

Zwang und Gewalt unter der Geburt

Ethische und rechtliche Erwägungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Problemstellung und Entwicklung	3
1.2 Zielsetzung und Aufbau	6
2. Begriffe	7
3. Einordnung der Thematik	9
3.1 Zahlen und Fakten	9
3.2 Gesellschaftlicher, institutioneller und politischer Kontext	11
3.2.1 Geburt: Zwischen Pathologisierung und idealisierter Natürlichkeit	11
3.2.2 Geburt als gewichtiges biografisches Ereignis	13
3.2.3 Epistemische Ungerechtigkeit und die Normalisierung von Zwang und Gewalt	14
3.2.4 Gewalt unter der Geburt als geschlechtsspezifische Diskriminierung	16
3.2.5 Politische, institutionelle und organisationale Rahmenbedingungen	18
4. Rechtliche Vorgaben	21
4.1 Der rechtliche Schutz der gebärenden Person	21
4.1.1 Internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente	21
4.1.2 Schutzinstrumente im Schweizer Recht	23
4.2 Der rechtliche Status des Fötus unter der Geburt	24
4.3 Abwägung zwischen der Autonomie der gebärenden Person und dem Schutz von Leben und Gesundheit des Fötus	25
5. Ethische Erwägungen	27
5.1 Recht auf Selbstbestimmung	27
5.2 Schaden vermeiden	28
5.3 Wohltun (Benefizienz)	30
5.4 Gerechtigkeit	32
6. Zusammenfassung und Empfehlungen	34
7. Literatur	37
Anhang	44

1. Einleitung

1.1 Problemdarstellung und Entwicklung

Medizinische Eingriffe an urteilsfähigen Personen erfordern stets die freie und informierte Zustimmung der Betroffenen, sowie eine entsprechende medizinische Indikation.¹ Dies gilt auch für die Geburtshilfe und ist zentraler Bestandteil der professionellen Richtlinien und Standards.² Dennoch berichtet mehr als ein Viertel der Gebärenden in der Schweiz in einer Umfrage der Berner Fachhochschule (BFH) aus dem Jahr 2020 über unnötige oder unnötig schmerzhaft Untersuchungen, über medizinische Eingriffe ohne Einwilligung sowie über Einschüchterungen, Druck oder eine andere Form von informellem Zwang durch das betreuende Personal.³ Zwang im medizinischen Kontext bezeichnet gemäss Richtlinien der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* die Durchführung einer medizinischen Massnahme gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand der betroffenen Person.⁴ Dies umfasst sowohl physischen Zwang als auch psychischen Druck oder Manipulation. Personen, die unter der Geburt Zwang oder Gewalt erleben, leiden häufiger unter postnatalen Depressionen⁵ und können als Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln.⁶ Traumatische Geburtserfahrungen belasten jedoch nicht nur die psychische Gesundheit der Betroffenen, sie können sich

auch nachteilig auf die Beziehung zu Partner:in und Kind auswirken.⁷ Sie beeinflussen darüber hinaus oftmals auch nachfolgende Schwangerschaften und Geburten negativ.⁸

Das Thema Zwang und Gewalt unter der Geburt hat in den letzten Jahren sowohl medial wie auch im internationalen Menschenrechtsdiskurs an Aufmerksamkeit gewonnen. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass Zwang oder Gewalt unter der Geburt ein neues Phänomen darstellt. Die gesellschaftliche Tabuisierung negativer Geburtserfahrungen sowie die intime und persönliche Natur der Erlebnisse befördern Gefühle von Scham und Versagen bei den betroffenen Personen und erschweren einen offenen Umgang mit dem Thema. Insbesondere bei erlebtem psychischem Zwang (z.B. emotionaler Erpressung oder Manipulation) haben Betroffene zudem oftmals Schwierigkeiten, genau zu benennen, was ihnen widerfahren ist und können das Erlebte erst nach einiger Zeit und im Austausch mit anderen Betroffenen oder Fachpersonen einordnen, wie Erfahrungsberichte zeigen.⁹

In Konfliktsituationen kann es für die gebärende Person aufgrund mangelnder Erfahrungs- oder Vergleichswerte, der physiologischen Extremsituation einer Geburt und der vorhandenen Informationsasymmetrie bisweilen schwierig sein, einzuschätzen, was ein der

1 Eine Ausnahme bildet im Kontext der Geburt der sogenannte Wunschkaiserschnitt, der typischerweise auch bei fehlender medizinischer Indikation durchgeführt wird, jedoch nur auf Wunsch der gebärenden Person. Vgl. Guideline Sectio Caesarea der SGGG (2015).

2 Chervenak et al. (2021). FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology; WHO (2016a; 2018).

3 Oelhafen et al. (2021). In der Studie wurde das Geburtserlebnis von über 6000 Frauen erfasst, die im Jahr 2018 oder 2019 in der Schweiz ein Kind zur Welt gebracht haben.

4 SAMW (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin (gegenwärtig in Revision).

5 Beck-Hiestermann et al. (2023); Martinez-Vázquez et al. (2022); Oelhafen et al. (2021)

6 Die Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung wird auf 3–6% aller Gebärender geschätzt, wobei eine PTBS auch bereits vor der Geburt bestehen kann (Slade et al. 2022; Martinez-Vázquez et al. 2021; Yildiz et al. 2017; Grekin et al. 2014; Dekel et al. 2017). Häufig treten jedoch nur einzelne Symptome einer PTBS auf, insbesondere unkontrolliert wiederkehrende Gedanken und belastende Erinnerungen an die Geburt. Sogenannte «intrusive thoughts» traten bei bis zu 12% der gebärenden Personen auf (Soet et al. 2003). Sie können aber auch Partner:innen betreffen, welche eine traumatische Geburt miterlebt haben (vgl. Delicate & Ayers 2023).

7 Slade et al. (2022); Oelhafen et al. (2021); Suetsugu et al. (2020)

8 Slade et al. (2022); Andersen et al. (2002); Gottvall & Waldenström (2002)

9 Meyer et al. (2022); Chadwick (2019); Mundlos (2015); Vgl. Abschnitt 3.2.3.: Epistemische Ungerechtigkeit.

Situation angemessenes Verhalten der betreuenden Fachpersonen darstellt und wo professionelle Standards oder die Rechte der gebärenden Person verletzt wurden.¹⁰ Dabei muss mitberücksichtigt werden, dass die Geburtshilfe ein Fachbereich ist, in welchem Geschlechternormen mutmasslich eine noch stärkere Wirkung entfalten als in anderen Bereichen der Medizin. Werden Grenzüberschreitungen, kontrollierendes, abwertendes oder entmündigendes Verhalten gegenüber Frauen in einer Gesellschaft eher toleriert als gegenüber Männern, so wird sich dies auch im Kontext der Geburtshilfe zeigen.¹¹ Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass Personen, welche in der Gesellschaft Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt sind, beispielsweise Frauen mit Migrations- oder Rassismuserfahrung oder stark übergewichtige Personen, auch unter der Geburt überdurchschnittlich oft von Zwang oder Gewalt betroffen sind.¹² Hinzu kommt, dass viele Gebärende nur unzureichend über ihre Rechte aufgeklärt sind oder es nicht wagen, diese in einer Konfliktsituation einzufordern, weil sie eine Konfrontation vermeiden möchten oder fürchten, in der Folge eine schlechtere Versorgung zu erhalten.¹³

Gleichzeitig führen gewisse institutionelle Rahmenbedingungen bisweilen dazu, dass sich die betreuenden Fachpersonen nicht auf eine optimale Art und Weise um die Gebärenden kümmern können. Auch sie können in ihrer Integrität verletzt werden, wenn sie aufgrund äusserer Umstände ihrem Berufsethos oder ihren moralischen Überzeugungen zuwiderhandeln müssen. Die

dadurch verursachte Belastung wird in Fachkreisen als «moral distress» oder «moral injury» bezeichnet.¹⁴

Finanzielle Anreize, politischer Spardruck, Ressourcenknappheit und Personalengpässe aufgrund von Fachkräftemangel erhöhen das Risiko, dass es bei Spitzenbelastungen zu einer Unterversorgung kommt, oder institutionelle Interessen priorisiert werden gegenüber den Interessen der Beteiligten. So werden beispielsweise aus institutionellen Gründen in Spitälern freitags deutlich mehr Kinder geboren als am Wochenende.¹⁵ In Geburtshäusern ist dies nicht der Fall.¹⁶ Angst vor juristischen Auseinandersetzungen im Rahmen von Haftungsklagen können zudem dazu führen, dass der Fokus in der Praxis einseitig auf eine weitestgehende Risikominimierung gelegt wird, was etwa die Kaiserschnittrate erhöhen kann, da ein solcher Eingriff als beherrschbarer eingeschätzt wird als eine vaginale Geburt.¹⁷ Dies, obwohl sich gemäss einer repräsentativen Umfrage 90 % der befragten Frauen in der Schweiz eine vaginale Geburt wünschten.¹⁸

Wie die Autoren der Studie der BFH kommen zahlreiche weitere wissenschaftliche Untersuchungen und Umfragen aus dem europäischen Raum zum Schluss, dass im Bereich der Geburtshilfe Handlungsbedarf besteht, damit eine respektvolle und die Rechte der Gebärenden wahrende Geburtsbegleitung jederzeit sichergestellt werden kann.¹⁹ Das Thema wurde deshalb in den letzten Jahren von verschiedenen internationalen Organisationen, so etwa von der Europäischen Kom-

10 Vgl. Eichinger et al. (2024)

11 Der Einfluss von Geschlechterstereotypen auf die medizinische Behandlung von Frauen in der Praxis wurde in verschiedenen Kontexten wissenschaftlich nachgewiesen (vgl. Bundesrat (2024). Die Gesundheit der Frauen. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 19.3910 vom 21.06.2019). Die Tatsache, dass die Mehrheit der betreuenden Fachpersonen in der Geburtshilfe selbst Frauen sind, schützt nachweislich nicht vor geschlechterbasierter Diskriminierung (vgl. Barata 2023). Vgl. dazu auch Abschnitt 3.2.4.

12 Oelhafen et al. (2021); Arcilla et al. (2025)

13 Vgl. Mundlos (2015); Meyer et al. (2022)

14 Vgl. Monteverde (2019); Oelhafen et al. (2020)

15 Gemäss Statistik der Krankenhäuser fanden 2023 freitags durchschnittlich 253 Geburten statt, während es samstags 190 und sonntags nur gerade 173 Geburten waren. Geplante Kaiserschnitte erklären einen Teil der Differenz zwischen Wochentagen und Wochenende. Am meisten Kinder kamen 2023 am Mittwoch, 17. Mai zur Welt, am Tag vor dem Auffahrtswochenende. Bundesamt für Statistik (2025a). Geburten im Spital 2023. URL: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2025-0282> (26.06.2025)

16 Bundesamt für Statistik (2025a). Geburten im Spital 2023, Medienmitteilung.

17 Vgl. Oelhafen et al. (2021); Chervenak et al. 2024

18 Oelhafen et al. (2021)

19 Fraser et al. (2025)

mission, dem Hochkommissariat für Menschenrechte der Vereinten Nationen (OHCHR) oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgenommen.²⁰

Die wachsende Aufmerksamkeit für das Thema zeugt von einem gewachsenen Bewusstsein für die Rechte von Frauen, insbesondere im Zusammenhang mit dem Schutz der körperlichen und sexuellen Integrität. Zudem hat durch die Abkehr von einem historisch paternalistisch geprägten Verständnis von Medizin die Bedeutung der geteilten Entscheidungsfindung und der informierten Einwilligung bei medizinischen Interventionen in der Praxis zugenommen. Gemäss Oelhafen et al. (2021) bevorzugt eine deutliche Mehrheit der befragten Frauen (87 %) unter der Geburt eine gemeinsame Entscheidungsfindung.²¹ Knapp die Hälfte der befragten Personen unterstützte die Aussage, dass die Frau allein entscheiden kann, wenn sie davor ausreichend informiert wurde. Vor diesem Hintergrund werden paternalistische Formen der Behandlung ohne Einbezug der Betroffenen heutzutage nicht mehr ohne weiteres akzeptiert.²² Auch werden negative Geburtserlebnisse vermehrt öffentlich thematisiert. Dies zeigt sich sowohl in der medialen Berichterstattung²³ als auch in zivilgesellschaftlichen Initiativen von betroffenen Personen und Nichtregierungsorganisationen, wie beispielsweise der Charta «Respektvolle Geburtshilfe» der *White Ribbon Alliance*²⁴ oder der «Roses Revolution», welche 2011 in Spanien ihren Anfang nahm und inzwischen zu einer internationalen Bewegung gegen Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe angewachsen ist. Am 25. November, dem internationalen Tag gegen Gewalt gegen Frauen, legen Betrof-

fene an den Orten, an denen sie Gewalt während der Geburt, in der Schwangerschaft oder im Wochenbett erlebt haben, einen Brief und eine Rose nieder, um auf Missstände aufmerksam zu machen und ein Zeichen für eine würdevolle Geburtsbegleitung zu setzen.²⁵ Auch in der Schweiz wird der Aktionstag seit 2018 unter der Leitung des *Vereins Gewaltfreie Geburtshilfe* im Rahmen der Aktion «16Tage gegen Gewalt an Frauen» durchgeführt.²⁶

Der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) ist es ein Anliegen, dass die Stimmen der betroffenen Personen in der vorliegenden Stellungnahme genügend Raum erhalten – nicht zuletzt, weil sie gerade in diesem Kontext vielfach ungehört bleiben oder nicht ernst genommen werden.²⁷ Viele der berichteten Grenzüberschreitungen lassen sich zudem am besten anhand konkreter Beispiele veranschaulichen. Ein stärker narrativ ausgerichteter methodischer Ansatz ist deshalb hilfreich, um die subjektive Komponente der hier beschriebenen Erfahrungen angemessen abzubilden und damit einer Diskussion zugänglich zu machen.

Im Rahmen der Ausarbeitung dieser Stellungnahme wurden verschiedene Fachpersonen angehört. Die Namen der angehörten Personen sind im Impressum aufgeführt.

20 EC et al. (2024). Obstetric violence in the EU: Situational analysis and policy recommendations. URL: <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301> (06.03.2025); UN (2019). Report on a human-rights based approach to mistreatment and obstetric violence during childbirth, A/74/137. URL: <https://docs.un.org/en/A/74/137> (06.03.2025); WHO (2015a). WHO Statement The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf (06.03.2025).

21 Oelhafen et al. (2021)

22 Vgl. Rost et al. (2022a)

23 Vgl. Sonntagsblick Magazin (11.02.2024). Gewalt im Gebässaal; NZZ (29.08.2024). Gewalt im Kreissaal: Viele Frauen fühlen sich unter der Geburt eingeschüchtert, beleidigt, ignoriert. Was ist da los?; Kleinstadt (10.05.2021). Wer vögeln kann, kann auch gebären.

24 Die White Ribbon Alliance setzt sich auf globaler Ebene für die Rechte von Müttern und Neugeborenen ein. Sie veröffentlichte 2011 die «Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Women and Newborns», welche zehn Grundsätze identifiziert, die sich aus internationalen Menschenrechtsübereinkommen ableiten.

25 Siehe: Verein Gewaltfreie Geburtshilfe, Roserevday. URL: <https://www.gewaltfreie-geburtshilfe.ch/roserevday/> (05.03.2025).

26 Ebenda

27 Siehe dazu die Ausführungen zur «Epistemischen Ungerechtigkeit» in Kapitel 3.2.3.

1.2 Zielsetzung und Aufbau

Die vorliegende Stellungnahme will einen Beitrag leisten zur Förderung einer geburtshilflichen Praxis, die sich an den Rechten der gebärenden Person orientiert, ethisch reflektiert ist und auf Augenhöhe stattfindet. Sie soll als **Orientierungsrahmen** dienen, um ethisch heikle Situationen besser beurteilen zu können und zur Stärkung einer Kultur beitragen, die auf Respekt, Transparenz und Rechenschaftspflicht beruht und die Selbstbestimmung von gebärenden Personen stärkt und ins Zentrum stellt.

Die Stellungnahme zielt darauf ab, das **Bewusstsein für das Phänomen von Zwang und Gewalt unter der Geburt** zu stärken und dadurch zur Sensibilisierung für Grenzverletzungen im geburtshilflichen Kontext beizutragen. Sie kann darüber hinaus Betroffenen – sowohl Gebärenden wie auch Fachpersonen – helfen, ihre Erfahrungen besser einzuordnen und Grenzüberschreitungen zu erkennen und zu benennen.

Ein zentrales Anliegen besteht in der **Stärkung der Rechte von gebärenden Personen**. Dazu gehört insbesondere die Betonung des Rechts auf körperliche und psychische Unversehrtheit, auf Selbstbestimmung sowie auf eine respektvolle Behandlung während der Geburt. Die Stellungnahme soll aufzeigen, wie diese Rechte im geburtshilflichen Setting geschützt und umgesetzt werden können – auch in Situationen hoher Belastung oder unter Zeitdruck.

In diesem Zusammenhang wird eine **intersektionale Perspektive** eingenommen: Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass besonders vulnerable Gruppen – etwa gebärende Personen mit Migrationshintergrund, sprachlichen Barrieren oder prekärem sozialem Status – überproportional von Formen struktureller und institutioneller Gewalt betroffen sind.²⁸ Diese **Mehrfachdiskriminierungen** sind für die ethische Einordnung wie auch für die rechtliche Bewertung zentral.

Da es sich bei Zwang und Gewalt unter der Geburt auch um eine Form von geschlechterbasierter Gewalt handelt, kann das Phänomen nur unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Stellung der Frau verstanden werden. Neben der individuellen Ebene werden deshalb auch **gesellschaftliche, strukturelle und institutionelle Bedingungen** beleuchtet, die solche Rechtsverletzungen begünstigen oder verhindern können.

Die Stellungnahme soll nicht zuletzt **Fachpersonen darin bestärken**, politische und institutionelle Rahmenbedingungen einzufordern, die eine respektvolle und angemessene Behandlung der Gebärenden ermöglichen.

Adressiert ist die Stellungnahme an **Fachgesellschaften**, Berufsverbände, Ausbildungsverantwortliche, politische Entscheidungsträger:innen, einschliesslich der öffentlichen Verwaltung, sowie an die interessierte Öffentlichkeit. Darüber hinaus richtet sie sich an **Fachpersonen im Gesundheitswesen** – insbesondere an Hebammen, Pflegefachpersonen auf Wochenbettstationen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie an die institutionell verantwortlichen Personen innerhalb der **Gesundheitsorganisationen**.

Die Stellungnahme ist wie folgt aufgebaut: In **Kapitel 2** werden zentrale Begriffe geklärt und die für die Stellungnahme relevanten Situationen und Handlungen im Kontext der Geburt beschrieben. **Kapitel 3** bettet die Diskussion in den gesellschaftlichen, institutionellen und politischen Kontext ein und präsentiert relevante Statistiken rund um die Geburt in der Schweiz. In **Kapitel 4** werden die rechtlichen Vorgaben, insbesondere die Rechte der gebärenden Person, des zu gebärenden Kindes sowie die Berufspflichten der behandelnden Fachpersonen dargelegt. **Kapitel 5** analysiert die aktuelle Praxis unter Berücksichtigung der vier bioethischen Prinzipien und identifiziert entsprechenden Handlungsbedarf. **Kapitel 6** fasst die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen zusammen.

2. Begriffe

Eine für den Diskurs zentrale Frage ist die angemessene Begrifflichkeit. Begriffe wie «Zwang» oder «Gewalt» sind stark normativ aufgeladen und mit konkreten Assoziationen verknüpft, welche wiederum starke emotionale Reaktionen hervorrufen können. So wird der Begriff der Gewalt mitunter als Handlung aufgefasst, bei der eine Person eine andere Person absichtlich schädigt oder zu schädigen versucht.²⁹ Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass sich behandelnde Fachpersonen gegen diesen (vermeintlichen) Vorwurf wehren und den Begriff teilweise als unzutreffend ablehnen.³⁰ Zugleich ist es für betroffene Personen wichtig, dass das, was sie als traumatisierende Übergriffe erlebt haben, nicht durch eine beschönigende Sprache relativiert und das erlebte Unrecht als solches benannt wird.³¹ In diesem Spannungsfeld gilt es, eine gemeinsame Sprache zu finden, die es erlaubt, die Vorgänge, um die es in dieser Stellungnahme geht, angemessen zu beschreiben, einzuordnen und zu bewerten. Dabei geht es nicht darum, Schuldzuweisungen zu machen oder die involvierten Professionen gegeneinander auszuspielen. Es ist folglich wichtig, die verwendeten Begriffe genau zu definieren, um Missverständnisse zu vermeiden.

Wird in der Folge der Begriff «**Gewalt**» verwendet, so ist damit nicht ausschliesslich *interpersonelle Gewalt* gemeint, ausgeübt durch spezifische Personen. Der Begriff bezeichnet insbesondere im Menschenrechtsdiskurs auch Rechteverletzungen aufgrund von *struktureller Gewalt*, beispielsweise Gewalt in Form von institutionalisiertem Rassismus oder Sexismus.³² Solche Formen struktureller Gewalt setzen Gebä-

rende im Allgemeinen und marginalisierte Gruppen im Besonderen einem höheren Risiko für Übergriffe, Diskriminierungen und andere Rechteverletzungen unter der Geburt aus, beispielsweise aufgrund eines erschwerten Zugangs zu medizinischen Dienstleistungen, stereotyper Vorstellungen und Annahmen der behandelnden Fachpersonen, Schwierigkeiten bei der Verständigung infolge fehlender Übersetzung oder mangels Wissens über ihre Rechte. Mit Bezug auf die Geburt kann entsprechend auch dann von Gewalt gesprochen werden, wenn die involvierten Personen die Rechteverletzung oder Schädigung nicht beabsichtigen oder sich dessen nicht einmal bewusst sind:

«Unter geburtshilflicher Gewalt versteht man Schädigungen, die während oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und der Zeit nach der Geburt verursacht werden. Diese Gewalt kann interpersonell als auch struktureller Natur sein und resultiert sowohl aus dem Handeln von Gesundheitsfachpersonen als auch aus übergeordneten politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, die marginalisierte Bevölkerungsgruppen besonders stark benachteiligen.»³³

Mit dem Begriff der Gewalt lassen sich jedoch nicht alle Formen von problematischen Behandlungen unter der Geburt erfassen, sodass spezifischere Kategorien herangezogen werden müssen, um das ganze Spektrum der unangemessenen Behandlungen und Situation zu beschreiben. Gemäss einer verbreiteten Typologie von Bohren et al. (2015) lassen sich folgende Situationen unterscheiden (vgl. Anhang, S. 44):

29 «Der Begriff «Gewalt in der Geburtshilfe» ist emotional aufgeladen und kann als drastisch empfunden werden, was zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen führen kann, etwa wenn er dahingehend interpretiert wird, als beziehe er sich auf eine vorsätzliche Gewalthandlung seitens des medizinischen Personals.» Chervenak et al. (2024), S. 2., eigene Übersetzung; Vgl. auch Ayres-de-Campos et al. (2024)

30 Ayres-de-Campos et al. (2024); Chervenak et al. (2024); Grünebaum & Chervenak (2024)

31 Bidoli (2024); Vgl. auch die Newsmeldung des Schweizerischen Hebammenverbands zum Statement des internationalen Hebammenverbands (ICM) zur gewalt in der geburtshilfe: <https://www.hebamme.ch/news/gewalt-in-der-geburtshilfe-warum-der-begriff-obstetric-violence-fuer-alle-involvierten-gesundheitsfachpersonen-gilt-neues-statement-des-internationalen-hebammenverbandes-icm/> (26.06.2025)

32 O'Brien (2022)

33 O'Brien (2022), S. 2183, eigene Übersetzung.

- Physische, verbale und sexuelle Übergriffe,
- Stigmatisierung und Diskriminierung,
- Verletzung von Berufsstandards (z.B. informierte Zustimmung),
- Beeinträchtigungen in der Beziehung und Kommunikation zwischen den Gebärenden und den behandelnden Fachpersonen,
- (mangelhafte) Rahmenbedingungen und institutionelle Grenzen des Gesundheitswesens.

Die Bandbreite problematischer Behandlung ist entsprechend gross. Viele davon betreffen Verletzungen der physischen und psychischen Integrität der Gebärenden: Grob ausgeführte, schmerzhafte oder unnötige Untersuchungen, chirurgische Interventionen ohne ausreichende Schmerzmedikation, medikamentöse oder chirurgische Interventionen ohne Aufklärung oder Einwilligung, Verletzungen der Privat- und Intimsphäre, Sexualisierung oder Objektifizierung der Gebärenden, herablassende, abwertende oder verurteilende Kommentare (z.B. mit Bezug auf das Alter, Körpergewicht oder das gewünschte Vorgehen), Schuldzuweisungen und Drohungen (z.B. wenn die Gebärende verantwortlich gemacht wird für eine nicht planmässig voranschreitende Geburt oder eine potenzielle Schädigung des Kindes), das Vorenthalten von Essen, Trinken oder einer Periduralanästhesie,³⁴ unzureichende Betreuung und Begleitung (z.B. Verweigerung des Zugangs einer Begleitperson, lange Wartezeiten) oder andere Formen der Vernachlässigung sind nur einige Beispiele aus der Liste von Bohren et al. (2015).

Während Übergriffe, Stigmatisierung, Diskriminierung und Vernachlässigung als Formen von Gewalt bezeichnet werden können, lassen sich andere Situationen präziser mit dem Begriff «**Zwang**» umschreiben, da es sich um Formen der Missachtung der Autonomie der gebärenden Person handelt. Unzureichende Information oder Interventionen ohne Einwilligung, fehlende Wahlmöglichkeiten oder das Übergehen von (umsetzbaren) Wünschen und Bitten der Gebären-

den, z.B. mit Bezug auf die Gebäarposition, sind Beispiele hierfür. Gemäss SAMW-Richtlinie zu Zwangsmassnahmen in der Medizin gilt jede Massnahme als Zwang, «*die gegen den selbstbestimmten Willen oder den Widerstand eines Patienten oder einer Patientin durchgeführt wird.*»³⁵ Zwang kann demnach sehr unterschiedliche Ausprägungen annehmen: von fehlender oder einseitiger Information, Manipulation oder Täuschung, ungenügender Zeit für die Entscheidungsfindung, bis zum offenen Ausüben von Druck, einer Intervention zuzustimmen oder der Ausübung physischen Zwangs, etwa durch Festhalten oder Festbinden. Zwang enthält dabei immer ein Element der **Machtausübung**, da eine Person gegen ihren Willen zu einer bestimmten Handlung oder Unterlassung bewegt werden soll. Der Fokus auf Macht- und Informationsasymmetrien ist deshalb ganz wesentlich für die Analyse der spezifischen Vulnerabilität von gebärenden Personen.

Für die Zwecke dieser Stellungnahme wird sowohl der Begriff der «Gewalt» als auch «Zwang» in einem weiten Sinne verstanden. Gewalt kann sowohl interpersoneller als auch struktureller Natur sein. Den Fachpersonen wird dabei nicht pauschal eine Schädigungsabsicht unterstellt.

34 Die Periduralanästhesie (PDA) ist die am häufigsten eingesetzte Form der Schmerztherapie unter der Geburt. 2023 erfolgten 50 % der Entbindungen in Schweizer Spitälern unter Periduralanästhesie. Bundesamt für Statistik (2025a)

35 SAMW (2015), Zwangsmassnahmen in der Medizin. Die Anwendung von Zwang kann in gewissen, eng definierten Ausnahmesituationen ethisch gerechtfertigt sein (siehe auch Kapitel 4.1.).

3. Einordnung der Thematik

3.1 Zahlen und Fakten

In der Schweiz entscheiden sich die meisten Gebärenden für eine Geburt im Spital. Von den rund **80'000 Geburten pro Jahr**³⁶ fanden im Jahr 2021 96 % in einem Spital statt. Die Anzahl Hausgeburten (1,5 %) und Geburten in Geburtshäusern (2,5 %) hat in den letzten zehn Jahren zwar leicht zugenommen, bewegt sich aber nach wie vor auf einem sehr niedrigen Niveau.³⁷ Im Jahr 2021 wurden in der Schweiz 2200 Kinder in Geburtshäusern und rund 1200 Kinder zu Hause zur Welt gebracht.³⁸ Gemäss der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH-CH) gibt es aktuell 25 unabhängige Geburtshäuser³⁹ sowie drei Geburtshäuser, die sich auf dem Campus oder im Verbund mit einem Spital befinden (Kantonsspital Aarau (KSA), Geburtshaus Bethesda und Spital Zollikerberg). Da in Geburtshäusern keine chirurgischen oder notfallmedizinischen Behandlungen angeboten werden, können dort nur Personen mit risikoarmen Schwangerschaften betreut werden. Auch Gebärende, die zuvor bereits einen Kaiserschnitt hatten, werden in Geburtshäusern in der Regel nicht aufgenommen.⁴⁰ Wünschen die Gebärenden eine Periduralanästhesie (PDA), ist eine Geburt zu Hause oder im Geburtshaus ebenfalls nicht möglich.⁴¹ Aufgrund der unterschiedlichen Risikoprofile der Gebärenden ist die Vergleichbarkeit der Qualitätskennzahlen (z.B. Komplikationsraten oder Zufriedenheit), zwischen

Spitalgeburten und Geburten in Geburtshäusern nicht ohne Weiteres gegeben.

Die **Kaiserschnitttrate** (Sectio caesarea) bewegte sich in der Schweiz in den letzten zehn Jahren konstant bei rund einem Drittel, wobei die Unterschiede zwischen den Regionen und Institutionen beträchtlich sind, mit Höchstwerten um die 40 % in Glarus, Zug und Zürich sowie Werten unter 30 % in der Westschweiz (GE, VD, NE, FR) im Jahr 2024.⁴² Die Kaiserschnitttrate liegt damit im europäischen Vergleich⁴³ im oberen Bereich und deutlich über dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Wert von 10–15 %, der auf Schätzungen der medizinisch indizierten Kaiserschnitte beruht und der Rate der Notkaiserschnitte (15,1 % aller Geburten) in der Schweiz entspricht.⁴⁴ Die restlichen 18,5 % entfallen auf geplante Kaiserschnitte.⁴⁵ Der Anteil Wunschkaiserschnitte an den geplanten Kaiserschnitten wird nicht statistisch erhoben. Ein Grund für die erhöhte Rate an Kaiserschnitten in der Schweiz könnten somit Wunschkaiserschnitte sein, da diese qua Definition nicht medizinisch indiziert sind. Gemäss der repräsentativen Umfrage von Oelhafen et al. (2021) wünschten sich jedoch nur 6 % der befragten Personen in der Schweiz einen Kaiserschnitt, während 90 % eine vaginale Geburt präferierten. Wunschkaiserschnitte erklären somit nur knapp einen Drittel der geplanten Kaiserschnitte. Gemäss der Sectio-Richtlinien

36 Bundesamt für Statistik (2025b), Geburten. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html> (26.06.2025)

37 SHV-Statistikberichte 2016–2024

38 IGGH-Statistikbericht 2022; SHV-Statistikbericht 2022

39 Vgl. <https://www.geburtshaus.ch/geburtshaeuser.html> (26.06.2025)

40 Vgl. <https://www.geburtshauswinterthur.ch/faq> (26.06.2025); https://www.ksa.ch/de/kantonsspital-aarau/aufenthalt-und-besuch/fachbereiche/geburtshaus-nordstern-ksa?service_offer=1624 (26.06.2025).

41 Im Jahr 2023 erfolgte die Hälfte aller Entbindungen in der Schweiz unter Periduralanästhesie (PDA), verglichen mit 38 % im Jahr 2014. Bundesamt für Statistik (2025a)

42 Bundesamt für Statistik (2026). Entbindungen und Kaiserschnitte in Spitälern. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalog.asset-detail.36296322.html> (07.04.2026); Vgl. dazu auch die Darstellung regionaler Unterschiede im Versorgungsatlas. URL: https://www.versorgungsatlas.ch/indicator/_173/a (15.10.2025).

43 Zahlreiche europäische Länder wiesen im Jahr 2023 deutlich geringere Kaiserschnitttraten auf als die Schweiz, z.B. Frankreich (21 %), Island (14 %), Niederlande (16 %), Norwegen (16 %), Schweden (19 %). Mehr Kaiserschnitte gab es in Bulgarien (46 %), Irland (39 %), Polen (43 %). Portugal (38 %), Rumänien (51 %) und Ungarn (37 %), während Deutschland und Italien (32 %) vergleichbare Werte wie die Schweiz aufweisen. OECD (2025)

44 WHO (2015b)

45 Bundesamt für Statistik (2025a)

der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) aus dem Jahr 2015 werden ca. 70–90 % aller Kaiserschnitte auf der Basis einer relativen Indikation durchgeführt, d.h. es liegen medizinische Gründe für eine Sectio vor, diese sind jedoch nicht zwingend.⁴⁶ Es ist deshalb zu vermuten, dass im Zweifelsfall zusätzlich zu den medizinischen Erwägungen auch aus institutionellen Gründen (Beschleunigung der Geburt, rechtlichen Risikominimierung, finanzielle Erwägungen etc.) eher ein Kaiserschnitt veranlasst oder empfohlen wird.⁴⁷ Bei privatversicherten Personen wird zudem deutlich häufiger ein Kaiserschnitt vorgenommen als bei allgemeinversicherten Personen (43,5 % vs. 32,4 %).⁴⁸

Markant abgenommen hat in den letzten Jahren hingegen die Anzahl der **Dammschnitte** (Episiotomien). Diese wurden typischerweise vorgenommen, um einem schweren Dammriss vorzubeugen oder eine Geburt zu beschleunigen, etwa wenn sich die Vitalfunktionen des Kindes verschlechtern und ein Kaiserschnitt nicht mehr möglich ist. Der Nutzen dieser Praxis ist jedoch wissenschaftlich umstritten.⁴⁹ Erhöhte Komplikationsraten sprechen gegen den präventiven Einsatz dieser Technik. Eine routinemässige Anwendung wird deshalb seit einigen Jahren von der WHO und vielen Fachgesellschaften nicht mehr empfohlen.⁵⁰ Diese Praxisänderung bildet sich auch in den Statistiken ab: Im Jahr 2023 wurde in der Schweiz bei 9 % aller Geburten ein Dammschnitt vorgenommen, verglichen mit 28 % im Jahr 2010.⁵¹ Dies entspricht einem Rückgang von

75 %. Der Anteil schwerer Dammrisse ist in demselben Zeitraum nicht angestiegen.⁵² Die Rate liegt damit erstmals innerhalb des von der WHO definierten Zielwert von maximal 10 %.⁵³

Die Geburtshilfe, ursprünglich ganz in den Händen von Hebammen, hat im Verlauf des 19. und insbesondere im 20. Jahrhundert eine starke **Medikalisierung**⁵⁴ erfahren. Die ersten Geburtsanstalten hatten jedoch wegen häufiger Komplikationen sowie Todesfällen aufgrund riskanter Interventionen und mangelhafter Hygiene einen schlechten Ruf und wurden zu Beginn überwiegend von mittellosen Frauen besucht.⁵⁵ Nach und nach trugen verbindliche Hygieneregeln bei Spital- wie Hausgeburten sowie die Reduktion von Durchfallerkrankungen bei den Säuglingen dazu bei, die Säuglings- und Müttersterblichkeit in Europa in der ersten Hälfte des 20. Jahrhundert markant zu reduzieren.⁵⁶ Spitalgeburten nahmen insbesondere nach Ende des zweiten Weltkrieges europaweit zu und sind in der Schweiz seit den 1960er Jahren zur Norm geworden. Dies nicht zuletzt aufgrund des zunehmend verbreiteten Versicherungsschutzes durch die (damals noch nicht obligatorische) Krankenversicherung sowie dank des Zugangs zu Schmerzmedikation. Die Abläufe im Spital waren in dieser Zeit stark standardisiert, geboren wurde in Rückenlage und die Neugeborenen wurden oft noch bis in die 70er Jahre nach der Geburt von der Mutter getrennt.⁵⁷

46 Prolongierte Geburt (Geburtsstillstand) und «fetal distress» machen 50 % der Indikationen aus (SGGG, 2015).

47 Vgl. Gouilhers-Hertig (2017); Mueller et al. (2014)

48 Bundesamt für Statistik (2025a)

49 Carroli & Mignini (2009); Jiang et al. (2017)

50 WHO (2018); Jiang et al. (2017); Carroli & Mignini (2009); Barjon et al. (2024)

51 Bundesamt für Statistik (2025a); Bundesamt für Statistik (2017)

52 Bundesamt für Statistik (2025a)

53 WHO (2015b)

54 Medikalisierung bezeichnet die Anwendung medizinischer Begriffe und Verfahren auf Lebensbereiche, die bis dahin nicht als krankheitswertig erachtet worden sind oder nicht medizinisch behandelbar waren. Dadurch findet eine Verlagerung hin zu medizinischen Institutionen und Professionen statt. Dies geht meist einher mit einer erhöhten medizinischen Überwachung und vermehrten medizinischen Interventionen. Vgl. Conrad (2007)

55 Schlumbohm & Wiesemann (2004)

56 Razum & Breckenkamp (2007)

57 Die Relevanz psychosozialer Aspekte, etwa die Rolle des Hautkontakts für das Bonding zwischen Mutter und Kind oder die Auswirkungen von Stress auf das für die Geburt wichtige Hormon Oxytocin wurden erst nach und nach erkannt. Vgl. Walter et al. (2021) Vgl. 100 Jahre «Wir Eltern». URL: <https://www.wireltern.ch/artikel/auf-die-welt-gekommen-0323> (26.06.2025).

Bis in die 2000er Jahre konnte die Säuglings- und Müttersterblichkeit in der Schweiz kontinuierlich reduziert werden. Verbesserte Diagnostik und Versorgung während der Schwangerschaft und in der Neonatologie, wirksame nachgeburtliche Infektionsprävention sowie verbesserte Geburtstechniken sind massgeblich für diese Reduktion verantwortlich.⁵⁸ Während die Säuglingssterblichkeit in der Schweiz im Jahr 1960 noch 22 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten betrug, liegt diese heute bei 3,5 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten.⁵⁹ Die Schweiz liegt damit im europäischen Mittelfeld.⁶⁰ In den letzten Jahren konnten jedoch die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind trotz des medizinischen Fortschritts nur noch geringfügig verringert werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Alter der Erstgebärenden in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zugenommen hat, was statistisch gesehen zu mehr sogenannten Risikoschwangerschaften führt, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit medizinische Interventionen erfordern.⁶¹ Dennoch wird kritisiert, dass der relativ hohen Rate medizinischer Untersuchungen und Interventionen keine entsprechende Verringerung der gesundheitlichen Risiken von Mutter und Kind gegenüberstehen.⁶² Seit einigen Jahren gehen deshalb die Empfehlungen eher in Richtung interventionsarmer Geburten.⁶³ Dies zeigt sich auch im Angebot für gebärende Personen: Verschiedene Institutionen bieten unterdessen auch weniger medikalisierte Geburtssettings an, darunter etwa eine hebammengeleitete Geburt oder ein Geburtshaus auf dem Areal der Klinik.⁶⁴

3.2 Gesellschaftlicher, institutioneller und politischer Kontext

3.2.1 Geburt: Zwischen Pathologisierung und idealisierter Natürlichkeit

Die meisten Geburten finden in der Schweiz im Spital statt. Eine Geburt unterscheidet sich jedoch in verschiedenen Aspekten vom typischen Behandlungsetting in einem Spital: Es handelt sich bei den gebärenden Personen in der Regel nicht um Patientinnen, deren Krankheit oder Leiden geheilt oder gelindert werden soll, sondern um gesunde Personen, die bei einem physisch und psychisch herausfordernden, aber grundsätzlich nicht pathologischen Vorgang unterstützt werden sollen. Eine Geburt ist zwar immer mit medizinischen Risiken verbunden, bedarf jedoch bei einem komplikationslosen Verlauf kaum medizinischer Interventionen. Treten Komplikationen auf, können diese jedoch lebensgefährlich sein und erfordern nicht selten ein rasches Eingreifen. Dies prägt die heutige medizinische Perspektive auf die Geburt massgeblich.⁶⁵ Die Tendenz zur Pathologisierung von Schwangerschaft und Geburt spiegelt sich beispielsweise in der verwendeten Sprache wider, wo im Fachjargon jede Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft bezeichnet wird, die mit einem (statistisch) erhöhten Komplikationsrisiko einhergeht (dies betrifft z.B. Schwangere über 35 Jahre, Mehrlingsschwangerschaften oder eine Schwangerschaft nach einem Kaiserschnitt) – unabhängig davon, ob diagnostische Hinweise auf mögliche Komplikationen vorliegen. In der Schweiz fallen deshalb schätzungsweise bis zu 50 %

58 Fang et al. (2025)

59 Weltbank Data (2024): <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CH> (26.06.2025).

60 Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/810933/umfrage/kindersterblichkeit-in-den-eu-laendern> (26.06.2025).

61 Zwischen 1970 (15 %) und dem Jahr 2000 (48 %) hat sich der Anteil Erstgebärender, die älter als 30 Jahre sind, mehr als verdreifacht. Im Jahr 2024 betrug der Anteil bereits 68 %. Bundesamt für Statistik (2025c). Lebendgeburten nach Jahr, Geburtenfolge und Altersklasse der Mutter. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.assetdetail.35607841.html> (26.06.2025).

62 WHO (2015b) & (2018); Fang et al. (2024)

63 WHO (2018); SHV (2023). Choose wisely – Top-5-Liste

64 Vgl. Angebote am Kantonsspital Aarau, Spitalzentrum Biel, Inselspital Bern, Spital Emmental usw.

65 «Um die Medikalisierung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt zu verstehen, muss man berücksichtigen, dass Schwangerschaft in der westlichen Welt als risikobehafteter Zustand beschrieben wird». Fang et al. (2025), S. 54, eigene Übersetzung. Vgl. auch: Maffi & Gouilhers (2019)

aller Schwangerschaften in diese Kategorie, viele davon aus Altersgründen.⁶⁶

Wie viel Risiko gesellschaftlich oder für die betroffene Person als akzeptabel gilt, ist keine rein medizinische, sondern eine normative Abwägungsfrage, die immer auch die Nachteile der Risikominimierung berücksichtigen muss.⁶⁷ Dominiert eine Risikoperspektive, die primär darauf ausgerichtet ist, medizinische Risiken, wie etwa Geburtsschäden beim Kind, zu minimieren, besteht die Gefahr, dass im Zweifelsfall lieber einmal zu viel interveniert wird, um nachweisen zu können, dass alles medizinisch Mögliche versucht wurde. Im Extremfall kann daraus eine Defensivmedizin resultieren, die primär auf rechtliche Absicherung ausgerichtet ist und nicht auf das Wohlergehen und die Selbstbestimmung der gebärenden Person und die Gesundheit des Kindes.⁶⁸

Gleichzeitig spielen Risikoüberlegungen auch für die Gebärenden eine wichtige Rolle. Dies zeigt sich darin, dass die Entscheidung für eine Geburt im Spital überwiegend, jedoch nicht ausschliesslich, mit dem Bedürfnis nach Sicherheit begründet wird. Die Medizin bietet darüber hinaus – insbesondere im Bereich der Schmerztherapie – verschiedene Massnahmen an, um die körperliche Belastung einer Geburt zu verringern, was für viele Gebärende ein weiterer wichtiger Faktor bei der Wahl des Geburtsortes darstellt. Gemäss einer Studie aus Kanada waren der rasche Zugang zu medizinischer Versorgung im Notfall (75 %) sowie die Verfügbarkeit von Schmerzbehandlungen (38 %) die wichtigsten Kriterien für eine Geburt im Spital. Angst vor unnötigen medizinischen Interventionen

(46 %) sowie eine vertraute, angenehme Umgebung (34 %) stellten hingegen wichtige Gründe für eine Hausgeburt dar.⁶⁹ Daran zeigt sich auch, dass Vorstellungen einer guten Geburt individuell sehr unterschiedlich ausfallen können. Institutionelle Angebote, welche interventionsarme Geburtssettings (z.B. Geburtshäuser oder hebammengeleitete Geburtsabteilungen) in unmittelbarer Spitalnähe anbieten, können als Versuch verstanden werden, dem Wunsch vieler Gebärender nach einer interventionsarmen Geburt in einer freundlichen Umgebung gerecht zu werden, ohne dass bei Komplikationen grössere gesundheitliche Risiken in Kauf genommen werden müssen als bei einer Spitalgeburt.

Darüber hinaus existieren nach wie vor wirkungsmächtige gesellschaftliche Normen rund um die Geburt, die vorgeben, wie eine «erfolgreiche» Geburt auszusehen hat. Kommt es im Geburtsprozess zu Komplikationen, die zu einem Abbruch der vaginalen Geburt oder zum Einsatz von Hilfsmitteln, wie beispielsweise der Saugglocke, führen, berichten die betroffenen Frauen häufig über Schamgefühle und Gefühle des Versagens, weil sie es nicht «aus eigener Kraft» geschafft haben.⁷⁰ Auch Aussagen der Art, dass jede Frau die Kraft habe, zu gebären⁷¹ (gemeint ist damit die «natürliche», vaginale Geburt und im Falle des *Freebirthings*⁷² darüber hinaus die unbegleitete Geburt), sind zwar meist ermutigend und bestärkend gemeint, können jedoch grossen Druck auf die Gebärenden ausüben und das Gefühle des Scheiterns und Versagens verstärken, wenn es in der Praxis doch nicht ohne medizinische Interventionen klappt. Hinzu kommt, dass Gebärende diverse, teilweise wider-

66 2024 waren 37 % der gebärenden Personen über 35 Jahre alt. Bundesamt für Statistik (2025c). Lebendgeburten nach Jahr, Geburtenfolge und Altersklasse der Mutter; Vgl. auch: <https://gyn-perinatal.com/en/spaete-schwangerschaft/> (15.10.2025).

67 Dass weniger medizinische Interventionen gerade im Kontext der Geburt nicht mit einer schlechteren Versorgung gleichzusetzen sind und dass nicht indizierte Interventionen sich in vielen Fällen negativ auf den Geburtsprozess auswirken, gerät durch in den Hintergrund. Vgl. Scarf et al. (2018); Müller et al. (2014); SHV (2023). Choose wisely – Top-5-Liste.

68 Vgl. Maffi & Gouilhers (2019)

69 Murray-Davis et al. (2014)

70 Vgl. Mundlos (2015); Interessante Einblicke geben auch Blogbeiträge wie beispielsweise auf: <https://www.zentralplus.ch/blog/eltern-blog/der-kaiserschnitt-vor-allem-ein-gefuehl-des-versagens/> (15.10.2025).

71 Vgl. <https://www.hebammenzentrum.at> (15.10.2025).

72 *Freebirthing* ist eine Bewegung, die Alleingeburten ohne professionelle Unterstützung propagiert. Sie kann als radikale Antwort auf eine stark medicalisierte und als zu technisch empfundene Geburtshilfe verstanden werden. Vgl. dazu die Podcastserie von SRF: <https://www.srf.ch/news/schweiz/freebirth-bewegung-warum-frauen-eine-alleingeburt-wollen> (15.10.2025).

sprüchliche moralische Botschaften und Bewertungen erreichen, in welchen ihnen wahlweise vorgeworfen wird, zu viele (*«too posh to push»*) oder zu wenige (Gefährdung des Kindeswohls durch Hausgeburt) medizinische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies kann bereits im Vorfeld der Geburt zu einem grossen Rechtfertigungsdruck führen, der sich auch nach der Geburt, beispielsweise in der Kontroverse rund ums Stillen, fortsetzt.

3.2.2 Geburt als gewichtiges biografisches Ereignis

Während die Geburt für die begleitenden Fachpersonen eine tägliche Routine darstellt, ist sie für die meisten Gebärenden und ihre Partner:innen als sogenannter **«Major Life Event»** von grosser biografischer Bedeutung und mit entsprechenden Erwartungen und Hoffnungen verbunden.⁷³ Eltern werden ist für viele Menschen ein bedeutender Schritt und der Beginn eines neuen Lebensabschnitts. Die Geburt selbst ist zudem eine enorm intensive, manchmal sogar existenzielle, körperliche und psychische Erfahrung. Der hohe emotionale Stellenwert der Geburt zeigt sich auch im Wunsch vieler Gebärenden, den Prozess der Geburt aktiv und den eigenen Werten und Präferenzen gemäss mitzugestalten.⁷⁴ Entsprechend schwer wiegt die Erfahrung, wenn ihre Bedürfnisse in dieser höchst privaten und intimen Situation nicht ernst genommen, sie vom behandelnden Personal ignoriert oder zu passiven Teilnehmenden degradiert werden.⁷⁵ Personen, die negative Geburtserfahrungen gemacht haben, berichten deshalb oft von einer grossen Enttäuschung, aber auch von Wut und Trauer, ausgelöst durch das Gefühl, um ein einmaliges Erlebnis

gebracht worden zu sein.⁷⁶ Zugleich macht es die gesellschaftliche Erwartung der Geburt als «frohes Ereignis» schwierig, über negative Geburtserfahrungen zu sprechen und diese in das eigene Leben zu integrieren. Die Journalistin Naomi Gregoris hat im Jahr 2020 für einen Artikel in der Onlinezeitung «Bajour» Frauen aus dem Raum Basel befragt, die negative Geburtserfahrungen gemacht haben. Einige dieser Personen sprachen zum ersten Mal über ihre Erlebnisse unter der Geburt.⁷⁷ Berichtet wurde von fehlender Information, Manipulation, Vernachlässigung, respektlosen Sprüchen und abwertenden Kommentaren, wenn die Gebärenden an ihre Grenzen kamen, um Hilfe baten oder es wagten, ihre Bedürfnisse zu äussern. Übrig blieb ein Gefühl, dass über sie verfügt worden ist in einem für sie so wichtigen biografischen Moment:

«Jede Erzählung war anders, aber alle hatten eines gemeinsam: Die Gebärenden fühlten sich nicht ernst genommen. Eine Frau sagte: ‹Ich wurde behandelt, als wäre ich eine Hülle, aus der ein Baby genommen werden muss.›»⁷⁸

Geburtspläne können ein mögliches Hilfsmittel sein, die Bedürfnisse und Präferenzen der gebärenden Person vorgängig festzuhalten und mit den betreuenden Fachpersonen zu teilen.⁷⁹ Auch wenn sich Geburten selten ganz genau an einen Plan halten, können Geburtspläne Orientierung bieten, um die Geburt unabhängig vom konkreten Verlauf bestmöglich mit den Werten und Präferenzen der gebärenden Person in Einklang zu bringen, indem vorgängig Erwartungen abgeglichen und verschiedene Szenarien gemeinsam diskutiert werden können. Dadurch kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden, die in hektischen Mo-

73 «Die Geburt eines Kindes ist für eine Frau ein einschneidendes Lebensereignis; eine prägende, monumentale und lebensverändernde Erfahrung (Neumann & Meier, 2019).» Beck-Hiestermann et al. (2023), S. 3., eigene Übersetzung.

74 Vgl. Oelhafen et al. (2021); Chautems (2025); Rost et al. (2022a)

75 Chadwick (2019). Die als «*silencing*» bezeichnete Machtausübung mit dem Ziel, Personen zum Schweigen zu bringen, ist eine Form von epistemischer Ungerechtigkeit (siehe Abschnitt 3.2.3.).

76 Fang et al. (2025); Mundlos (2015)

77 «Ayse sieht den Aufruf und schreibt einen der 175 Kommentare darunter. Bis dahin hat sie nie jemandem von ihrem Erlebnis erzählt. Nicht einmal ihr Mann weiss von dem Schmerz, der seit der Geburt vor zwei Jahren auf ihr sitzt. Als ich sie kontaktiere, schreibt sie mir: ‹Ich bin so froh, dass ich darüber reden kann.›» Kleinstadt (2021). URL: <https://kleinstadt.ch/wer-voegeln-kann-kann-auch-gebaeren/> (15.10.2025).

78 Kleinstadt (2021)

79 Hotz (2022)

menten die Entscheidungsfindung erleichtert. Dies setzt jedoch voraus, dass dafür Zeit eingeräumt wird oder bereits im Vorfeld bekannt ist, wer die Geburt betreuen wird, was vielfach aus organisatorischen Gründen im Spital nicht der Fall ist.

Liegt der Fokus primär auf dem Ergebnis, das Kind unbeschadet auf die Welt zu holen, kann dies dazu führen, dass die Bedürfnisse der Gebärenden, deren Information und Einbezug in den Hintergrund geraten.⁸⁰ Dabei ist es hilfreich sich zu vergegenwärtigen, dass der subjektiven Erfahrung des Geburtsprozesses ein enorm hoher emotionaler Stellenwert zukommt und traumatische Geburtserfahrungen langfristige negative Folgen für das gesamte Familiensystem mit sich bringen können.⁸¹ Die Geburtserfahrung ist wiederum massgeblich geprägt von der Art der Entscheidungsfindung und der Kommunikation zwischen den Gebärenden und den betreuenden Fachpersonen.⁸² In einer Überblicksstudie von Andersen et al. (2012) wurde ein negatives Geburtserlebnis (*subjective distress in labor*) als wichtigster Prädiktor für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) identifiziert, noch vor geburtshilflichen Notfallsituationen.⁸³ Insbesondere wenn die Geburt mit einem Gefühl des Kontrollverlust einher ging, traten danach häufiger Symptome einer PTBS auf. Verschiedene Studien weisen zudem darauf hin, dass die Wahrnehmung der verschiedenen an der Geburt beteiligten Akteure sich markant unterscheiden kann.⁸⁴ **Nachbesprechungen** können deshalb hilfreich sein, die verschiedenen Perspektiven darzulegen und anzuerkennen, Informationslücken zu schliessen und Verbesserungspotenzial zu identifizieren. Solche Besprechungen können den betroffenen Personen ausserdem dabei helfen, das Erlebte in die eigene Biografie zu integrieren.

3.2.3 Epistemische Ungerechtigkeit und die Normalisierung von Zwang und Gewalt

Die Erwartung, dass die betreuenden Fachpersonen da sind, um zu helfen und zu unterstützen und das Vertrauen, dass diese wissen, was in einer bestimmten Situation zu tun ist, lassen Betroffene oft an ihrer eigenen Wahrnehmung zweifeln, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden oder die Aufforderungen der betreuenden Fachpersonen den eigenen Körpersignalen widersprechen.⁸⁵

«Dass sie zunächst abgewiesen wurde, weil der Wehenschreiber zu einem anderen Ergebnis kam, als der eigene Körper ihr signalisierte, nahm Isabelle hin. Schliesslich vertraute sie da dem Klinik-Personal. Selbst als sie im Lift fast zusammenbrach, musste ihr Mann sie zu einem erneuten Gang zum Empfang überreden.»⁸⁶

Die fachliche Autorität der betreuenden Hebammen und ärztlichen Fachpersonen und die vorhandene Informationsasymmetrie können eine als **«Epistemische Ungerechtigkeit»** bezeichnete Form der Benachteiligung befördern, mit der Folge, dass erlebtes Unrecht nicht ohne weiteres als solches erkannt wird oder benannt werden kann.

«Ich selbst habe es bewusst vermieden, das Thema anzuschnitten. Ich wollte nicht jammern und zugeben müssen, dass diese Geburt das Schlimmste war, was mir jemals passiert ist. Zumal niemand in meinem Umfeld jemals von einem negativen Geburtserlebnis erzählte. Und so blieb ich in der Annahme, dass es wohl okay war, wie es bei mir gewesen ist.»⁸⁷

80 Rost et al. (2022b)

81 Beck-Hiestermann et al. (2023); Martinez-Vázquez et al. (2021, 2022); Suetsugu et al. (2020); Delicate & Ayers 2023, Rost et al. (2022a)

82 Arnold et al. (2025)

83 *«Das subjektive Erlebnis der gebärenden Frau ist Gegenstand zahlreicher Studien, wobei sich eine negative Geburtserfahrung als wichtigster prädiktiver Faktor [für eine PTBS] herauskristallisiert hat. Geburtshilfliche Notfälle sind potenziell schwerwiegend und gefährlich für Mutter und Kind und stellen daher – wenig überraschend – den zweitwichtigsten Faktor dar.»* Andersen et al. (2012), S. 1269, eigene Übersetzung.

84 Rost et al. (2022b)

85 Fang et al. (2025); Mundlos (2015)

86 Hebamme.ch (05.03.2021). URL: <https://www.hebamme.ch/presseberichte/kann-ich-jetzt-bitte-sterben> (15.10.2025).

87 Hebamme.ch (2021)

«Erst später entwickelte ich Schuldgefühle wegen dem, wie alles gelaufen war. [...] In den ersten Wochen hatte ich stark damit zu kämpfen. Ich war einfach nur traurig, weil ich überhaupt nicht verstanden habe, was da passiert war. Und ich hatte keinerlei Einfluss darauf. Und ich fühlte mich irgendwie schuldig, dass ich alles falsch gemacht hatte und es besser hätte machen können, und es dann anders ausgegangen wäre.»⁸⁸

Wer wird gehört, wem wird geglaubt, wer wird ernst genommen?

Epistemische Ungerechtigkeit bezeichnet eine Form der systematischen Benachteiligung gewisser Personen oder Gruppen in deren Eigenschaft als Wissende.⁸⁹ Sie ist eng an gesellschaftliche Zuschreibungen von Autorität und Glaubwürdigkeit geknüpft. Epistemische Ungerechtigkeit kann die Fähigkeit einer Person oder Gruppe beeinträchtigen, Situationen oder Erlebnisse zu verstehen und einzuordnen, zu benennen und mit anderen zu teilen, beispielsweise weil die sprachlichen Mittel fehlen oder die Erlebnisse nicht den dominanten Narrativen entsprechen. Sie verringert darüber hinaus die Chance der Betroffenen, von anderen nach ihrer Perspektive gefragt, gehört und ernst genommen zu werden. Gebärende Personen mit Migrationshintergrund, sprachlichen Barrieren oder einem niedrigeren sozialen Status sind besonders stark von entmündigender Behandlung und damit von epistemischer Ungerechtigkeit und Diskriminierung betroffen.⁹⁰

Doch selbst wenn die Gebärenden klar äussern, dass sie mit der Behandlung oder dem Vorgehen nicht einverstanden sind, kommt es immer wieder vor, dass

sie nicht gehört, ihnen nicht geglaubt oder sie nicht ernst genommen werden, wie die folgenden Erfahrungsberichte illustrieren:

«Im Zimmer angekommen, untersucht die Hebamme ihren Muttermund. Ayse sagt, sie tue ihr weh. «Das muss so sein», entgegnet die Hebamme, steht wieder auf und läuft zum Computer. Sie sagt der Hebamme, dass sie nicht mehr untersucht werden will, aus Angst vor den Schmerzen. Die Hebamme ignoriert es. Als Ayse nach einem Schluck Wasser fragt, auch. Sie müsse protokollieren, erklärt sie.»⁹¹

«Als die Ärztin begann, den Dammriss zu nähen, spürte Isabelle jeden Stich. Sie wies darauf hin, sagte, dass sie Schmerzen habe. Man nähte ohne Betäubung weiter.»⁹²

«Eine Gebärende vermutete Presswehen und wurde von der Hebamme ausgelacht: «So schnell geht das nicht, erzählen Sie keinen Schwachsinn!» – nur um schliesslich doch bestätigt zu bekommen, dass sie es richtig gespürt hat.»⁹³

Wird den Gebärenden die Kompetenz abgesprochen, die Vorgänge in ihrem Körper einordnen zu können und darauf basierend Bedürfnisse zu formulieren, handelt es sich um eine Form der epistemischen Ungerechtigkeit, da sie in ihrer Eigenschaft als Wissende abgewertet oder ignoriert werden. Diese Form der Entmündigung und der damit verbundene Autonomie- und Kontrollverlust in einem Moment grosser Verletzlichkeit kann zu einem intensiven Gefühl des Ausgeliefertseins führen, das sich negativ, bisweilen traumatisierend auf das Geburtserlebnis auswirken kann.⁹⁴

88 Meyer et al. (2022), S. 10

89 Der Begriff wurde massgeblich von Miranda Fricker (2007) geprägt, die in ihrem Buch den engen Zusammenhang zwischen Wissen, Macht und gesellschaftlicher Anerkennung beschreibt.

90 Chadwick (2019). Vgl. dazu auch die NEK-Stellungnahme Nr. 27/2017: Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte.

91 Kleinstadt (2021)

92 Hebamme.ch (2021)

93 NZZ (29.08.2024). Gewalt im Kreissaal: Viele Frauen fühlen sich unter der Geburt eingeschüchtert, beleidigt, ignoriert. Was ist da los?

94 Andersen et al. (2012); «Ich habe mich noch nie zuvor so vollkommen und gänzlich einer anderen Person ausgeliefert gefühlt.» Meyer et al. (2022), S. 10, eigene Übersetzung.

Die physische und psychische Extremsituation einer Geburt können zusätzlich dazu beitragen, dass die Grenzen der gerechtfertigten und ungerechtfertigten Eingriffe und Handlungen aus der Perspektive der Betroffenen (wie auch der betreuenden Fachpersonen) verschwimmen.⁹⁵ Notfallsituationen können rasches und kraftvolles Eingreifen erfordern. Dies prägt auch das Selbstverständnis vieler Geburtshelfenden⁹⁶ und führt bisweilen zur Überzeugung, dass diese aufgrund ihrer fachlichen Ausbildung, ihrer Erfahrung und ihrer professionellen Verantwortung im Zweifelsfall die alleinige Entscheidungskompetenz haben (sollten) und die Selbstbestimmung der Gebärenden beschnitten werden darf, insbesondere wenn es zu Komplikationen kommt:

«Die Frauen verfügen oft nur über wenig Fachwissen oder Erfahrung. [...] Wir sind die Fachpersonen. Sie erwarten auch von uns, dass wir Entscheidungen treffen, oder etwa nicht? Inwieweit sind sie also in der Lage, sich ein Urteil zu bilden? Ihnen fehlt die entsprechende Ausbildung und Erfahrung.»⁹⁷

«Dass man die Frau in Notfällen nicht so entscheiden lassen kann, wie sie es gerne hätte. Wenn die Sicherheit nicht mehr gewährleistet ist, darf sie nicht entscheiden.»⁹⁸

Diese Auffassung widerspricht dem geltenden Recht in der Schweiz.⁹⁹ In der Literatur wird deshalb darauf hingewiesen, dass übergriffige, respektlose oder gewaltausübende Handlungen im geburtshilflichen Kontext oft gar nicht als solche erkannt, benannt oder juris-

tisch korrekt eingeordnet werden.¹⁰⁰ Dadurch kann es zu einer **Normalisierung von Zwang oder Gewalt** kommen, mit der Konsequenz, dass Grenzüberschreitungen verharmlost,¹⁰¹ mit äusseren Umständen (z.B. der Dringlichkeit) oder institutionellen Vorgaben und Abläufen gerechtfertigt werden oder die Schuld gar bei den gebärenden Personen verortet wird.¹⁰² Die Gründe dafür sind vor allem auf der gesellschaftlichen und organisationalen Ebene zu suchen. Dabei spielen geschlechtsspezifische Stereotypen, soziale Erwartungen sowie der gesellschaftliche Umgang mit dem weiblichen Körper eine wesentliche Rolle.

3.2.4 Gewalt unter der Geburt als geschlechtsspezifische Diskriminierung

Viele der dokumentierten Rechtsverletzungen unter der Geburt sind nicht so sehr Ausdruck individueller Übergriffe, sondern verweisen auf eine tieferliegende, oft geschlechtsspezifische Problematik: Hierarchien im medizinischen System, stereotype Vorstellungen bezüglich der Kompetenz gebärender Personen, die Verfügbarkeit des weiblichen Körpers sowie fehlende Sensibilität gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht sind mögliche Ursachen.

Als Inbegriff und Verkörperung von Weiblichkeit ist die schwangere und gebärende Person verstärkt genderspezifischen Stereotypen ausgesetzt. Das alte, aber immer noch wirksame gesellschaftliche Vorurteil der hochgradig emotionalen oder gar hysterischen Frau, die unter dem Einfluss ihrer Hormone irrationale Entscheidungen trifft, fördert eine paternalistische

95 «Sie meinte, ich bräuchte eine Oxytocin-Infusion. Sie fand wohl, dass es zu langsam vorangeht, und meinte, ich bräuchte eine Oxytocin-Infusion und eine PDA. Und ich weiß nicht, ob das irgendwas mit dem Baby zu tun hatte oder ob sie einfach dachte, ich würde das nicht mehr schaffen – ich weiß nicht, warum». Meyer et al. (2022), S. 9, eigene Übersetzung; Eichinger et al. (2024)

96 Rost et al. (2022b); «Zudem müssten Hebammen und Geburtshelferinnen «brutal» sein können – sonst arbeiten sie schlichtweg im falschen Beruf!» Hebamme.ch (2021)

97 Rost et al. (2022b), S. 6, eigene Übersetzung.

98 Rost et al. (2022b), S. 7, eigene Übersetzung.

99 Siehe dazu Kapitel 4. Rechtliche Vorgaben

100 Vgl. Hotz et al. (2023); Rost et al. (2022b)

101 «Mit dem traumatischen Geburtserlebnis aber blieb sie lange Zeit allein. Denn natürlich ist es für Freunde, aber auch für die Eltern selbst ein Einfaches, sich über das Neugeborene zu freuen und das Erlebte zu bagatellisieren. Nach dem Motto: Hauptsache, das Baby ist gesund.» Hebamme.ch (2021)

102 Eichinger et al. (2024); Vgl. auch Rost et al. (2022b); Oelhafen et al. (2021)

Haltung gegenüber der Gebärenden oder kann sogar dazu führen, dass ihr pauschal die Urteilsfähigkeit unter der Geburt abgesprochen wird.¹⁰³ Zugleich wird der weibliche Körper gesellschaftlich nach wie vor stark objektiviert und Grenzüberschreitungen, wie ungefragte Berührungen oder Annäherungen, sind auch heute noch fester Bestandteil der Lebensrealität von Frauen. Diese gesellschaftlich vermittelte und in vielen alltäglichen Situationen erlebte Verfügbarkeit des weiblichen Körpers beeinflusst die Wahrnehmung der behandelnden Personen genauso wie diejenige der Betroffenen. Sie trägt dazu bei, dass physische Grenzüberschreitungen so weit normalisiert werden können, dass sich die gewaltausübenden Personen ihrer Übergriffe unter Umständen gar nicht bewusst sind, wie das folgende Beispiel zeigt:

«Die Frau hatte gerade eine Periduralanästhesie (PDA) bekommen und erholte sich von einer Wehe. Ohne Begrüssung oder Kommentar [kam der Gynäkologe in das abgedunkelte Zimmer], zog sich die Gummihandschuhe über und steckte der Frau seine Finger in die Scheide. Auf den entrüsteten Kommentar der Hebamme und auch des Ehemanns wies der Arzt lautstark jegliche Vorwürfe zurück.»¹⁰⁴

Ein weiterer **Geschlechterstereotyp**, der für die Behandlung unter der Geburt von Bedeutung ist, betrifft die Erwartungshaltung, dass Frauen – insbesondere Mütter – sich für andere – insbesondere ihre Kinder – aufzuopfern haben. Es wird erwartet, dass sie ihre eigenen Interessen dem Wohl der Familie unterordnen und in der Sorge für andere Erfüllung finden. Eine solche unbewusste Erwartungshaltung hat direkte Auswirkungen auf die Behandlung von Frauen unter der Geburt und kann erklären, weshalb immer wieder

von Beschämungen, Abwertungen und Drohungen berichtet wird, wenn Frauen es wagen, ihren eigenen Interessen und Bedürfnissen Nachdruck zu verleihen oder vorgeschlagene Interventionen abzulehnen.¹⁰⁵

«Als Judith anfängt zu weinen, beugt [die Hebamme] sich zu ihr herunter und sagt: «Manche Dinge muss man halt einfach annehmen, auch wenn man es nicht will. Zum Wohl des Kindes.» Immer wieder betont sie, dass das Kind sterben könne, wenn nichts gemacht werde [...].»¹⁰⁶

Diese in der Literatur als *«dead baby card»*¹⁰⁷ bezeichnete Strategie ist eine Form der Manipulation durch moralischen Druck und damit eine Ausübung psychischen Zwangs, insbesondere wenn die vorhandene Informationsasymmetrie ausgenutzt wird, um die Gebärende durch Übertreibung der Risiken für das Kind zu einer Einwilligung in eine nicht zwingend indizierte Intervention oder ein bestimmtes Vorgehen zu bewegen:

«Das Perfide daran ist, dass es immer gleich mit dem Wohl des Kindes gerechtfertigt wird und jede Frau damit in eine Zwangslage gerät, weil sie nicht «nein» sagen kann, da niemand möchte, dass das Kind leidet. [...] Ich glaube, es geht um solche Fälle, in denen Frauen sich in ihrer Selbstbestimmung wirklich eingeschränkt fühlen.»¹⁰⁸

Der implizit oder explizit zum Ausdruck gebrachte Vorwurf, damit ein Risiko für das zu gebärende Kind in Kauf zu nehmen wiegt schwer und ist für viele Gebärende gleichbedeutend mit der Aussage, eine schlechte Mutter (oder im Extremfall eine potenzielle Kindesmörderin¹⁰⁹) zu sein. Diese als *«Mom-shaming»* bezeichnete Form der Manipulation und Kon-

103 Vgl. Rost et al. (2022b); Villarmea (2020)

104 Hebamme.ch (2021)

105 Vgl. Mundlos (2015)

106 Kleinstadt (2021)

107 van der Waal (2024); Hall et al. (2012); *«Beispielsweise berichten medizinische Fachkräfte, dass sie häufig «die dead baby card ausspielen» und die Mütter für einen möglichen negativen Ausgang verantwortlich machen, unabhängig davon, ob das Baby tatsächlich gefährdet ist.»* Oelhafen et al. (2021), S. 2–3, eigene Übersetzung.

108 Rost et al. (2022b), S. 7

109 Vgl. Fang et al. (2025), S. 61; van der Waal (2024)

trollausübung über Mütter ist auch nach der Geburt allgegenwärtig.¹¹⁰

Die zuständige UN-Sonderberichterstatterin für Gewalt gegen Frauen und Mädchen hat in ihrem Bericht 2019 betont, dass Gewalt und Misshandlung unter der Geburt als geschlechtsspezifische Gewalt zu verstehen sind, oft strukturellen Charakter haben und systematisch auftreten.¹¹¹ Dabei ist es irrelevant, dass die betreuenden Fachpersonen meist selbst weiblich sind:

«Weibliche Gesundheitsfachkräfte werden innerhalb der vorherrschenden patriarchalen Strukturen geschult und übernehmen damit Werte, die in der Berufskultur und den Institutionen, in denen sie arbeiten, verankert sind. Indem Frauen sich den Vorbildern anpassen, mit denen sie während ihrer Ausbildung konfrontiert werden, und damit die Hierarchien und Praktiken ihrer Einrichtung aufrechterhalten, agieren sie als Mittragende und Ausübende geburtshilflicher Gewalt. Somit stellt geburtshilfliche Gewalt auch eine spezifische Form von Gewalt gegen Frauen dar, die von anderen Frauen ausgeübt wird.»¹¹²

Im Kontext der Geburt laufen Frauen, die sich auf ihre Rechte berufen ausserdem Gefahr, als «schwierig» abgestempelt zu werden oder einen Machtkampf auszulösen, der emotionalen Stress generiert und die Geburt dadurch auch physiologisch erschweren kann.¹¹³ Die Situation der Abhängigkeit, die erhöhte Vulnerabilität der Gebärenden und der Wunsch nach einem positiven Geburtserlebnis kann erklären, weshalb eine Konfrontation häufig lieber vermieden wird, auch wenn dies bedeutet, in ein Vorgehen einzuwilligen, das nicht den eigenen Präferenzen entspricht:

«Ich meine, wir hatten keine Ahnung, warum es so schnell ging, und wir haben auch nichts gesagt. Ich glaube, wir hätten es vielleicht noch einmal sagen können. Aber als ich sagte, dass es zu schnell ging, als ich der Hebamme sagte: «Hey, ich habe dich um ein paar Minuten gebeten», und sie antwortete: «Nein, wir müssen anfangen», da bin ich nicht diejenige, die in die Konfrontation geht.»¹¹⁴

Gebärende mit Migrationshintergrund oder sprachlichen Barrieren werden zudem häufiger als inkompetent wahrgenommen und entsprechend nicht ernst genommen.¹¹⁵ Auch andere Charakteristika erhöhen nachweislich das Risiko einer Benachteiligung oder abwertenden Behandlung, so etwa Übergewicht oder ein geringer sozialer Status.¹¹⁶ Es muss deshalb in der Diskussion zwingend mitberücksichtigt werden, dass gewisse Gruppen zusätzlich zu den geschlechterbasierten Stereotypen noch weiteren Vorurteilen ausgesetzt sind, was sie besonders verletzlich macht für Mehrfachdiskriminierungen. Eine **intersektionale Perspektive** ist deshalb zentral für die Analyse und Bewertung der spezifischen Benachteiligungen und Vulnerabilitäten im Kontext der Geburtshilfe.

3.2.5 Politische, institutionelle und organisationale Rahmenbedingungen

Schliesslich spielen auch die Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich die verschiedenen Akteure bewegen, eine wichtige Rolle bei der Prävention von Gewalt und Zwang unter der Geburt. Die Qualität der Versorgung ist unter anderem abhängig von **angemessenen räumlichen und personellen Kapazitäten**. Da Geburten nur bis zu einem gewissen Grad planbar sind, kommt es besonders bei kleineren Geburtsab-

110 Sutherland (2010)

111 United Nations (2019), A/74/137

112 Barata (2023), S. 205, eigene Übersetzung.

113 Der Geburtsprozess wird von verschiedenen Hormonen, insbesondere Oxytocin, reguliert und kann durch physiologischen oder emotionalen Stress gestört werden: «Physiologischer und psychischer Stress während der Geburt und Stillzeit kann sich negativ auf den Verlauf der Wehen, das Stillen und die Bindung zum Kind auswirken.» Walter et al. (2021), S. 1, eigene Übersetzung.

114 Meyer et al. (2022), S. 10, eigene Übersetzung.

115 Fair et al. (2020); Perrenoud et al. (2024)

116 Rost et al. (2022)

teilungen zu grösseren Schwankungen in der Auslastung. Während in Geburtshäusern eine eins-zu-eins-Betreuung üblich ist, betreut eine Hebamme im Spital oft mehrere Geburten gleichzeitig. Priorisiert werden in solchen Situationen Geburten, welche weiter fortgeschritten sind oder ein höheres Risiko für Komplikationen aufweisen, was dazu führen kann, dass sich die anderen Gebärenden vernachlässigt fühlen, da sie viel Zeit ohne qualifizierte fachliche Betreuung verbringen.¹¹⁷ Ist das Personal knapp, fehlt unter Umständen die Zeit, die für eine angemessene Information und das Einholen der Zustimmung notwendig wäre. So haben in der Umfrage von Oelhafen et al. (2021) 41,5 % der befragten Personen angegeben, nicht ausreichend über eine Intervention informiert worden zu sein. 48 % gaben ausserdem an, bei Entscheidungen nicht genug Bedenkzeit eingeräumt bekommen zu haben.¹¹⁸

Die Geburtshilfe ist kein besonders rentabler Bereich der Medizin, unter anderem aufgrund der personalintensiven Betreuung. Da eine lange dauernde Geburt mehr personelle und räumliche Kapazitäten absorbiert, ergibt sich aus institutionellen und organisatorischen Gründen ein Anreiz zur Beschleunigung der Geburt, beispielsweise durch den Einsatz von Wehenmitteln. Bei Personen in der Grundversicherung ist eine Geburt unabhängig von der Art der Entbindung (vaginal oder *Sectio caesarea*) für das Spital im Durchschnitt defizitär.¹¹⁹ Hingegen ist eine interventionsarme Geburt bei halbprivat und privat versicherten Personen aufgrund des Tarifsystems weniger attraktiv als ein Kaiserschnitt. Solche **finanziellen Anreize** können dazu führen, dass mehr Interventionen vorgenommen werden als medizinisch indiziert wäre, insbesondere bei privat versicherten Personen. Medizinische Interventionen werden von den Gebärenden zwar nicht zwingend negativ wahrgenommen, sofern sie gut kommuniziert werden und nachvollziehbar sind. Findet jedoch keine ausreichende Kommunikation statt und verstehen die Gebärenden nicht, was vor sich

geht, erhöht sich das Risiko, dass sie sich überrumpelt fühlen, in einer passiven Rolle wiederfinden oder einen Kontrollverlust erleiden.

Schliesslich kann auch die **Organisationsstruktur** im Spital dazu beitragen, dass es zu unangemessenen Situationen kommt. Wie bereits zuvor beschrieben ist es für einen guten Geburtsverlauf von Vorteil, wenn sich die involvierten Personen vorgängig kennengelernt haben und durch Vorgespräche bereits eine Vertrauensbasis geschaffen sowie ein Erwartungsabgleich vorgenommen werden konnte. Dies ist jedoch – abgesehen von Geburtshäusern oder Spitälern, welche mit Beleghebammen arbeiten – in der Regel nicht möglich. Dass zufällig anwesende Personen eine gebärende Person durch diesen höchst intimen und persönlichen Moment begleiten, ohne sich zuvor kennengelernt zu haben, ist nicht ideal und erhöht das Risiko für Missverständnisse oder persönliche Differenzen z.B. aufgrund unterschiedlicher Wertvorstellungen. Auswählen zu können, wer bei der Geburt anwesend sein soll, würde die Selbstbestimmung der Gebärenden stärken und die Chancen erhöhen, dass der Prozess der Geburt, unabhängig vom konkreten Geburtsverlauf, aktiv und den eigenen Werten und Präferenzen gemäss gestaltet werden kann.

Solange eine Geburt planmässig verläuft, sind in der Regel die Hebammen für die Betreuung zuständig. Kommt es zu Komplikationen, werden ärztliche Fachpersonen beigezogen. Dabei kann es bei unterschiedlicher Einschätzung der Situation zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen den Professionen kommen. Da die ärztlichen Fachpersonen im Delegationsmodell gegenüber den Hebammen weisungsbefugt sind und auch rechtlich die Verantwortung tragen, sind die Hebammen verpflichtet, bei abweichenden Einschätzungen den ärztlichen Vorgaben zu folgen. Hebammen, die eine interventionsärmere Vorgehensweise oder mehr Autonomie und Entscheidungskompetenz bevorzugen,

¹¹⁷ Kleinstadt (2021)

¹¹⁸ Oelhafen et al. (2021)

¹¹⁹ Vgl. Medienmitteilung zu den Statistiken der Spitalbetriebe 2024 des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/rm/home.gnpdetail.2025-0239.html> (26.11.2025). Die schweizweit sehr unterschiedlich hohen Kaiserschnittsraten können jedoch nicht über finanzielle Anreize erklärt werden, sondern haben vermutlich kulturelle, sozioökonomische und demografische Gründe.

werden aus diesen Gründen eher in einem Geburtshaus als in einem Spital arbeiten wollen, so dass es zu einem Selbstselektionseffekt kommen kann.¹²⁰

Evidenzbasierten Richtlinien sind hilfreiche Instrumente zur Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung. Damit sie in der Praxis ihre Wirkung entfalten, müssen sie lokal bekannt und breit anerkannt sein, also tatsächlich Anwendung finden. In Deutschland hat die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) unter der Beteiligung der *Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (SGGG) und des *Schweizerischen Hebammenverbands* diverse evidenzbasierte Leitlinien rund um die Geburt herausgegeben. Wie stark diese tatsächlich in der Schweiz zur Anwendung kommen, ist schwierig einzuschätzen. International wird darüber hinaus vielfach auf die Leitlinien des britischen *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) sowie die Empfehlungen der WHO Bezug genommen.¹²¹ Zahlreiche für den Geburtsverlauf relevante Aspekte, beispielsweise die Auswirkungen von psychischem Stress auf die Geburt, sind jedoch aktuell noch zu wenig untersucht.¹²² Nebst den kurzfristigen gesundheitlichen Outcomes für Mutter und Kind müssen für eine *best practice* Analyse auch mittel- und längerfristige gesundheitliche Auswirkungen unterschiedlicher Geburtserfahrungen systematisch berücksichtigt werden. Hierfür ist zusätzliche Forschung notwendig, um ein ganzheitlicheres Bild eines positiven Geburtsverlaufs zu erhalten und entsprechende Empfehlungen abzuleiten.

Diverse Studien haben zudem aufgezeigt, dass die betreuenden Fachpersonen (wie auch die Gebärenden selbst) teilweise unzureichend über die **Rechte der gebärenden Personen** informiert sind.¹²³ Es kursieren falsche Vorstellungen bezüglich der Urteilsfähigkeit unter der Geburt und des Erfordernisses einer informierten Zustimmung, auch in Notfallsituationen. Dies müsste in der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen zwingend thematisiert werden.¹²⁴

Politisch betrachtet ist die Geburtshilfe aktuell primär im Zusammenhang mit drohenden Schliessungen von Geburtsabteilungen ein Thema. Die mediale Berichterstattung über Zwang und Gewalt unter der Geburt hat in den letzten Jahren zwar zugenommen, bisher jedoch ohne konkrete politische Konsequenzen. Der Druck auf die Politik nimmt jedoch zu.¹²⁵

120 Die Informationen hierzu basieren auf Aussagen aus den Anhörungen der verschiedenen Professionen sowie von Forschenden in diesem Bereich.

121 Vgl. AWMF-Leitlinie Nr. 015–083: Die vaginale Geburt am Termin

122 Walter et al. (2021)

123 Rost et al. (2022a, 2022b)

124 Die Aus-, Weiter- und Fortbildung liegt bei der Hebammenausbildung primär in der Kompetenz der Hochschulen, Berufsverbände sowie der Spitäler. Das Gesundheitsberufegesetz macht bezüglich der Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübung allgemeine Vorgaben, darüber hinaus hat die *Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz* einheitliche Kompetenzprofile für verschiedene Gesundheitsberufe erstellt.

125 Am 25.11.2025 wurde beim Schweizer Bundesrat eine Petition eingereicht mit dem Titel: Stoppt Zwang und Gewalt unter der Geburt! <https://act.campax.org/petitions/stoppt-zwang-und-gewalt-unter-der-geburt> (27.11.2025).

4. Rechtliche Vorgaben

Die Gewährleistung einer selbstbestimmten und gewaltfreien Geburt ist rechtlich wie ethisch unabdingbar. Die Geburtshilfe als medizinisches Fachgebiet, ist aus rechtlicher Perspektive in mehrfacher Hinsicht anspruchsvoll. Sie betrifft unmittelbar **grundrechtlich geschützte** Rechtsgüter wie die körperliche und psychische Integrität, die persönliche Freiheit, die Selbstbestimmung sowie die reproduktiven Rechte der gebärenden Person. Gewalt oder medizinische Eingriffe ohne Einwilligung sind mit diesen Rechten unvereinbar.

Zusätzlich zu den Interessen und Rechten der gebärenden Person sind in der Geburtshilfe aber auch die **Interessen des Fötus** zu berücksichtigen. Sein rechtlicher Status ändert sich im Verlauf des Geburtsgeschehens, wobei der Beginn des rechtlichen Schutzes im Zivilrecht und im Strafrecht jeweils unterschiedlich definiert ist. Dadurch können sich in der Praxis rechtlich anspruchsvolle Situationen ergeben – auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass das Selbstbestimmungsrecht der gebärenden Person und die Schutzinteressen des Fötus im Normalfall nicht in einem Widerspruch zueinander stehen. In Ausnahmefällen kann es jedoch zu komplexen Abwägsituationen kommen – insbesondere dann, wenn medizinische Entscheidungen getroffen werden müssen, die das Wohl der einen Partei befördern, dabei aber mögliche Risiken für die andere mit sich bringen.

Nachfolgend werden zuerst die relevanten rechtlichen Bestimmungen zum Schutz der gebärenden Person dargelegt. Anschliessend wird der rechtliche Status des zu gebärenden Kindes und allfällige, sich daraus ergebende Konfliktsituationen, erläutert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das positive Recht trotz eines grundsätzlich vorhandenen rechtlichen Rahmens an seine Grenzen stossen kann, wenn es darum geht,

das gesamte Spektrum von Zwang und Gewalt unter der Geburt zu erfassen und wirksam zu adressieren. Dies insbesondere, wenn es sich um Formen psychische Gewalt handelt.

4.1 Der rechtliche Schutz der gebärenden Person

Der rechtliche Rahmen zum Schutz gebärender Personen in der Schweiz ergibt sich sowohl aus völkerrechtlichen Verpflichtungen wie auch aus allgemeinen Bestimmungen des Verfassungs-, Zivil-, Straf- und Berufsrechts.¹²⁶

4.1.1 Internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente

Die Ratifizierung und Durchsetzung von Menschenrechtsverträgen stellt eine wichtige Strategie zur Prävention von Zwang und Gewalt unter der Geburt dar, die in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Die Schweiz hat sich im Rahmen verschiedener internationaler und regionaler Abkommen verpflichtet, die Rechte gebärender Personen zu schützen. Relevante menschenrechtliche Bestimmungen zur Gewährleistung einer respektvollen und diskriminierungsfreien Betreuung bei der Geburt finden sich u.a. in folgenden internationalen Übereinkommen:

- UNO-Pakt I:¹²⁷ Der UNO-Pakt I über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte garantiert das Recht auf Gesundheit (Art. 12).
- UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW):¹²⁸ Die CEDAW-Konvention verpflichtet zur Beseitigung jeglicher Diskriminierung der Frau in Bezug auf den Zugang zu medizinischer Versorgung, insbesondere im Bereich der reproduktiven Gesundheit (Art. 10, 12, 14, 16).

¹²⁶ Bächler (2017); Hotz (2023)

¹²⁷ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. In Kraft getreten für die Schweiz am 18. September 1992; SR 0.103.1.

¹²⁸ Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. In Kraft getreten für die Schweiz am 26. April 1997; SR 0.108.

- Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK):¹²⁹ Art. 8 schützt das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens, wozu auch die Geburt gehört.
- Istanbul-Konvention:¹³⁰ Sie verpflichtet die Vertragsstaaten zur Verhinderung geschlechtsspezifischer Gewalt, zur Förderung struktureller Reformen und zur Unterstützung von Betroffenen.
- Biomedizin-Konvention (Oviedo):¹³¹ Art. 5 betont das Erfordernis einer freien und informierten Einwilligung vor jedem medizinischen Eingriff.

Diese menschenrechtlichen Verpflichtungen sind nicht nur programmatischer Natur, sondern entfalten konkrete rechtliche Wirkungen. Die Schweiz ist völkerrechtlich verpflichtet, die Rechte gebärender Personen nicht nur zu respektieren (d.h. staatliche Eingriffe in die Rechte zu unterlassen), sondern auch zu schützen (d.h. Dritte, etwa medizinisches Personal oder Institutionen, an der Verletzung dieser Rechte zu hindern) und zu verwirklichen (d.h. positive Massnahmen zu ergreifen, um die tatsächliche Ausübung dieser Rechte zu ermöglichen).

Diese dreifache Verpflichtung bedeutet konkret, dass der Staat dafür sorgen muss, dass es weder zu direktem Zwang noch zu struktureller oder systemischer Gewalt während der Geburt kommt. Dazu gehört etwa die Pflicht, klinische Abläufe und institutionelle Standards so zu gestalten, dass die informierte Einwilligung unter realistischen Bedingungen eingeholt werden kann – auch unter Stress oder Zeitdruck. Ebenfalls erforderlich sind gezielte Aus- und Weiterbildungsprogramme für Gesundheitsfachpersonen zu den Themen Kommunikation, Menschenrechte in der Geburtshilfe, Gleichstellung sowie kultursensible und diskriminierungsfreie Betreuung.

Zudem müssen wirksame Beschwerdemechanismen und Schutzsysteme zur Verfügung stehen, damit betroffene Personen Rechte geltend machen und institutionelle Missstände sichtbar gemacht und adressiert werden können.

Einige der genannten Übereinkommen verfügen über Individualbeschwerdeverfahren, in deren Rahmen Einzelpersonen bei Rechtsverletzungen Beschwerde gegen den entsprechenden Vertragsstaat einreichen können, namentlich die EMRK mit dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) sowie die CEDAW-Konvention, welche über einen Ausschuss verfügt, der Individualbeschwerden beurteilt. Die Empfehlungen des CEDAW-Ausschusses sind jedoch im Unterschied zu den Urteilen des EGMR rechtlich nicht bindend. Dennoch können sie eine starke Signalwirkung entfalten und dadurch die Praxis in den Vertragsstaaten beeinflussen.

Ein wegweisender Fall in diesem Sinne ist *N.A.E. v. Spanien* (CEDAW-Ausschuss, 2022),¹³² in welchem festgestellt wurde, dass die betroffene Frau Opfer geburtshilflicher Gewalt geworden war. Der Ausschuss stellte klar, dass Staaten verpflichtet sind, sowohl gesetzliche als auch institutionelle Praktiken zu reformieren, um die reproduktiven Rechte von Frauen während der Geburt zu garantieren – insbesondere durch vollständige Aufklärung und Einholung eines freien und informierten Einverständnisses vor jeder Intervention. In einzelnen Staaten, insbesondere in Lateinamerika, ist in den letzten Jahren eine zunehmende Verrechtlichung des Phänomens der Gewalt unter der Geburt zu beobachten. Ein prominentes Beispiel ist Argentinien, das im Rahmen des Gesetzes Nr. 26.485 zur Beseitigung geschlechtsspezifischer Gewalt (*Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar*

129 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten. In Kraft getreten für die Schweiz am 28. November 1974; SR 0.101.

130 Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention). In Kraft getreten für die Schweiz am 1. April 2018; SR 0.311.35. Die Istanbul-Konvention ist ein Übereinkommen des Europarats, das Frauen und Mädchen vor verschiedenen Formen von Gewalt schützt. Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) ist die nationale Koordinationsstelle für die Umsetzung der Istanbul-Konvention. Mit dem Nationalen Aktionsplan der Schweiz zur Umsetzung der Istanbul-Konvention wurden 2022 von Bund, Kantonen und Gemeinden konkrete Massnahmen festgelegt.

131 Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin). In Kraft getreten für die Schweiz am 1. November 2008; SR 0.810.2.

132 <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds> (15.08.2025).

la Violencia contra las Mujeres) einen eigenen Straftatbestand für geburtshilfliche Gewalt geschaffen hat.¹³³ Ziel dieses Gesetzes ist die Sichtbarmachung, Sensibilisierung für und Sanktionierung von geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Gewalt. Neben Argentinien haben weitere lateinamerikanische Länder wie beispielsweise Venezuela, Bolivien und einige Bundesstaaten in Mexiko spezifische Regelungen geschaffen, die geburtshilfliche Gewalt als eigenständige Kategorie erfassen und strafrechtlich verfolgen.¹³⁴

4.1.2 Schutzinstrumente im Schweizer Recht

Die Schweiz kennt keinen gesetzlich definierten Begriff oder spezifischen Straftatbestand der «Gewalt unter der Geburt». Der Schutz gebärender Personen ergibt sich aus einer Kombination von verfassungsrechtlichen, zivilrechtlichen, strafrechtlichen und berufsrechtlichen Normen.

Ein zentrales rechtliches Prinzip im medizinischen Kontext ist das **Recht auf Selbstbestimmung**, das auch unter der Geburt grundsätzlich uneingeschränkt gilt. Es ist verfassungsrechtlich (Art. 10 Abs. 2 BV) sowie zivilrechtlich (Art. 28 ZGB) verankert und schützt die körperliche und psychische Integrität jeder Person. Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachpersonen gemäss berufsetzlichen Normen verpflichtet, die Rechte der gebärenden Personen zu wahren und deren Autonomie zu respektieren. Das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe hält in Art. 7 und 8 fest, dass das Selbstbestimmungsrecht sowie die Menschenwürde zu achten sind. Verstösse gegen die Berufspflichten können disziplinarische Massnahmen nach sich ziehen (Art. 40 und 43 MedBG). Gleiches gilt für das Gesundheitsberufegesetz, insbesondere Art. 4, 16 und 19.

Gebärende Personen haben das Recht, selbst über ihren Körper, das Geburtsgeschehen und den Verlauf der Geburt zu entscheiden. Dies umfasst insbesondere

das Recht auf umfassende Information, freie Wahl unter den verschiedenen Optionen sowie die Ablehnung medizinischer Interventionen. Aus diesem Recht folgt die Verpflichtung, vor jeder medizinischen Intervention eine **freie und informierte Einwilligung** («*informed consent*») der betroffenen Person einzuholen. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und weiteres Gesundheitspersonal müssen die gebärende Person über Art, Zweck, Risiken und Alternativen der vorgeschlagenen Massnahmen in vollständiger, verständlicher und individuell angemessener Weise aufklären.

Die Geburt stellt keine Ausnahme vom Einwilligungserfordernis dar. Auch während der Geburt gilt die Vermutung, dass die betroffene Person urteilsfähig ist. Eine Missachtung ihrer Entscheidung allein aufgrund der Intensität der Situation oder abweichender Vorstellungen des Gesundheitspersonal ist rechtlich nicht haltbar. Ob eine **Urteilsunfähigkeit** vorliegt, muss fachgerecht abgeklärt und von der Fachperson entsprechend dokumentiert werden. Die Berufung auf eine vermeintliche Urteilsunfähigkeit darf insbesondere nicht als Vorwand dienen, um eine als «irrational» empfundene – z.B. weil von den medizinischen Empfehlungen abweichende – aber autonome Entscheidung zu übergehen. Gemäss **Biomedizin-Konvention** (Art. 5 Abs. 3) kann eine betroffene Person eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen – auch während der Geburt. Eine bereits begonnene Intervention muss in diesem Fall gestoppt werden, sofern keine akute Notlage besteht.

Auch in einem **medizinischen Notfall** sind Eingriffe ohne Einwilligung nur erlaubt, wenn die gebärende Person urteilsunfähig ist und die Intervention ihrem mutmasslichen Willen entspricht (Art. 379 ZGB). Zeitdruck, Personalengpässe oder logistische Gründe gelten nicht als rechtfertigende Notfälle.

Ist eine gebärende Person tatsächlich **urteilsunfähig**, was nur in Ausnahmen der Fall ist, so können medizinische Entscheidungen nicht mehr auf ihrer eigenen

¹³³ <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.html> (15.08.2025).

¹³⁴ IPPF (2022)

Einwilligung beruhen. In solchen Fällen geht die Entscheidungsbefugnis gemäss Art. 378 ZGB auf eine vertretungsberechtigte Person über – etwa eine gesetzlich bevollmächtigte Vertretung, eine in einer Patientenverfügung bezeichnete Vertrauensperson oder die nächststehende Angehörige. Dabei ist nach dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person sowie ihren Interessen zu entscheiden.

Das Nicht-Respekieren von **Sorgfalts- und Informationspflichten** durch Ärztinnen und Ärzte und Hebammen kann rechtlich geahndet werden. Die behandelnde Fachperson kann ihre Sorgfaltspflicht in zweierlei Hinsicht verletzen: entweder indem die Regeln der geburtshilflichen Kunst missachtet werden oder indem die aufgeklärte Einwilligung der betroffenen Person nicht eingeholt wurde. Eine Intervention ohne ausreichende Einwilligung ist rechtswidrig und kann straf-, zivil-, verwaltungs- und berufsrechtliche Konsequenzen¹³⁵ nach sich ziehen – ausser in Notfallsituationen, in denen die betroffene Person nicht urteilsfähig ist und eine sofortige Massnahme zur Abwendung akuter Gefahr für die urteilsunfähige Person notwendig ist (Art. 379 ZGB). Betrifft die akute Gefährdung das zu gebärende Kind und nicht die urteilsunfähige Person selbst, ist dennoch in ihrem besten Interesse zu entscheiden. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Interessen der urteilsunfähigen gebärenden Person und des zu gebärenden Kindes in den meisten Situationen nicht in einem Widerspruch zueinander stehen.

Trotz dieses grundsätzlich vorhandenen rechtlichen Rahmens stösst das positive Recht in der Schweiz an seine Grenzen, wenn es darum geht, das gesamte Spektrum von Zwang und Gewalt unter der Geburt zu erfassen und wirksam zu adressieren. Während körperliche Eingriffe ohne Einwilligung rechtlich sanktionierbar sind, bleiben andere Formen von Gewalt – insbesondere verbale Übergriffe, mangelhafte Kommunikation, respektloses Verhalten oder entmündigende Sprache – oft unterhalb der juristischen Wahrnehmungsschwelle. Solche Handlungen verletzen zwar die Würde, Autonomie und psychische Integrität

der betroffenen Person, lassen sich jedoch nur schwer in bestehende zivil- oder strafrechtliche Kategorien einordnen.

Auch strukturelle Gewalt, etwa infolge von Zeitdruck, Personalmangel, ökonomischer Rationalisierung oder rigider Abläufe, ist juristisch nur schwer fassbar, obwohl sie eine zentrale Rolle bei der Entstehung belastender oder traumatisierender Geburtserfahrungen spielt. Ähnliches gilt für intersektionelle Diskriminierungen, die auftreten können, wenn soziale Kategorien wie Migrationshintergrund, sozioökonomischer Status, Hautfarbe oder Behinderung mit der Geschlechterdimension der Geburtshilfe zusammenwirken.

Diese Phänomene zeigen, dass rechtliche Regelungen allein nicht ausreichen, um umfassend vor Gewalt unter der Geburt zu schützen. Es braucht ergänzend dazu institutionelle, professionelle und kulturelle Veränderungen: etwa durch präzisere Qualitätsstandards, verbindliche Weiterbildungen, Sensibilisierung für und Vermeidung von ausgeprägten Machtasymmetrien und Diskriminierungsmechanismen sowie niederschwellige Beschwerde- und Unterstützungssysteme für Betroffene. Der Rechtsrahmen sollte dabei nicht nur reaktiv, sondern auch präventiv und strukturverändernd wirken.

4.2 Der rechtliche Status des Fötus unter der Geburt

Der rechtliche Status des Fötus und damit sein Schutz durch das Recht unterscheidet sich, je nachdem ob eine zivilrechtliche oder strafrechtliche Perspektive eingenommen wird.

Zivilrechtlich beginnt die Rechtspersönlichkeit des Kindes mit der vollendeten Geburt (Art. 31 ZGB). Vor diesem Zeitpunkt kann der Fötus keine subjektiven Rechte geltend machen. Daraus ergibt sich, dass zivilrechtlich weder eine Pflicht zur Durchführung einer bestimmten medizinischen Massnahme zugunsten des Fötus besteht, noch eine Verpflichtung der gebären-

den Person, in eine spezifische Intervention, zum Beispiel in einen Dammschnitt oder einen Kaiserschnitt, einzuwilligen.¹³⁶

Strafrechtlich hingegen setzt der Schutz des ungeborenen Lebens mit der Eröffnung des Geburtsvorgangs ein, also mit dem Einsetzen der Eröffnungswehen. Ab diesem Zeitpunkt unterliegt der Fötus dem strafrechtlichen Tötungsverbot, das auch die fahrlässige Tötung aufgrund von Unterlassung umfasst. In extremen Ausnahmefällen könnte daher ein Verhalten der gebärenden Person, der betreuenden Ärztin, des betreuenden Arztes oder der Hebamme strafrechtlich relevant werden, wenn dieses zur Schädigung oder zum Tod des Fötus führt.¹³⁷ Diese Differenz zwischen Zivil- und Strafrecht kann insbesondere bei einer Ablehnung medizinisch indizierter Massnahmen durch die gebärende Person zu Pflichtenkonflikten beim Gesundheitspersonal führen, wenngleich eine solche Situation bei guter Kommunikation und einem intakten Vertrauensverhältnis zwischen der Gebärenden und den betreuenden Fachpersonen in der Praxis äusserst unwahrscheinlich ist. Aktuell liegt in der Schweiz für diese Konstellation kein Gerichtsurteil vor.

4.3 Abwägung zwischen der Autonomie der gebärenden Person und dem Schutz von Leben und Gesundheit des Fötus

In der Regel stehen das Selbstbestimmungsrecht der Gebärenden und die Schutzinteressen des Fötus nicht in einem Widerspruch zueinander: Die gebärende Person möchte eine Schädigung ihres Kindes ebenso verhindern wie die involvierten Fachpersonen. In Ausnahmefällen kann es jedoch wie erwähnt zu komplexen Abwägungssituationen kommen – insbesondere dann, wenn medizinische Entscheidungen getroffen

werden müssen, die das Wohl der einen Partei befördern, dabei aber mögliche Risiken für die andere mit sich bringen.

Für die Praxis und das professionelle Selbstverständnis der Geburtshelfenden von grosser Relevanz ist dabei die Tatsache, dass die **ärztliche Sorgfaltspflicht** in der Geburtshilfe stets sowohl die Interessen der gebärenden Person als auch diejenigen des Fötus berücksichtigen muss. Ein solcher Doppelbezug kann insbesondere bei divergierenden Interessenlagen zu rechtlichen (und ethischen) Dilemmata führen. Für Ärztinnen, Ärzte und Hebammen ergibt sich eine **doppelte Garantenstellung**, gegenüber der gebärenden Person, wie auch gegenüber dem Fötus (Art. 11 StGB). Diese Konstellation kann in seltenen Fällen zu einer Pflichtenkollision führen, da die Fachperson rechtlich verpflichtet ist, sowohl die körperliche Integrität und Autonomie der Mutter zu respektieren als auch das Leben des Fötus zu schützen. Dies bedeutet, dass für sie grundsätzlich das Risiko einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit wegen Unterlassung der Nothilfe besteht, wenn die gebotenen Massnahmen zum Schutz des Fötus unterlassen werden, insbesondere wenn sich dieser in unmittelbarer Lebensgefahr befindet. Zugleich ist sie verpflichtet, medizinische Interventionen nur nach Einwilligung vorzunehmen. Ein gegen den Willen der urteilsfähigen Frau durchgeführter Eingriff (z.B. ein Zwangskaiserschnitt) zum Schutz des Fötus würde eine Körperverletzung darstellen. Eine Körperverletzung kann strafrechtlich in äusserst eng begrenzten Ausnahmefällen durch einen rechtfertigenden Notstand (Art. 17 StGB) legitimiert werden, also wenn eine unmittelbare Gefahr für ein Rechtsgut nicht anders abgewendet werden kann. Dabei muss jedoch eine Güterabwägung stattfinden. In der Lehre wird für den Kontext der Geburt in der Regel argumentiert, dass das Recht auf physische In-

¹³⁶ Büchler (2017)

¹³⁷ Ebenda

tegrität überwiegt und die Gefahr für den Fötus keine Zwangseingriffe rechtfertigt.¹³⁸ Der Eingriff müsste darüber hinaus zumutbar sein für das betreuende Personal, was bei einem Zwangseingriff, wie etwa einem Zwangskaiserschnitt, zu bezweifeln ist. Es liegen jedoch keine einschlägigen Gerichtsurteile dazu vor.

Die SAMW hat sich deshalb in ihren Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin explizit zu **Zwangseingriffen** an schwangeren oder gebärenden Personen geäussert. Die als Standesrecht für die behandelnden medizinischen Fachpersonen bindenden Richtlinien verbieten einen Zwangseingriff an einer urteilsfähigen Gebärenden ausdrücklich:

«Bei Schwangeren besteht insofern eine besondere Situation, als bei einer Behandlungsverweigerung auch Gesundheit und Leben des Fötus gefährdet werden kann. Es ist jedoch nicht zulässig, eine urteilsfähige Schwangere, welche die Konsequenzen ihres Handelns erkennen und beurteilen kann und negative Folgen für sich und ihr Kind bewusst in Kauf nimmt, zu einer medizinischen Massnahme zu zwingen.»¹³⁹

Zwangseingriffe sind nur bei Urteilsunfähigkeit möglich, müssen jedoch auch dann von der vertretungsberechtigten Person autorisiert und im Interesse der gebärenden Person sein.¹⁴⁰ Die Urteilsunfähigkeit muss fachgerecht abgeklärt und von der Fachperson entsprechend dokumentiert werden.

Aus **verfassungsrechtlicher Sicht** kann es zulässig sein, dass der Staat das Selbstbestimmungsrecht der gebärenden Person zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Fötus einschränkt – allerdings nur

unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit. Dies zeigt auch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR). In der Entscheidung *Dubská und Krejzová gegen Tschechien* (Grosse Kammer, Urteil vom 15.11.2016, Beschwerden. 28859/11 und 28473/12)¹⁴¹ hielt der Gerichtshof fest, dass es zulässig sein kann, den Zugang zur Hausgeburt gesetzlich einzuschränken. Auch wenn dies faktisch einem Verbot gleichkommt, wurde dies als mit dem Recht auf Achtung des Privatlebens der gebärenden Person gemäss Art. 8 EMRK vereinbar angesehen. Das Gericht sah in der tschechischen Regelung ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der gebärenden Person einerseits und dem legitimen öffentlichen Interesse am Schutz von Mutter und Kind während und nach der Geburt andererseits.

138 Gemäss Büchler (2016, 2017) gilt, dass selbst bei einer absoluten Indikation für einen Kaiserschnitt ein Zwangseingriff gegen den Willen einer urteilsfähigen Frau unzulässig ist. *«Die körperliche Integrität, deren Schutz das Erfordernis des Informed consent zu medizinischen Massnahmen ebenfalls bezweckt, muss sogar dann als absolute Grenze der Intervention gelten, wenn dem Fötus Rechtsträgerschaft und damit eigenständige Behandlungs- und Schutzansprüche zugesprochen würden, denn es besteht allenfalls eine moralische, aber grundsätzlich keine rechtliche Verpflichtung, einen körperlichen Eingriff zugunsten der Gesundheit einer Drittperson zu dulden, unabhängig davon, ob der Eingriff mit Risiken verbunden ist. Der Körper einer Person kann nicht gegen ihren Willen zu Gunsten anderer instrumentell genutzt werden. Dies muss auch für die Phase der Schwangerschaft gelten.»* Büchler (2016), S. 442

139 SAMW (2015)

140 Dies kann insbesondere dann, wenn der Partner oder die Partnerin die Vertretung übernimmt, in der Praxis zu Interessenskonflikten führen, da die Partner:innen gleichzeitig auch werdender Elternteil sind.

141 European Court of Human Rights, Grand Chamber, Case of *Dubská and Krejzová v. The Czech Republic* (Applications nos. 28859/11 and 28473/12), 15 November 2016.

5. Ethische Erwägungen

Im Kontext einer Geburt können sowohl unerwünschte Interventionen als auch Unterlassungen zu ethisch problematischen Situationen führen. Werden medizinische Interventionen von den Betroffenen kritisiert, dann oftmals, weil die Indikation in Frage gestellt wird, eine Intervention grob oder unnötig schmerzhaft ausgeführt wurde, keine ausreichende Information stattfand oder Druck ausgeübt wurde, einer Intervention zuzustimmen. Wird einer gebärenden Person ohne triftigen Grund untersagt, sich zu bewegen, zu essen oder zu trinken, den Partner, die Partnerin oder eine andere nahestehende Person als Unterstützung bei sich zu haben oder reagiert das betreuende Personal nicht auf die Bitte nach Unterstützung, medizinischer Hilfe oder Schmerzlinderung, so handelt es sich dabei um eine Verletzung grundlegender Rechte oder eine Form der Vernachlässigung. Einige dieser Verhaltensweisen stehen im Widerspruch zu den gesetzlichen oder standesrechtlichen Vorgaben und können entsprechend geahndet werden. Die vorangehende Diskussion hat jedoch gezeigt, dass es darüber hinaus zu verbalen Übergriffen, Vernachlässigungen, mangelhafter Kommunikation oder anderweitig entmündigender Behandlung kommt, die vom Recht nicht ausreichend erfasst werden kann. Auch solche Situationen und Verhaltensweisen widersprechen dem Grundsatz einer respektvollen Geburtshilfe. Diese Vielschichtigkeit von Zwang und Gewalt unter der Geburt muss bei der ethischen Beurteilung angemessen berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck werden nachfolgend die vier bioethischen Prinzipien von Beauchamp & Childress (2019) für die ethische Analyse der zuvor beschriebenen Situationen verwendet: Das Prinzip der Achtung der Autonomie (Selbstbestimmung), das Prinzip des Wohltuns, das Prinzip des Nichtschadens sowie der Gerechtigkeit.

5.1 Recht auf Selbstbestimmung

Eine fehlende oder erzwungene Einwilligung stellt eine klare Verletzung der Rechte der betroffenen Person dar. Die Information hat nichtdirektiv zu erfolgen und es muss – Notfälle ausgenommen – genügend Bedenkzeit gewährt werden. Die Ergebnisse der Umfrage von Oelhafen et al. (2021) legen nahe, dass dies derzeit ungenügend umgesetzt wird.¹⁴² Da die Entscheidungen für oder gegen eine Intervention oftmals nicht nur die Gebärenden selbst, sondern gegebenenfalls auch die Gesundheit oder im Extremfall das Leben des zu gebärenden Kindes betreffen, besteht die Gefahr, dass die Gesundheit des Kindes gegenüber der Gebärenden als Druckmittel eingesetzt wird, um eine Einwilligung zu erwirken. Diese in der Literatur als «dead baby card» bezeichnete Strategie ist inakzeptabel. Wird zudem das Risiko wissentlich übertrieben, verletzt dies die Informationspflicht und stellt eine Form der Manipulation dar. Doch selbst in Situationen, in denen die Gesundheit oder das Leben des Kindes tatsächlich gefährdet sind, ist eine erzwungene Einwilligung ethisch und rechtlich problematisch und gefährdet die Vertrauensbasis zwischen Gebärenden und behandelnden Fachpersonen. Diese Vorgehensweise spricht der gebärenden Person die Fähigkeit ab, der Situation angemessene Entscheidungen treffen zu können und offenbart eine paternalistische Haltung, die nicht mit dem Prinzip der Patientenautonomie vereinbar ist. Die Strategie nutzt das Mittel der Beschämung («*guilt shaming*»), indem suggeriert wird, dass die werdende Mutter eine «schlechte Mutter» sei, wenn sie die vorgeschlagene Massnahme ablehnt, da sie eine Gefährdung des Fötus willentlich in Kauf nehmen würde. Beschämungen und andere Formen der (moralischen) Abwertung sind gesellschaftlich weit verbreitete Mittel zur Kontrolle von Frauen und stellen eine Form geschlechterbasierter Gewalt dar. Solche

142 48 % befragten Frauen gaben an, nicht genug Zeit zum Überlegen gehabt zu haben, mehr als 40 % fühlten sich zudem unzureichend informiert. Oelhafen et al. (2021)

Vorkommnisse sind in höchstem Masse unprofessionell und offenbaren Mängel in der Organisationskultur, die es mit entsprechenden Schulungen, Leitlinien, Sanktionen und gelebtem Vorbild zu beheben gilt.

Entgegen der gesellschaftlichen Normvorstellung, dass sich eine Mutter für ihre Kinder aufopfern müsse, darf rechtlich gesehen selbst in einem medizinischen Notfall das Leben des Kindes nicht über die physische Integrität und Zustimmung einer urteilsfähigen gebärenden Person gestellt werden. Auch wenn grundsätzlich beide Güter schützenswert sind, bildet der Körper der gebärenden Person eine Schranke, die eine Intervention gegen den Willen der Gebärenden verbietet.¹⁴³ Ein solcher Konflikt ist jedoch äusserst unwahrscheinlich in einer Situation, in der die gebärende Person hinreichend aufgeklärt wurde und den betreuenden Fachpersonen vertraut. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und eine kompetente Kommunikation ist deshalb zentral, um solche Situationen zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist eine Behandlung, die die Rechte und Interessen der Gebärenden konsequent ins Zentrum stellt (*«Patient-Centered Care»*). Konstante Ansprechpersonen, die die Schwangeren bereits vor der Geburt begleiten und ihre Werte und Präferenzen kennen sind hierfür von Vorteil. Die Tatsache, dass die betreuende Person im Spital in der Regel nicht ausgewählt werden kann, ist hingegen für die Vertrauensbildung nicht hilfreich. Institutionelle Voraussetzung erschweren jedoch oftmals ein System mit Beleghebammen, welches den Bedürfnissen der meisten Gebärenden besser entsprechen würden.

Schliesslich hat sich in der Diskussion gezeigt, dass die betreuenden Fachpersonen (wie auch die Gebärenden selbst) teilweise unzureichend über die Rechte der gebärenden Personen informiert sind.¹⁴⁴ Es kursieren falsche Vorstellungen bezüglich der Urteilsfähigkeit unter der Geburt und des Erfordernisses einer

informierten Zustimmung, auch in Notfallsituationen. Dies muss in der Aus- und Weiterbildung der Fachpersonen zwingend thematisiert und falsche Auffassungen und Verfahren in der Praxis korrigiert werden.

Gebärende gelten auch unter der Geburt prinzipiell als urteilsfähig. Zwangseingriffe an einer urteilsfähigen Gebärenden sind ethisch und rechtlich unzulässig, selbst bei einer Gefährdung des Fötus. Eine aus Sicht der Fachpersonen irrationale oder unethische Entscheidung ist kein hinreichender Grund, der gebärenden Person die Urteilsfähigkeit abzusprechen. Eine allfällige Urteilsunfähigkeit muss fachgerecht abgeklärt und von der Fachperson entsprechend dokumentiert werden. Liegt eine Urteilsfähigkeit vor, geht die Entscheidungsbefugnis an die vertretungsberechtigte Person über. Diese hat sich bei der Entscheidung weiterhin am mutmasslichen Willen und Interesse der urteilsunfähigen Person zu orientieren.

5.2 Schaden vermeiden

Über viele Jahrhunderte hinweg war die Geburt einer der gefährlichsten Momente im Leben einer Frau. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die Geburtshilfe historisch gesehen stark geprägt ist von der Maxime, das Leben der Mutter und des Kindes um jeden Preis zu schützen.¹⁴⁵ Dies zeigt sich auch in der Aussage «Hauptsache gesund», die den unmittelbaren Gesundheitszustand des Neugeborenen priorisiert und allfällige negative Geburtserfahrungen bagatellisiert.¹⁴⁶ Eine solche Haltung negiert gleichzeitig die Relevanz anderer Faktoren für das längerfristige Wohlergehen des Kindes, wie etwa die gesundheitlichen Auswirkungen einer negativen Geburtserfahrung für die Mutter. Die verbreitete Überzeugung, dass negative Erinnerungen bald vergessen sein werden, angesichts des Glücks eines gesunden Kindes, widerspricht den empirischen Tatsachen, wonach ein relevanter Prozentsatz der Ge-

143 Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob sich die gebärende Person damit moralisch schuldig macht. Selbst wenn dies bejaht würde und die gebärende Person ihre moralische Pflicht, das Wohl des Fötus zu schützen, verletzt, bedeutet es nicht, dass eine Drittperson sich deshalb über den Willen und die physische Integrität der Person hinwegsetzen darf. Vgl. dazu Kapitel 5.3

144 Rost et al. (2022a, 2022b)

145 «Die Aufgabe besteht darin, Mutter und Kind am Leben zu halten.» Eichinger et al. (2024), S. 193, eigene Übersetzung.

146 Hebamme.ch (2021)

bärenden nach der Geburt psychisch belastet ist und das Risiko, eine postnatale Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, nach einem negativen Geburtserlebnis erhöht ist.¹⁴⁷ Dabei scheint das subjektive Erleben der Interventionen entscheidend zu sein: Untersuchungen zeigen, dass eine nach objektiven Kriterien als schwer und schmerzvoll eingestufte Geburt nur dann ein höheres Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung darstellt, wenn die Geburtserfahrung subjektiv als negativ empfunden wurde und/oder die Kommunikation als schlecht bewertet wurde.¹⁴⁸ Insbesondere bei Erfahrungen totalen Autonomie- und Kontrollverlustes sowie bei schambehafteten Grenzüberschreitungen, beispielsweise einer Verletzung der Intimsphäre, berichten Betroffene im Nachgang oft von belastenden Scham- und Schuldgefühlen, ähnlich wie bei Opfern sexueller Übergriffe.¹⁴⁹ Das Gefühl und die damit verbundene Scham, sich nicht ausreichend gewehrt zu haben, kann Gebärende – und oftmals auch anwesende Partner:innen – noch lange Zeit nach der Geburt begleiten.¹⁵⁰ Effektive Kommunikation sowie ein konsequenter Einbezug der Gebärenden im Sinne des «*Shared Decision-Making*» können einem Autonomie- und Kontrollverlust entgegenwirken und damit negative Auswirkungen einer (schweren) Geburt abmildern. Angesichts des grossen Einflusses auf das Wohlergehen der Gebärenden sollten diesen Elementen unter der Geburt eine hohe Priorität eingeräumt werden. Mehr Forschung wäre darüber hinaus wünschenswert, um weitere beeinflussbare Faktoren in der Ausgestaltung des Geburtsprozesses zu identifizieren, die das Risiko eines Geburtstraumas senken.¹⁵¹

Medizinische Interventionen können lebensretten sein, sie können jedoch auch Schaden verursachen, insbesondere wenn sie nicht medizinisch indiziert sind oder nicht fachgerecht ausgeführt werden.¹⁵² Chirurgische Massnahmen (Dammschnitte, Kaiserschnitte, Nähen von Dammrissen etc.) ohne (ausreichende) Betäubung stellen eine klare Verletzung des Prinzips des Nichtschadens dar und sind ethisch unzulässig. Auch ist es nicht Sache der behandelnden Fachpersonen zu entscheiden, wie viel Schmerzen für eine Gebärende noch erträglich sind. Schmerzempfinden ist nicht nur genuin subjektiv, sondern wird auch abhängig von der kontextuellen Einbettung unterschiedlich wahrgenommen. Schmerzen, die als unnötig wahrgenommen werden (z.B. durch grobe Untersuchungen oder Interventionen ohne Betäubung) werden in der Regel weniger gut toleriert als Schmerzen, die als integraler Teil des natürlichen Geburtsprozesses verstanden werden.¹⁵³ Die bisweilen geäusserte Vorstellung, dass die Geburtsschmerzen so stark seien, dass beispielsweise der Schmerz eines Dammschnitts gar nicht mehr wahrgenommen wird, entspricht nicht der Realität und widerspricht dem Grundsatz des Nichtschadens. Wünscht eine Gebärende eine schmerzlindernde Behandlung, so ist diesem Wunsch nachzukommen.¹⁵⁴ Im Rahmen der Aufklärung muss jedoch auf mögliche negative Folgen einer PDA oder einer anderen Schmerztherapie hingewiesen werden.

147 Andersen et al. (2012)

148 Kountanis et al. (2022)

149 Vgl. Barell & Meier (2019); Fang et al. (2025); Mundlos (2015)

150 Vgl. Mundlos (2015); Für entsprechende Erlebnisberichte aus der Schweiz siehe Hebamme.ch (2021)

151 Bereits nachgewiesen ist beispielsweise, dass Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen die Wahrnehmung von und die Reaktion auf physische Interventionen beeinflussen, insbesondere im Intimbereich. Zum Schutz dieser besonders vulnerablen Personen ist es deshalb wichtig, relevante biografische Ereignisse, etwa einen sexuellen Missbrauch oder Übergriff oder andere traumatische Erlebnisse, vorgängig in geeigneter Art und Weise abzufragen und bei der Behandlung entsprechen zu berücksichtigen, um eine Retraumatisierung unter der Geburt zu verhindern. Vgl. dazu die «Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen» des Deutschen Hebammenverbands e. V.

152 So wird beispielsweise eine permanente Überwachung der Herzschläge des Fötus mittels CTG bei risikoarmen Geburten gemäss AWMF-Leitlinien Nr. 015-089 nicht empfohlen. Dennoch wird dies in der Praxis regelmässig angewendet und suggeriert eine erhöhte Sicherheit für den Fötus. Ein CTG kann jedoch die Bewegungsfreiheit der Gebärenden stark einschränken und dadurch Positionsänderungen, die dem Geburtsvorgang förderlich wären, verhindern.

153 Vgl. Kountanis et al. (2022)

154 Aus anderen Kontexten ist bekannt, dass Frauen weniger oft Schmerzmittel verabreicht werden als Männern. Ein Erklärungsansatz besteht darin, dass die Fachpersonen die Schmerzen von Frauen weniger ernst nehmen. Vgl. Chen et al. (2008)

5.3 Wohltun (Benefizienz)

Gebärende befinden sich in einer Position grosser Verletzlichkeit, die aus ethischer Sicht besondere Schutzpflichten mit sich bringt. Eine Geburt ist eine höchst persönliche und intime Angelegenheit, einerseits aufgrund der grossen biografischen Bedeutung, andererseits weil sie ganz unmittelbar die Intimsphäre der gebärenden Person betrifft: verschiedene, meist unbekannte Personen begutachten, berühren und manipulieren ihren Intimbereich, oftmals ohne explizite Einwilligung. Die gebärende Person befindet sich zudem in einer Position der Abhängigkeit den betreuenden Fachpersonen gegenüber. Sie ist darauf angewiesen, von ihnen angemessen informiert und fachlich kompetent betreut und angeleitet zu werden. Kommt es zu Konflikten, hat die gebärende Person keine Möglichkeit, die Situation zu verlassen oder nach anderen Betreuungspersonen zu verlangen, was zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins führen kann. Schwierigkeiten in der Verständigung, etwa aufgrund von Sprachbarrieren, können diese Dynamik zusätzlich verstärken. Diese Position relativer Macht der Fachpersonen gilt es bei der Betreuung und Kommunikation zu berücksichtigen. Der vorhandene Informationsvorsprung darf insbesondere nicht dazu genutzt werden, Interventionen als medizinisch notwendig darzustellen, obwohl keine (absolute) Indikation vorliegt. Diese Form der Ausnutzung der schwächeren (epistemischen) Position der Gebärenden ist nicht nur Ausdruck mangelnder Integrität, sie widerspricht auch dem Prinzip des Wohltuns diametral. Es ist vielmehr Aufgabe der betreuenden Fachpersonen, für optimale Geburtsbedingungen zu sorgen und bei Komplikationen sicherzustellen, dass sich die gebärende Person auch in einer Notfallsituation gut informiert und sicher aufgehoben fühlt. Dafür ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zentral. Institutionell bedingte Schichtwechsel, wie sie bei längeren Geburten in Spitälern häufig vorkommen, erschweren dies und entsprechen deshalb nicht einer

optimalen Betreuung, die konsequent auf das Wohl der Gebärenden ausgerichtet ist.

Verläuft die Geburt planmässig, so benötigen die Gebärenden in diesem physisch und psychisch herausfordernden Prozess primär emotionale Zuwendung, Unterstützung und Fürsprache. Sie sollten in ihrer Körperwahrnehmung gestärkt und motiviert werden, den Geburtsprozess aktiv mitzugestalten. Der Einsatz sogenannter *Doulas*¹⁵⁵ oder eine vergleichbare Unterstützung durch geburtserfahrene Vertrauenspersonen können hierbei hilfreich sein, da diese eine konstante Begleitung und Unterstützung während der Geburt sicherstellen und sich dabei ganz auf die physischen und emotionalen Bedürfnisse der gebärenden Person konzentrieren können. Empirische Untersuchungen zeigen, dass der Einsatz von Doulas unter der Geburt emotionalen Stress und Ängste reduzieren kann und dadurch den Geburtsprozess positiv unterstützt. Auch wird der Geburtsprozess im Rückblick positiver bewertet.¹⁵⁶

Grundsätzlich stellt jede Geburt eine körperliche Höchstleistung dar und es dürfte erwartet werden, dass diese von den betreuenden Fachpersonen mit der gebührenden Anerkennung und einer Haltung grossen Respekts gegenüber den gebärenden Personen honoriert wird. Auch hier offenbaren sich jedoch geschlechtsspezifische Muster, die in der Gesellschaft tief verankert sind:

«Wenn Männer gebären würden, sagt von Zipfel, würden sie es in die Welt hinausschreien und dafür gefeiert werden. Stattdessen gebären Frauen: «Erschrocken still und leise, mit vielen Zweifeln an sich und ihrem Körper, mit Angst und Scham.»¹⁵⁷

Dies verändern zu wollen, setzt vermutlich voraus, die Stellung der Frauen in der Gesellschaft zu verändern. Dennoch kann die Haltung, mit der den Gebärenden

155 Eine Doula ist eine geburtserfahrene Person, welche Schwangeren während der Schwangerschaft, Geburt sowie im Wochenbett unterstützend zur Seite steht. Sie ist im Gegensatz zu einer Hebamme nicht medizinisch ausgebildet, sondern übernimmt die Rolle einer Vertrauensperson. Vgl. https://doula-ausbildung.ch/was_ist_eine_doula (20.11.2025).

156 Sobczak et al. (2023); Saigh et al. (2024)

157 Kleinstadt (2021)

begegnet wird, einen grossen Unterschied machen, weil sie den Grundton der gesamten Behandlung setzt und dadurch auch die Schwelle für Grenzüberschreitungen beeinflusst. Eine solche Haltung des Respekts setzt beispielsweise voraus, dass die gebärende Person in ihrer Eigenschaft als Wissende ernst genommen wird: Sie kennt ihren Körper am besten und kann dadurch wertvolle Informationen liefern, die einer Aussenperspektive nicht zugänglich sind.¹⁵⁸

Das Prinzip des Wohltuns verlangt von den betreuenden Fachpersonen, Verantwortung für das Wohlergehen der Gebärenden wie auch für den Fötus zu übernehmen. In der Regel überlappen diese beiden Verantwortungsbereiche zu einem wesentlichen Teil: Interventionen, welche das physische und psychische Wohlbefinden der Gebärenden stärken, kommen auch dem Fötus zugute, indem dieser unter der Geburt geringerem physiologischen Stress ausgesetzt ist. Darüber hinaus wird das Bonding sowie das Stillen nach der Geburt durch ein positives Geburtserlebnis gefördert.¹⁵⁹ Traumatische Geburtserfahrungen können hingegen den Beziehungsaufbau wie auch das Stillen nachhaltig beeinträchtigen.¹⁶⁰ Dennoch kann es in Ausnahmesituationen vorkommen, dass das Wohl der gebärenden Person gegen das Wohl des Fötus abgewogen werden muss. Eine solche Situation ist noch nicht per se problematisch. Die gebärende Person wird in der Regel nach umfassender und verständlicher Aufklärung einer indizierten Intervention zugunsten des Fötus (z.B. einem Notkaiserschnitt) zustimmen, da sie eine Schädigung oder den Tod ihres Kindes ebenso verhindern möchte wie die involvierten Fachpersonen. Dennoch werden Interventionen gegen den Willen der gebärenden Person in Befragungen regelmässig damit begründet, man habe die Pflicht, den Fötus im Zweifelsfall vor der eigenen Mutter zu schützen, wenn diese seine Interessen zu wenig berücksichtigen würde.

Die Fachpersonen sehen sich dabei als Fürsprecher:innen des Fötus und in gewissen Fällen auch berechtigt, dessen Interessen mit Zwang durchzusetzen.¹⁶¹ Diese Argumentation scheint grundsätzlich wenig plausibel, da es sich für die Fachpersonen bei einer Geburt um ein beliebiges Kind handelt, während es für die Mutter das eigene Kind ist, das sie zur Welt bringt. Es ist deshalb kaum anzunehmen, dass der gebärenden Person das Wohl des eigenen Fötus weniger wichtig ist als den betreuenden Fachpersonen. Die Aussage beruht vermutlich eher auf der Annahme, dass die gebärende Person die Risiken nicht adäquat einschätzen kann.¹⁶² Es ist jedoch Aufgabe der Fachpersonen, die Handlungsoptionen und damit verbundene Risiken korrekt und verständlich zu vermitteln. Ein solcher Konflikt deutet vielmehr auf eine ineffektive Kommunikation oder ein beeinträchtigtes Vertrauensverhältnis zwischen der gebärenden Person und den betreuenden Fachpersonen hin. Dennoch ist nicht auszuschliessen, dass im Einzelfall auch bei optimaler Kommunikation eine entsprechende Dilemmasituation entstehen kann, die eine komplexe Abwägungen zwischen dem Wohl und der Selbstbestimmung der Gebärenden und dem Wohl des Fötus erforderlich macht. Grundsätzlich ist die Gebärende ebenfalls moralisch verpflichtet, das Wohl des Fötus angemessen zu berücksichtigen. Das beinhaltet unter Umständen auch, Interventionen am eigenen Körper zuzustimmen, wenn diese zumutbar sind. Wird die Einwilligung verweigert, muss dies von den Fachpersonen jedoch in jedem Fall respektiert werden. Eine solche Situation kann für die betreuenden Fachpersonen sehr belastend sein, da sie ihrem Auftrag, das Wohl des Fötus zu schützen, nicht umfassend nachkommen können. Sie haben deshalb Anspruch auf Unterstützung (z.B. in Form von Debriefings oder psychologischer Betreuung), um derartige Situationen besprechen und verarbeiten zu können.

158 Dumez & L'Espérance (2024)

159 Walter et al. (2021)

160 Norman et al. (2025)

161 «Ja, aber die Frau kann sich äussern, kann sprechen und das Baby kann dies noch nicht. Und deshalb muss das Geburtshilfepersonal ab und zu für das Kind sprechen.» «Das Kind kann nicht für sich selbst eintreten.» «Das Kind kann nicht selbst entscheiden, also sollte das medizinische Personal sich für das Kind einsetzen.» Eichinger et al. (2024), S. 192-194, eigene Übersetzung.

162 Vgl. Eichinger et al. (2024); Rost et al. (2022b)

Um die Behandlung und Abläufe im Sinne der Qualitätskontrolle kontinuierlich zu verbessern, ist es zudem notwendig, systematisches Feedback einzuholen. Eine gute Geburt kann nie nur nach objektiven Kriterien oder aus der Aussenperspektive der Fachpersonen definiert werden. Die Beurteilung setzt immer zugleich auch eine Berücksichtigung der Werte und der subjektiven Wahrnehmung der gebärenden Person voraus. Deren Stimmen sind in vielen Institutionen bisher zu wenig gehört und berücksichtigt worden, wie die Ergebnisse der Umfrage durch die BFH zeigen.¹⁶³

5.4 Gerechtigkeit

Eine Geburtshilfe, die die Rechte der Gebärenden konsequent respektiert ist in der Praxis nur möglich, wenn die politischen, strukturellen und organisationalen Rahmenbedingungen dies auch erlauben. Die von den betroffenen Personen berichteten Vorfälle als spezifisches Problem der Geburtshilfe oder als Fehlverhalten einzelner Akteure innerhalb derselben zu betrachten, verschleiert den Blick auf die strukturelle Dimension dieser Thematik. Erfahrungen von Zwang und Gewalt unter der Geburt reihen sich ein in ein grösseres Bild geschlechtsspezifischer Diskriminierung und lassen sich aus diesem Grund nicht isoliert von der gesellschaftlichen Stellung der Frauen verstehen und diskutieren. Aus der Perspektive der Gerechtigkeit müsste die korrekte Schlussfolgerung zur Verhinderung dieser Formen von Diskriminierung folglich darin bestehen, auf eine vollständige Gleichstellung der Frauen in der Gesellschaft hinzuwirken.

Mit Bezug auf die Geburt besteht ein erster wichtiger Schritt darin, dass die Gebärenden selbst, aber auch die betreuenden Fachpersonen umfassend und korrekt über die Rechte von gebärenden Personen informiert sind. Nur dann kann das Unrecht, das mit Zwang

und Gewalt einhergeht auch als solches erkannt und korrigiert werden. Geburtsvorbereitungskurse sollten schwangere Personen nicht nur auf die physiologischen Aspekte der Geburt vorbereiten, sondern auch über Patient:innenrechte und reproduktive Gerechtigkeit aufklären und sie darin bestärken, für sich und ihre Rechte einzustehen. Gleichzeitig ist eine Sensibilisierung der betreuenden Fachpersonen für geschlechterspezifische Diskriminierungen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zentral, um den negativen Auswirkungen der nach wie vor weit verbreiteten Geschlechterstereotypen entgegenzuwirken.¹⁶⁴

Gebärende, die darüber hinaus über weitere Merkmale verfügen, die gesellschaftlich negativ bewertet werden, etwa Übergewicht, ein niedriges Einkommen oder Bildungsniveau oder einen Migrationshintergrund, sind besonders stark von diskriminierender Behandlung und Benachteiligung während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett betroffen. Diese Mehrfachdiskriminierung zeigt sich nicht zuletzt auch in den Statistiken der Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Während diese in den westlichen Ländern in den letzten Jahrzehnten substantiell verringert werden konnte, haben nicht alle Gruppen gleichermaßen von dieser Reduktion profitiert. Grosse Unterschiede in der Müttersterblichkeit zwischen ethnischen Gruppen sind insbesondere für die USA gut untersucht,¹⁶⁵ lassen sich jedoch auch in Europa nachweisen.¹⁶⁶ Während auch hier primär gesamtgesellschaftliche Lösungen angestrebt werden müssen, kann institutionell einer Benachteiligung entgegengewirkt werden, indem das Betreuungspersonal für diese spezifischen Vulnerabilitäten sensibilisiert wird und konkrete Gegenmassnahmen ergreifen kann, etwa indem die Verständigung bei fremdsprachigen Gebärenden durch den Einbezug von professionellen Übersetzenden sichergestellt wird.¹⁶⁷

¹⁶³ Oelhafen et al. (2021)

¹⁶⁴ Siehe dazu die Ausführungen in Abschnitt 3.2.4.

¹⁶⁵ Singh (2020)

¹⁶⁶ «Mit Ausnahme von Norwegen lagen die Müttersterblichkeitsraten bei im Ausland geborenen Frauen oder Frauen einer ethnischen Minderheit um $\geq 50\%$ höher.» Diguisto et al. (2022), S. 1; Zwart et al. (2011)

¹⁶⁷ Vgl. dazu auch die NEK-Stellungnahme Nr. 27/2017: Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte.

Geschlechterstereotypen, struktureller Rassismus und weitere Diskriminierungsformen sind jedoch nicht die einzige Ursache für Rechteverletzungen unter der Geburt. Die Qualität der Versorgung hängt nicht zuletzt auch ganz wesentlich von den vorhandenen Ressourcen ab. Da sich Geburtsabteilungen ökonomisch kaum rentieren, besteht die Gefahr, dass diese aus Spargründen personell unterbesetzt sind und es insbesondere in Spitzenzeiten zu einer Unterversorgung kommt. Dies erhöht nicht nur für die gebärenden Personen das Risiko, in ihren Rechten verletzt zu werden, sondern stellt auch für die behandelnden Fachpersonen eine Ungerechtigkeit dar, wenn diese aufgrund äusserer Umstände ihrem Berufsethos oder ihren moralischen Überzeugungen zuwiderhandeln müssen («*moral injury*»).

Wird aus Ressourcengründen bei der Anamnese, Information und Aufklärung Zeit eingespart, kann dies in letzter Konsequenz eine informierte Zustimmung verunmöglichen und dazu führen, dass die Gebärenden sich übergangen fühlen¹⁶⁸ oder wichtige Informationen, etwa zu vorbestehenden Risikofaktoren und psychischen Belastungen, nicht korrekt erfasst werden. Dadurch steigt nicht nur das Risiko von Missverständnissen und Konflikten, sondern letztlich auch von Übergriffen und Traumatisierungen, da die Qualität der Kommunikation und die erfahrene Unterstützung nachweisliche darüber entscheiden kann, ob eine Intervention als Übergriff empfunden wird oder nicht.¹⁶⁹

168 Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der Umfrage von Oelhafen et al. (2021), wo 41,5 % der befragten Personen angegeben, nicht ausreichend über eine Intervention informiert worden zu sein. Oelhafen et al. (2021)

169 Kountanis et al. (2022)

6. Zusammenfassung und Empfehlungen

Eine Geburt ist ein gewichtiges Ereignis im Leben einer Person oder eines Paares. Gleichzeitig stellt sie einen Moment grosser physischer und psychischer Verletzbarkeit dar, der einen erhöhten Schutzbedarf und entsprechende Schutzpflichten mit sich bringt. Die gebärende Person befindet sich den betreuenden Fachpersonen gegenüber in einer Position der Abhängigkeit. Sie ist darauf angewiesen, von ihnen angemessen informiert und fachlich kompetent betreut und angeleitet zu werden. Oftmals handelt es sich dabei um Personen, die die Gebärende mit Eintritt ins Spital zum ersten Mal sieht und es bleibt nur wenig Zeit, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Eine Geburt ist jedoch nicht nur aufgrund der grossen biografischen Bedeutung ein besonderes und höchst persönliches Ereignis, sondern auch, weil sie ganz unmittelbar die Intimsphäre und den Intimbereich der gebärenden Person betrifft und damit einen besonders sensiblen, tabuisierten und geschlechtlich codierten Bereich des Körpers. Stärker als in anderen gesellschaftlichen Bereichen offenbaren sich deshalb im Umgang mit schwangeren und gebärenden Personen geschlechtsspezifische Stereotype, die das Risiko für Abwertungen, Diskriminierungen und Übergriffe während der Geburt erhöhen.

Um Zwang und Gewalt unter der Geburt zu verhindern, braucht es einerseits eine bessere Umsetzung bestehender rechtlicher und medizinethischer Normen. Obwohl die notwendigen rechtlichen Grundlagen im Straf-, Zivil- und Berufsrecht grundsätzlich vorhanden sind, werden übergriffige, respektlose oder gewaltförmige Handlungen im geburtshilflichen Kontext oft nicht als solche juristisch eingeordnet,¹⁷⁰ was

zu einem Mangel an Bewusstsein und Rechtsschutz führt. Es braucht daher ein klares gesellschaftliches und fachliches Signal, dass geltende Rechte auch unter der Geburt vollumfänglich durchzusetzen sind.

Vielversprechender als eine neue, spezifische Strafnorm erscheint deshalb ein präventiver Ansatz, der bei der Aus- und Fortbildung der Fachpersonen sowie der Organisationskultur ansetzt: Die Entwicklung medizinethischer Leitlinien durch die Fachgesellschaften, die Erarbeitung und Durchsetzung interner Richtlinien in den Spitälern, die konsequente Aufklärung über die Rechte gebärender Personen sowie über genderspezifische Aspekte und Risiken der Geburtshilfe in der Aus- und Weiterbildung sowie die Förderung einer geteilten Entscheidungsfindung auf Augenhöhe im Sinne des «*Shared Decision-Making*» können substantielle Verbesserungen bewirken.¹⁷¹ Nicht zuletzt gilt es aber auch, die politischen und institutionellen Rahmenbedingungen der Geburtshilfe dahingehend zu verbessern, dass eine respektvolle und professionelle Behandlung jederzeit gewährleistet ist.

Die NEK hält nachfolgende Grundsätze fest und empfiehlt entsprechende Massnahmen in den Bereichen Patient:innenrechte, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachpersonen, interprofessionelle Zusammenarbeit, Geburtsvorbereitung, Kommunikation und Begleitung, institutionelle Rahmenbedingungen und Forschung:

1. Patient:innenrechte

In der Geburtshilfe gelten dieselben Patient:innenrechte wie in allen anderen Bereichen der Erwachsenenmedizin. Diese müssen konsequent eingehalten werden. Das bedeutet:

¹⁷⁰ Hotz, S. (2023); Rost et al. (2022b)

¹⁷¹ Hotz (2023)

- Jede medizinische Intervention an einer urteilsfähigen Person erfordert deren freie und informierte Einwilligung. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.
- Ist die schwangere Person urteilsfähig, so gilt dies grundsätzlich auch unter der Geburt. Eine Urteilsunfähigkeit muss fachgerecht abgeklärt und von der Fachperson entsprechend dokumentiert werden.
- Medizinische Interventionen ohne Einwilligung (d.h. Zwangseingriffe) an urteilsfähigen Gebärenden sind rechtlich unzulässig und ethisch problematisch. Dies gilt auch für Eingriffe zum Schutz des Fötus.
- Medizinische Interventionen an einer urteilsunfähigen Gebärenden müssen von der vertretungsberechtigten Person autorisiert werden. Dabei ist nach dem mutmasslichen Willen der gebärenden Person sowie ihren Interessen zu entscheiden.
- Es darf zu keiner Zeit Druck ausgeübt oder Formen von Manipulation oder Täuschung angewendet werden, um die gebärende Person dazu zu bringen, in eine Intervention einzuwilligen (informeller Zwang).
- Die Information über die Handlungsoptionen hat korrekt, vollständig und nichtdirektiv zu erfolgen. Einseitige Information sowie eine übertriebene Darstellung der Risiken bei einer Ablehnung einer Intervention stellen eine unzulässige Beeinflussung dar und verunmöglichen eine informierte Zustimmung.
- Es muss, soweit möglich, ausreichend Bedenkzeit eingeräumt werden.

2. Bildung und interprofessionelle Zusammenarbeit

- Fachpersonen der Geburtshilfe müssen umfassend über die gesetzlich geltenden Rechte sowie die standesrechtlichen Vorgaben informiert sein. Wo dies nicht bereits fester Bestandteil der Ausbildung ist, sollte ein entsprechendes Modul eingeführt werden.
- Die Geburtshilfe erfordert eine eingespielte interprofessionelle Zusammenarbeit, die auf geteilten Werten beruht. Die Aus- und Weiterbildungen sollten deshalb nicht ausschliesslich professionsspezifisch erfolgen, sondern auch gemeinsame Module und Schulungen umfassen.
- Um eine evidenzbasierte Versorgung nach *best practice* sicherzustellen sind kontinuierliche Fortbildungen auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien notwendig.

- Die Geburtshilfe ist eingebettet in einen gesellschaftlichen Kontext, in welchem (sexualisierte) Gewalt an Frauen weit verbreitet ist. Spezifische Fortbildungen für eine gender- und traumasensible Geburtshilfe sind deshalb zu empfehlen.

3. Geburtsvorbereitung, Kommunikation, Entscheidungsfindung und Nachsorge

- Die Aufklärung über die Rechte gebärender Personen sollte als integraler Bestandteil in die Geburtsvorbereitungskurse aufgenommen werden.
- Eine kontinuierliche Begleitung durch dieselben Fachpersonen während Schwangerschaft und Geburt ist empfehlenswert, damit eine Vertrauensbasis geschaffen werden kann und der Informationsfluss gewährleistet ist.
- Geburtspläne und Vorbereitungsgespräche sind hilfreiche Instrumente, die genutzt werden sollten, um Erwartungen abzugleichen und Präferenzen und Wertvorstellungen zu klären. Eine vorgängige Regelung für den Fall einer Urteilsunfähigkeit (Patientenverfügung) ist ebenfalls in Betracht zu ziehen. Diese kann Teil eines Geburtsplanes sein.
- Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen können sich stark auf das Geburtserlebnis und den Geburtsprozess auswirken und sollten bei der Anamnese erfragt werden, um eine Retraumatisierung unter der Geburt zu verhindern.
- Vulnerable Gruppen (fremdsprachige Personen, Gebärende aus Kollektivunterkünften etc.) benötigen besondere Unterstützung, um ihre Rechte ausüben zu können. Zur Sicherstellung der Verständigung ist bei Bedarf eine professionelle Übersetzung bereitzustellen.
- Der Kommunikation kommt eine Schlüsselrolle zu bei der Verhinderung traumatischer Geburtserlebnisse. Die Abläufe müssen für die Gebärenden stets nachvollziehbar sein und die Information sollte auf Augenhöhe stattfinden.
- Die gebärende Person ist in ihrer Eigenschaft als Wissende ernst zu nehmen. Sie kennt ihren Körper am besten und kann dadurch wertvolle Informationen liefern, die einer Aussenperspektive nicht zugänglich sind.

- Entscheidungen über medizinische Interventionen sind gemeinsam mit den Gebärenden im Sinne des «*Shared Decision-Making*» zu treffen.
- Jegliche Form von Manipulation, Drohung, Beschämung oder Diskriminierung widerspricht ethischen wie auch professionellen Standards und ist ohne Ausnahme zu unterlassen.

4. Strukturelle und organisationale Aspekte

- Die Gesundheitsorganisation stehen in der Verantwortung, eine Unternehmenskultur zu fördern und zu pflegen, die die Rechte und Interessen der Patient:innen konsequent ins Zentrum stellt («*Patient-Centered Care*») und Grenzüberschreitungen und diskriminierendes Verhalten sanktioniert.
- Institutionelle Faktoren (Personalmangel, Kostendruck, Zeitdruck etc.) rechtfertigen keinen Zwang. Es müssen ausreichend Ressourcen bereitgestellt werden, um jede Geburt nach *best practice* begleiten zu können.
- Finanzielle Anreize oder institutionelle Interessen dürfen nicht dazu führen, dass nicht indizierte Eingriffe propagiert oder durchgeführt werden.
- Eine kontinuierliche Begleitung während der Geburt ist wünschenswert. Der Einsatz von Beleghebammen ist deshalb einem System mit Schichtwechsel vorzuziehen.
- Eine enge Kooperation zwischen Geburtshäusern und Spitälern ist zu begrüßen.
- Zur Qualitätssicherung sollte im Nachgang zur Geburt eine systematische und standardisierte Erfassung der Geburtserfahrung stattfinden. Die Resultate sollten anonymisiert veröffentlicht werden.
- Bei Bedarf sollte den Eltern eine Nachbesprechung angeboten werden. Die Eltern sollten wählen können, ob das Gespräch in Anwesenheit der behandelnden Fachpersonen oder mit einer unbeteiligten Person durchgeführt wird.
- Nach schwierigen Geburten oder Anzeichen von posttraumatischen Belastungen sollte den Eltern eine psychosoziale Begleitung oder psychotherapeutische Intervention angeboten werden.
- Debriefing-Angebote für Fachpersonen sind wichtige Instrumente, um «*moral injury*» vorzubeugen und belastende Situation nachbesprechen und verarbeiten zu können.

5. Förderung von Forschung und evidenzbasierter Leitlinien

- Forschung zu psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. Geburtspläne, Kommunikation, Begleitung) sollte gefördert werden.
- Die Perspektive der Betroffenen ist in der Forschung angemessen zu berücksichtigen.
- Die Entwicklung, Bekanntmachung und Einhaltung evidenzbasierter Leitlinien im Bereich der Geburtshilfe ist zu fördern.

7. Literatur

Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272.

Arcilla, J. T., Nanou, A., Hamed, S., & Osman, F. (2025). Racialized migrant women's discrimination in maternal care: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 16.

Arnold, L., Völkel, M., Rosendahl, J., & Rost, M. (2025). A multi-level meta-analysis of the relationship between decision-making during birth and postpartum mental health. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 13(1), 2456032.

AWMF (2020). Die vaginale Geburt am Termin. Leitlinie Nr. 015–083 (in Überarbeitung).

AWMF (2023). Fetale Überwachung in der Schwangerschaft. Leitlinie Nr. 015–089.

Ayres-de-Campos, D., Louwen, F., Vivilaki, V., Benedetto, C., Modi, N., Wielgos, M., ... & Jacobsson, B. (2024). European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint position statement: Substandard and disrespectful care in labour – because words matter. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 296, 205–207.

Barata, C., Simões, V. and Soromenho, F. (2023), 'Obstetric Violence: A Form of Gender-Based Violence', Banwel, S., Black, L., Cecil, D.K., Djamba, Y.K., Kimuna, S.R., Milne, E., Seal, L. and Tenkorang, E.Y. (Ed.) *The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women's Acts of Violence*, Emerald Publishing Limited, Leeds, pp. 203–217.

Barell, V. & Meier, D. (2019). Die Scham – Begleiterin der Geburt. Eine Arbeit über die von den Frauen empfundene Scham während der Geburt und ihren Einfluss auf das Geburtserlebnis. Bachelorarbeit Hebamme an der ZHAW.

Barjon, K., Vadakekut, E. S., & Mahdy, H. (2024). *Episiotomy*. StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/> (26.06.2025).

Beauchamp, T., Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th Edition. Oxford: Oxford University Press

Beck-Hiester mann, F. M. L., Gries, S., Mehl, S., Stenzel, N., Erices, R., & Gumz, A. (2023). Adverse Childbirth Experiences-Results of an Online Survey of Woman During Their First Year Postpartum. Under review at *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Bidoli, A. (2024). Let us name – and shame – obstetric violence. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 231(4), e160.

Büchler, A. (2017). *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung – Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.

Büchler, A. (2016). Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. *ZSR*, 349–492.

Bundesamt für Statistik (2017). Kaiserschnitt- und Dammschnittquote waren 2017 rückläufig. Medienmitteilung des BFS. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/8288947> (26.06.2025)

Bundesamt für Statistik (2025a). Geburten im Spital 2023. URL: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2025-0282> (15.08.2025).

Bundesamt für Statistik (2025b). Geburten. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html> (26.06.2025).

Bundesamt für Statistik (2025c). Lebendgeburten nach Jahr, Geburtenfolge und Altersklasse der Mutter. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.assetdetail.35607841.html> (15.08.2025).

Bundesamt für Statistik (2026). Entbindungen und Kaiserschnitte in Spitälern. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalog.assetdetail.36296322.html> (07.04.2026)

Bundesrat (2024). Die Gesundheit der Frauen. Bessere Berücksichtigung ihrer Eigenheiten. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 19.3910 Fehlmann Rielle vom 21.06.2019.

Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane database of systematic reviews*.

Chadwick, R. (2019). *Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence*. In *Childbirth, vulnerability and law* (pp. 30–48). Routledge.

Chautems, C. (2025). Birthing on one's own terms: Reframing delivery mode choice within reproductive justice in Switzerland. *Feminist Anthropology*, e70021.

Chen, E. H., Shofer, F. S., Dean, A. J., Hollander, J. E., Baxt, W. G., Robey, J. L., ... & Mills, A. M. (2008). Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. *Academic Emergency Medicine*, 15(5), 414–418.

Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (2021). FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology.

Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., Jones, M. D. F., Gordon, M. R., Combs, A., ... & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), S1138–S1145.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, 8, 560.f

Delicate, A., & Ayers, S. (2023). The impact of birth trauma on the couple relationship and related support requirements; a framework analysis of parents' perspectives. *Midwifery*, 123, 103732.

Deutscher Hebammenverband e. V. (2012). Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen, 1. Auflage.

Diguisto, C., Saucedo, M., Kallianidis, A., Bloemenkamp, K., Bødker, B., Buoncristiano, M., ... & Deneux-Tharaux, C. (2022). Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population-based study. *BMJ*, 379.

Dumez, V., & L'Espérance, A. (2024). Beyond experiential knowledge: a classification of patient knowledge. *Social Theory & Health*, 22(3), 173–186.

Eichinger, J., Büchler, A., Arnold, L., & Rost, M. (2024). Women's and provider's moral reasoning about the permissibility of coercion in birth: a descriptive ethics study. *Health Care Analysis*, 32(3), 184–204.

European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers, Fondazione Giacomo Brodolini (FGB), Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE) and Quattrocchi, P. (2024). *Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations*. Publications Office of the European Union.

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van Den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 15(2), e0228378.

Fang, M. T., Kunz, L., Spitale, G., Wäscher, S., Germani, F., & Biller-Andorno, N. (2025). Women's Perceptions of the Medicalization of Pregnancy and Their Preferred Models of Care: A Qualitative Analysis. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 15(1), 53–68.

Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 104(1), 13–28.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press

Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(3), 254–260.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(5), 389–401.

Grünebaum, A., & Chervenak, F. A. (2024). Using the term “obstetric violence” in a broad and unsuitable manner introduces an unfortunate ambiguity. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 231(4), e161.

- Gouilhers-Hertig, S. (2017). *Gouverner par le risque: Une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande*. Thèse de doctorat, Université de Genève. URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730> (26.06.2025).
- Hall, W. A., Tomkinson, J., & Klein, M. C. (2012). Canadian care providers' and pregnant women's approaches to managing birth: minimizing risk while maximizing integrity. *Qualitative Health Research*, 22(5), 575–586.
- Hotz, S. (2023), Selbstbestimmung in der Geburtshilfe: Eine juristische Einordnung. *Obstetrica*, (3), 49–53.
- Hotz, S. (2022) Plan de traitement – un droit essentiel et un outil avec du potentiel. *Jusletter*, 29 août 2022.
- IGGH (2022). Statistikbericht 2022. URL: <https://www.geburtshaus.ch/statistik.html> (06.03.2025).
- IPPF (2022). Gynaecological & obstetric violence. URL: <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence> (26.06.2025).
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Kountanis, J. A., Kirk, R., Handelzalts, J. E., Jester, J. M., Kirk, R., & Muzik, M. (2022). The associations of subjective appraisal of birth pain and provider-patient communication with postpartum-onset PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 25(1), 171–180.
- Maffi, I., & Gouilhers, S. (2019). Conceiving of risk in childbirth: obstetric discourses, medical management and cultural expectations in Switzerland and Jordan. *Health, Risk & Society*, 21(3–4), 185–206.
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108, 103297.
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *Journal of personalized medicine*, 11(5), 338.
- Meyer, S., Cignacco, E., Monteverde, S., Trachsel, M., Raio, L., & Oelhafen, S. (2022). 'We felt like part of a production system': a qualitative study on women's experiences of mistreatment during childbirth in Switzerland. *PLoS One*, 17(2), e0264119.
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31(4), 345–360.
- Mueller, M., Kolly, L., Bauman, M., Imboden, S., & Surbek, D. (2014). Analysis of caesarean section rates over time in a single Swiss centre using a ten-group classification system. *Swiss medical weekly*, 144(0708), w13921–w13921.
- Mundlos, Ch. (2015). *Gewalt unter der Geburt – Der alltägliche Skandal*. Baden-Baden: Tectum Verlag.

Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M., & Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*, 30(7), 869–876.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (2017). *Gesundheitsversorgung für fremdsprachige Zugewanderte*. Stellungnahme Nr. 27/2017

Norman, A., Allen, B., Fraser, M., & Baptie, G. (2025). 'Just one more feed': the impact of traumatic birth on breast-feeding. *British Journal of Midwifery*, 33(2), 84–91.

O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185.

Oelhafen, S., & Cignacco, E. (2020). Moral distress and moral competences in midwifery: A latent variable approach. *Journal of health psychology*, 25(13–14), 2340–2351.

Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L., & Cignacco, E. (2021). Informal coercion during childbirth: risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey of women in Switzerland. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 369.

Perrenoud, P., Demolis, R., Eva, F., Broux, M. G., Perret, F., Chautems, C., & Kaech, C. (2024). Reconstructing a niche sociality during the postpartum period: A qualitative study about the experience of becoming a mother as an immigrant in Switzerland. *SSM-Mental health*, 5, 100303.

Razum, O., & Breckenkamp, J. (2007). Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(43), 2950–6.

Rost, M., De Clercq, E., Büchler, A., Elger, B. (2022a). Ethische und rechtliche Einordnung zur Autonomie Gebärender. *Obstetrica*, (6), 44–47.

Rost, M., Stuermer, Z., Niles, P., & Arnold, L. (2022b). 'Real decision-making is hard to find' – Swiss perinatal care providers' perceptions of and attitudes towards decision-making in birth: A qualitative study. *SSM-Qualitative Research in Health*, 2, 100077.

Saigh, J., Roche, L., & Longacre, M. L. (2024). Doula services and birth outcomes: A scoping review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 49(2), 101–106.

SAMW (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin (in Revision).

Scarf, V. L., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H. G., Ellwood, D., Forster, D., ... & Homer, C. S. (2018). Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, 240–255.

Schlumbohm, J., & Wiesemann, C. (Eds.). (2004). *Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland 1751–1850: Göttingen, Kassel, Braunschweig*. Wallstein Verlag.

SGGG (2015). Guideline Sectio Caesarea. Kommission Qualitätssicherung der SGGG.

SHV (n.d.). Statistikberichte 2016–2025. URL: <https://www.hebamme.ch/qualitaet/statistikberichte-fph> (10.03.2026)

SHV (2023). Smarter Medicine: Choose wisely – Top-5-Liste. URL: https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2023/02/Top_5_Liste_SHV-1.pdf (06.03.2025).

Singh, G. K. (2020). Trends and social inequalities in maternal mortality in the United States, 1969–2018. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*, 10(1), 29.

Slade, P., Murphy, A., & Hayden, E. (2022). Identifying post-traumatic stress disorder after childbirth. *BMJ*, 377.

Sobczak, A., Taylor, L., Solomon, S., Ho, J., Phillips, B., Jacobson, K., ... & Kemper, S. R. (2023). The effect of doulas on maternal and birth outcomes: a scoping review. *Cureus*, 15(5).

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46.

Suetsugu, Y., Haruna, M., & Kamibeppu, K. (2020). A longitudinal study of bonding failure related to aspects of posttraumatic stress symptoms after childbirth among Japanese mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 434.

Sutherland, J. A. (2010). Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass*, 4(5), 310–321.

United Nations (2019). A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, A/74/137. URL: <https://docs.un.org/en/A/74/137> (06.03.2025).

van der Waal, R. (2024). The 'dead baby card' and the early modern accusation of infanticide: situating obstetric violence in the bio- and necropolitics of reproduction. *Feminist Theory*, 26(1), 124–141.

Villarmea, S. (2020). When a uterus enters the room, reason goes out the window. In C. Pickles & J. Herring (eds.), *Women's birthing bodies and the law: unauthorised intimate examinations, power, and vulnerability*. New York, Hart Publishing

Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The role of oxytocin and the effect of stress during childbirth: neurobiological basics and implications for mother and child. *Frontiers in endocrinology*, 12, 742236.

World Health Organization (2015a). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf (06.03.2025)

World Health Organization (2015b). *WHO Statement on Caesarean Section Rates. Executive summary*. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02> (06.03.2025)

World Health Organization (2016a). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization.

World Health Organization (2016b). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. World Health Organization.

World Health Organization (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf> (06.03.2025).

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 634–645.

Zwart, J. J., Jonkers, M. D., Richters, A., Öry, F., Bloemenkamp, K. W., Duvekot, J. J., & van Roosmalen, J. (2011). Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands. *European journal of public health*, 21(2), 229–234.

Medienberichte

NZZ (29.08.2024). Gewalt im Kreissaal: Viele Frauen fühlen sich unter der Geburt eingeschüchtert, beleidigt, ignoriert. Was ist da los? URL: <https://www.nzz.ch/wissenschaft/gewalt-in-der-geburtshilfe-ursachen-und-hilfe-id.1840197> (15.10.2025).

Sonntagsblick Magazin (11.02.2024). Gewalt im Gebärsaal.

Kleinstadt (10.05.2021). Wer vögeln kann, kann auch gebären. URL: <https://kleinstadt.ch/wer-voegeln-kann-kann-auch-gebaeren/> (15.10.2025).

Hebamme.ch (05.03.2021). Kann ich jetzt bitte sterben? URL: <https://www.hebamme.ch/presseberichte/kann-ich-jetzt-bitte-sterben> (15.10.2025).

Anhang

Third-Order Themes	Second-Order Themes	First-Order Themes
Physical abuse	Use of force	Women beaten, slapped, kicked, or pinched during delivery
	Physical restraint	Women physically restrained to the bed or gagged during delivery
Sexual abuse	Sexual abuse	Sexual abuse or rape
Verbal abuse	Harsh language	Harsh or rude language Judgmental or accusatory comments
	Threats and blaming	Threats of withholding treatment or poor outcomes Blaming for poor outcomes
Stigma and discrimination	Discrimination based on sociodemographic characteristics	Discrimination based on ethnicity/race/religion Discrimination based on age Discrimination based on socioeconomic status
	Discrimination based on medical conditions	Discrimination based on HIV status
Failure to meet professional standards of care	Lack of informed consent and confidentiality	Lack of informed consent process Breaches of confidentiality
	Physical examinations and procedures	Painful vaginal exams Refusal to provide pain relief Performance of unconsented surgical operations
	Neglect and abandonment	Neglect, abandonment, or long delays Skilled attendant absent at time of delivery
Poor rapport between women and providers	Ineffective communication	Poor communication Dismissal of women's concerns Language and interpretation issues Poor staff attitudes
	Lack of supportive care	Lack of supportive care from health workers Denial or lack of birth companions
	Loss of autonomy	Women treated as passive participants during childbirth Denial of food, fluids, or mobility Lack of respect for women's preferred birth positions Denial of safe traditional practices Objectification of women Detainment in facilities
Health system conditions and constraints	Lack of resources	Physical condition of facilities Staffing constraints Staffing shortages Supply constraints Lack of privacy
	Lack of policies	Lack of redress
	Facility culture	Bribery and extortion Unclear fee structures Unreasonable requests of women by health workers

The typology presented in this table is an evidence-based classification system of how women are mistreated during childbirth in health facilities, based on the findings of the evidence syntheses. The first-order themes are identification criteria describing specific events or instances of mistreatment. The second-order and third-order themes further classify these first-order themes into meaningful groups based on common attributes. The third-order themes are ordered from the level of interpersonal relations through the level of the health system. Bohren et al. (2015)

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 4. Dezember 2025 einstimmig genehmigt.

Folgende Fachpersonen wurden im Rahmen der Erarbeitung angehört:

Prof. Dr. Stephan Oelhafen, Psychologe an der Berner Fachhochschule Gesundheit, Stv. Leiter aF&E Geburtshilfe; Dr. med. Monya Todesco Bernasconi, Chefärztin für Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Kantonsspital Aarau (KSA); Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Chefarzt für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin, Inselspital Bern; Barbara Böcker, Hebamme HF, Standortleiterin Geburtshaus Luna, Biel; Sandra Schaffner, Hebamme BSC, Geburtshaus Luna, Ostermundigen; Dr. Johanna Eichinger, Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel; Dr. Michael Rost, Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin:

Präsident

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Vizepräsidentin

Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno

Mitglieder

PD Dr. Iren Bischofberger, Prof. Dr. phil. Christine Clavien,
Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger,
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones,
Prof. Dr. iur. Mélanie Levy, Dr. med. Roberto Malacrida,
Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. phil. Simone Romagnoli,
Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche

Grafik und Layout

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Geschäftsstelle

Dr. phil. Anna Zuber, Geschäftsleitung
Dr. phil. Elodie Malbois, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

**Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin
CH-3003 Bern**

Tel. +41 58 469 77 64
info@nek-cne.admin.ch
www.nek-cne.admin.ch

Diese Stellungnahme ist in deutscher und französischer Sprache erschienen.
Die deutsche Fassung ist die Originalversion.

© 2026 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern.
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.