Julia Leinweber*, Tina Jung, Katharina Hartmann und Claudia Limmer

Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit

Disrespect and abuse in childbirth – consequences for maternal perinatal mental health

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0040>

Zusammenfassung: Empirische Studien dokumentieren Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe als globales Phänomen. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe können das Wohlbefinden von Frauen und ihren Familien langfristig über den Zeitraum der Geburt hinaus beeinträchtigen. Um dies zu vermeiden, müssen nationale gesundheitspolitische Strategien die Wichtigkeit respektvoller Betreuung für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe anerkennen.

Schlüsselwörter: Respektlosigkeit und Gewalt; respektvolle Geburtshilfe; traumatische Geburt.

Abstract: Research shows disrespect and abuse during childbirth to be a global phenomenon. Disrespect and abuse during childbirth can affect the wellbeing of women and families beyond the moment of birth. To avoid this, national health care strategies have to recognize the importance of respectful care for high quality maternity care.

Keywords: disrespect and abuse; respectful maternity care; traumatic childbirth.

Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist eine existenzielle Erfahrung, die Mütter ein Leben lang begleitet [1]. Gebärende haben

das Bedürfnis nach einer geburtshilflichen Betreuung, in der sie sich unterstützt, sicher und geborgen fühlen [2]. Der Qualität der Interaktion mit dem geburtshilflichen Fachpersonal kommt eine Schlüsselrolle für das Geburtserleben zu [2].

Bezugnehmend auf die UN Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) betont die WHO die Bedeutung einer positiven Geburtserfahrung für die Gesundheit von Mutter und Kind und rückt sie ins Zentrum ihrer Empfehlungen zu geburtshilflicher Betreuung [3]. Ein umfassendes Verständnis von „Gesundheit rund um die Geburt“, das sich „nicht nur an Kennzahlen körperlicher Gesundheit, sondern auch an subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität und Wohlbefinden [...]“ orientiert, ist seit 2017 auch in Deutschland Teil der nationalen Gesundheitsziele [4].

Prävalenz von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe

Seit Beginn der 2010er Jahre beschäftigt sich die Forschung intensiver damit, dass Frauen in der intimen Situation einer Geburt Opfer von Handlungen sein können, die respektlos oder gewalttätig sind oder so wahrgenommen werden können [5–7]. Es wird zwischen personalen, institutionellen und strukturellen Dimensionen von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe differenziert [7, 8]. Respektlose und gewaltsame Handlungen und Unterlassungen in der geburtshilflichen Betreuung können sowohl absichtlich als auch unbeabsichtigt sein [7].

Die Forschungsgruppe der WHO von Bohren et al. [6] präsentiert eine evidenzbasierte Typologie, die folgende Kategorien von Gewalt in der Geburtshilfe unterscheidet: körperliche Misshandlungen (Ohrfeigen, Kneifen während der Geburt) und sexueller Missbrauch, verbaler Missbrauch (harsche, drohende Sprache), Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von Alter, ethnischer

*Corresponding author: Prof.in Dr.in Julia Leinweber, Evangelische Hochschule Berlin (EHB), Studiengang Hebammenwissenschaft, Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin, Germany, E-mail: leinweber@eh-berlin.de. <https://orcid.org/0000-0001-7287-1655>

Dr.in Tina Jung: Institut für Politikwissenschaft, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Germany

Dr.in phil. Katharina Hartmann: Mother Hood e.V. Bonn, Bonn, Germany

Prof.in Dr.in Claudia Limmer: Department Pflege und Management, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW), Hamburg, Germany

Zugehörigkeit oder sozioökonomischem Status, Nichteinhalten professioneller Standards (zum Beispiel Nichtbeachtung und Vernachlässigung während der Geburt), schlechte Beziehung zwischen Frauen und betreuendem Personal, einschließlich ineffektiver Kommunikation, mangelnder Unterstützung und Verlust der Autonomie sowie Bedingungen und Beschränkungen im Gesundheitssystem, wie der Mangel an Ressourcen, die erforderlich sind, um Frauen Privatsphäre zu bieten.

Ergebnisse einer 2018 in Deutschland durchgeführten nicht-repräsentativen Online-Umfrage [9] mit mehr als 2000 Teilnehmer*innen belegen, dass auch in deutschen geburtshilflichen Einrichtungen alle genannten Formen von Respektlosigkeit und Gewalt von Frauen erlebt werden. Über drei Viertel der Teilnehmenden berichteten von mindestens einer Form der Misshandlung; am häufigsten genannt wurde die Durchführung geburtshilflicher Maßnahmen ohne das Einverständnis der Gebärenden, gefolgt von physischer Gewalt, Verletzung der Privatsphäre, verbaler Gewalt und Vernachlässigung.

Die Befunde einer Interviewstudie im Jahr 2020 aus Deutschland [10] zeigen eindrücklich, dass Frauen während der Geburt Respektlosigkeit und Gewalt in Form von körperlichen und verbalen Verletzungen, demütigender oder erniedrigender Behandlung, Nichtbeachtung oder Vernachlässigung, Vorenthalten von Schmerzmitteln und in Einzelfällen auch Festhalten oder Festbinden erfahren. Als weitere Formen von Respektlosigkeit und Gewalt nannten die Interviewten mangelnde Aufklärung über mögliche Alternativen, bzw Behandlung von Mutter und Kind ohne informierte Einwilligung, Fehlinformationen über Praktiken und Ressourcen der Geburtsklinik, Verletzung der Vertraulichkeit und Privatsphäre und den groben Umgang mit Neugeborenen.

Eine starke hierarchische Prägung der Arbeitsstrukturen in der Geburtshilfe kann zu respektlosem Verhalten von Fachkräften gegenüber Gebärenden beitragen [11]. Leape und Kollegen [12] beobachteten, dass starke professionelle Hierarchien in medizinischen Teams zu einer Kultur der Respektlosigkeit beitragen können. Bohren et al. [6] stellten fest, dass Fachkräfte, die sich am unteren Ende der Hierarchie befanden, eher zu Kontrollverhalten gegenüber den ihnen anvertrauten Gebärenden neigten.

Weitere institutionelle, strukturelle und systemische Dimensionen von Respektlosigkeit und Gewalt sind insbesondere die unzureichende Ausstattung mit (personellen) Ressourcen, geschlechtsspezifische Diskriminierung und Gewalt gegen Frauen sowie das kulturelle Skript, dass Frauen unter der Geburt leiden müssen [8, 10]. Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status und Frauen mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich häufig

von Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe betroffen [9, 13], was die Bedeutung struktureller und systemischer Dimensionen unterstreicht.

Auswirkungen auf perinatale psychische Gesundheit

Empirische Studien legen nahe, dass zwischen 9% und 45% aller Frauen während der Geburt [14, 15] traumatische Erfahrungen machen. Viele der betroffenen Frauen beschreiben eingeschränkte oder mangelnde Fürsorge, sowie Respektlosigkeit und Gewalt in der Betreuung während der Geburt als Hauptfaktoren, die für ihr traumatisches Geburtserleben ursächlich waren [16, 17].

Frauen, die ihre Geburt als traumatisch erleben, haben ein höheres Risiko perinataler psychischer Erkrankungen, wie z.B. einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer postpartalen Depression [18]. Etwa 17% aller Frauen, ohne psychische Vorerkrankungen und Risikofaktoren, entwickeln nach der Geburt eine postpartum Depression, 3-4% ein posttraumatisches Belastungssymptom [18]. Die Langzeitfolgen von postpartaler Depression sind gravierend und beinhalten häufig eine verminderte Fähigkeit der Mutter, sensibel auf das Kind einzugehen. Dies ist mit Störungen der Mutter-Kind-Beziehung assoziiert, was wiederum psychosoziale Störungen der kindlichen Entwicklung verursachen kann [19]. Weitere Folgen beeinträchtigter psychischer Gesundheit nach traumatischer Geburt sind Störungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie eine reduzierte Qualität der Partnerschaft [20].

Schlussfolgerung

Ein positives Geburtserleben ist eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit von Frauen und ihren Familien. Studien zeigen, dass auch in Deutschland Frauen Respektlosigkeit und Gewalt in der geburtshilflichen Betreuung erfahren. Um diesem Phänomen entgegenzuwirken, muss die Bedeutung von respektvoller Betreuung für die Qualität der geburtshilflichen Versorgung anerkannt werden. Im Rahmen nationaler gesundheitspolitischer Strategien gilt es, Ursachen, Prävalenz und Folgen von Respektlosigkeit und Gewalt während der Geburt in Deutschland zu erheben und Strategien zu deren Bekämpfung und Vermeidung zu entwickeln, um eine frauen- und familienzentrierte,

menschenrechtsbasierte geburtshilfliche Versorgung sicherzustellen.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Alle Autoren tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Finanzierung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Förderung erhalten haben. Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Dieses Papier bezieht sich auf die EU-COST-Aktion 18211: DEVOTION: Perinatale psychische Gesundheit und geburtsbedingte Traumata: Maximierung bester Praxis und optimaler Ergebnisse, unterstützt durch COST (Europäische Zusammenarbeit in Wissenschaft und Technologie). Prof. Dr. Julia Leinweber und Prof. Dr. Claudia Limmer sind (stellvertretende) Mitglieder des Verwaltungsausschusses und Dr. Katharina Hartmann ist Mitglied der COST-Aktion CA18211.

Author Declaration

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. Funding: Authors state no funding involved. Conflict of interest: Authors state no conflict of interest. Ethical statement: Primary data for human nor for animals were not collected for this research work.

This paper relates to the EU COST Action 18211: DEVOTION: Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes supported by COST (European Cooperation in Science and Technology). Prof Dr Julia Leinweber and Prof Dr Claudia Limmer are (alternate) management committee members and Dr Katharina Hartmann is a member of the COST action CA18211.

Literatur

1. Lundgren I, Karlsdottir S, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *Int J Qual Stud Heal Well-being* 2009;4:115–28.
2. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* 2018;8:e020347.
3. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG* 2018;125:918.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. 2017. https://gesundheitsziele.de//cms/medium/1330/P127486_broschuere_geburt_07_2017_bf.pdf, Zugriff am 15.01.2021.
5. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. Boston, MA, USA: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health and University Research Co., LLC, 2010.
6. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847; discussion e1001847.
7. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiwa C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ [Internet]* 2014;92:915–7.
8. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters [Internet]* 2016;24:47–55.
9. Limmer, C, Stoll, K, Gross M. Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Ergebnisse einer deutschen Validierungsstudie. 29 Kongress der Dtsch Gesellschaft für Perinat Medizin; 2019 Nov 28-30; Berlin, Ger., 2019.
10. Jung T. Gewalt gegen Frauen während der Geburt in geburtshilflichen Einrichtungen. Projektbericht. Justus Liebig-Universität, 2020.
11. Leinweber J. Witnessing Abusive Maternity Care: Prevalence and Associated Factors among Australian midwives. Paris: 8th World Congress on Women's Mental Health. 2019.
12. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: a culture of respect, Part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med [Internet]* 2012;87:845–52.
13. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 2019;16:77.
14. Stramrood CA, Paarlberg KM, Huis In 't Veld EM, Berger LW, Vingerhoets AJ, Weijmar Schultz WC, et al. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *J Psychosom Obstet Gynecol [Internet]* 2011;32: 88–97.
15. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery* 2014;30:935–41.
16. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:21.
17. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots.' *Psychol Health* 2012;27:1166–77.
18. Dekel S, Ein-Dor T, Dishy GA, Mayopoulos PA. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Arch Womens Ment Health* 2020;23: 557–64.

19. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* 2019;15:1–55.
20. Garthus-Niegel S, Horsch A, Handtke E, von Soest T, Ayers S, Weidner K, et al. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: a population-based prospective study. *Front Psychol* 2019;9:1728.