Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 121 (2023)
Heft: 3

Artikel: Die Würde steht an erster Stelle
Autor: Rakos, Elisabeth
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1041633

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Würde steht an erster Stelle

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit gilt auch für die Geburtshilfe. Jede Frau hat das Recht auf eine würdevolle Behandlung unter der Geburt. Die Studiengangsleiterin und Hebamme Elisabeth Rakos öffnet den Diskurs: Was wird als gewalttätig empfunden? Sind vaginale Untersuchungen unter der Geburt notwendig? Veränderungen müssen nicht zwingend von Frauen aus gehen, die Eingriffe als gewaltsam erlebt haben. Auch Hebammen können handeln.

TEXT:
ELISABETH RAKOS

Nach meiner Vorlesung erwartete mich eine junge Frau vor dem Hörsaal: «Sind Sie die Studiengangsleiterin von den Hebammen? Haben Sie kurz Zeit? Sie müssen mir bitte zuhören und das, was ich Ihnen sage, an Ihre Hebammenstudentinnen weitergeben. Ich möchte nicht, dass es anderen Frauen auch so ergeht wie mir.»
Zwei Stunden später verliess ich aufgewühlt die Cafeteria. Rebecca[1] hatte mir ihre Geburtsgeschichte erzählt.

Die Geburt: ein schlimmes Erlebnis

Es begann mit einer Einleitung an T+7. Nach 24 Stunden ineffizienter Prostaglandin-Wehen wurde ein Oxytocin-Infusion angehängt, eine Schmerzinfusion auf Opioid-Basis, ab dann Dauer CTG und unzählige als sehr unangenehm empfundene vaginale Untersuchungen, die teils ohne Ankündigung nur mal schnell zwischendurch ausgeführt wurden. Später kam noch eine Periduralanästhesie dazu, der Kaiserschnitt stand über Stunden im Raum, der Ehemann war hilflos, es kam wieder ein Schichtwechsel, die Situation spitze sich zu. Rebecca war nur mehr ein einziges verkrampftes, ängstliches, verletztes Bündel. Nach ihrer anfangs hohen Motivation, aus eigener Kraft die Wehen zu bewältigen, hatte sie aufgegeben, wollte nur mehr, dass der Alptraum endete. Das Ende war eine Vakuumextraktion, begleitet von einem mit dem Unterarm ausgeführten Kristeller-Handgriff und einer unangekündigten schmerzhaften Episiotomie. Dem Baby ging es gut, man gratulierte, legte es der Mutter gleich auf den Bauch. Alle freuten sich riesig. Rebecca nicht. Sie hatte noch nicht einmal verstanden, dass das Ganze jetzt zu Ende war, da gab es einen neuen, völlig unerwarteten grauenhaften Schmerz. Man drückte ihr tief in den Bauch hinein, gefühlt bis an die Wirbelsäule, sie schrie. «Ist gleich vorbei», wurde ihr emotionslos gesagt, «das muss jetzt noch sein, für die Plazenta. So eine hübsche Tochter haben Sie»! Diese Geburt ist nun fast zwei Jahre her, über Wochen und Monate erholte sich Rebecca nicht von dieser Erfahrung.

[1] Name geändert

Verstehen, was passiert ist

Rebecca begab sich auf die Suche nach Hilfe und wurde über Social Media schnell fündig. Zahlreiche Gruppen, Blogs, Vereine und Geburtsgeschichten ähnlich der ihren waren da zu finden. Begriffe wie «Gewalt unter der Geburt», «birth rape», «Roses Revolution Day» tauchten auf. All die anderen schrecklichen Geburtsgeschichten zu lesen, half nur bedingt, Rebecca begann eine Psychotherapie. Erst später nach eigener Recherche und Gesprächen mit Frauen, die dasselbe durchgemacht hatten, verstand sie, dass ihr – auch wenn nicht in böser Absicht geschehen – tatsächlich Gewalt widerfahren war und dass die Grundvoraussetzung, mit dem erlittenen Trauma zurechtzukommen, die war, es als solches anzuerkennen, darüber zu sprechen und nicht von sich selbst zu denken, dass sie sich «nicht so anstellen und nicht so zimperlich hätte sein sollen». Es wurde ihr klar, dass, wenn man am Ende ein gesundes Kind hat, noch lange nicht alles gut ist, und dass ein schreckliches Geburtserlebnis nicht schöngeredet, sondern nur bewusst verarbeitet werden kann.
Im Verarbeitungsprozess entstand bei der Frau das Bedürfnis, den Hebammenstudierenden mitzuteilen, was sie erlebt hatte mit dem Ziel, zu sensibilisieren und zukünftig solche Situationen zu vermeiden. Darüber zu reden, ist ein erster Schritt.

Ist die vaginale Untersuchung notwendig?

Schon in meiner Masterthese (Rakos, 2012) habe ich mich eingehend mit der vaginalen Untersuchung beschäftigt und ihren Nutzen dem potenziellen Schaden, der durch einen so intimen Eingriff entstehen kann, gegenübergestellt. Die Forschungsliteratur musste sich einiges an Kritik gefallen lassen. Unter dem Paradigma des Geburtsfortschritts zur Routinemassnahme geworden, ist die vaginale Untersuchung (VU), ohne über ausreichend Evidenzen zu verfügen, die häufigste Intervention während der Geburt. Leitlinien (AWMF, 2020; NICE, 2022) empfehlen, dass VUs bei physiologischen Verläufen in der aktiven Eröffnungsperiode alle vier Stunden angeboten und häufigere Untersuchungen nur auf Wunsch der Gebärenden oder bei fraglichem Geburtsfortschritt in Betracht gezogen werden sollen. In der Praxis wird jedoch nach wie vor wesentlich häufiger vaginal untersucht. Beide zitierten Leitlinien empfehlen, vor einer vaginalen Untersuchung sicherzustellen, dass der er-

Antje Kroll-Witzer

hobene Befund zur Entscheidungsfindung über das weitere geburtshilfliche Vorgehen beiträgt. Begründet wird das damit, dass eine vaginale Untersuchung für die Gebärende belastend sein kann, vor allem wenn sie bereits Schmerzen hat, sehr ängstlich ist und sich in einer ungewohnten Umgebung befindet. Auch müssen der Gebärenden der Grund und der Ablauf der Untersuchung erklärt, ihre Zustimmung eingeholt und die Ergebnisse der Untersuchung und deren Implikationen für den weiteren Geburtsverlauf kommuniziert werden (AWMF, 2020; NICE, 2022).

Routinemässige vaginale Untersuchungen unter der Geburt werden häufig als unangenehm, schmerzhaft und belastend erlebt.

Verletzung des Vertrauensverhältnisses

Die potenzielle Belastung durch eine vaginale Untersuchung ist wissenschaftlich belegt. In ihrem Positionspapier von 2014 konstatiert die World Health Organization (WHO): «Eine wachsende Zahl an Forschungsprojekten zu den Erfahrungen von Frauen in ihrer Schwangerschaft, und insbesondere unter der Geburt, zeichnet (...) ein beunruhigendes Bild. Viele Frauen in aller Welt erfahren unter der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen eine missbräuchliche und vernachlässigende Behandlung. Dies stellt eine Verletzung des Vertrauensverhältnisses zwischen den Frauen und den für deren medizinische Versorgung zuständigen Personen dar.»
Spätestens seit dem Buch von Mundlos (2015) ist Gewalt unter der Geburt auch in der Öffentlichkeit kein Tabu-Thema mehr und zahlreiche Medienberichte haben in oft reisserischer Form darüber berichtet. Vaginale Untersuchungen, unnötig zahlreich und «brutal» (Mundlos, 2017) durchgeführt, nehmen einen grossen Raum ein. Auch «nicht genehmigte Damm- und Kaiserschnitte sowie weitere Eingriffe in die Rechte und den Körper der Gebärenden» sind explizit angeführt (Mundlos, 2017). Damit sind der Kristeller-Handgriff und invasive Handgriffe zur Plazentagewinnung wie der Credé-Handgriff gemeint.

Unnötige Eingriffe

Einige neuere Forschungsergebnisse, allen voran ein Cochrane Review von 2022 (Moncrieff et al., 2022), haben sich mit der Ausgangslage beschäftigt, dass routinemässige vaginale Untersuchungen unter der Geburt häufig als unangenehm, schmerzhaft und belastend erlebt werden. Um den Geburtsfortschritt zu kontrollieren, werden sie in regelmässigen Abständen durchgeführt, obwohl der emotionale und körperliche Schaden, den sie verursachen können, hinlänglich erforscht ist. Protrahierte Geburten können auf zugrunde liegende Probleme zurückzuführen sein, die eine Intervention erfordern. Eine langsam voranschreitende Geburt kann aber auch einen normalen Prozess darstellen, und wenn es Mutter und Kind gut geht, sollte die Dauer der Eröffnungsperiode allein nicht zur Pathologisierung der Geburt führen, weil die Fehldiagnose einer Wehendystokie unnötige Eingriffe wie Medikalisierung oder Kaiserschnitt nach sich zieht (Moncrieff et al. 2022).

Geburtsfortschritt beobachten

In dem Review wurde der Frage nachgegangen, ob vaginale Untersuchungen tatsächlich die geeignetste Massnahme zur Feststellung des Geburtsfortschritt sind oder ob auch andere, weniger invasive Methoden wie der intrapartale Ultraschall und die Beobachtung äusserer körperlicher und verhaltensbezogener Anzeichen den Zweck, eine protrahierte Geburt zu erkennen, erfüllen können. Auch die Effektivität von rektalen, von zweistündlichen versus vierstündlichen VUs und die Durchführung von vaginalen Untersuchungen ohne Zeitvorgaben, sondern rein nach Indikation, wurden verglichen. Es wurden vier Studien integriert, wobei die Daten von 744 Frauen analysiert wurden. Das Ergebnis ist, dass nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, welche Methode zur Beurteilung des Geburtsfortschritts am effektivsten oder für die Frauen am akzeptabelsten ist. Weitere Forschung ist laut Moncrieff et al. (2022) nötig.

Sensibilisierung für geburtshilfliche Gewalt

Betrachtet man die routinemässige vaginale Untersuchung während der Geburt aus feministischer Perspektive, kommt zu der Unsicherheit der medizinischen Forschungsergebnisse noch ein weiterer Aspekt hinzu. Shabot (2021) interpretiert die vaginale Untersuchung unter der Geburt als eine besondere Form von geburtshilflicher Gewalt, die Frauen, obwohl sie diese erleben, aufgrund ihres politischen und kulturellen Rahmens nur schwer als solche erkennen können. Einerseits, weil sie in einem grundsätzlich wohlmeinenden medizini-

Erfassung von Geringschätzung und Misshandlung

Laut der World Health Organization (2014) «besteht aktuell kein internationaler Konsens zur wissenschaftlichen Definition und zur Erfassung von Geringschätzung und Misshandlung. (...) Es besteht ein umfangreiches Forschungsinteresse mit dem Ziel der besseren Definition, der Ermittlung und dem tieferen Verständnis geringschätzender und missbräuchlicher Behandlung von Frauen unter der Geburt, und wie diese vermieden und beseitigt werden kann».

schen Umfeld stattfindet, und andererseits, weil Frauen im Patriarchat konstant einer «gewissen Verdinglichung und Scham» ausgesetzt sind und hier diese Art von Übergriff unter der Geburt nicht als (sexuelle) Gewalt gilt.

Den Diskurs eröffnen

Unklar bleibt dabei, wie und ob das geburtshilfliche Personal, das in denselben sozialen Rahmen eingebettet ist, die medizinische Gewalt als solche wahrnehmen kann. Um das zu erreichen, könnte, so Shabot, eine radikale Dekonstruktion patriarchalischer Werte und medizinischer Hierarchien nötig sein. So könnte die Abschaffung nicht evidenzbasierter, invasiver Eingriffe nicht mehr nur von den Opfern, sondern endlich auch von den Täter*innen gefordert werden (Shabot, 2021).

Die unantastbare Würde

Wäre in der Forschung die unantastbare Würde der (gebärenden) Frau als Paradigma anerkannt, wäre die Diskussion um Massnahmen, die in besonderer Weise die Intimsphäre berühren, eine andere. Ein wichtiger Schritt in Richtung der von der World Health Organization (2014) geforderten «wertschätzenden Gesundheitsversorgung» wäre getan. Missstände wie «tiefe Demütigung (…), aufgezwungene oder ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommene medizinische Eingriffe (…) und «grobe Verletzung der Intimsphäre (…) von Frauen unter der Geburt» würden der Vergangenheit angehören. ⊙

AUTORIN

Prof. Elisabeth Rakos, MSc, Hebammenexamen 1996, Masterstudium 2012, seit 2014 Studiengangsleitung Hebammen an der IMC FH Krems, Österreich.

Literatur

Rakos, E. (2012) Die vaginale Untersuchung während der Geburt. Ein Eingriff zwischen Routinemassnahme und Intimitätsverletzung (Masterthesis). https://docplayer.org

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020) Vaginale Geburt am Termin. S3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft. https://register.awmf.org

National Institute for Health and Care Excellence (2014) Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). www.nice.org.uk

World Health Organization (2014) Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. http://apps.who.int

Moncrieff, G., Gyte, GML., Dahlen, HG., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A. & Downe, S. (2022) Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2022;* Issue 3. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub3.

Shabot, C. (2021) Why «normal» feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. In: *Feminist Theory 2021;* Vol. 22(3) 443–463. https://doi.org/10.1177/1464700120920764.

Selbstbestimmung in der Geburtshilfe: Eine juristische Einordnung

Eine Geburt ist im Sinne der Frau zu begleiten, mit Empathie und Sicherheit. Das ist erste Priorität für alle Gesundheitsfachpersonen. Keine Frau muss sich Angriffe auf ihre körperliche oder psychische Integrität gefallen lassen, weder eine Berührung noch einen einschüchternden Blick oder einen sexistischen Spruch, wenn sie das nicht wünscht. Die Verfassungsrechte auf persönliche Freiheit und körperliche Unversehrtheit sowie auf Privatsphäre schützen jede Frau gegenüber staatlichen Eingriffen und verpflichten die Schweiz, entsprechende Schutzmassnahmen zu ergreifen.[1] Ihre Persönlichkeitsrechte gelten in jeder Situation, gegenüber jeder Person (Art. 27f. ZGB). Das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen ist eines der wichtigsten Grundprinzipien des Personenrechts, des Medizinrechts und der Medizinethik. Es basiert neben den erwähnten Grundrechten auf zahlreichen internationalen Abkommen, welche die Schweiz als Vertragsstaat verpflichten.[2] Das Selbstbestimmungsrecht konkretisiert sich im Medizinrecht darin, frei und informiert über alle medizinischen Behandlungen und Eingriffe bestimmen zu können, die von den Gesundheitsfachpersonen vorgeschlagen werden, in der Rechtsfigur der sogenannten informierten und freien Einwilligung (Informed consent, consentement libre et éclairé), denn jeder Heileingriff stellt ohne diese eine rechtwidrige Persönlichkeitsverletzung und eine strafrechtlich relevante Körperverletzung dar. Alle Fachpersonen, ob Ärztin, Arzt, Hebamme oder Pflegefachperson, müssen deshalb einer Patientin all die Informationen geben, die deren Entscheidung beeinflussen können, und ihr die Möglichkeit erteilen, eine selbstbestimmte Wahl betreffend Art und Weise der Geburt zu treffen (Guillod, 2020), beispielsweise mit möglichst wenigen Eingriffen in den Geburtsvorgang. Das Bundesgesetz für Gesundheitsberufe schreibt seit dem Jahr 2020 ausdrücklich vor, dass es zu den zu erlernenden «sozialen und persönlichen Kompetenzen» einer Hebamme gehört, «das Selbstbestimmungsrecht der zu behandelnden Personen zu wahren»[3].

Verletzung der Selbstbestimmung

Wird das Selbstbestimmungsrecht von Frauen in der Geburtshilfe und der gynäkologischen Praxis missachtet, so stellt dies oftmals auch einen Akt der Gewalt dar. Ferner handelt es sich um ein Gleichstellungsproblem, denn Gewalt gegen Frauen ist so-

NEU BEI ACUMAX MED AG IN BAD ZURZACH:

Fundierte Weiterbildungen über die Wichtigkeit des Einsatzes des Faszien Distorsions Modells bei Schwangeren und Säuglingen in Kombination mit Behandlung der Diaphragmen bei werdenden Müttern durch Hebammen

Stress und Schmerz der Mutter in der Schwangerschaft hinterlassen Spuren im Kind. Das legen nicht nur, aber vor allem die Untersuchungen der Psychologin Bea van den Bergh von der Tilburg University in Belgien nahe.

Einen detaillierten Einblick in die Mechanismen dieser frühen Justierung der Stressempfindsamkeit geben Tierversuche von Forschern um Tracy Bale von der University of Pennsylvania School of Veterinary Medicine. Sie konnten in einer Studie zeigen, dass mütterlicher Stress die Synthese eines Enzyms namens OGT – ortho-N-Acetylglucosamintransferase – vermindert, wodurch das Gehirn ihrer Feten vor der Geburt reprogrammiert wird. OGT verändert die Übersetzung vieler Gene in Proteine und bedingt eine energetische Unterversorgung der Zellen im Hypothalamus. Stress der durch den vorhandenen Schmerz der Mutter entsteht wird im Gehirn vornehmlich von Hippocampus und Hypothalamus reguliert. Ist beim Baby während der Schwangerschaft der Cortisolspiegel dauerhaft erhöht, wird dies als Normalzustand festgelegt. Die Stressachse, also die Aktivierungskette innerhalb der Stresssysteme, wird hyperaktiv. Unter Stress wird im Körper Cortisol ausgeschüttet. Etwa zehn Prozent des Hormons passieren die Plazentaschranke und erreichen das kindliche Gehirn.

Der Verlauf der Schwangerschaft hat einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, auf den Geburtsverlauf sowie auf die Gesundheit der werdenden Mutter. Dadurch, dass das Kind im Laufe der Schwangerschaft immer mehr Platz im Mutterleib einnimmt, erhöht sich der Druck auf die Nachbarstrukturen wie Organe, Lymphbahnen und Blutgefäße.

Durch die hormonelle Umstellung wird das Becken auf die Geburt eingestellt und alle Strukturen wie Bänder und Muskeln werden weicher. Dadurch wird die Beweglichkeit im Becken deutlich verbessert und die Geburt erleichtert. Die Behandlungen durch das FDM Prinzip und der Behandlungen der Diaphragmen können die Mutter und Kind prä-und postnatal in vielen Bereichen unterstützen.

Mit dem Einsatz faszialer Techniken können Hebammen die Behandlung von den häufigsten Beschwerden in der Schwangerschaft wie beispielsweise Rückenschmerzen, Nackenschmerzen Hüftschmerzen, Sodbrennen, Karpaltunnelsyndromen sowie Wassereinlagerungen einleiten. Weiter können sie in diesem die Behandlung von cranialen Störungen beim Säugling und andere häufige Probleme wie z. B. das KISS-Syndrom, Koliken, Schreikinder, Wahrnehmungsstörungen, Schädelasymetrien, Prädelektionshaltungen, Konzentrationsstörungen, Verdauungsstörungen, Hyperaktivität sowie motorische oder sprachliche Entwicklungsverzögerungen diagnostizieren und behandeln. Bei Säuglingen ermöglichen die systematische Frühdiagnostik von Haltungs- und Bewegungsstörungen und deren ganzheitliche Behandlung zumeist eine wesentliche Linderung der Störungen oder im Idealfall eine Heilung. Ziel der Säuglingsbehandlung nach den Grundsätzen vom FDM Modell und der Diaphragmen ist es Spätfolgen bzw. Entwicklungsstörungen vorzubeugen. Dafür ist es wichtig, Dysfunktionen zu erkennen und auszugleichen. Gestörte Funktionen können u. a. durch familiäre Anlagen, eine ungünstige Lage des Kindes im Mutterleib, durch eine notwendige Medikamentengabe an die Mutter, durch Unfälle während der Schwangerschaft oder durch einen problematischen Geburtsvorgang begründet sein.

Unser langjähriger und erfahrener Dozent, Marco Congia (Osteopath D.O. Sport, D.O. päd), vermittelt sein umfangreiches Know-How seit Jahren an diversen Fortbildungsinstituten in ganz Europa. Informationen zu den beiden Weiterbildungen und dem Kursprogramm finden Sie unter:

AcuMax Med AG, 5330 Bad Zurzach
www.acumax.ch | www.acumax-kurse.ch | info@acumax.ch
T 056 511 76 00

ACUMAX

Autor: Marco Congia (Osteopath D.O. Sport, D.O. päd)

wohl eine Folge als auch eine Ursache von Geschlechterungleichheit; es hat strukturelle Dimensionen. Es geht, wie Barbara Duden schon ausführte, auch um die wissenschaftliche Aneignung (auch Medikalisierung) des weiblichen Körpers, statt um das, was die Frau erlebt (Duden, 1991). Hervorzuheben sind deshalb im Kontext der Geburtshilfe und der gynäkologischen Praxis die Bedeutung der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)[4] und die Istanbul-Konvention auf Europaebene gegen Gewalt an Frauen, die jede Form von Gewalt umfasst[5]. Gemäss Empfehlung des CEDAW-Komitees von 1999 sollen Vertragsstaaten wie die Schweiz Massnahmen ergreifen, um den Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten für Frauen zu gewährleisten, indem Dienstleistungen erbracht werden, die sicherstellen, dass eine Frau ihre vollständig informierte Einwilligung abgeben kann, ihre Bedürfnisse respektiert werden und bei denen ihr Vertraulichkeit garantiert wird.[6]

Gewalt in der Geburtshilfe und der gynäkologischen Praxis

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat erstmals im Jahr 2015 über Missbräuche und mangelnden Respekt von Frauen in der Geburtshilfe geschrieben und entsprechende Empfehlungen formuliert. Im Jahre 2018 folgten spezifische Empfehlungen zur Pflege und Betreuung bei Geburt. Diese Betrachtungsweisen haben sich bisher weder in Rechtswissenschaft noch in der Gerichtspraxis der Schweiz niedergeschlagen. Eine öffentliche Diskussion findet auch nicht statt. Dies verhält sich jenseits der Schweizer Grenzen anders (siehe Beiträge zu Frankreich). In Ländern wie Portugal und Schweden sowie Mexiko, Venezuela oder Argentinien sind zudem besondere Gesetze zum Schutz erlassen worden.

Verschiedene Formen der Gewalt

Dass die verschiedenen Arten der Missachtung der Rechte einer Patientin in der Geburtshilfe und der gynäkologischen Praxis als Formen von Gewalt, Sexismus oder einfach als mangelnden Respekt vor Frauen benannt werden, ist richtig. Der Begriff der Gewalt im Sinne der Istanbul-Konvention ist weit gefasst, schliesst Akte von physischer Gewalt (von Nötigung bis sexueller Belästigung) sowie psychischer Gewalt ein (beispielsweise wirtschaftliche oder emotionale Drucksituationen von einer gewissen Schwere).[7] Respektloses Verhalten kann in harmlos anmutenden Äusserungen wie «so, jetzt beruhigen ‹wir› uns bitte alle wieder» oder «atmen Sie einfach mit Ihrem Mann» bestehen oder auch nur in einem «missbilligenden Blick» liegen. Die Grenzen zwischen strafrechtlich relevanter Beleidigung oder sexueller Belästigung und «blossen» Persönlichkeitsverletzungen sind fliessend. – Wichtig bleibt, sich stets an die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und daran, was sich die betreffende Frau wünscht, zu erinnern. Meist bleibt sie urteilsfähig während der Geburt und entscheidet selbst. Jeder Vaginaluntersuchung oder jedem Dammschnitt, über welche nicht vorgängig informiert worden ist, konnte, Dringlichkeiten ausgenommen, auch nicht gültig zugestimmt werden.

Die wenigen Urteile des Bundesgerichts, die es zu Verantwortlichkeiten in der Geburtshilfe oder Gynäkologie gibt, betreffen Behandlungsfehler im engeren Sinn von Ärzt*innen, es behandelt jedoch nicht ein einziges Mal die Frage der genügenden Aufklärung.[8] Zur Sorgfaltsverletzung einer Hebamme gibt es ein einziges strafrechtliches höchstrichterliches Urteil[9] und in zweiter kantonaler Instanz finden sich gerade mal zwei Entscheide[10]. – Wobei zu berücksichtigen ist, dass aussergerichtliche Verfahren in Medizinal-Haftpflichtfällen notorisch sind. Es gibt aber auch keine Statistiken, die solche Gewaltvorkommnisse anderswie aufnehmen würden, beispielsweise kantonale oder spitalinterne Meldestellen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das Thema noch nicht im Recht angekommen ist.

Hebammen: Gehilfinnen von oder Opfer struktureller Gewalt?

Einzig im berufsspezifischen Umfeld scheint die «Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie» in der Schweiz in den letzten fünf Jahren zum Thema geworden zu sein.[11]

Hinzu kommt in jüngerer Zeit im Zusammenhang mit der strukturellen Gewalt ein weiteres Problem: Dass Hebammen sich selbst als Verursachende (oder Zeuginnen) eines Aktes von Gewalt erleben, weil sie erkennen oder zu erkennen glauben, dass das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Patientin verletzt wird, wenn ihrer Meinung nach eine medizinische Fachperson Verhaltensweisen, Behandlungen oder Eingriffe tätigt, welche einen Akt von Gewalt darstellen oder sexistisch sind und/oder auf mangelndem Respekt beruhen. Es kann dabei auch vorkommen, dass eine Institution von einer Hebamme gewisse «Standard-Abläufe» in Geburtshilfe und gynäkologischer Praxis einzuhalten verlangt und entsprechend vorsieht, dass gewisse Eingriffe zu tätigen sind wie beispielsweise standardisiert zu machende Ultraschallbilder bei einer Schwangerschaft (weil diese Anzahl krankenkassengedeckt ist?) oder mehrfache vaginale Untersuche.

Rechtschutznormen gegen Formen der Gewalt

Gegen diese verschiedenen Formen der Gewalt bestehen sowohl aus der Perspektive einer Patientin als auch derjenigen einer Hebamme Rechtsschutznormen:

Die Verantwortung für die Aufklärung zu einer medizinischen Behandlung liegt regelmässig bei der behandelnden Ärztin oder dem Arzt. Die Aufklärung muss in klaren und verständlichen Worten erfolgen,[12] vollständig sein, wobei der Detaillierungsgrad unter anderem von der Komplexität der Behandlung abhängt.[13] Dringende Fälle vorbehalten, gilt, dass eine fehlende, unvollständige oder mangelhafte Einwilligung der Patientin Rechtsfolgen straf-, zivil- und verwaltungsrechtlicher sowie standesrechtlicher Natur nach sich ziehen kann.[14] Zu beachten ist, dass eine Patientin die einmal erteilte Einwilligung jederzeit zurückziehen kann (Art. 5 Abs. 3 Biomedizin Konvention) respektive Änderungswünsche anbringen

Einzig im berufsspezifischen Umfeld scheint die «Gewalt in der Geburtshilfe und Gynäkologie» in der Schweiz in den letzten fünf Jahren zum Thema geworden zu sein.

zh aw Gesundheit

Wo Lernen Spass macht

Unsere praxisnahen Weiterbildungen bringen Sie auf den neusten Stand.

Current Clinical Topics (CCT)

27.03.2023 Regulationsstörungen in der frühen Kindheit
04.04.2023 Physiologische Anpassungsvorgänge beim Neugeborenen
05.04.2023 Pathologie im Wochenbett
11.04.2023 Kindeswohl – Kindesschutz
12.04.2023 Häusliche Gewalt

Module

20.03.2023 Regelwidrigkeiten in der Geburtshilfe
11.04.2023 Frauen- und Familiengesundheit
30.05.2023 Das Neugeborene

Online-Infoanlass Weiterbildung

Lernen Sie unser gesamtes Weiterbildungsangebot kennen:
Mittwoch, 22. März 2023, 18 Uhr, online

Mehr zum Infoanlass sowie zu allen Current Clinical Topics und Modulen für Hebammen:
→ zhaw.ch/gesundheit/weiterbildung

PR-ANZEIGE

Milchnahrung aus Ziegenmilch

FÜR BABYS MIT EINER SENSIBLEN VERDAUUNG

Unsere Milchnahrungen aus Ziegenmilch sind eine Alternative für Eltern, die bei der Ernährung ihres Kindes bewusst auf Kuhmilch verzichten wollen oder müssen – beispielsweise weil es Ziegenmilch besser verträgt. Durch die Verwendung von Vollmilch als Hauptzutat und als Fettquelle haben unsere Rezepturen einen natürlich cremigen Geschmack und einen geringeren Gehalt an pflanzlichen Ölen. Zudem kommen sie ganz ohne Palmöl aus, denn das Ziegenmilchfett liefert die notwendigen gesättigten Fettsäuren. Die vielen kurz- und mittelkettigen Fettsäuren des Ziegenmilchfetts können überdies leichter vom Körper aufgenommen werden. Im Milchfett der Ziege ist ausserdem Palmitinsäure enthalten– eine Fettsäure, die sehr wichtig für das Baby ist.

VORTEILE AUF EINEN BLICK

- besser verdaulich aufgrund besonderer Proteinzusammensetzung, die von den Verdauungsenzymen besser aufgespalten werden kann
- liefert wichtige kurz- und mittelkettige Fettsäuren & Palmitinsäure, die sehr wichtig für das Baby sind
- ohne Palmöl
- enthält alle wichtigen Vitamine, Mineral- und Nährstoffe
- einzige Milchnahrung aus Ziegenmilch in Demeter-Qualität
- Holle verfügt über 20 Jahre Erfahrung in der Herstellung von Milchnahrung

Erfahre mehr über Holle:
holle.ch
holle-klimapositiv.ch

ZIEGENMILCH ERFAHRUNG 20 JAHRE ANS D'EXPÉRIENCE EN LAIT DE CHÈVRE

Holle
biodynamisch
seit 1934

darf, auch wenn der Zeitpunkt noch so ungünstig erscheinen mag.

Hebammen tragen auch Verantwortung

Die Hebamme wird rechtlich regelmässig als Hilfsperson der behandelnden Ärztin beziehungsweise des Spitals zu betrachten sein, selbst wenn es sich um eine externe Belegärztin handelt, während eine freiberuflich tätige Hebamme die schwangere Frau in eigener Verantwortung als Auftragsnehmerin behandelt und über die verschiedenen Arten von Geburten und pränatalen Untersuchungen sowie den jeweiligen Ablauf einer Entbindung und deren allgemeinen und besonderen Risiken aufklärt. Das könnte zum Beispiel bei einer Hausgeburt die Distanz zum Ärztepersonal/Spital sein, die unsterilen Räumlichkeiten oder die fehlenden technischen Geräte. Erkennt die Hebamme als Hilfsperson, dass ein Arzt oder eine Ärztin regelwidrig handelt, hat sie eine Pflicht, diese(n) darauf hinzuweisen und auch einzuschreiten, sonst kann auch sie sich zivilrechtlich haftbar respektive strafbar machen.[15]

Ob Hebammen dabei selbst als Opfer struktureller Gewalt betrachtet werden können, weil ihre eigenen Persönlichkeits- und Entscheidungsrechte insoweit beschnitten werden, als sie genau das nicht können, weil sie unter erheblichem wirtschaftlichem, emotionalem und zeitlichem Druck des Funktionierens steht (und Gewalt im Sinne der Istanbul-Konvention vorliegt), sollte in der Praxis vertieft überprüft werden.

Datenerhebung, Forschung und Schulung

Es fehlt nach dem bisher Ausgeführten nicht in erster Linie an anwendbaren Rechtsgrundlagen, sondern daran, dass diese Phänomene von Gewalt in Geburtshilfe und gynäkologischer Praxis erkannt, benannt und als rechtswidrig bekannt werden. Sowohl Patientin als Hebamme dürfen und sollen sich gegen diese wehren. Die entscheidende Frage ist, wie sie dabei unterstützt werden können. Lösungsansätze bieten nebst breiter Datenerhebung[16] und Forschung[17] vorab die Schulung. Namentlich ein konsequent umgesetzter Shared-decision-making-Prozess ist wünschenswert, der alle Akteur*innen von Anfang an einbezieht und der beispielsweise einen schriftlichen Behandlungsplan, einen sogenannten «Geburtsplan» umfasst, damit die eigenen Wertvorstellungen der betroffenen Frau an einem Ort für alle zugänglich festgeschrieben sind (man denke nur an die Schichtwechsel der Hebammen [Hotz, 2022]). Ferner braucht es ein stärkeres Bewusstsein darüber, dass es Personen gibt, die besondere Unterstützung brauchen (beispielsweise diejenigen mit Verständigungsschwierigkeiten oder diejenigen, in deren Kultur das Konzept der Selbstbestimmung weniger hoch bewertet ist und Entscheide in der Familie/Gruppe gefällt werden)[18] und die Erkenntnis, dass es strukturelle Gewalt in diesem Bereich gibt (Notwendigkeit der Datenerhebung). ⊙

AUTORIN

Sandra Hotz
ist Ordinaria für Medizin- und Zivilrecht an der Universität Neuchâtel sowie Lehrbeauftragte für Gender Law an der Universität Basel. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich unter anderem mit Fragen der reproduktionellen Autonomie und der Partizipation im Gesundheitsbereich.

Referenzen

1 Art. 10 Abs. 2, 13, 7 Bundesverfassung der Schweizer Eidgenossenschaft vom 18.4 1999, SR. 101.
2 Art. 8 Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4.11.1950 (EMRK), in Kraft für die Schweiz 8.11. 1974, SR 0.101; Art. 5–9 Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin vom 4.4.1999, in Kraft für die Schweiz 1.11.2008 (Biomedizin Konvention); SR 0.810.2; Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Allgemeine Bemerkung Nr. 14, Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit, Doc. UN E/C.12/2000/4 (2000), Abs. 8.
3 Art. 4 Abs. 2 Bst. c. i.V.m. Art. 2 Abs. 2 lit. d Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (SR 811.21).
4 Vom 18. Dezember 1979; in Kraft in der Schweiz seit 26.4.1997, abgekürzt CEDAW, vgl. www.fedlex.admin.ch (21.1.2013).
5 Übereinkommen des Europarates zur Bekämpfung der Gewalt an Frauen und der häuslichen Gewalt vom 11. Mai 201, in Kraft in der Schweiz seit 1.4.2018, abgekürzt Istanbulkonvention www.fedlex.admin.ch (21.1.2023); Botschaft vom 2. Dezember 2016 zur Genehmigung des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, BBl 2017 185, S.194.
6 General Recommendation no. 24 on the core obligations of States parties under article 12 CEDAW (women and health) 1999, §22.
7 Botschaft BBl 2017 185, S. 196.
8 BGer., Urteil vom 11.12.2019, 6B_834/2019, E. 2, BGE 141 III 363; BGer., Urteil vom 09.07.2010, 4A 48/2010.
9 BGer vom 03.03.2009 6B 842/2008 (6B_842/2008).
10 Obergericht des Kantons Zürich, Entscheid vom 05.09.2017, LB160075 (kontraindizierten Amniotomie und anschliessender Nabelschnurvorfall mit Sauerstoffmangel); Obergericht des Kantons St. Gallen, Strafkammer und Anklagekammer, Entscheid vom 04.11.2014, ST.2012.155.
11 Z.B. Tagung «Bienveillance ostétrical – un défi pour tous», HEds 14.10.2021; vgl. CAS ZHAW «Gewalt in der Gynäkologie» Beginn Dezember 2023; Solène Gouihers-Hertig, Gouverner par le risque. Une éthnographie comparée des lieux de l'acchouchement en Suisse, Thèse doctorale, Genève 2017.
12 BGE 133 III 121, E. 4.1.1–2.
13 BGer. vom 28. April 2003, 4P.265/2002; so ist eine Patientin regelmässig über die für einen Eingriff bekannten Risiken zu informieren (z.B. Risiko einer Paraplegie nach einer Laminektomie, BGE 117 Ib 197).
14 BGE 134 II 235 E. 4, 133 III 121 E. 4.1.1-2; 117 Ib 197 E. 2a; 105 II 284.
15 Oberlandesgericht Frankfurt, Urteil vom 24.5.2016, Az. 8 U 159/1.
16 Die unabhängige Expertinnengruppe des Europarats (GREVIO) hat in ihrem Bericht vom 15.12.2022 zur Umsetzung der Istanbulkonvention in der Schweiz ausdrücklich bedauert, dass im Gesundheitsbereich (bspw. Spitälern) keine entsprechenden Daten erhoben werden; Ausnahmen vorbehalten bspw. Berner Inselspital oder der Spezialabteilung für Gewalt des Waadtländer Kantonsspitals.
17 Art. 11 Absatz 1b Istanbul-Konvention.
18 Zudem ermutigt GREVIO die Schweizer Behörden in ihrem Bericht vom 15.11.2022 auch stark, vermehrt eine «intersektionaler Perspektive» einzunehmen, was nichts anderes bedeutet, dass eine Sensibilisierung dafür stattfinden muss, dass nicht alle Frauen gleichermassen Gewalt ausgesetzt sind.

Literatur

Duden, B. (1991) Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Hamburg, S.109ff.
Guillod, O. (2020) Droit medical. Neuchâtel, S. 295ff., S. 307.
Hotz, S. (2022) Plan de traitement – un droit essentiel et un outil avec du potentiel. *Jusletter;* 29. août 2022.
Guillot, A. & Hotz, S. (2023) In Vorbereitung: Obstetric Violence: A Legal «Emergency».
World Health Organization (2015) Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes: highlights and key messages from the World Health Organization's global recommendations. https://apps.who.int
World Health Organizsation (2018) Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, Geneva. www.who.int