlechterdemokratie

Fokus

GEBURT

Zwischen Menschenrechtsverletzungen und dem Recht auf Selbstbestimmung

Gebären ist ein sehr intimer, besonderer und prägender Moment im Leben von Eltern und Kindern. Die Geburt ist wichtiger Teil eines sowohl körperlichen als auch psychischen Prozesses der Veränderung.
Jedes Jahr werden Schätzungen der UN zufolge ca. 78 Millionen Kinder weltweit geboren. Dabei gebären wiederum fast genauso viele Menschen und in vielen Fällen gibt es weitere Elternteile und Geschwisterkinder, deren Leben sich durch die Geburt des Kindes existentiell verändert.
Was brauchen wir, damit Gebären selbstbestimmt, sicher und würdevoll sein kann? Was brauchen wir für eine gerechte Geburtskultur?

2019 STARB ALLE 13 SEKUNDEN EIN SÄUGLING. DAS SIND 2,4 MILLIONEN KINDER PRO JAHR. DAS SIND 47% ALLER TODESFÄLLE VON KINDERN UNTER FÜNF JAHREN WELTWEIT. NACHWEISLICH SINKT DIE HÄUFIGKEIT DER TODESFÄLLE VON GEBÄRENDEN UND NEUGEBORENEN DURCH DIE PROFESSIONELLE BEGLEITUNG VOR, WÄHREND UND NACH DER GEBURT.

RECHT AUF FREIE WAHL DES GEBURTSORTES UND DER GEBURTSBEGLEITENDEN

Es ist wichtig, dass Gebärende* den Ort der Geburt auswählen können und ebenso, wer ihre Geburt persönlich und medizinisch begleiten soll. Was aber bedeutet freie Wahl, wenn ...

- ... die nächste Klinik nicht leicht erreichbar ist?
- ... keine Hebammen* oder anderes ausgebildetes Fachpersonal zur Geburt dazu kommen können?
- ... die Sorge, dass Gebärende und Baby nicht überleben, berechtigt ist?

Warum entscheiden sich manche dazu alleine zu gebären, obwohl sie Zugang zu professioneller Begleitung hätten?

DIE MÜTTERSTERBLICHKEIT IST SEIT 2000 WELTWEIT UM 38% ZURÜCKGEGANGEN, DIE SÄUGLINGSSTERBLICHKEIT SEIT 1990 SOGAR UM CA. 50%.

MENSCHENRECHTE FÜR ALLE MENSCHEN IM KONTEXT VON SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND WOCHENBETT

Dies betrifft Gebärende, Babys, andere Eltern oder Bezugspersonen, Geschwisterkinder und Hebammen* bzw. ärztliche Geburtshelfer*innen.

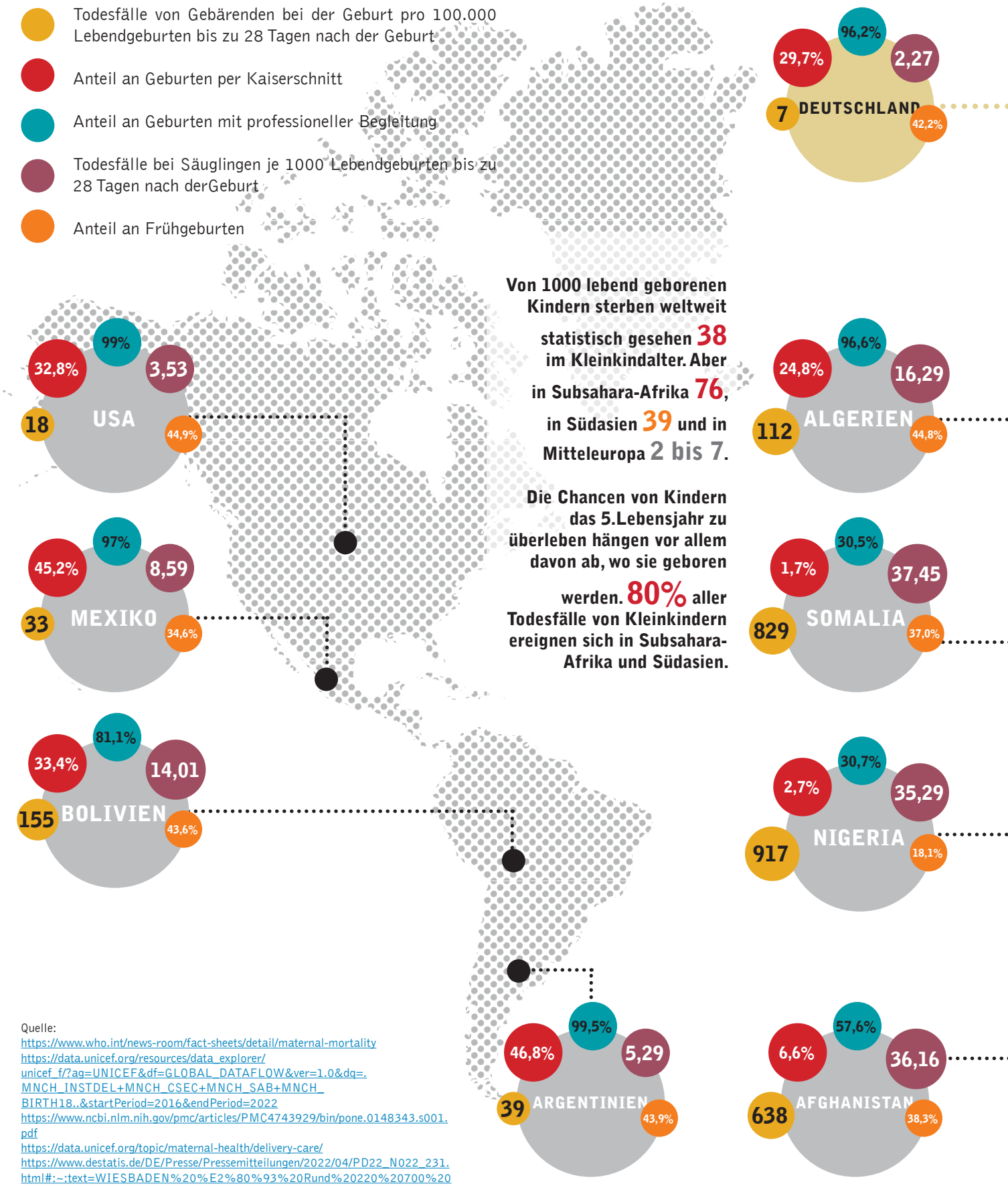
Daraus resultiert vor allem das Recht auf psychische und körperliche Unversehrtheit und auf eine in jeglicher Hinsicht gewaltfreie und respektvolle Behandlung. Was bedeutet das, wenn ...

- ... Gebärende Diskriminierung oder Gewalt von Hebammen* und Ärzt*innen erfahren?
- ... Interventionen ohne Aufklärung und Einverständnis durchgeführt werden?
- ... Geburt eine überwiegend traumatisierende Erfahrung ist?

**Wir verwenden den Begriff Gebärende um sichtbar zu machen, dass nicht alle Menschen, die schwanger werden und/oder ein Kind auf die Welt bringen, sich als Mutter oder Frau definieren.*

STRUKTURELLE GEWALT IM

- Todesfälle von Gebärenden bei der Geburt pro 100.000 Lebendgeburten bis zu 28 Tagen nach der Geburt
- Anteil an Geburten per Kaiserschnitt
- Anteil an Geburten mit professioneller Begleitung
- Todesfälle bei Säuglingen je 1000 Lebendgeburten bis zu 28 Tagen nach derGeburt
- Anteil an Frühgeburten



Von 1000 lebend geborenen Kindern sterben weltweit statistisch gesehen 38 im Kleinkindalter. Aber in Subsahara-Afrika 76, in Südasien 39 und in Mitteleuropa 2 bis 7.

Die Chancen von Kindern das 5.Lebensjahr zu überleben hängen vor allem davon ab, wo sie geboren werden. 80% aller Todesfälle von Kleinkindern ereignen sich in Subsahara-Afrika und Südasien.

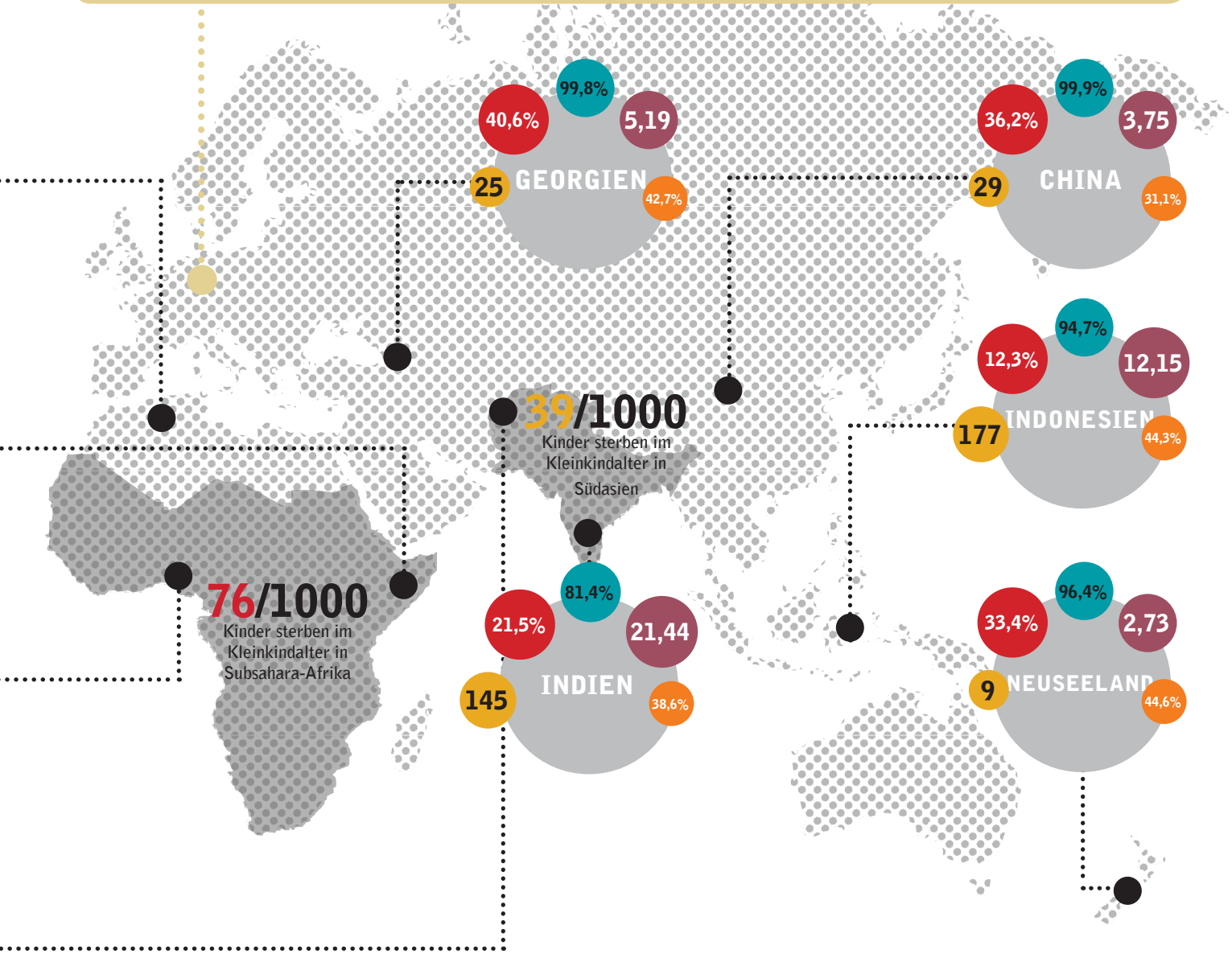
Quelle:
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.MNCH_INSTDEL+MNCH_CSEC+MNCH_SAB+MNCH_BIRTH18..&startPeriod=2016&endPeriod=2022
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/bin/pone.0148343.s001.pdf
https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_N022_231.html#:~:text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Rund%20220%20700%20Frauen,bundesweit%20bei%2029%2C7%20%25.

KONTEXT VON GEBURT

SITUATION IN DEUTSCHLAND

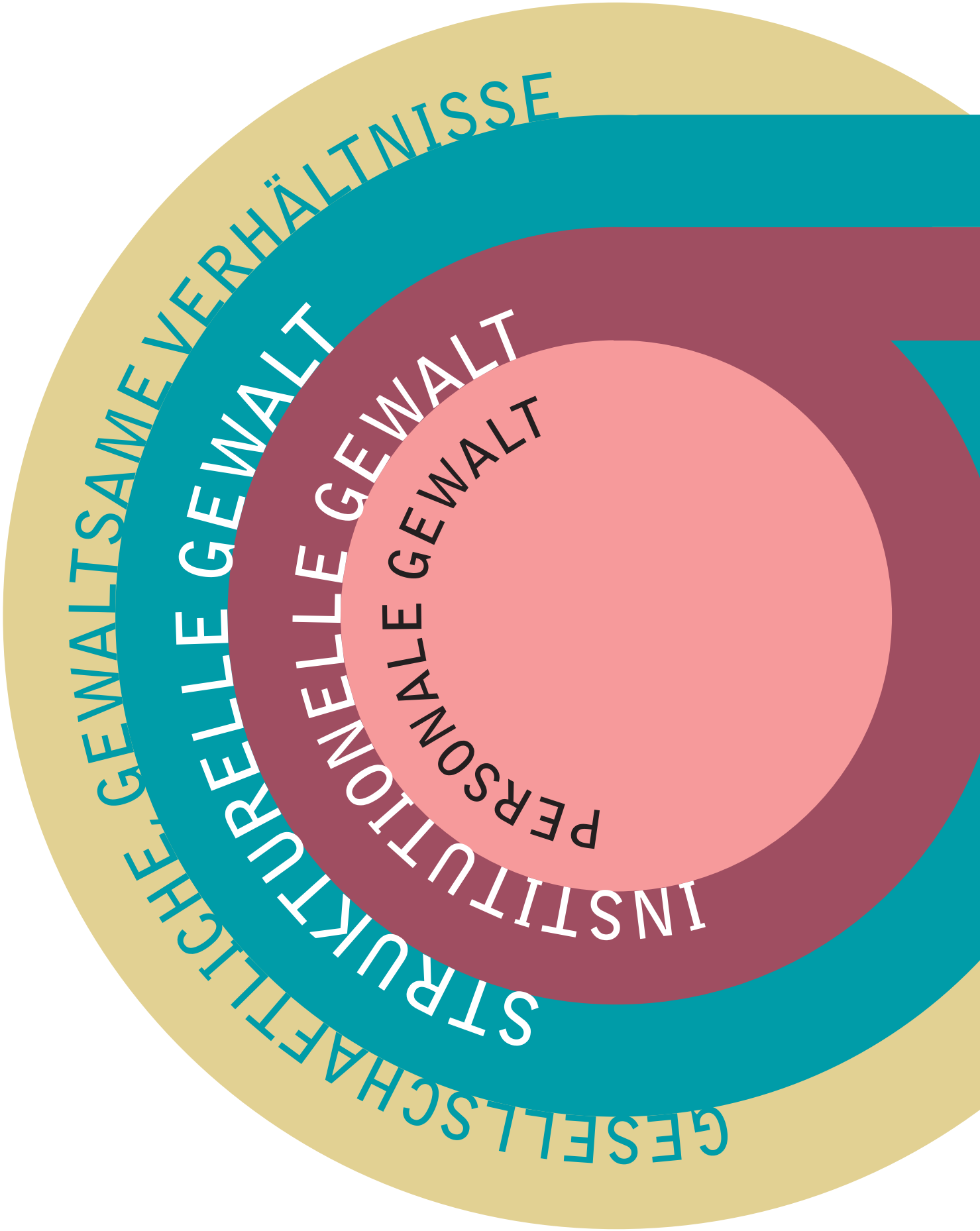
Die freie Wahl des Geburtsortes für Gebärende ist in Deutschland seit 2012 in § 24 SGB V verankert. Gebärende können in der Schwangerschaft wählen, ob sie Begleitung und Vorsorge von einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme* in Anspruch nehmen möchten. Sie können dabei selbst entscheiden, wann im Verlauf der Schwangerschaft sie Kontakt zu Hebamme* und/oder Ärzt*in aufnehmen möchten und sich von einer oder beiden zur Wahl des Geburtsortes beraten lassen. Dann kann die Geburt in Ruhe den eigenen Wünschen entsprechend zu Hause, im Geburtshaus oder in einer Klinik – ambulant oder stationär – , in einem Hebammenkreißsaal, mit Beleghebamme in Eins-zu-eins-Betreuung oder in einem Perinatalzentrum mit angeschlossener Kinderklinik geplant werden.

Faktisch ist die freie Wahl jedoch eingeschränkt durch zu wenig Möglichkeiten für außerklinische Geburten (bspw. wegen Hebammen*mangel, teurer Versicherung) und den engen Risikokriterienkatalog der Krankenkassen. Außerdem sind kurze Wege zu Kliniken in jedem Fall wichtig. In ländlichen Gegenden ist die Versorgung in Deutschland nicht überall gewährleistet. Beispielsweise gibt es auf Sylt seit 2014 keine Geburtsstation mehr. Gebärende begeben sich weit vor dem errechneten Termin aufs Festland und müssen dort auf die Geburt warten.



94% DER FÄLLE TRETEN IN LÄNDERN MIT NIEDRIGEM UND MITTLEREM EINKOMMEN AUF. IM AFRIKA SÜDLICH DER SAHARA UND SÜDASIEN KAMEN 86% DIESER TODESFÄLLE VOR.

DIE DIMENSIONEN VON GE



INSTITUTIONELLE GEWALT

Geburtshilfliche Abteilungen von Krankenhäusern sind oft geprägt von Ökonomisierung, starken Hierarchien, Personalmangel und festen Routinen. Dies kann eine Kultur der Respektlosigkeit gegenüber Gebärenden fördern. Auch geraten Hebammen* und Ärzt*innen durch interne Standards und forensische Empfehlungen in Situationen, in denen die Autonomie der Gebärenden nicht ausreichend berücksichtigt werden kann. Beispielsweise wird das Recht auf Nichtwissen (z. B. von Auffälligkeiten bei Vorsorgeuntersuchungen) oft nicht gewahrt, weil die Aufklärungspflicht vermeintlich überwiegt. Auch steigende Kaiserschnittzahlen sind in diesem Zusammenhang zu sehen. Die WHO hat 2015 erneut bestätigt, dass eine Kaiserschnittrate über 10-15% nicht mit einer Reduktion von Todesfällen von Gebärenden und Kindern einhergeht. Allerdings scheint es einen Zusammenhang zu geben zwischen der Spezialisierung und besonderen Schulung von geburtshilflichen Teams und der Reduktion von Kaiserschnittzahlen.

RASSISMUS ALS URSACHE FÜR HÖHERE STERBLICHKEIT VON MÜTTERN UND KINDER IN DEN USA

Die schwangerschaftsbedingte Mortalität Schwarzer Gebärender, war von 2011 bis 2013 drei- bis viermal mal höher als die von *weißen* Gebärenden, und das unabhängig vom sozioökonomischen Status. Auch die Säuglingssterblichkeit Schwarzer Kinder ist doppelt so hoch im Vergleich zu weißen Kindern. Neben genetischen Ursachen, Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht, Unfällen und plötzlichem Kindstod wurde nun von Forschenden auch Rassismus als Ursache bestimmt. Dass Schwarze Frauen insgesamt häufiger von Risikofaktoren betroffen seien, reiche nicht aus um die höhere Morbidität und Mortalität im Kontext von Geburt zu erklären. Damit bildet die Kategorie *race* einen eigenständigen Risikofaktor für Gebärende und ihre Kinder in den USA. Vermutlich wirken zum einen die Erfahrungen struktureller und personaler, rassistischer Diskriminierung direkt auf die Gesundheit von Schwarzen Gebärenden und Neugeborenen. Zum anderen scheint die Gleichbehandlung von Schwarzen und *weißen* Personen in Schwangerschaftsbegleitung und im Kreißsaal durch medizinisches Personal nicht gegeben zu sein. In diesem Feld fehlen ausreichende und verlässliche Daten.

STAATLICHE GEWALT IM KONTEXT VON GEBURT

Weltweit agieren Staaten regulierend und eingreifend im Kontext von Schwangerschaften, Geburten und dem Leben mit Baby. Beispiele dafür sind neben unzureichend ausgebauten Gesundheitssystemen, fehlender Krankenversicherungen und mangelhafter bis fehlender Ausbildung von Hebammen* und Ärzt*innen auch Gesetzeslagen, die die Wahl des Geburtsorts einschränken. Hausgeburten sind beispielsweise in Tschechien, Ungarn, Australien, China und vielen US-amerikanischen Bundesstaaten verboten oder juristisch anderweitig verhindert.

Zudem ist es in vielen Staaten bürokratisch nicht einfach eine Geburtsurkunde für ein Kind zu bekommen, dessen Mutter bzw. Eltern nicht den gesetzlichen oder gesellschaftlich verankerten Normen entsprechen: Zum Beispiel eine andere Nationalität haben, papierlos sind, nicht verheiratet sind, trans* oder intergeschlechtlich sind, mit mehr als zwei Elternteilen für das Kind verantwortlich sein wollen oder eine Behinderung haben.

Zum Teil erwächst den Eltern aus diesen Umständen auch konkrete, strukturelle Gewalt: Beispielsweise drohen je nach Kontext eventuell Abschiebung, Ausschluss aus Versorgungssystemen oder das Aberkennen des Sorgerechts bzw. das Wegnehmen der Kinder in staatliche Obhut. Dies kann dazu führen, dass Schwangere trotz aller Risiken außerhalb des Systems gebären.

DEADNAMING IN GEBURTSURKUNDEN IN DEUTSCHLAND

In Deutschland ist es nicht möglich für Trans*männer ihren Namen in die Geburtsurkunde der von ihnen geborenen Kinder eintragen zu lassen. Es wird der Deadname (Name einer trans* Person vor ihrer Transition) und das falsche Geschlecht eingetragen, da der Staat festgelegt hat, dass der Mensch, der das Kind geboren hat, die Mutter ist. Dies bringt die absurde Situation, dass diese Kinder Geburtsurkunden haben, in denen faktisch nicht existierende Personen als Eltern benannt sind. D.h. die Elternschaft kann z.B. beim Reisen ins Ausland nur per Gerichtsbeschluss nachgewiesen werden.

GEWALTERFAHRUNGEN IM KREISSSAAL – VON RESPEKTLOSIGKEITEN BIS EXISTENTIELLER TRAUMATISIERUNG

KÖRPERLICHE GEWALT

- OHRFEIGEN
- KNEIFEN
- SCHUBSEN
- FESTHALTEN
- KRISTELLER-HANDGRIFF, DAMMSCHNITT, MEDIKAMENTENGABE (Z.B. WEHENTROPF) OHNE INFORMIERTE EINWILLIGUNG

VERBALE GEWALT

- DROHUNGEN UND ANSCHREIEN
- HERABWÜRDIGUNG ZUM BEISPIEL AUF GRUND VON SCHMERZEMPFINDEN ODER FEHLENDER KRAFT („SO SCHAFFEN SIE DAS NIE!“)
- AUSLACHEN

SEXUALISIERTE GEWALT

- U.A. VAGINALE UNTERSUCHUNG ODER MANIPULATION AM MUTTERMUND OHNE INFORMIERTE EINWILLIGUNG

HÄUFIGSTE URSACHEN FÜR DIE **TODESFÄLLE VON GEBÄRENDEN** SIND: **SCHWERE BLUTUNGEN, INFEKTIONEN, PRÄEKLAMPSIE,** GEBURTSKOMPLIKATIONEN, UND **UNSICHERE SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE**. JUGENDLICHE **ZWISCHEN 10 UND 14 JAHREN SIND STÄRKER GEFÄHRDET** ALS ÄLTERE.

Empirische Studien zu traumatischen Geburtserfahrungen zeigen, dass zwischen 9% und 45% aller Gebärenden betroffen sind. Diese beschreiben zumeist fehlende Fürsorge, sowie Respektlosigkeit und Gewalt in der Betreuung während der Geburt als wesentliche, auslösende Faktoren. Gewalt im Kreißsaal umfasst intendierte und nicht intendierte Handlungen gleichermaßen.
Traumatische Geburtserfahrungen gehen mit einem höheren Risiko perinataler psychischer Erkrankungen, etwa postpartaler Depressionen (umgangssprachlich sog. Wochenbettdepressionen) oder posttraumatischer Belastungsstörungen, einher. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität der betroffenen Eltern und ihrer Kinder, da es mit Störungen der Eltern-Kind-Beziehung verbunden sein kann und damit auch die kindliche Entwicklung beeinflussen kann. Zudem sind oft das soziale Zusammenleben der Familie und die Qualität der Paarbeziehung dadurch gestört.

STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG

- ALTER
- ANGENOMMENE ODER TATSÄCHLICHE HERKUNFT
- SOZIOÖKONOMISCHER STATUS
- BEHINDERUNG
- SEXUELLE IDENTITÄT UND ORIENTIERUNG

NICHTEINHALTEN PROFESSIONELLER STANDARDS

- VERNACHLÄSSIGUNG UND ALLEINLASSEN
- EINSCHRÄNKUNG DER AUTONOMIE GEBÄRENDER
- MANGELHAFTE ODER FEHLENDE AUFKLÄRUNG BZW. NICHTWAHRUNG DES RECHTES AUF NICHTWISSEN
- UNNÖTIGE TRENNUNG VON ELTERN UND KIND
- FEHLENDE UMSETZUNG VON EVIDENZBASIERTEN LEITLINIEN

KOMMUNIKATION UND BEZIEHUNGSAUFBAU DURCH PERSONAL

- Z.B. FEHLENDES EINFÜHLEN UND UNTERSTÜTZEN GEBÄRENDER
- BEWUSSTE FALSCHINFORMATION ODER VORENTHALTEN VON INFORMATIONEN Z.B. ÜBER ALTERNATIVEN

GRÜNDE FÜR DEN FEHLENDEN ZUGANG ZU ADÄQUATER GEBURTSMEDIZIN SIND **WEITE ENTFERNUNGEN ZU DEN KLINIKEN, ARMUT, FEHLENDE INFORMATIONEN, MANGELHAFTE BZW. UNPROFESSIONELLE VERSORGUNG** SOWIE KULTURELLE ÜBERZEUGUNGEN UND PRAKTIKEN.

INTERNATIONALE KONVENTIONEN UND BERICHTE ZU GEWALT GEGEN FRAUEN

Gewalt im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird direkt zwischen Menschen und in konkreten Situationen wirksam und betrifft meist mehrere Dimensionen gleichzeitig. Zudem gibt es alle Ebenen durchziehende Dynamiken, welche Formen von Gewalt und ihre Wahrnehmung unsichtbar machen, normalisieren und damit legitimieren wollen. Deutlich wird hier auch, dass die Betroffenheit vieler Frauen und gebärender Menschen von Gewalt meist intersektional verschränkt ist.

World Health Organization

WHO STATEMENT

2014 veröffentlichte die WHO das Statement zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“. Es enthielt 5 Forderungen: 1) mehr Forschung und Maßnahmen gegen Respektlosigkeit und Misshandlung, 2) Programme zur Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe, 3) das Recht auf eine würde- und wertschätzende Versorgung, 4) Datenerhebung zu Versorgungspraktiken und 5) das Einbinden aller Akteur*innen, auch der Schwangeren selbst, in die Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

UNHRC

BERICHT DER UN-SONDERBERICHTERSTATTERIN „GEWALT GEGEN FRAUEN“

Dr. Dubravka Šimonović legte im Juli 2019 als UN-Sonderberichterstatterin „Gewalt gegen Frauen“ einen Bericht zu geburtshilflicher Gewalt vor, der sich auf mehr als 130 Reporte und Eingaben aus aller Welt stützt. Deutlich wird in dem Bericht, dass es weltweit bei Geburten in und außerhalb von Geburtskliniken zu einer systematischen Verletzung der allgemeinen Menschenrechte Frauen kommt.

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

ISTANBUL-KONVENTION DES EUROPARATS

Die sog. Istanbul-Konvention ist ein 2011 geschlossener, völkerrechtlicher Vertrag des Europarats. 35 von 46 Mitgliedsstaaten haben ihn nicht nur unterzeichnet, sondern auch ratifiziert. Darin heißt es in Art. 1a: “Zweck dieses Übereinkommens ist es, Frauen vor allen Formen von Gewalt zu schützen und Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt zu verhüten, zu verfolgen und zu beseitigen.” Die parlamentarische Versammlung des Europarates verabschiedete 2019 daran anknüpfend die Resolution 2306 zu geburtshilflicher und gynäkologischer Gewalt. Darin heißt es in Art. 3: „Geburtshilfliche und gynäkologische Gewalt sind eine Form von Gewalt, die lange nicht offengelegt wurde und immer noch zu oft ignoriert wird.“ Insgesamt werden die Mitgliedstaaten aufgefordert, Informations- und Sensibilisierungskampagnen zum Thema gynäkologische und geburtshilfliche Gewalt durchzuführen und konkrete Schritte zu unternehmen, um dieser Gewalt ein Ende zu setzen.

KONZEPT DER *SELBSTBESTIMMTEN GEBURT*

Mitte des 20. Jahrhunderts war Geburtshilfe in Krankenhäusern in Ländern mit hohem Einkommen von Technisierung, Medikalisierung und der Idee der Programmierung von Geburten mittels Einleitung und anderen Interventionen geprägt. Die westliche Frauenbewegung in den 1970er und 1980er Jahren beschäftigte sich damit kritisch. Daraus entstand als Gegenentwurf die Idee der natürlichen Geburt, welche möglichst ohne Interventionen und Schmerzmedikamente auskommt. Parallel entstand zudem das Konzept der „Selbstbestimmten Geburt." 1971 gab das feministische Boston Women's Health Book Collective das Buch „Our bodies, Ourselves" heraus. Mit Texten und Bildern wird wichtiges Wissen über gebärfähige Körper, Sexualität, Schwangerschaft und Geburt darin erklärt. Das Buch wurde mehr als 4 Millionen Mal verkauft und trug damit zum einen zur konkreten Aufklärung, aber auch zur Aneignung der Thematik bei. Ziel war es die eigene Gesundheit nicht mehr von *weißen* bürgerlichen Männern definiert zu bekommen.

Das wichtige Konzept der selbstbestimmten Geburt kommt im Kontext des Kapitalismus mit seiner Ausrichtung auf ökonomische Effizienz des Geburtshilfesystems an seine Grenzen. Einwilligung ist ein wichtiger Teil von Selbstbestimmung, welche allerdings im Kreißsaal zum Teil unter großem Druck, verbunden mit Angst, Hilflosigkeit und Erschöpfung gegeben wird. Vor dem Hintergrund wird Gebärenden oft selbst die Schuld an traumatisierenden Geburtserfahrungen gegeben. Das kommt einer Täter-Opfer-Umkehr gleich. D.h. im Kapitalismus gilt es um Möglichkeitsräume echten *Consents, echter Zustimmung zu kämpfen*.

BIRTHING JUSTICE ALS TEIL DES KONZEPTS *REPRODUCTIVE JUSTICE*

Im Rahmen der Debatte um eine Gesundheitsreform 1994 formierten Schwarze Feminist*innen den Begriff *Reproductive Justice,* dt. reproduktive Gerechtigkeit, zu einem Konzept, welches die feministische Engführung allein auf den Kampf um Abtreibungsrechte kritisierte. Damit öffnete sich der Diskurs hin zu einer intersektionalen Perspektive auf Mutter- und Elternschaft. Vor allem die Erfahrungen Schwarzer und Indigener Frauen (beispielsweise fehlender Zugang zu Gesundheitsversorgung, Elternschaft vor dem Hintergrund antinatalistischer Programme und struktureller Abwertung, etwa durch Kindesentzug) wurden sichtbarer. Neben dem Recht sich gegen Kinder entscheiden zu können, bekam das Thema sich für Kinder entscheiden zu können und diese auch unter guten Bedingungen aufziehen zu können Platz auf der feministischen Agenda.

Die National Advocates for Pregnant Women (NAPW) riefen 2010 andere Organisationen, die im Bereich der reproduktiven Gerechtigkeit tätig sind, dazu auf, das Thema Geburtsbegleitung und geburtshilfliche Versorgung stärker auf ihre Agenda zu setzen. Die NAPW wies darauf hin, dass Themen wie die freie Wahl des Entbindungsortes, der Hebammenmangel und die überhöhte Kaiserschnittrate nicht genügend Aufmerksamkeit erhielten, wodurch das aktivistische Potenzial wichtiger Anliegen wie die selbstbestimmte Entscheidung für ein Kind und die bevorzugte Art der Geburt verringert werde.

2017 STARBEN WELTWEIT TÄGLICH ETWA 810 MENSCHEN IN ZUSAMMENHANG MIT IHRER SCHWANGERSCHAFT, GEBURT ODER DER 42 TAGE DANACH. DAS SIND FÜR 2017 INSGESAMT CA. 295.000 MENSCHEN.

NEUE GEBURTSHILFEKONZEPTE

HUMAN RIGHTS IN CHILDBIRTH (HRIC)

... ist eine internationale Nichtregierungsorganisation, welche 2012 im Kontext ihrer ersten Konferenz in Den Haag, Niederlande, gegründet wurde. Die Konferenz brachte erstmals über 300 interdisziplinäre Akteur*innen aus der ganzen Welt zusammen, u.a. Hebammen*, Ärzt*innen, Jurist*innen, Ethiker*innen und Patient*innen. Weitere interdisziplinäre Konferenzen folgten u.a. in USA, Südafrika, Osteuropa und Indien.
www.humanrightsinchildbirth.org

BLACK MAMAS MATTER ALLIANCE (USA)

... ist eine „Black women-led cross-sectoral alliance“ mit Sitz in Atlanta, Georgia. Deren Ziel ist vor allem Interessenvertretung, eigene Forschung, Netzwerken und ein Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung von Schwarzen Müttern bzw. gebärender Personen und ihren Kindern. Sie beziehen sich auf „birth justice, reproductive justice, and human rights framework.“
www.blackmamasmatter.org

ROSES REVOLUTION DAY (INTERNATIONAL)

Die Roses Revolution wurde 2011 nach einer Idee der Geburtsaktivistin Jesusa Ricoy ins Leben gerufen. Jährlich wird seitdem am 25.11. der Internationale Aktionstag gegen Gewalt in der Geburtshilfe begangen. Von geburtshilflichen Gewalterfahrungen betroffene Frauen werden ermutigt, vor dem Ort an dem Ihnen das wiederfuhr eine rosafarbene Rose, ggf. mit einem Brief, abzulegen, um die Erfahrung sichtbar zu machen. Getragen wird #rosesrev in Deutschland u.a. von der Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland und dem Traum(a)Geburt e.V.
www.rosesrevolutiondeutschland.de
www.gerechte-geburt.de
www.traumageburtev.de

BLACK WOMEN BIRTHING JUSTICE (USA)

BWBJ ist ein Graswurzel-Kollektiv in Oakland, Kalifornien, USA, das Schwarze Frauen und Menschen aus der afrikanischen Diaspora während des gesamten Geburtsvorgangs berät, um sicherzustellen, dass jede schwangere Frau eine ermächtigende Geburts- und Wochenbetterfahrung macht. Weitere Ziele sind die Bewusstseinsbildung, die Beeinflussung der Gesundheitspolitik und die Wahrung der Heiligkeit der Geburt.
www.blackwomenbirthingjustice.com

VON INTERNATIONALEN **NGOs**

MOTHER HOOD E.V. (DEUTSCHLAND)

Ist eine einflussreiche Elterninitiative, die sich für eine bessere und gerechtere geburtshilfliche Versorgung einsetzen. Sie vertreten als Patientinnenvertretung Interessen von Gebärenden und deren Familien u.a. beim Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen, bei der Erstellung von medizinischen Leitlinien und in Gesetzgebungsverfahren. Den nationalen Report aus Deutschland für die Sonderberichterstatterin „Gewalt gegen Frauen“ Dr. Dubravka Šimonović 2019 reichte Mother Hood e.V. ein.
www.mother-hood.de

CRITICAL MIDWIFERY STUDIES COLLECTIVE

Mitglieder des Critical Midwifery Studies Collective organisieren die Summer School 2022 der University of Humanistic Studies in Utrecht. Mit dem Titel Humanizing Birth findet vom 11.-15.7.2022 die internationale (Online)Summer School in Zusammenarbeit mit dem Chilean Observatory for Obstetric Violence (Link: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35331668/ (auf „expand Affiliations“ klicken)) , der Universität Kapstadt, dem Department of Midwifery Science Amsterdam, der City University London und dem Institut Humanities and Social Science des IIT Bombay (Link: Quelle für die Bezeichnung:
https://www.hss.iitb.ac.in/en/about-iit-bombay) statt.
www.criticalmidwiferystudies.com

DOULAS UND HEBAMMEN* (INTERNATIONAL)

Es gibt natürlich auch Hebammen*, Ärzt*innen und vor allem Doulas, denen es ein Anliegen ist, trauma- und diskriminierungssensibel Schwangere, Gebärende und Menschen im Wochenbett zu begleiten. Weltweit ist die Begleitung von Geburten durch Doulas verschieden etabliert. Gerade in den USA sind Doulas aus dem Aktivismus für gute Geburtsbegleitung für Schwarze und Indigene Mütter sowie Queers heraus ziemlich etabliert. In Deutschland hat sich beispielsweise der Empowered Birth Movement e.V. mit Sitz in Düsseldorf die Information und Unterstützung von Menschen zum Ziel gesetzt, damit sie “informierte Entscheidungen für sich und ihre Familien treffen (zu) können“. Dabei ist der Einsatz von Doulas zentral für die Umsetzung dieser Idee. Allerdings ist es für Familien oft mit hohen Kosten verbunden, eine geburtsbegleitende Doula zu engagieren.
Auch gründen sich vermehrt feministische Hebammen*kollektive, welche die selbstbestimmten Erfahrungen ihrer Begleiteten im Fokus haben. Beispielsweise ist dem Hebammen*kollektiv Cocoon in Berlin eine explizit queerfeministische und sensible Arbeitsweise wichtig.
www.empoweredbirthmovement.com
www.cocoon-hebammenkollektiv.de

GESETZE GEGEN GEWALT IN DER GEBURTSHILFE

Argentinien verabschiedete 2008 als erstes Land weltweit ein Gesetz gegen obstetrische Gewalt. Diesem Beispiel folgten seitdem Venezuela, Panama, Bolivien und der mexikanische Bundesstaat Veracruz. Dabei wird Gewalt in der Geburtshilfe als eine Verschränkung von geschlechtsspezifischer Gewalt, Missbrauch und struktureller Gewalt im Gesundheitssystem verstanden.

ZWISCHEN MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN UND DEM RECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG

Mehr und mehr Selbstorganisationen fordern einen Wandel in der Geburtshilfe und eine Fokussierung auf geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung.
Dafür darf nicht allein das Ziel sein, dass im Kontext von Schwangerschaft und Geburt niemand stirbt, sondern dass die Geburt als stärkende und würdevolle Erfahrung zur Maßgabe wird.

Für eine gerechtere Geburtshilfe braucht es vor allem:

- Etablierung von staatlich finanzierten Versorgungssystemen
- unkomplizierten Zugang zu diesen Systemen; inklusive Medikamenten und evtl. benötigter Operationen
- die flächendeckende und gute Ausbildung von Hebammen* und ärztlichen Geburtshelfer*innen
- ausreichend Personal für 1-zu-1-Geburtbetreuung in klinischen Settings
- Abbau von Hierarchien
- Sicherstellung der Wahlfreiheit bezüglich Geburtsort und Geburtsbegleitung

QUELLEN UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Bohren, Meghan A. *et al.* (2015): "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review" in *PLOS Medicine* 12(6): e1001847. Accessed on 25 May 2022: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126110/
- Bundesverband trans* (ed.) (2021): "Trans* mit Kind!: Tipps für Trans*und Nicht-Binäre Personen mit Kind(ern) oder Kinderwunsch". Berlin.
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (2020): "Positionspapier zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe". Accessed on 25 May 2022: https://www.dghwi.de/wp-content/uploads/2020/09/Positionspapier_DGHWi_Gewalt_24072020.pdf
- Jung, Tina (2017): "Die 'gute Geburt'– Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburthilfesystems" in *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 9(2), pp. 30–45.
- Jung, Tina (2022): "Gewalt unter der Geburt hat System" in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 74(3), pp. 20–25.
- Klimke, Romy (2020): "'Du sollst mit Schmerzen Kinder gebären' –Obstetrische Gewalt in deutschen Kreißsälen" in *Kritische Justiz* 53: Issue 4, pp. 513–526.
- Leinweber, Julia *et al.* (2021): "Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit" in *Public Health Forum*, vol. 29, no. 2, pp. 97–100.
- Limmer, Claudia *et al.* (2019): "Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Ergebnisse einer deutschen Validierungsstudie", 29th Congress of the German Society for Perinatal Medicine, Berlin.
- Otto, Petra (2019): "Gegen den Trend: Wie es gelingen kann, die Kaiserschnittrate zu senken, Gespräch mit Burkhard Schauf" in *Hebammenforum* 3, pp. 250–253.
- Ross, Loretta J. (2021): "Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik" in Kitchen Politics (ed.) *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*, Edition Assamblage, Münster, pp. 17–60.
- Schultz, Susanne (2022): "Reproduktive Gerechtigkeit" in Haller, L.Y./Schlender, A. (eds.) *Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft*, Verlag Barbara Budrich, Opladen/Berlin.
- Selow, Monika (2015): "Praktisch keine freie Wahl" in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 69(7). Accessed on 28 May 2022: https://www.dhz-online.de/no_cache/das-heft/aktuelles-heft/heft-detail-abo/artikel/praktisch-keine-freie-wahl/
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2019): "Report 2019: Levels and Trends in Child Mortality". Accessed on 28 May 2022: https://www.unicef.de/informieren/materialien/levels-and-trends-in-child-mortality-2019/199466
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2022): "UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women: UNICEF Data Warehouse". Accessed on 28 May 2022: https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.MNCH_INSTDEL+MNCH_CSEC+MNCH_SAB+MNCH_BIRTH18..&startPeriod=2016&endPeriod=2022
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2022): "UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women: Delivery Care". Accessed on 28 May 2022: https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/
- Winkler, Christiane/Babac, Emine (2022): "Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft" in *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 01/22, SpringerVS, Wiesbaden, pp. 31–58.
- World Health Organization (2018): "WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections". Accessed on 31 May 2022: https://apps.who.int/iris/handle/10665/275377
- World Health Organization (2019): "Fact Sheet on Maternal Mortality". Accessed on 28 May 2022: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

IMPRESSUM
Herausgegeben von der Globalen Einheit für Feminismus und Geschlechterdemokratie und dem Gunda-Werner-Institut der Heinrich-Böll-Stiftung, März 2022
Recherche: Gesine Agena, Patricia Hecht, Dinah Riese
Text: Almut Bickhardt, Derya Binışık, Jana Prosinger
Konzept: Derya Binışık and Jana Prosinger
Gestaltung: Maja Ilić

Dieses Werk steht unter der Creative-Commons-Lizenz „Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 Deutschland" (CC BY-SA 3.0 DE). Der Text der Lizenz ist unter http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/de/legalcode abrufbar. Eine Zusammenfassung (kein Ersatz) ist unter https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/de/deed.de.