



Braucht eine gute Versorgung rund um die Geburt mehr Feminismus?

Versuch einer Antwort anhand von Beispielen

Dagmar Hertle

Auf einem großen Kongress zur Versorgungsforschung halte ich einen Vortrag zur Hebammenversorgung in Deutschland. Es ist kurz vor 18:00h. Ein langer Kongresstag liegt hinter uns und der Saal füllt sich nur langsam. Der Moderator, der die Session leitet, sagt zu seiner Co-Moderatorin: „Naja, da kommen jetzt nicht so viele – es ist ja auch ein Randthema“.

Diese Aussage passt zur Uhrzeit, auf die die Session gelegt wurde, ansonsten passt sie nicht: Schwangerschaft und Geburt sind der häufigste Behandlungsanlass im deutschen Gesundheitswesen und Geburt ist der häufigste Grund für eine stationäre Aufnahme. Betroffen sind etwa 700.000 Gebärende im Jahr, hinzu kommen deren Kinder sowie Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüche. Auch für die Partner*innen ist die Qualität der Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt bedeutsam. Alles in allem geht es um rund drei Millionen Menschen – jedes Jahr. Immer wieder schaue ich in verblüffte Gesichter, wenn ich diese Zahlen nenne. Zu viele Menschen, auch im Gesundheitswesen Tätige, kennen sie nicht. Noch deutlich mehr Betroffene sind es, wenn wir nach der Geburt nicht Halt machen, sondern längerfristig auf die Müttergesundheit schauen.

Meine Erfahrungen werfen Fragen auf: Wo wird das Thema „Gesundheit rund um die Geburt“ platziert und wo wird es „übersehen“? Von wem und warum? Wie können wir dafür sorgen, dass Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft den prominenten Platz in der öffentlichen und politischen Wahrnehmung bekommen, der ihrer gesellschaftlichen und zahlenmäßigen Bedeutung entspricht?

Was mir begegnet ist, ist ein typischer Fall von Marginalisierung: „Marginalisierung findet in einem Machtgefüge statt und geht mit Diskriminierung einher: Je weiter am gesellschaftlichen Rand sich eine Gruppe befindet, desto weniger Macht hat sie und desto stärker ist sie gegenüber der gesellschaftlichen Mitte benachteiligt. Marginalisierung beinhaltet den Verlust von Ressourcen, Einflussmöglichkeiten sowie Status [...]. Marginalisierung betrifft nicht nur



Minderheiten. So wird in einer patriarchalen Gesellschaft Weiblichkeit marginalisiert, obwohl Frauen keine Minderheit sind“ [1].

Schwangere und Gebärende sind aber nicht nur die größte Gruppe zu versorgender Menschen, sondern auch ganz überwiegend jung und gesund. Meist werden sie dennoch als „Patientinnen“ bezeichnet, denn sie sind Teil eines Medizinsystems, das auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet ist. Dass es sich bei Schwangerschaft und Geburt um eine normale (wenn auch besondere und vielleicht abenteuerliche) Lebensphase handelt, tritt dabei weitgehend in den Hintergrund. Es wird nicht nur von Patientinnen gesprochen, viele Frauen werden auch dazu gemacht: 85% der Schwangeren erhalten mindestens einen Befund oder ein Risiko, das einen „besonderen Überwachungsbedarf“ begründet. Das zeigen Abrechnungsdaten der BARMER. Bei so viel „Risiko“ ist es wenig erstaunlich, dass Schwangere was diagnostische Maßnahmen wie CTG und Ultraschall betrifft, deutlich überversorgt sind [2,3]. Frauen können dadurch unnötige Ängste entwickeln und laufen Gefahr, überflüssigen und potenziell schädlichen Interventionen ausgesetzt zu werden [4].

Gleichzeitig findet sich Unterversorgung in anderen Bereichen, z. B. in Bezug auf evidenzbasierte Information und Beratung – in Bereichen also, die Empowerment und eigenständiges Entscheiden von Frauen stärken [5]. Nichtsdestotrotz stellt der Berufsverband der Frauenärzte in einem Vortrag auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG, 2024) fest: „Wir haben seit 60 Jahren die beste Schwangerenvorsorge der Welt entwickelt“. Wie lässt sich dieses mit voller Überzeugung vorgetragene Statement der Ärzteschaft angesichts der (nur beispielhaft ausgewählten) Qualitätsmängel erklären?

Der Übergang der Schwangerenvorsorge in die ärztlichen Hände fand in den 1960er Jahren statt – einer Zeit, in der die Frauen deutlich weniger Rechte hatten und die meisten Frauenärzte männlich waren. Bis heute ist der paternalistische Blick auf Schwangerschaft und Geburt zu spüren. Und er trägt zur Pathologisierung einer natürlichen Lebensphase bei, die angeblich der ständigen Kontrolle bedarf [6]. Es ist vielleicht gut gemeint, aber auch benevolenter Paternalismus ist Paternalismus. Für die dahinterliegenden Mechanismen gibt es jedoch in der Ärzteschaft und der Allgemeinbevölkerung nur wenig Bewusstsein. Mit guten Absichten und einigen Erfolgen der ärztlichen Schwangerenvorsorge wird verdeckt, dass das Pendel immer mehr in die Gegenrichtung ausschlägt und den Schwangeren und Gebärenden mehr und mehr abgesprochen wird, eigenverantwortlich schwanger sein und gebären zu können.



Es fügt sich, dass damit auch Geld verdient werden kann, sei es durch eine höhere Vergütung von Kaiserschnitten, die Abrechnung vieler CTGs und Ultraschalluntersuchungen oder mit Selbstzahlerleistungen (IGeL). Die Ergebnisse unserer Analysen zeigen, dass die Mechanismen, die Schwangere und Gebärende in die Risikofokussierung und damit in die Abhängigkeit von übergriffiger „Fürsorge“ drängen, weiterhin vorhanden sind. Denn eine Vielzahl von Untersuchungen findet auch bei gesunden Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf statt. Dies entspricht nicht einer evidenzbasierten Versorgung [2,3].

Pathologisierung und Medikalisierung von Frauen beschäftigt die Frauenbewegung seit langem. Das oft damit verbundene Sicherheitsversprechen wird dabei nicht eingelöst, denn nachweislich können zu viele Untersuchungen auch schaden, indem sie unnötige und potenziell schädliche Interventionen begünstigen [7]. Das jeder therapeutischen Beziehung innewohnende Wissens- und Machtgefälle ist hier besonders gefährlich, denn es erleichtert es, Frauen in ein medizinisches Herrschaftssystem einzuordnen.

Ein weiteres Beispiel: Empirische Studien zeigen, dass zwischen 9 % und 45 % aller Frauen während der Geburt traumatische Erfahrungen machen [8]. Gewalterfahrungen während der Geburt sind also kein Einzelfall, auch wenn sich die Prävalenz von Gewalterleben im geburtshilflichen Kontext nur schwer konkret erfassen lässt, unter anderem, weil viele unterschiedliche Formen von Gewalt vorliegen können, die differenziert betrachtet werden müssen, wie physische, psychische, sexualisierte Gewalt, strukturelle Gewalt, Stigmatisierung oder Diskriminierung. Dabei geht es bei weitem nicht nur um das Fehlverhalten einzelner Personen. Gewalt spiegelt Macht- und Ungleichheitsverhältnisse und die gesamtgesellschaftliche Kultur. Dies zeigt sich auch daran, dass Gewalt während der Geburt und ihre Folgen immer noch ganz überwiegend verschleiert, bagatellisiert und unterthematziert werden [9, Beitrag von Tina Jung]. Dass Gewalt während der Geburt in den letzten zehn Jahren vermehrt thematisiert wird, ist ein Fortschritt. Die Frage bleibt, warum sie in diesem Umfang möglich ist und warum es so schwierig ist, sie zu beenden.

An den aufgeführten Beispielen Marginalisierung, Pathologisierung und Gewalt – alles feministische Themen – wird der Zusammenhang zwischen Geburtshilfe und Feminismus sehr konkret. Alle, die mit der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland zu tun haben, ob als betroffene Frauen oder dort Tätige, sind über kurz oder lang mit Qualitätsdefiziten und mit einer mangelnden Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der Schwangeren, Gebärenden und der Wöchnerinnen konfrontiert. Spätestens mit der Veröffentlichung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ 2017 [10] wird deshalb ein



Kulturwandel in der Versorgung gefordert. Obwohl viele Frauen aktiv werden und sich einiges bewegt, sind die Fortschritte langsam und oft nur punktuell. Die Umsetzung des NGZ „Gesundheit rund um die Geburt“ war ein dezidiertes Ziel der Ampelregierung, der „große Wurf“ ließ aber auf sich warten. Woran liegt das?

Argumentiert wird häufig und wie auch in anderen Bereichen mit Zuständigkeiten und vor allem einem Mangel an Geld und Ressourcen. Da wir aber in einem reichen Land leben, ist die Verteilung von Geld und Ressourcen eine Entscheidung, die so oder anders getroffen werden kann. Patriarchale Strukturen beeinflussen die Priorisierung und die Geldflüsse maßgeblich, nicht zuletzt sichtbar am Pay-Gap, Pension-Gap und dem Rollback während der Corona-Pandemie [11, 12]. Allerdings fällt mir auf, dass zwar die meisten Menschen die geschlechtsspezifischen Benachteiligungen von Frauen kennen, diese aber oft nicht in Bezug setzen zu dem, was sie in der Versorgung rund um die Geburt erleben. Auch in konkreten Forderungen, die an die Verantwortlichen gerichtet werden, wird nur selten gleichstellungspolitisch argumentiert.

Würde die Bezugnahme auf die gesetzlich verankerte Verpflichtung zur Umsetzung von Gleichstellung helfen, Verbesserungen in der geburtshilflichen Versorgung schlagkräftiger einzufordern? Denn was Frauen erleben, wenn sie schwanger sind, gebären und Mütter werden, passiert ihnen nicht „weil Frauen eben die Kinder bekommen“, sondern weil sie Frauen sind. Wir sind alle mit Jahrhunderte alten Stereotypen imprägniert worden, die uns an den unterschiedlichsten Stellen ständig einholen und unsere Selbstbestimmung massiv einschränken. Angefangen mit „unter Schmerzen sollst du gebären“, über das „schwache Geschlecht“ bis hin zur hormonell bedingten psychischen Labilität [13] und zu Müttern, die es keinem Recht machen können (Rabenmütter, Helikoptermütter, Cappuccino-Mütter [14]) beeinflussen Rollenklischees, wie mit uns umgegangen wird. Die Liste der Zuschreibungen lässt sich beliebig fortsetzen. Die Kontrolle über die Reproduktivität ist dabei immer ein zentraler Punkt, am deutlichsten sichtbar an den Einschränkungen beim Schwangerschaftsabbruch.

Paradox ist, dass all dies begleitet wird, von einer ausgeprägten kognitiven Dissonanz. Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sind einerseits so zentral, dass sie kriminalisiert (§218), mit Risiken und vielen diagnostischen und invasiven Maßnahme belegt und überwacht werden (Pathologisierung), andererseits sollen die Schwangeren, Gebärenden und Mütter sich aber bitte nicht so wichtig nehmen (Marginalisierung): Die Ressourcen für eine ausufernde Überwachung und für invasive Eingriffe werden zur Verfügung gestellt, selbst wenn sie



schaden, die Ressourcen für eine selbstbestimmte, individuelle Beratung und Begleitung stehen nicht zur Verfügung. Vereinfacht gesagt: Kontrolle muss sein, Unterstützung und Selbstbestimmung naja, ein bisschen.

Aber Frauen haben Rechte, so zum Beispiel das Recht, den Geburtsort zu wählen oder das Recht auf die Versorgung durch eine Hebamme. Diese Rechte können Frauen aber nur in Anspruch nehmen, wenn die entsprechenden Angebote auch verfügbar und niederschwellig zugänglich sind. Dies betrifft z. B. die außerklinische Geburtshilfe, die hebammengeleitete Geburt im Krankenhaus und die interdisziplinäre Schwangerenvorsorge durch Frauenärzt*innen und Hebammen im Wechsel, die mit Hürden im Zugang und Problemen in der Zusammenarbeit der Berufsgruppen belastet ist. Alle diese Rechte sind auch übergeordnet von der UN-Frauenrechtskonvention umfasst, denn diese hat einen breiten Anwendungsbereich. Zu ihren Gewährleistungen zählen auch die „... reproduktiven Menschenrechte, nicht nur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, sondern auch wohnortnahe Hebammenversorgung, gewaltfreie Geburtshilfe, abgesichertes Wochenbett, reproduktive Gesundheitsversorgung im Lebenslauf und auch für geflüchtete Frauen, arme Frauen, Migrantinnen, ältere Frauen, Frauen auf dem Land, Schwarze Frauen und Frauen mit Behinderungen“, so die Verfassungsrichterin Ulrike Lembke bei der Feier zu 45 Jahren UN-Frauenrechtskonvention am 07.10.2024 in Berlin [15].

Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW) – kurz UN-Frauenrechtskonvention – wurde am 18. Dezember 1979 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet (Resolution 34/180). Das Übereinkommen trat am 03. September 1981 völkerrechtlich in Kraft und wurde 1985 von Deutschland ratifiziert [16]. CEDAW ist das wichtigste völkerrechtliche Menschenrechtsinstrument für Frauen. Die Vertragsstaaten werden zur rechtlichen und faktischen Gleichstellung von Frauen in allen Lebensbereichen, einschließlich der Privatsphäre, verpflichtet. Der Staat darf nicht nur nicht selbst gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen, sondern er muss auch aktiv dafür sorgen, faktische Chancengleichheit in der gesellschaftlichen Realität zu erreichen. Er ist verpflichtet, eine aktive Politik zur Beseitigung der Diskriminierung von Frauen zu verfolgen. Das Fakultativprotokoll zu CEDAW trat am 22. Dezember 2000 völkerrechtlich in Kraft und wurde 2002 von Deutschland ratifiziert. Dieses räumt Frauen bei Verstößen gegen die Bestimmungen des Übereinkommens das Recht auf eine Individualbeschwerde ein – wenn nationale Rechtswege zuvor ausgeschöpft wurden. Bei systematischen Verletzungen der



Konvention ist ein Untersuchungsverfahren vorgesehen. Sowohl die Frauenrechtskonvention als auch die Istanbul-Konvention (das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, [17]) sind Bestandteile deutschen Rechts, dies ist aber weitgehend unbekannt. Auch Politiker*innen und Parlamentarier*innen wissen es oft nicht. Das Jubiläum der Ratifizierung von CEDAW durch Deutschland, die sich 2025 zum vierzigsten Mal jährt, wäre ein Anlass das Abkommen bekannter zu machen, es argumentativ einzusetzen und zu prüfen, ob wir z. B. auf dem Klageweg weiterkommen können (vergl. Klage der Klima-Seniorinnen in der Schweiz [18]).

Frauengesundheit ist nicht nur ein Versorgungsthema, sondern mindestens genauso ein Gleichstellungsthema und damit ist Frauengesundheit ein feministisches Thema. Die Verknüpfung zwischen Gesellschaft und Frauengesundheit bedarf der interdisziplinären Vernetzung wie sie z. B. seit über 30 Jahren im Arbeitskreis Frauengesundheit, AKF e. V. unermüdlich vorangebracht wird [19]. Der Verein hat dies ausdrücklich in seinen Namen aufgenommen und sieht sich als Arbeitskreis für Frauengesundheit „in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft“. Schwangerschaft und Geburt sind eine außerordentlich vulnerable Phase für Frauen, ihre Kinder und Familien. Für viele Frauen – auch die, die davon bis dahin nicht betroffen waren – ist das erste Kind immer noch der Einstieg in Care-Gap, Pay-Gap, Renten-Gap und damit in Geschlechterungerechtigkeit und Mehrfachbelastung [20].

Die ersten Feministinnen kämpften um Gleichheit vor dem Gesetz: um das Recht zu studieren, das Wahlrecht, das Recht, ihr eigenes Vermögen zu verwalten oder ohne Erlaubnis des Ehemanns arbeiten zu gehen. Auch damals ging es um Verhütung, Schwangerschaftsabbruch und das Muttersein [21]. Die zweite Frauenbewegung kämpfte erneut um das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und kritisierte die traditionelle geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Die Beschäftigung mit unseren feministischen Vorkämpferinnen und der Austausch mit den aktuellen Feministinnen vor allem auch anderer Disziplinen hilft mir, mein Erleben besser einzuordnen, zu verstehen, wieso Frauen so „behandelt“ werden, wie es der Fall ist, und warum es so schwer ist, Änderungen zu bewirken. Die eingangs gestellt Frage „Braucht eine bessere geburtshilfliche Versorgung mehr Feminismus“ würde ich daher ganz eindeutig mit „ja“ beantworten. Ceterum censeo bin ich der Auffassung, dass das Patriarchat weichen muss (in Anlehnung an Cato den Älteren).



Dr. Dagmar Hertle

Fachärztin für Innere Medizin, Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, aktueller Arbeitsschwerpunkt: Versorgung rund um die Geburt am BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, bifg, in Wuppertal. Seit über 30 Jahren aktiv im Arbeitskreis Frauengesundheit, AKF e.V.

Quellen

- [1] <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/marginalisierung>
- [2] Schäfers R, Kolip P. Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? Gesundheitsmonitor; 2015. ueberversorgung_in_der_schwangerschaft_bertelsmannstudie_20150727.pdf
- [3] Schäfers R, Wende D, Hertle D. Ultraschall- und CTG Kontrollen in der Schwangerschaft: Vorgaben in den Mutterschafts-Richtlinien und Versorgungswirklichkeit. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2024.
- [4] Petersen J, Jahn A. Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany. Birth (Berkeley, Calif.) 2008;35(1):41–9.
- [5] Schäfers, R., Hertle, D. (2024). Beratung als Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Thieme – Hebamme, 2024, 37(04), S. 20-25
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2332-8874>
- [6] Hertle D, Schindele E, Hauße U. Es ist nicht egal, wie wir geboren werden und wie Frauen gebären., Ein Plädoyer für einen Kulturwandel in der geburtshilflichen Versorgung. In: Gesundheitswesen aktuell 2021. p. 220–2049. Available from:
<https://www.bifg.de/media/dl/Gesundheitswesen%20aktuell/2021/GWA%202021%20Hertle.pdf>
- [7] Hösli I, Büchel J. Intrapartales Kardiotokogramm. Gynäkologe 2017; 50: 695–709.
- [8] Leinweber J, Jung T, Hartmann K, Limmer C. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. Public Health Forum 2021;29(2):97–100.
- [9] Kruse M, Hartmann K, Ontrup LD, et al. Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe, Ein Handbuch für Fachkräfte. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2024. 384 p.
- [10] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/nationales-gesundheitsziel-gesundheit-rund-um-die-geburt.html>
- [11] Allmendinger J. Es geht nur gemeinsam!, Wie wir endlich Geschlechtergerechtigkeit erreichen. 1st ed. Ullstein-Taschenbuchverlag. Berlin: Ullstein; 2021.
- [12] Allmendinger J. Zurück in alte Rollen, Corona bedroht die Geschlechtergerechtigkeit; 2020.



- [13] <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/aktuelles/meldung/hormone-und-psyche-praemenstruelles-syndrom-wechseljahre-und-co/> und <https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2018/03/07/frauen-und-hormone-hier-muss-dringend-etwas-geschehen-internationaler-frauentag-2018/>
- [14] Berliner Zeitung (2019). Kolumne über Rollenmodelle: Kampfmütter, Karrieremütter und Milfs – Was ist mit den Vätern? In: Berliner Zeitung vom 23. Februar 2019.
- [15] <https://www.cedaw-allianz.de/wp-content/uploads/2024/10/Keynote-CEDAW-Prof-Lembke.pdf>
- [16] <https://www.cedaw-allianz.de/was-ist-cedaw/> und [Frauenrechtskonvention \(CEDAW\) | Institut für Menschenrechte](#)
- [17] Die Istanbul-Konvention - UN Women Deutschland
- [18] KlimaSeniorinnen Schweiz
- [19] www.akf-info.de
- [20] Geschlechtergleichheit - Moderne Familien nur im Kopf
- [21] Stöcker, Helene – WUPPERFRAUEN

Urheber-/Lizenzangaben:

Braucht eine gute Versorgung rund um die Geburt mehr Feminismus? Versuch einer Antwort anhand von Beispielen, Dagmar Hertle für HOUU@HAW Hamburg, [CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

