

DOSSIER

GEWALT IN GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

Erst das Staunen, dann die Selbstkritik

Tessie Jakobs

Erstmals liegen luxemburgspezifische Empfehlungen des Conseil scientifique zur Verhinderung von Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe vor. Im Rahmen einer Konferenz diskutierten Expert*innen die Publikation.

„Ces violences existent et elles concernent ... en fait elles nous concernent tous.“ Als zu Beginn der Konferenz dieser Satz fiel, wirkte es, als sei er nicht ganz so geplant gewesen. Als habe die Rednerin spontan entschieden, des Effektes wegen etwas dicker aufzutragen. Immerhin handelte die Konferenz von Gewalt in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe. Dass viele Menschen potenziell von ihr betroffen sein können, steht außer Frage. Aber alle? Doch in der Tat hatte Christa Brömmel, Präsidentin des Referenzzentrums für die Förderung der sexuellen und affektiven Gesundheit (Cesas) mit ihrer Aussage völlig recht: Nicht nur Menschen mit Vagina, solche die gebären und ihre Beziehungspersonen können diese Gewalt erleben, sondern jeder einzelne Mensch bei seiner eigenen Geburt.

Mit wenigen Worten hatte Brömmel zum Auftakt der am 4. Mai in Luxemburg-Stadt stattgefundenen Konferenz also die ganze Tragweite der Sache zum Ausdruck gebracht. Und genau deshalb hat das Cesas während der dritten Semaine de la santé sexuelle et affective dem Thema einen ganzen Abend gewidmet.

Das Bewusstsein für die Problematik ist in den vergangenen Jah-

ren stark gestiegen, vor allem auch, weil sich Betroffene in den sozialen Netzwerken unter Hashtags wie #payetonutérus Gehör verschaffen. Das Tabu wurde gebrochen, eine Debatte angestoßen und doch bestehen manche Probleme fort (siehe auch den Artikel „Drahtseilakt Gynäkologie und Geburtshilfe“ in woxx 1559/1560).

Mit einem vom Conseil scientifique des Luxemburger Gesundheitssektors ausgearbeiteten Leitfaden liegt mittlerweile immerhin ein konkreter Lösungsansatz vor. Darin sind Definitionen und Empfehlungen rund um Gewalt in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu finden. Ebendiese Broschüre hatte der Cesas zum Anlass für eine entsprechende Konferenz genommen. Zu Wort kamen dabei Anne-Marie Antoine, Sexologin und Psychotherapeutin beim Planning Familial, sowie Isabelle Roland-Portal und Jean-Pierre Clees, beide Mitglieder der Arbeitsgruppe „Santé de la femme“ des Conseil scientifique.

Intention und Erleben

Was sich wie ein roter Faden durch die Konferenz zog, war die Diskrepanz zwischen der Intention des behandelnden Personals und dem Erleben derer, die davon betroffen sind. In diesem Zusammenhang sprach Anne-Marie Antoine von dem augenscheinlichen Paradox im Herzen der Problematik: Menschen, die einen Beruf gewählt haben, um anderen zu helfen, sehen sich mit dem Vorwurf konfrontiert, ihren Patient*innen Gewalt anzutun.

REGARDS

Beim Conseil scientifique des medizinischen Sektors handelt es sich um ein mit ärztlichen Fachkräften besetztes unabhängiges Gremium. Seine Aufgabe besteht darin, Standards für den medizinischen Bereich auszuarbeiten. Dazu passt es internationale Empfehlungen an den luxemburgischen Kontext an. Die Mitglieder des Conseil scientifique treffen sich vier- bis fünfmal im Jahr. Neben der „Santé de la femme“ verfügt der Rat über 16 weitere Arbeitsgruppen.



FOTO: WWW.PIQSELS.COM

Ein Leitfaden soll dazu beitragen, dass Geburten nicht gewaltvoller verlaufen als unbedingt nötig.

„Bei Personen, die im medizinischen Bereich arbeiten, löst der Vorwurf oft Staunen oder gar Unverständnis aus“, erklärte die Sexologin. „Man muss sich bewusst sein, dass auch die allerbeste Intention nie eine Form von Gewalt rechtfertigen kann“.

Was im Rahmen der Konferenz unter „Gewalt“ gefasst wurde, war eine große Bandbreite an Handlungen einerseits, andererseits aber auch Unterlassungen, die die psychische und/oder psychische Gesundheit der Patient*innen gefährden. Konkret kann das etwa heißen, dass die Patient*innen nicht ausreichend über einen an ihnen vorgenommenen Eingriff informiert wurden oder dieser durchgeführt wurde, ohne davor ihr explizites Einverständnis einzuholen. Was als Gewalt empfunden wird, ist von Fall zu Fall unterschiedlich, je nach Physiognomie, mentalem Zustand und sozio-kulturellem Hintergrund.

Doch so subjektiv das Erleben auch sein mag, die mentalen und körperlichen Konsequenzen, die eine Gewalterfahrung auf Betroffene haben kann, sind äußerst real. Sie können sich etwa in Form von Schuldgefühlen, Wut, mangelndem Selbstbewusstsein, Schlafstörungen, Ohnmachtsgefühlen, postpartalen Depressionen (also nach der Niederkunft), Ängsten, einem post-traumatischen Stresssyndrom, Essstörungen, einer Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur (Vaginismus) und Orgasmusstörungen manifestieren. Auch ein generelles Misstrauen gegenüber der Medizin kann eine Konsequenz sein.

Einzelnen betrachtet bestehe oftmals die Tendenz, von einem „Vorkommnis“ statt von „Gewalt“ zu sprechen, so die Sexologin Antoine. Genau diese Haltung drohe jedoch das Gewaltisiko weiter zu steigern, weil sie einer notwendigen Selbsthinterfragung des Personals im Wege stehe.

Der Gynäkologe Jean-Pierre Clees hat sich die Selbstreflexion seiner Arbeit mittlerweile zur Gewohnheit gemacht. Das war nicht immer so. Wie der Arzt im Rahmen der Konferenz erzählte, habe er erst wirklich angefangen, sich mit gynäkologischer Gewalt auseinanderzusetzen, als er gefragt wurde, der Arbeitsgruppe „Santé de la femme“ beizutreten. „Je mehr ich darüber nachdachte und je mehr ich mich umhörte, desto bewusster wurde mir, wie omnipräsent die Problematik ist.“ Das sei zum Beispiel auch dann schon der Fall, wenn Ärzt*innen ihren Patient*innen zu verstehen geben, nicht nachzuvollziehen zu können, weshalb sie überhaupt gekommen sind. „Wer zum Arzt geht, tut das aus einer Sorge heraus. Auch wenn diese sich als ungerechtfertigt herausstellt, muss der Patient unbedingt in seinem Empfinden ernst genommen werden“.

Erst nach und nach sei Clees sich der vielen Faktoren bewusst geworden, die das Schmerzempfinden beeinflussen können: „Eine Patientin, die aufgrund von Gerüchten bereits mit Ängsten in die Praxis kommt oder unter Schlafmangel leidet, wird sensibler auf Schmerz reagieren als eine, auf welche diese Fakto-

ren nicht zutreffen.“ Bereits der Umstand, dass man sich als Patient*in dem medizinischen Personal gegenüber unterlegen fühle, erhöhe die Schmerzempfindlichkeit.

Dem Facharzt war es indes wichtig, den Einflussraum seiner Zunft klar zu definieren. „Bei einer Geburt kann immer eine unerwartete Komplikation entstehen, darauf hat der Arzt keinen Einfluss. Was er beeinflussen kann, ist das Erleben der Patienten, indem er ausreichend kommuniziert.“ Es sei aber auch wichtig, sich der Faktoren bewusst zu sein, die medizinische Fachkräfte dazu veranlassen können, sich unnötig rabiatt zu verhalten, sagt Clees. Etwa Stress und Schlafmangel. Dem ließe sich unter anderem auf struktureller Ebene entgegenwirken, nicht zuletzt durch ausreichendes Personal.

Kommunikation und Respekt

Kommunikation, Einvernehmen und Respekt – das sind auch die Aspekte, auf die in den Empfehlungen des Conseil scientifique gepocht wird. Den medizinischen Fachkräften wird nahegelegt, Rücksicht auf Kenntnisse und Kultur der Patient*innen zu nehmen und bei Bedarf dieselben Erläuterungen mehrmals zu geben. Nach den Ausführungen der Mitglieder des Conseil scientifique plädierte Anne-Marie Antoine dafür, eine ganzheitliche Herangehensweise zu verfolgen. So genüge es beispielsweise nicht, dass Ärzt*innen für medizinische Gewalt sensibilisiert seien,

wenn Arzthelfer*innen und Bürokräfte weiterhin rücksichtslos mit den Patient*innen umgehen.

Was im Rahmen der Konferenz zu kurz kam, waren jene Bevölkerungsgruppen, die von medizinischer Gewalt im Allgemeinen und gynäkologischer Gewalt im Speziellen in noch stärkerem Maße betroffen sind: queere, trans, intergeschlechtliche und nicht-binäre Menschen. Zu Beginn der Konferenz stellte Brömmel klar, dass man sie keineswegs vergessen habe: Bei diesem ersten Event gehe es zwar allein um cis Frauen, den noch marginalisierteren Gruppen widme man sich in einem zweiten Schritt.

Diese Klarstellung mag nett gemeint gewesen sein, dennoch bekräftigt das „schrittweise“ Verfahren die Hierarchisierung medizinischer Forschung entlang einer angenommenen Norm. Wieso überhaupt eine „Santé de la femme“-Arbeitsgruppe einrichten, wenn doch gewusst ist, dass eine solche Formulierung diskriminierend ist? Wieso nicht von vorneherein einen intersektionalen Ansatz wählen? Wieso LGBTQI*-Personen immer hinten anstellen? In einem Leitfaden nicht von „femmes“ zu reden, wenn alle Menschen mit Vagina und gebärfähige Menschen betroffen sind, wäre ein wichtiger Anfang gewesen. Stattdessen nun also eine Rechtfertigung, weshalb man sich entschieden hat, nicht inklusiv vorzugehen. Man kann es drehen und wenden wie man will: Auch diese „vorläufige“ Exklusion ist eine Form von Gewalt.