

# **Studienarbeit**

**„Väterlich klar und mütterlich herzlich“**

**– Hebammenbetreuung: Erwartungen und Erfahrungen traumatisierter  
Frauen**

B. A. Martina Kruse



**INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH  
AND HEALTHCARE**  
NORDRHEIN-WESTFALEN

M. A.

Jahrgang 2012/2014

„Väterlich klar und mütterlich herzlich" – Hebammenbetreuung: Erwartungen und Erfahrungen  
traumatisierter Frauen

Verfasserin:

B. A. Martina Kruse

1201-0-00139

Zeitraum der Studienarbeit:

01.08.2013 bis 30.11.2013

Prüfer 1:

Prof. Dr. rer. Medic Herbert Hockauf / STI

Prüfer 2:

M. A. Wolfgang Jansen / STI

## **Eigenständigkeitserklärung**

Ich habe die vorliegende Abschlussarbeit im Rahmen des Projekt-Kompetenz-Studiums 2012/2014 selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen, Tools und Hilfsmittel benutzt.

Köln, den 30.11.2013

---

(Martina Kruse)

## Erklärung zur Archivierung der Studienarbeit

Name: Martina Kruse

Berufsbezeichnung: Hebamme

Studiengruppe: 12011

Immatrikulationsnummer: 1201-0-00139

Prüfer 1: Prof. Dr. rer. Medic Herbert Hockauf / STI

Thema der Studienarbeit:

„Väterlich klar und mütterlich herzlich“ – Hebammenbetreuung: Erwartungen und Erfahrungen traumatisierter Frauen

Diese Studienarbeit ist urheberrechtlich geschützt. Unbeschadet dessen wird folgender Rechtsübertragung zugestimmt:

- der Übertragung des Rechtes zur Vervielfältigung der Transferarbeit für Lehrzwecke an der Steinbeis-Hochschule Berlin gem. § 16 UrhG
- der Übertragung des Vortrags-, Aufführungs- und Vorführungsrechts für Lehrzwecke an der Steinbeis-Hochschule Berlin gem. § 19 UrhG
- der Übertragung des Rechts auf Wiedergabe durch Bild- und Tonträger an die Steinbeis-Hochschule Berlin gem. § 21 UrhG

Hiermit erkläre ich, Martina Kruse, dass die von mir verfasste Studienarbeit unter Wahrung meiner Urheberrechte

in einem gebundenen Exemplar  ja  nein

auf einem Speichermedium  ja  nein  
(Diskette/CD-ROM, Netzwerk der Hochschule)

in der Bibliothek der Steinbeis-Hochschule Berlin eingestellt werden darf.

Sie dient ausschließlich der Nutzung für wissenschaftliche Studien- und Forschungszwecke.

Vervielfältigungen und die Weitergabe an Dritte sind nur zu den oben genannten Zwecken zulässig.

Die Einräumung der oben genannten Rechte entfällt bzw. wird eingeschränkt durch vertragliche Rechte Dritter an der Studienarbeit. Dritte sind hier insbesondere Auftraggeber der Steinbeis-Hochschule Berlin und Beschäftigungsfirmen der Verfasser (Studierenden).

Köln, den 30.11.2013

---

(Martina Kruse)

## **Vorwort**

Als Familienhebamme arbeite ich immer wieder mit Frauen zusammen, die durch frühere Ereignisse in ihrem Leben hochbelastet sind und mit dieser Hypothek in die neue Lebensphase der Elternschaft eintreten. Die Begleitung des geburtshilflichen Fachpersonals trägt mit dazu bei, wie dieser Start gelingt. Dieses Bewusstsein hat mich motiviert, mich dem Thema in der vorliegenden Studienarbeit zu widmen.

Die Offenheit, mit der die interviewten Frauen über ihre Erfahrungen in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett berichtet haben, hat mich persönlich sehr berührt.

Ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich bei ihnen dafür zu bedanken. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Köln, den 30.11.2013

Martina Kruse

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Eigenständigkeitserklärung.....	I
Erklärung zur Archivierung der Studienarbeit.....	II
Vorwort.....	IV
Inhaltsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Abkürzungen.....	VIII
<b>1 Einführung in das Thema.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Gewalt und Trauma.....</b>	<b>2</b>
2.1 Gewalt.....	2
2.2 Trauma oder belastende Lebenssituation.....	4
2.3 Posttraumatische Belastungsstörung.....	7
2.4 Prävalenz.....	8
2.5 Auswirkungen von Gewalt und Trauma im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.....	10
2.5.1 Schwangerschaft.....	10
2.5.2 Geburt.....	12
2.5.3 Wochenbett und Stillzeit.....	13
2.5.4 Mutter-Kind-Bindung.....	14
<b>3 Die Arbeit der Hebamme.....</b>	<b>15</b>
3.1 Aufgaben und Kompetenzen.....	15
3.2 Die Arbeit der Familienhebamme/ Familiengesundheitshebamme.....	16
3.3 Relevanz.....	17
<b>4 Studiendesign.....</b>	<b>18</b>
4.1 Methodik.....	19
4.2 Ethische Überlegungen.....	20
4.3 Auswahl der Studienteilnehmerinnen.....	20
4.4 Studienzeitraum.....	22
4.5 Datenauswertung.....	22
<b>5 Durchführung der Interviews.....</b>	<b>22</b>
5.1 Das erste Interview (I 1).....	23
5.2 Das zweite Interview (I 2).....	23

---

5.3	Das dritte Interview (I 3).....	23
<b>6</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>24</b>
6.1	Erwartungen an die Hebammenbetreuung .....	24
6.1.1	Ausgesprochene Erwartungen.....	25
6.1.2	Unausgesprochene Erwartungen.....	26
6.2	Erleben der Hebammenbetreuung.....	27
6.2.1	Positive Erlebnisse .....	27
6.2.2	Negative Erlebnisse.....	28
6.3	Zwischen Autonomie und Abgabe der Kontrolle .....	30
6.4	Bedingungen für eine gelungen Betreuung.....	30
6.4.1	Klarheit .....	31
6.4.2	Zeit, Raum und Vertrauen .....	32
6.5	Schlussfolgerungen für die Qualifizierung von Hebammen.....	33
6.5.1	Fachkompetenz.....	33
6.5.2	Reflektion und Selbstreflektion .....	34
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>35</b>
	Literaturverzeichnis.....	36
	Anhang.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>



## Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Eine Typologie der Gewalt .....	4
Abbildung 2: gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen .....	10

## Abkürzungen

Abs.	Absatz
aktual.	aktualisierte
al.	altera
Aufl.	Auflage
B	Befragerin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DHV	Deutscher Hebammenverband
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
e. V.	eingetragener Verein
Ergänz.	Ergänzung
erw.	erweiterte
GG	Grundgesetz
HebG	Hebammengesetz
Hervorh.	Hervorhebung
Hg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
i.	im
I 1	Interview Eins
I 2	Interview Zwei
I 3	Interview Drei
IP	Interviewpartnerin
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification
Orig.	Original
o. S.	ohne Seitenangabe
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.	Zeile

## 1 Einführung in das Thema

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, welche Erwartungen Frauen an die Hebammenbetreuung haben und wie sie die Arbeit der Hebammen erleben. Dabei wird der Schwerpunkt der Untersuchung auf eine Gruppe von Frauen gelegt, die lange Zeit überhaupt nicht in den Kreißsälen wahrgenommen wurden: Frauen, die Gewalt erlebt und überlebt haben. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit ist seit 25 Jahren als Hebamme in unterschiedlichen Kontexten tätig und hat in dieser Zeit viele Frauen getroffen von denen Sie manchmal wusste, viel häufiger aber vermutete, dass sie in ihrem Leben Gewalt erfahren haben. Erst in den letzten Jahren hat das Thema zunehmend Aufmerksamkeit bekommen, nicht zuletzt durch das große Engagement einzelner Personen und Vereine<sup>1</sup>. Mittlerweile wurden auch Arbeiten verfasst, die die Auswirkungen von Gewalt auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt zum Inhalt haben<sup>2</sup>. Mit der hier vorliegenden Arbeit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die Betreuung von Frauen während einer sehr besonderen Zeit zu verbessern und den Hebammen, die mit diesen Frauen zusammenarbeiten, mehr Sicherheit in der Begleitung zu vermitteln.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in mehrere Abschnitte. Zu Beginn wird die aktuelle Forschungslage betrachtet. Dafür wird zunächst auf die Themen Gewalt und Trauma eingegangen. Wie groß ist der Anteil von Frauen, die davon betroffen sind und was wird unter Gewalt verstanden? Welche Auswirkung kann Gewalt auf die Betroffene und auf ihr persönliches Erleben der Mutterschaft haben? Diese Fragen sollen geklärt werden.

Da sich die Studie mit der Hebammenbetreuung beschäftigt, wird im anschließenden Kapitel dargelegt, wie diese in Deutschland üblicherweise gestaltet ist und in welchen unterschiedlichen Arbeitsfeldern sich Hebammen bewegen. Daran schließt sich der

---

<sup>1</sup> An dieser Stelle sei *medica mondiale e. V.* genannt, ein Verein, der vor 20 Jahren während der Bosnienkriege unter anderem von Monika Hauser gegründet wurde. Die Frauen, die bei *medica mondiale* arbeiten, setzen und setzen sich für die Rechte und die Versorgung von Frauen ein, die im Rahmen von Kriegen, Flucht und Vertreibung Gewalt ausgesetzt sind (vgl. *medica mondiale e. V.* und Griese 2006).

<sup>2</sup> Hier sind beispielhaft die Diplomarbeit von Anja Erfmann (1998) „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“ und der Artikel von Beckermann Maria (2004) „Was sind Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf Schwangerschaften, was sind hilfreiche Interventionen“ zu nennen.

Forschungsteil der Arbeit an: Das Forschungsdesign, die gewählte Methodik und die Auswahl der Studienteilnehmerinnen werden vorgestellt.

Im fünften und sechsten Kapitel werden die Ergebnisse, die mit Hilfe der Interviews gewonnen werden konnten, zusammengefasst und es werden erste Ideen entwickelt, welche Kompetenzen Hebammen entwickeln müssen, um traumatisierte Frauen angemessen begleiten zu können.

## **2 Gewalt und Trauma**

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen Frauen, die traumatischen Stress oder Gewalterfahrungen in ihrem Leben gemacht haben und die ein Kind erwarten. Gewalt und Trauma sind Begrifflichkeiten, die unterschiedlich verstanden werden können. Folglich müssen sie zunächst definiert werden. Um den Zusammenhang zwischen Gewalt, Trauma und Posttraumatischer Belastungsstörung auf der einen Seite und den Konsequenzen, die diese Ereignisse für die Schwangere, Mutter oder für die Betreuung durch die Hebamme auf der anderen Seite haben können, zu verstehen, ist es an dieser Stelle wichtig, sich Klarheit zu verschaffen.

### **2.1 Gewalt**

Der Begriff Gewalt ist mehrschichtig und wird von unterschiedlichen Disziplinen verschieden interpretiert. Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland definiert den Begriff der Gewalt nicht direkt, hier gelingt eine Ableitung. Artikel 2 besagt: „(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“ (GG Artikel 2, Abs.1 und 2). Die Bestimmung kann daher nur über die Abwesenheit von Gewalt erfolgen, nur so ist die körperliche Unversehrtheit gewährleistet. Das Grundgesetz bezieht sich in diesem Artikel im Wesentlichen auf die körperliche Ebene.

Das Strafgesetzbuch beschränkt sich auf die Differenzierung einzelner Straftaten. So wird unterschieden unter anderem in Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (StGB § 174 bis § 184g), die körperliche Unversehrtheit (StGB § 223 bis § 231) und die persönliche Freiheit (§ 232 bis § 241a). Auch hier findet sich keine Definition des Begriffes, es werden aber die Folgen von Gewalt sichtbar.

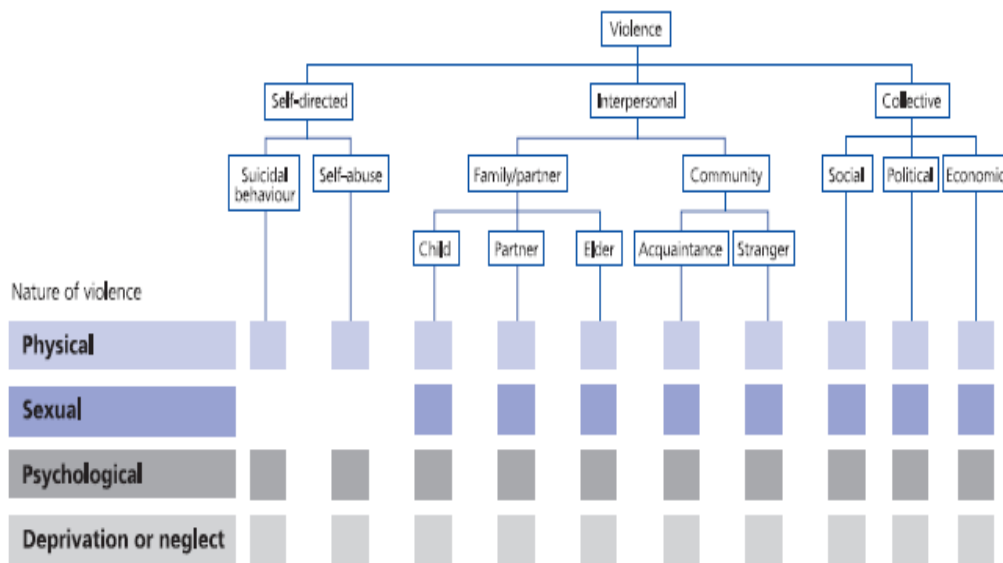
Im Politlexikon wird der Begriff Gewalt aus soziologischer Sicht wie folgt definiert: Gewalt „bedeutet den Einsatz physischer oder psychischer Mittel, um einer anderen Person gegen ihren Willen a) Schaden zuzufügen, b) sie dem eigenen Willen zu unterwerfen [sie zu beherrschen] (...)“ (Schubert und Klein 2011, S. 125; Ergänz. i. Orig.). Diese Formulierung ist sehr allgemein gehalten, allerdings enthält sie bereits einen wichtigen Aspekt. Sie beschränkt die Gewalt nicht nur auf die physische Ebene, sondern erkennt an, dass Gewalt eine psychische Komponente haben kann. Zu beachten ist auch, dass Gewalt als Machtausübung einer anderen Person gegenüber verstanden wird.

Eine weitere Annäherung an den Begriff gelingt, wenn man die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Rate zieht. Gewalt ist hier der „absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation<sup>3</sup> führt“ (WHO 2003, S. 6). Hier wird die Vielschichtigkeit deutlich. Diese Konkretisierung hält fest, dass Gewalt zwischen zwei oder mehreren Personen, sowohl auf körperlicher als auch psychischer Ebene stattfinden kann. Die Definition sagt weiter, dass als Kriterium nicht die *tatsächliche* Folgen relevant sind, sondern dass von Gewalt schon gesprochen werden kann, wenn es *höchstwahrscheinlich* zu Folgen kommt. Weiter unterscheidet die WHO drei verschiedene Typologien, die sich darauf beziehen, *von wem* die Gewalt ausgeübt wird. So unterscheidet sie in Gewalt gegen die eigene Person, zwischenmenschliche und kollektive Gewalt (vgl. ebd.). Ausgehend von dieser Unterscheidung kann weiter ausdifferenziert werden (siehe Abb. 1). Die Gewalt gegen die eigene Person umfasst die Selbsttötung ebenso wie selbstverletzendes Verhalten. Die zwischenmenschliche Gewalt findet innerhalb der Familie und in kleineren Gemeinschaften statt, wie sie zum Beispiel am Arbeitsplatz und in Krankenhäusern zu finden sind (vgl. ebd.). Unter kollektiver Gewalt wird hier „die instrumentalisierte Gewaltanwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe begreifen und damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele durchsetzen wollen“ (ebd.) verstanden. Hierunter fallen beispielsweise kriegerische Auseinandersetzungen. Bei dieser Definition werden außerdem die unterschiedlichen Arten von Gewalt näher benannt. Die WHO unterscheidet in körperliche, sexualisierte, psychische Gewalt und nennt die Deprivation und Vernachlässigung (vgl. ebd.).

---

<sup>3</sup> Unter Deprivation versteht man den Mangel beziehungsweise den Entzug von etwas, zum Beispiel von Liebe und Zuwendung (vgl. Bibliographisches Institut 2013 a)

Abbildung 1: Eine Typologie der Gewalt



(ebd., S. 7)

Deutlich wird, dass Gewalt unterschiedliche Formen und Auswirkungen haben und sowohl persönlicher als auch struktureller Natur sein kann. Diese Definition von Gewalt wird als geeignet für die vorliegende Arbeit betrachtet, da sie den Begriff sehr differenziert betrachtet. Wenn im Folgenden von Gewalt gesprochen wird, so wird diese WHO Definition zu Grunde gelegt.

## 2.2 Trauma oder belastende Lebenssituation

Der Wortstamm des Begriffes ‚Trauma‘ ist aus dem Griechischen abgeleitet und bedeutet wörtlich ‚Wunde‘ (vgl. Bibliographisches Institut 2013 b). Unterschieden wird zum einen in eine medizinische Bedeutung, wonach unter einem Trauma eine „durch Gewalteinwirkung entstandene Verletzung des Organismus“ (ebd.) verstanden wird und eine eher psychologische Erklärung. Dann wird Trauma als „starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange wirksam ist“ (ebd.; Ergänz. i. Orig.) verstanden. In der vorliegenden Arbeit wird in der Regel unter Trauma das psychische Trauma verstanden, wiewohl dieses auch infolge einer körperlichen Verletzung eintreten kann.

Fischer und Riedesser definieren ein Trauma als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 84).

Hier werden verschiedene Merkmale deutlich. Was zu einem Trauma führt, ist individuell unterschiedlich, es entsteht im Spannungsfeld zwischen der Bedrohung und den Bewältigungsmöglichkeiten. Übersteigt die Gefahr die zur Verfügung stehenden eigenen Handlungsmöglichkeiten, so entsteht eine Diskrepanz und die Erfahrung wird traumatisch erlebt. Das erklärt, warum dasselbe Ereignis bei der einen Person ein Trauma auslöst, bei der anderen nicht (vgl. Ruppert 2012, S. 66). Ein Trauma betrifft vor allem emotionale Empfindungen, hier verdeutlicht durch den Begriff ‚Hilflosigkeit‘ (vgl. ebd., S. 67). Judith Herman sieht den Menschen bei einem Trauma „in extremer Weise Hilflosigkeit und Angst ausgesetzt“ (Herman 2003, S. 54). Ein Trauma berührt existenzielle Bereiche des Lebens, dieses wird bei Riedesser und Fischer am Begriff ‚vital‘ deutlich (vgl. Ruppert 2012, S. 67). Herman versteht ein Trauma als „eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit“ (Herman 2003, S. 54). Die Folgen sind umfassend, sie verändern nachhaltig das Bild, welches der Betroffene von sich hat und auch sein Verständnis der Welt (vgl. Ruppert 2012, S. 67). Anhand dieser Kriterien lässt sich ein Trauma klar von einem belastenden Lebensereignis unterscheiden. Michaela Huber erläutert mit folgendem Beispiel: Wird eine Frau angegriffen, so findet sie sich in einer unerwarteten Situation wieder, für die sie noch kein Handlungsschema hat – sie gerät unter enormen Stress. Entweder sie handelt und kämpft oder sie versucht zu fliehen. Diese Entscheidung wird nicht bewusst getroffen, sondern erfolgt reflexhaft (vgl. Huber 2009, S. 41). Kann die Frau sich erfolgreich wehren oder fliehen – man spricht von „Fight or Flight“ (ebd.) – hat sie gute Chancen, dass nach einer Zeit der Erholung die Reaktionen auf dieses Ereignis abklingen und sie es als eine belastende Begebenheit erinnert. Hat sie allerdings nicht die Möglichkeit zu kämpfen oder zu fliehen, so bleibt „Freeze und Fragment“ (ebd., S. 43) – Erstarren und Fragmentieren. Sie erstarrt in Todesangst und ist handlungsunfähig. Körpereigene Hormone, Endorphine und Noradrenalin, unterstützen diesen Prozess, sie sorgen für eine „Entfremdung vom Geschehen“ (ebd.). Hier hat ein traumatisches Ereignis stattgefunden. Die Erfahrung dieses Erlebnisses wird in kleinen Fragmenten abgespeichert, so dass keine integrierte Erinnerung möglich ist (ebd.).

Die Ursachen für ein Trauma können sehr vielfältig sein. Neben Gewalterfahrungen können auch Unfälle, der Verlust eines geliebten Menschen, Krankheiten, Krieg, das Miterleben von Gewalt als Zeuge oder die Arbeit mit traumatisierten Menschen auslösend sein. In Bezug auf das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit – Schwangerschaft und Geburt – ist das Zusammenleben von Kindern mit traumatisierten Eltern als Ursache eines Traumas von Bedeutung (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 18). Es gibt verschiedenen Möglichkeiten, ein Trauma zu klassifizieren.

Zwei werden hier kurz vorgestellt. Reddemann und Dehner-Rau unterscheiden anhand der Ursachen und der auslösenden Faktoren drei unterschiedliche Kategorien: man-made, also durch Menschen verursachte Traumata, Naturkatastrophen und kollektive Traumata, zum Beispiel Kriege (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 15). Die Autoren gehen davon aus, dass ein von einem Mensch verursachtes Trauma schwerer zu verarbeiten ist als ein Trauma der anderen Kategorien. Es scheint schwer zu verwinden, dass wir von einer Person, von der wir dachten, dass wir ihr vertrauen könnten, verletzt werden. Auf Naturkatastrophen haben wir keinen Einfluss, sie passieren ohne menschliches Zutun. Bei kollektiven Traumata trifft es viele Menschen, diese Gemeinsamkeit scheint tröstlich zu sein (vgl. ebd.). Diese beiden Kategorien müssen nicht ‚persönlich‘ genommen werden. Ruppert stellt eine weitere Kategorisierung vor, die sich eher an dem Kontext des Traumas orientiert. Er unterscheidet

- Existenztrauma: hier liegt eine tödliche Bedrohung vor;
- Verlusttrauma: gekennzeichnet durch den Verlust einer nahestehenden Person;
- Bindungstrauma: hier steht der Missbrauch einer emotionalen Verbindung im Vordergrund, zum Beispiel im frühkindlichen Bereich;
- Bindungssystemtrauma: hiermit sind moralisch nicht zu rechtfertigende Taten wie Inzest, Vergewaltigung innerhalb eines Bindungssystems, beispielsweise einer Familie gemeint (vgl. Ruppert 2012, S. 94f).

Für Ruppert sind die unterschiedlichen Arten der Traumata mit unterschiedlichen Gefühlen und emotionalen Konflikten verknüpft und fordern somit auch differenzierte Behandlungsansätze der professionellen Helfer (vgl. ebd.). Nicht immer lassen sich Traumata so klar umgrenzen, häufiger werden sich Überschneidungen finden. Für das hier zu behandelnde Thema scheint dieser Unterscheidungsansatz dennoch hilfreich, da er die Reaktionen und Handlungsmöglichkeiten verdeutlicht. Hebammen haben in der Regel mit zwei Generationen zu tun, die auf unterschiedliche Weise betroffen sein können. Wenn Schwangere und Mütter Gewalt erfahren haben, sind sie oft von einem Existenztrauma betroffen. Dazu besteht immer die Möglichkeit, dass sie aus ihrer Kindheit ein Bindungstrauma mitbringen oder, falls im familiären Bereich die Gewalt ausgeübt wurde, ein Bindungssystemtrauma. Wenn die Mutter durch ihre Vergangenheit hoch belastet ist, kann es passieren, dass sie ihre Beziehung zum Kind nicht ungestört aufbauen kann und es in der Folge zu einer Bindungsstörung (vgl. Brisch 2004, S. 35) oder zu Verhaltensauffälligkeiten (vgl. ebd., S. 36f) kommt. Dies wird in den folgenden Kapiteln noch näher ausgeführt. Ziel der helfenden Systeme muss es sein, diesen Kreislauf durch geeignete Unterstützung zu unterbrechen.



Folgen eines traumatischen Erlebnisses zeigen sich auf unterschiedlichen Ebenen. Neben den körperlichen – sichtbaren – Folgen stellen sicher die psychischen – häufig nicht sichtbaren – Veränderungen die größte Belastung dar.

### **2.3 Posttraumatische Belastungsstörung**

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – oder synonym Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) – ist eine mögliche Folge eines Traumas. Es finden sich unterschiedliche Angaben über den zeitlichen Zusammenhang zum auslösenden Trauma. Die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) nimmt einen Latenzzeitraum von einigen Wochen bis mehreren Monaten an (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI 2013). Die S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, die in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF veröffentlicht wurde, formuliert, dass die PTBS entweder unmittelbar oder mit mehrjährige Verzögerung eintreten kann (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203). Dieser Unterschied kann unter Umständen bei der Diagnostik einer PTBS eine Rolle spielen. Mehrere Symptome sind kennzeichnend für eine PTBS:

- Intrusionen: sich aufdrängende Erinnerungen, zum Beispiel Alpträume oder Flashbacks<sup>4</sup>;
- Hyperarousal: Übererregung, zum Beispiel Schlafstörungen, hohe Reizbarkeit und Affektstörungen;
- Vermeidung von belastenden Situationen, Orten und anderen Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind;
- Rückzug und emotionale Taubheit;
- bei Kindern: Nachspielen von Traumasituationen und eventuelle Verhaltensauffälligkeiten (vgl. ebd.).

Eine PTBS ist prinzipiell behandelbar, die Heilung weist aber keinen einheitlichen Verlauf auf. Es besteht eine hohe Neigung zu einer chronischen Erkrankung (vgl. DIMDI 2013). Die S3-Leitlinie schlägt zu Beginn der Therapie die Stabilisierung und Sicherung

---

<sup>4</sup> Unter einem Flashback versteht man ein „plötzliches intensives Wahrnehmen von Traumabestandteilen mit Wiedererlebensqualität“ (Huber 2009, S. 69). Dieser wird in der Regel durch einen Schlüsselreiz, den sogenannten Trigger, ausgelöst. Die Betroffenen erlebt die Erinnerung nicht als Erinnerung, sondern sie wähen sich in der damaligen traumatischen Situation.

der Patienten vor, ehe das Trauma bearbeitet und integriert werden kann (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203-206).

Diese Symptome können das Erleben einer Schwangerschaft und die angemessene Versorgung eines Säuglings unter Umständen negativ beeinflussen, wie noch gezeigt werden wird.

## 2.4 Prävalenz

Es ist nicht einfach, verlässliche Zahlen darüber zu bekommen, wie viele Menschen in Deutschland von Gewalt in seinen unterschiedlichen Formen betroffen sind. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Themenbereich Schwangerschaft und Geburt. Aus diesem Grund wird hier die Prävalenz von Gewalt gegen Frauen und Mädchen betrachtet. Das Bundesministerium für Familien Senioren, Frauen und Jugend hat im Jahr 1999 im Rahmen des Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ in Auftrag gegeben (vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ 2010, S. 5). Unter der Leitung von Frau Professorin Müller, Frau Dr. Schröttle und Frau Glammeier wurden 10.264 Interviews mit Frauen zwischen 16 und 85 Jahren geführt, in deren Verlauf diese nach ihren Gewalterfahrungen befragt wurden (vgl. ebd., S. 7). Die Ergebnisse wurden im Jahr 2003 veröffentlicht und sind für Deutschland noch immer die aktuellsten verfügbaren Zahlen. Die Frauen wurden gefragt, ob sie seit ihrem 16. Lebensjahr körperliche, sexualisierte oder psychische Gewalt erfahren haben. Körperliche Gewalt umfasste hierbei eine breite Spannweite von Ohrfeigen, Wegschubsen bis hin zu schweren Ausprägungen. Sexualisierte Gewalt wurde auf einen engeren Gewaltbegriff reduziert, es wurden lediglich die Formen von Gewalt beachtet, die strafrechtlich relevant sind. Bei der Erfassung von psychischer Gewalt reichte die Spannweite von Einschüchterung bis hin zu Psychoterror (vgl. ebd., S. 8f).

Ergebnisse:

- 37% aller Befragten gaben an, körperliche Gewalt erlebt zu haben;
- 13% aller Befragten hatten sexualisierte Gewalt erlebt;
- 58% geben an, sexuelle Belästigung erfahren zu haben;
- 42% der Frauen beantworteten die Frage nach psychischer Gewalt mit ‚Ja‘;
- 25% der Frauen haben in einer aktuellen oder früheren Beziehung körperliche oder sexualisierte Gewalt erlebt (vgl. ebd., S. 9).

Wenn berücksichtigt wird, dass vermutlich auch diese Zahlen noch eine Dunkelziffer aufweisen, so kann davon ausgegangen werden, dass in Deutschland mindestens jede dritte Frau über 16 Jahren körperliche Gewalt und jede siebte Frau über 16 Jahren sexualisierte Gewalt erfahren hat (vgl. ebd., S. 10f). In dieser Studie nicht erfasst wurde Gewalt, die sich gegen Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren richtet.

Im Jahr 2010 waren laut Polizeistatistik 14.407 Kinder von sexualisierter Gewalt betroffen, wobei hier nur das so genannte „Hellfeld“ (Bundesministerium für Justiz et al. 2012, S. 12) erfasst ist. Ein Kind ist oft nicht in der Lage Erwachsenen mitzuteilen, was ihm geschehen ist oder auch nur zu erkennen, dass ein Übergriff stattgefunden hat. Kann es sich mitteilen, so muss es noch von einem Erwachsenen ernst genommen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer sehr viel höher liegt (vgl. ebd., S. 12).

Für die Häufigkeit von körperlicher Kindesmisshandlung gibt es in Deutschland keine gesicherten Zahlen, da diese nicht meldepflichtig ist. Allerdings sind Studien veröffentlicht, die sich mit dem Erziehungsverhalten von Eltern auseinandersetzen. Hier zeigt sich, dass circa 10-15% aller Eltern ihre Kinder häufiger physisch bestrafen (vgl. Engfer 2005, S. 7f). Diese Zahl gibt einen Hinweis auf die weite Verbreitung körperlicher Gewalt gegen Kinder – trotz des Rechtes auf gewaltfreie Erziehung (vgl. BGB § 1631, Abs. 2). Das Robert-Koch-Institut geht davon aus, dass in Deutschland etwa 10-18% der Mädchen sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind (vgl. Hornberg et al 2008, S. 12). Nicht jede Gewalttat ist gleichzeitig ein Trauma, wie unter 2.2 bereits ausgeführt wurde. Bei der Vielzahl der möglichen Ursachen für ein Trauma ist dennoch die Wahrscheinlichkeit hoch, im Laufe des Lebens einmal eine traumatische Erfahrung zu machen. Forschungen gehen davon aus, dass bis zu 75% aller Menschen betroffen sind (Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 26). Viele erholen sich von dieser Erfahrung ohne professionelle Hilfe und ohne eine PTBS zu entwickeln (vgl. ebd., S. 27). Je nach Art des Traumas gibt es unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten für die Ausbildung einer PTBS:

- „Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- ca. 10% bei schweren Organerkrankungen [Herzinfarkt, Malignome]“ (Flatten et al. 2011, S. 203; Ergänz. i. Orig.).

Für Deutschland wird eine Lebenszeitprävalenz von 1,5 - 2% angenommen, in anderen Ländern geht man von bis zu 7% aus (vgl. ebd.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein großer Anteil der Frauen und Mädchen in Deutschland von Gewalt oder sexualisierter Gewalt oder einer Kombination von beiden betroffen ist. Die Gewalt hat entweder zu einem früheren Zeitpunkt stattgefunden oder die Frauen befinden sich noch in einer andauernden Gefährdungssituation. Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund von Gewalt Folgesymptome zu entwickeln, ist sehr hoch. Ein großer Prozentsatz dieser Frauen wird vermutlich im Laufe ihres Lebens schwanger werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2012, S. 28f) . Insofern ist es wichtig zu betrachten, welche Konsequenzen aus diesem Erleben für Schwangerschaft, Geburt und Mutter-Kind-Beziehung entstehen können.

## **2.5 Auswirkungen von Gewalt und Trauma im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt**

Für die vorliegende Arbeit werden die Auswirkungen von Gewalt auf die Gesundheit von Frauen in unterschiedlichen, gesondert zu betrachtenden Zeiträumen untersucht. Spezielle Beachtung findet hierbei die reproduktive Gesundheit. Der Chronologie folgend werden zunächst die Schwangerschaft und anschließend die Geburt betrachtet. Dem schließt sich die Wochenbett- und Stillzeit an. Besonders wichtig sind in diesem Rahmen auch die Effekte für den Aufbau der Mutter-Kind-Bindung. Folgen ergeben sich sowohl in körperlichen, psychischen als auch in emotionalen Belangen.

### **2.5.1 Schwangerschaft**

Folgen von Gewalt beeinträchtigen die Gesundheit von Frauen in vielerlei Hinsicht. In Abbildung 2 findet sich eine schematische Darstellung. Bereits vor einer Schwangerschaft können gesundheitliche Symptome auftreten, die das Eintreten einer Schwangerschaft erschweren, so zum Beispiel Eileiter- oder Eierstockentzündungen. Auch sexuell übertragbare Krankheiten gefährden zukünftige Schwangerschaften. Desweiteren beeinflussen gesundheitsgefährdeten Strategien zur Bewältigung der Gewaltfolgen die Gesundheit des Ungeborenen ungünstig. Diese Aussagen werden bestätigt durch die Studie: „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ (Müller et al. 2004). Frauen, die körperliche oder sexualisierte Gewalt nach dem 16. Lebensjahr erfahren hatten, geben deutlich häufiger als nicht von Gewalt betroffenen Frauen an, dass sie Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt erlebt haben (vgl. ebd., S. 152).

Abbildung 2: gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen



(Hellbernd 2004, S. 28)

Sie leiden außerdem häufiger unter Schmerzen und Entzündungen im Intimbereich (vgl. ebd., S. 154-157). Das Risiko für Teenagerschwangerschaften ist nach früherer sexualisierter Gewalt erhöht. Ein riskantes Sexualverhalten und die Sehnsucht nach einem Ausweg aus der bisherigen Lebenssituation werden als mögliche Ursachen genannt (vgl. Leeners et al. 2003, S.179).

Als weitere Auffälligkeiten im Zusammenhang von sexualisierter Gewalt und Schwangerschaft werden ein größeres Risikoverhalten – hier festgemacht an Nikotin-, Alkohol und Drogenmissbrauch – genannt (vgl. ebd., S. 180).

Dieser Abusus hat Auswirkungen auf das ungeborene Kind und kann zu schweren Schädigungen führen (vgl. Singer und Teyssen 2002, S. 1104, vgl. Osterlohe 2011, S. 469).

Weitere Merkmale:

- veränderte Aufmerksamkeit in Bezug auf körperliche Symptome, veränderte Körperwahrnehmung
- später Beginn oder keine Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen, das heißt unter Umständen späte oder gar keine Feststellung von Erkrankungen und Fehlentwicklungen
- Veränderungen des Körpergefühls: Scham, Empfindungslosigkeit, Angst vor Berührung
- körperliche Beschwerden
- Essstörungen, zu große oder zu geringe Gewichtszunahme
- vorzeitige Wehen und Frühgeburtsbestrebungen

- Panik während der Geburtsvorbereitung
- Depressionen
- massive Ängste vor der Geburt, Wunsch nach Sectio caesarea<sup>5</sup> oder Peridural-Anästhesie<sup>6</sup>
- häufigere Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche (vgl. Leeners et al. 2003, S.180, vgl. Erfmann 2005, S. 33).

Neben den körperlichen Erscheinungsbildern sind die Auswirkungen auf die Psyche der Schwangeren von Bedeutung.

Die zukünftige Elternrolle stellt die Frau beziehungsweise die Eltern vor eine enorme Herausforderung. Sie übernehmen die Verantwortung für ein neues Leben, müssen es fördern und erziehen. Diese Aufgaben „bedeuten eine *gravierende Veränderung für ihren eigenen Lebensweg*“ (Reh-Bergen 2007, S. 39; Hervorh. i. Orig.). In der Regel ist die Elternschaft mit einer Veränderung der bisherigen Rollenverteilung verbunden. Zwar haben die Väter heute die Möglichkeit, mehr Erziehungsverantwortung, zum Beispiel durch die Inanspruchnahme von Elternzeit, zu übernehmen, zumeist bleiben aber die Mütter nach der Geburt zu Hause und versorgen das Kind. Damit verbunden ist der Verlust von gesellschaftlicher Anerkennung (vgl. ebd., S. 40). Der Beginn der Elternphase wird oft als Krise erlebt, die andauert, bis sich die Eltern in die neuen Rollen eingefunden haben (vgl. ebd.). Im Falle einer vorbestehenden Traumatisierung treffen jetzt zwei Belastungen aufeinander. Auf der einen Seite die Folgen des Traumas oder die PTBS und auf der anderen Seite die körperlichen und emotionalen Belastungen durch die Schwangerschaft. Im Gegensatz zu nicht betroffenen Schwangeren kann von einer Doppelbelastung gesprochen werden, die von den Helfersystemen, also auch von den betreuenden Hebammen, mitberücksichtigt werden muss, um eine Re-Traumatisierung der Mutter und Folgen für das Kind abzuwenden.

### **2.5.2 Geburt**

Die Geburt ist ein körperlicher Vorgang, der von Frauen mit Gewalterfahrungen als emotional belastender erlebt wird als von unbelasteten Frauen (vgl. Leeners et al. 2003, S. 717f). Das vorangegangene Trauma ist verbunden mit Gefühlen von Hilflosig-

---

<sup>5</sup> Kaiserschnitt

<sup>6</sup> Form der Regional-Anästhesie, die häufig in der Geburtshilfe angewandt wird. Die Gebärende ist hierbei weitestgehend schmerzfrei. Allerdings wird neben dem Schmerz auch die Empfindungsfähigkeit im Becken- und Beinbereich eingeschränkt.

keit und Handlungsunfähigkeit. Die Geburt wird nun häufig als erneuter Kontrollverlust erlebt und als solcher bekämpft (vgl. ebd.). Häufig entstand das Trauma in Zusammenhang mit einem Vertrauensbruch, nun müssen die Frauen in dieser Ausnahmesituation, der sie sich mehr oder weniger ausgeliefert fühlen, zu den Hebammen und Geburtshelfern Vertrauen aufbauen (vgl. ebd.). Nicht frei wählbare Geburtspositionen, geringe Handlungs- und Einflussmöglichkeiten, Lagerung in Steinschnittlage zur Durchführung einer operativen Geburtsbeendigung, das Festhalten der Beine oder auch der Handgriff nach Kristeller<sup>7</sup> betonen die Abhängigkeit (vgl. ebd.). Der Geburtsvorgang an sich und die ihn begleitenden medizinischen Maßnahmen sind angefüllt mit Triggern<sup>8</sup>, die an das erlebte Trauma erinnern und somit Flashbacks und Dissoziationen auslösen können (vgl. ebd., vgl. Erfmann 2003, S. 33).

Traumatisierte Frauen beschreiben die Geburten oft als schmerzhafter als Frauen, die kein Trauma erlebt haben. Einige Frauen wünschen dringend den Einsatz von Schmerzmitteln, andere befürchten dadurch mögliche Flashbacks. Die Geburt kann protrahiert verlaufen, genauso ist es möglich, dass es durch die Ausblendung und Nicht-Wahrnehmung von Schmerzen zu Sturzgeburten kommt. Insbesondere nach oralen Gewalterfahrungen können Atemschwierigkeiten auftreten (vgl. Leeners et al. 2003, S. 717). Der Einsatz von invasiven Methoden wie Blasen-Katheter, das Legen von Braunülen<sup>9</sup> oder vaginal operative Geburtsbeendigungen können ebenfalls als Trigger wirken und Flashbacks auslösen.

### **2.5.3 Wochenbett und Stillzeit**

Die Geburt und die sie begleitenden Umstände können an sich schon traumatisch sein. Mögliche Ursachen sind Notfall-Kaiserschnitte, die Trennung vom Kind, unerwartete oder ungewollte Interventionen (vgl. Klaus 2006, o. S.). Im Wochenbett setzten sich die Herausforderungen für traumatisierte Frauen fort. Sie sind nicht in der Lage, die Situation zu kontrollieren. Sie sind abhängig vom Säugling, der nun den Tagesrhythmus und Ablauf bestimmt. Die Frauen haben ihre Selbstständigkeit scheinbar verloren. Milch- und Wochenfluss, Schmerzen im Vaginalbereich und nächtliche Störungen können

---

<sup>7</sup> Hierbei wird wehensynchron mit großer Kraft auf den Oberrand der Gebärmutter gedrückt, um den Austritt des kindlichen Kopfes zu beschleunigen. Dies wird von den Frauen häufig als sehr schmerzhaft erlebt.

<sup>8</sup> Schlüsselreize

<sup>9</sup> Periphere Venenverweilkanüle

---

wieder als Trigger wirken. Frauen, die durch sexualisierte Gewalt traumatisiert wurden, haben ein erhöhtes Risiko, an einer postpartalen<sup>10</sup> Depression zu erkranken (vgl. Leeners et al. 2002, S. 717, vgl. Erfmann 2003, S. 33).

#### **2.5.4 Mutter-Kind-Bindung**

Die Auswirkungen früherer Traumatisierungen auf die Bindung zwischen Mutter und Kind können gravierend und mit weitreichenden Folgen für das Kind sein. Jeder Säugling ist auf Schutz und Bindung angewiesen, dies ist lebenswichtig. Das Bindungsverhalten, das im ersten Lebensjahr erlernt wird, bleibt ein Leben lang von Bedeutung (vgl. Brisch 2004, S. 29). Es werden vier unterschiedliche Bindungstypen genannt: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert beziehungsweise desorientiert. Der Bindungsstil wird zwischen den Generationen weitergegeben. Untersuchungen haben gezeigt, „dass mit einer 75% Übereinstimmung sicher gebundene Mütter häufiger auch sicher gebundene Kinder haben, beziehungsweise Mütter mit einer unsicheren Bindungshaltung auch häufiger Kinder, die mit einem Jahr unsicher gebunden sind“ (ebd., S.33). Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass ein desorganisierter Bindungsstil der Kinder mit Traumata der Eltern in Verbindung steht (vgl. ebd., S. 35). An dieser Stelle wird ein Teufelskreis deutlich: Kinder mit einer Bindungsstörung zeigen Symptome wie beispielsweise Schrei-, Schlaf oder Essstörungen (vgl. ebd.). Sie treffen nun auf Bindungspersonen, in diesem Falle Mütter, die auf Grund ihrer Traumata und einer PTBS einen höheren Stresslevel aufweisen als andere Mütter. Es ist möglich, dass sie durch das Verhalten ihres Säuglings getriggert und an ihr eigenes Trauma erinnert werden (vgl. ebd.). Gleichzeitig verstärkt das Schreien des Kindes die mütterliche Überregung, dies kann in der Folge die Unruhe des Kindes verstärken. Es spürt, dass ihm die Mutter emotional nicht zur Verfügung steht (vgl. ebd., S. 36). Dieses führt zu vermehrter Erregung des Säuglings, eventuell entwickelt es sich zu einem Schreibaby, was wieder den Stresslevel der Mutter weiter erhöht (vgl. Erfmann 2003, S. 33). Eine weitere Schwierigkeit im Zusammenleben zwischen Mutter und Kind sind die Ängste, die die Mutter mit sich trägt. Dies trifft insbesondere auf Frauen zu, die sexualisierte oder körperliche Gewalt erfahren haben. Ihnen fehlen häufig positive Vorbilder, an denen sie sich orientieren können. Es kann passieren, dass eine junge Mutter eine idealisierter Vorstellung von ihrer Mutterrolle hat, die sie nicht erreichen kann. Das kann zu Stress, Wut und Enttäuschung und damit zu Überforderung führen (vgl.

---

<sup>10</sup> nachgeburtlichen



Leeners et al. 2003, S. 718). Männliche Säuglinge können mit dem Täter verglichen werden, weibliche lösen Angst aus, dieses Kind vielleicht nicht schützen zu können. Beides beeinträchtigt unter Umständen die Versorgung des Kindes (vgl. ebd.).

### **3 Die Arbeit der Hebamme**

Schwangere, Mütter und Familien werden in Deutschland von Hebammen und Familienhebammen betreut. In den folgenden Kapiteln wird näher erläutert, welche Betreuungsaufgaben Hebammen übernehmen und es wird ein kurzer Einblick in den Auftrag der Familienhebammen gegeben. Dadurch wird klar, weshalb diesem Berufsstand in der Arbeit mit traumatisierten schwangeren Frauen und Müttern eine besondere Bedeutung zukommt.

#### **3.1 Aufgaben und Kompetenzen**

Die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme wird erteilt, wenn die vorgeschriebene Ausbildungszeit – zurzeit drei Jahre – und die staatliche Prüfung erfolgreich absolviert wurden (vgl. HebG § 3 Abs. 1). Ein Vertrag zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen regelt ihre Aufgaben und Tätigkeiten: „Ziel der Hebammenhilfe ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch

- Beratung und Hilfe bei Schwangerschaft und deren Beschwerden,
- Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft einschließlich der Aufklärung über mögliche Abweichungen vom normalen Verlauf,
- Hilfe bei Wehen und der Geburt,
- Beratung, Hilfe und Untersuchung bei Überwachung des Wochenbettverlaufs<sup>11</sup> und der Entwicklung des Säuglings,
- Stillförderung und Unterstützung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen des Säuglings“ (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, § 3, Abs. 1).

Hebammen arbeiten freiberuflich oder angestellt. Einige beschränken ihre Tätigkeit auf den Kreißaal, begleiten ausschließlich den Zeitraum der Geburt. Andere Kolleginnen arbeiten auf der Wochenstation und betreuen die Mütter mit ihren Babies während der Tage nach der Geburt bis zur Entlassung nach Hause. Hebammen arbeiten in gynäko-

---

<sup>11</sup> Unter Wochenbett versteht man den Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Geburt.

logischen Praxen, wo sie die Mutterschafts-Vorsorgeuntersuchungen durchführen und Schwangere zu unterschiedlichen Fragestellungen beraten. Viele Hebammen arbeiten freiberuflich. Sie haben die Möglichkeit, die Schwangerschaft und das Wochenbett zu begleiten, zum Teil übernehmen sie auch die Betreuung der Geburt, in dem sie die Gebärende in der Klinik, zu Hause oder in einem Geburtshaus betreuen. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen erstattet, die Schwangeren und Wöchnerinnen bestimmen, in welchem Umfang sie Unterstützung wünschen. Das Hebammengesetz enthält einen Passus, der für die Arbeit der Hebammen wesentlich ist: die sogenannte Hinzuziehungspflicht. Diese besagt, dass zu jeder Geburt – ausgenommen Notfälle – eine Hebamme hinzugezogen werden muss (vgl. HebG § 4, Abs. 1). Das heißt, bei quasi jeder Geburt in Deutschland ist eine Hebamme anwesend und betreut die Frau. Ein großer Teil der Frauen lässt auch das Wochenbett zu Hause von einer Hebamme begleiten, den Kontakt zu ihr muss die Frau selbst herstellen. Damit lässt sich sagen, dass dieser Berufsstand in der Betreuung von schwangeren oder gebärenden Frauen und von Wöchnerinnen eine zentrale Rolle hat.

### **3.2 Die Arbeit der Familienhebamme / Familiengesundheitshebamme**

Eine Familienhebamme oder Familiengesundheitshebamme ist eine Hebamme, die ihr Betätigungsfeld erweitert hat, indem sie eine Zusatzqualifikation erworben hat. Sie wird dadurch in die Lage versetzt „Mütter und Familien – die ausgiebiger oder länger die Hilfe einer Hebamme brauchen, weil sie sich in besonderen oder schwierigen Lebenssituationen befinden – zu unterstützen“ (Deutscher Hebammenverband e. V. 2013). Die besonderen Lebenssituationen können sich durch chronische oder akute Krankheiten, Paarkonflikte, die die Versorgung des Kindes gefährden, Frühgeburten, Drogenproblematiken oder auch frühere oder gegenwärtige Gewaltsituationen definieren (vgl. ebd.). Familienhebammen haben die Gelegenheit, länger als von den Krankenkassen finanziert, in den Familien zu arbeiten. Ihre Tätigkeit endet mit dem zweiten Geburtstag des Kindes. Die Finanzierung wird in der Regel von den Jugend-, Gesundheits- oder Sozialämtern der Städte und Kommunen übernommen. Sie arbeiten nicht an Stelle der Hebamme, sondern in Ergänzung (vgl. ebd.). Im Folgenden wird der bekanntere Begriff Familienhebamme verwandt, es sind immer auch die Familiengesundheitshebammen mit gemeint.

### 3.3 Relevanz

Aus dem bisher Dargestellten ergibt sich die Relevanz, die das Thema Trauma für die gemeinsame Arbeit von Hebammen beziehungsweise Familienhebammen und schwangeren Frauen und Müttern hat. Der weitaus größte Teil aller Frauen bekommt im Laufe ihres Lebens Kinder (vgl. Statistisches Bundesamt 2012, S. 28f), ein großer Teil von ihnen hat traumatische Erfahrungen gemacht. Das bedeutet, dass Hebammen in ihrer Berufstätigkeit wissentlich oder unwissentlich mit dem Thema und damit mit den Folgen von Gewalt konfrontiert sind. Die Schwangeren und Mütter sind ihnen in einer Ausnahmesituation anvertraut, die an sich schon das Risiko einer Traumatisierung birgt, wie bereits erläutert wurde. Hebammen unterstützen den Beginn eines neuen Lebensabschnittes, der für jede Frau und für jedes Elternpaar mit großen Herausforderungen verbunden ist. Die Herausforderung ist aber umso größer und schwieriger zu bewältigen, wenn die Frau durch Vorerfahrungen belastet ist.

Die Arbeit der Hebammen ist intensiv und berührt im wahrsten Sinne des Wortes sowohl intime Körper- als auch Lebensbereiche, so dass ihnen eine hohe Verantwortung zukommt. Sie tragen maßgeblich dazu bei, wie Frauen die Zeit der Schwangerschaft, die Geburt, das Wochenbett und auch den Beginn der Mutter-Kind-Beziehung erleben. Die Literatur, die zu dem Themenbereich Trauma und Geburt zu finden ist, bezieht sich in erster Linie auf die Auswirkungen, die Gewalt auf das Erleben der Schwangeren und auf ihre Beziehung zum Kind haben kann. Daraus deduktiv abgeleitet werden Forderungen, wie die Hebamme mit den Frauen umgehen sollte. Anja Erfmann, die Verfasserin der Diplomarbeit „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“ (Erfmann, 1998) hat dazu in der Deutschen Hebammen Zeitschrift einen Artikel veröffentlicht, in dem sie – ableitend von den zuvor geschilderten Auswirkungen – „Chancen in der Betreuung“ (Erfmann 2005, S. 34) vorstellt. Ähnliches Vorgehen findet sich in der Veröffentlichung „Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter“ (Leeners et al. 2003). Hier werden „Therapeutische Möglichkeiten“ (ebd., S. A 718) genannt. Einen wichtigen Beitrag, auf den sich etliche Sekundärquellen beziehen, haben Hildegard Hellbernd et al. mit dem S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm geleistet. Wissenschaftlich begleitet wurde ein Programm entwickelt und implementiert, um die gesundheitliche Versorgung von Frauen nach häuslicher und sexualisierter Gewalt zu verbessern (vgl. Hellbernd et al. 2003). Die Begleitforschung widmet sich unter anderem der Fragestellung, wie hoch die Prävalenz von häuslicher, körperlicher, emotionaler und sexualisierter Gewalt bei Patientinnen im Krankenhaus ist und welche Unterstützung Patientinnen von Ärzten und Pflegepersonal wünschen (vgl. ebd., S. 98f). Diese Forschung widmet sich eher

allgemein dem Thema Gewalt und Gesundheit und das Interventionsprogramm liefert wertvolle Hinweise für die Arbeit mit Frauen im Krankenhaus. Der Themenbereich Schwangerschaft wurde allerdings nicht explizit hervorgehoben. Hellbernd und Brzank haben sich 2007 mit der Fragestellung „Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt“ (Hellbernd und Brzank 2007, S. 88-102) beschäftigt, es steht schwerpunktmäßig um in der Schwangerschaft erlebte Gewalt und ihre Auswirkungen im Vordergrund. Auch hier werden mit Verweis auf Veröffentlichungen von Erfmann und Leeners eher allgemeinere Hinweise gegeben, wie mit gewaltbetroffenen Frauen umgegangen werden soll. „Sensible Begleitung von gewaltbetroffenen Frauen während der Schwangerschaft und Geburt“ (ebd., S. 95) wird gewünscht. Im Jahr 2012 wurden vom Deutschen Hebammenverband e. V. (DHV) die „Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen“ herausgegeben. Die Fachgruppe T.A.R.A. war an der Entstehung dieser Broschüre maßgeblich beteiligt. T.A.R.A. steht als Kürzel für die wichtigsten Themenbereiche: **T**raumatische Erlebnisse, **A**uswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit, **R**espektvoller Umgang und **A**chtsamkeit (vgl. DHV 2012, S. 7). Die Fachgruppe bestand aus Fachfrauen unterschiedlicher Berufsgruppen (Hebammen, Psychologinnen, Ärztinnen, Sozialpädagoginnen). Im ersten Teil werden auf Basis der gesichteten Literatur die theoretischen Hintergründe der Themen Gewalt, Trauma und Auswirkungen erläutert, daran anschließend werden Schlüsse gezogen, wie traumasensible Hebammenbetreuung gestaltet sein sollte. Die hier gegebenen Empfehlungen sind auf Grund der geprüften Literatur formuliert worden, es wurden keine eigenen Untersuchungen durchgeführt (vgl. ebd., S. 12).

Die vorliegende Arbeit wählt einen anderen Weg. Sie beschäftigt sich mit der Frage, welche Erwartungen traumatisierte Frauen an die Hebammenbetreuung haben und wie sie diese dann erleben. Sie stellt damit die eigentlichen Expertinnen für das Thema, die betroffenen Frauen selbst, in den Mittelpunkt der Untersuchung.

## 4 Studiendesign

In diesem Kapitel wird erläutert, wie bei der Durchführung der Studie vorgegangen wurde. Für die Forschung waren folgende Fragen von besonderem Interesse:

- Welche Vorstellungen haben Frauen mit einem Trauma in der Anamnese in Bezug auf das Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?
- Welche Erwartungen haben sie an die Betreuung durch Hebammen?
- Wie haben sie die Betreuung rückblickend erlebt?

- Welche Schlüsse ziehen sie aus dem Erlebten für eine erneute Zusammenarbeit mit Hebammen im Falle einer weiteren Schwangerschaft?

Die Untersucherin möchte eine Vorstellung bekommen, was belastete Frauen denken, erwarten und vielleicht auch fürchten. Ziel ist es – darauf aufbauend – mehr Verständnis für die Belange von traumatisierten Frauen in der Hebammenarbeit zu erlangen. Dieser Ansatz entspricht dem der Grounded Theory, deren Zweck es nicht ist, bestehende Hypothesen zu verifizieren oder falsifizieren. Die Grounded Theory hat „die Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von in der Sozialforschung systematisch gewonnenen Daten“ (Glaser und Strauss 2010, S. 20) zum Ziel. Wie in den vorangegangenen Kapitel dargestellt, wurden bisherige Empfehlungen zur Hebammenbetreuung weitestgehend abgeleitet von den Auswirkungen, die Gewalt und Trauma auf Schwangerschaft und Geburt haben. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchung können als Ergänzung oder auch Bestätigung dazu verstanden werden. Sie können eine Unterstützung für das Arbeitsgebiet der Hebammen darstellen und gegebenenfalls die Betreuung der Schwangeren und Mütter verbessern.

#### **4.1 Methodik**

In der Untersuchung werden Bereiche thematisiert, die das persönliche Erleben der Probandinnen ansprechen. Traumatisierte Menschen bedürfen besonderen Schutzes und erfordern eine große Sensibilität der Umgebung. Das Erleben einer Schwangerschaft und einer Geburt kann ebenfalls traumatisch sein, zweifellos ist es eine sehr intime Erfahrung. Die Befragung sollte aus diesem Grund in jedem Fall in einem persönlichen Kontakt stattfinden. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit möchte Einblick in das individuelle Erleben und in intime Empfindungen erlangen. Dies kann am besten gelingen, wenn die Probandinnen frei berichten können. Als Methode wird aus diesem Grund ein fokussiertes Interview (vgl. Merton und Kendall 1979, S. 171f) gewählt. Dieses Instrument zählt zu den qualitativen Methoden der Sozialforschung. Mit Hilfe der Befragung versucht man „stärker in die Tiefe zu gehen, die interviewten Personen ausführlicher zu Wort kommen zu lassen und das gewonnenen Material intensiver auszuwerten“ (Diekmann 2010, S. 532). Das Interview wird mit Hilfe von Leitfragen durchgeführt. Diese sollen sicherstellen, dass alle wesentlichen Aspekte im Gespräch Beachtung finden. Der Interviewerin bleibt es hierbei überlassen, mit welcher Formulierung und zu welchem Zeitpunkt die Fragen gestellt werden (vgl. ebd., S. 537).

## 4.2 Ethische Überlegungen

Das Thema Trauma ist von hoher Brisanz für die Betroffenen. Die Relevanz des Untersuchungsgegenstandes wurde in den vorangehenden Kapiteln dargestellt. Dennoch bleiben Bedenken, die es zu prüfen gilt, um das Wohl der Frauen zu wahren.

Es besteht die Möglichkeit, dass die Betroffene im Rahmen der Befragung an frühere traumatische Erlebnisse erinnert wird, so dass das Gespräch als Triggerreiz wirkt und unter Umständen einen Flashback auslöst. Das kann für die Interviewpartnerin eine große Belastung darstellen und zu einer erneuten Verletzung der Frau im Sinne einer Re-Traumatisierung führen. Falls die Interviewerin nicht auf ein solches Geschehen vorbereitet ist, kann es ebenfalls für sie zu einer schwierigen Situation werden. Aus diesem Grund erscheint es wichtig, folgende Vorsichtsmaßnahmen zu berücksichtigen:

- Die Auswahl der Interviewpartnerinnen muss mit großer Sorgfalt durchgeführt werden. Dies wird in Kapitel 4.3 näher erläutert.
- Die Fragen für das Leitfadenterview werden im Vorfeld mit einer erfahrenen Therapeutin besprochen, um nach Möglichkeit verletzende Fragen oder Fragestellungen zu vermeiden.
- Die Interviewerin muss über Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Menschen verfügen, um in kritischen Gesprächssituationen angemessen reagieren zu können. Sie muss Reaktionen der Interviewpartnerinnen abschätzen können, um ein mögliches Gefahrenpotential zu erkennen. In der hier beschriebenen Studie ist diese Voraussetzung erfüllt. Die Durchführende und Verfasserin der vorliegenden Arbeit verfügt sowohl über eine entsprechende Qualifikation als auch über genügend Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Frauen.
- Unter Umständen setzten Reaktionen erst nach Abschluss des Interviews ein. Für diesen Fall bleibt die Interviewerin für die Probandinnen ansprechbar.
- Falls notwendig kann der Kontakt zu einer erfahrenen Therapeutin hergestellt werden.

Unter Beachtung dieser Vorsichtsmaßnahme und mit der dem Thema gebührenden Sensibilität scheint die geplante Untersuchung ohne weitere Bedenken durchführbar.

## 4.3 Auswahl der Studienteilnehmerinnen

Aus den zuvor dargestellten Überlegungen ergibt sich, dass als Interviewpartnerinnen nur Frauen in Frage kommen, die mehrere Kriterien erfüllen. Die Fragestellung setzt voraus, dass sie mindestens ein Kind geboren haben und über persönliche Erfahrungen mit einer oder mehrerer Hebammen verfügen. Desweiteren sollten sie traumati-

sche Erfahrungen gemachte haben. Trauma stellt ein subjektives Erleben dar, wie in Kapitel 2.2 erläutert wurde. Es kann unterschiedliche Ursachen und Wirkungen haben. Frauen kommen mit den unterschiedlichsten Traumata und Folgeerscheinungen in der Anamnese in die Hebammenbetreuung. Für die hier vorliegende Arbeit ist es nicht von Belang zu differenzieren, welcher Art und welcher Schwere das erlebte Trauma ist. Hier zu unterscheiden ist ebenfalls nicht Aufgabe der betreuenden Hebammen. Für die Auswahl der Interviewpartnerinnen wird die eigene Wahrnehmung der Frau als Indikator genommen: Wenn sie sich als traumatisiert beschreibt, kann sie an der Untersuchung teilnehmen.

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit verfügt mit ihrer Profession als freiberufliche Hebamme und angestellte Familienhebamme über einen guten Feldzugang. Die vorhandenen beruflichen Netzwerke können genutzt werden, um mögliche Probandinnen zu finden. Diese werden mit Hilfe eines Informationsblattes (siehe Anhang 1) über den Ablauf und das Ziel der Untersuchung informiert. Falls sie Interesse an einer Teilnahme haben, können sie Kontakt zur Verfasserin der vorliegenden Arbeit aufnehmen. Zu Beginn findet ein persönliches Vorgespräch statt. Neben den im vorangehenden Kapitel genannten Aspekten wird hier Wert darauf gelegt, dass die möglichen Teilnehmerinnen ihre Traumata in vorangehenden Psychotherapien entsprechend bearbeitet haben und einen psychisch stabilen Eindruck hinterlassen. Den Frauen wird noch einmal geschildert, welcher Zweck mit den Interviews verfolgt wird, ihnen wird Anonymität zugesichert, sie werden aufgeklärt, dass das Gespräch akustisch aufgezeichnet wird und es wird deutlich gemacht, dass sie selbstverständlich jederzeit ihr Einverständnis zurückziehen und das Gespräch beenden können. Den Teilnehmerinnen werden einige Tage Bedenkzeit zugestanden, erst danach wird ein Interview-Termin gesucht. Innerhalb kurzer Zeit erklärten sich drei Frauen, die die oben genannten Kriterien erfüllten, bereit, an der Studie teilzunehmen. Zu bemerken ist noch, dass alle drei Frauen der Verfasserin der vorliegenden Arbeit durch berufliche oder persönliche Zusammenhänge bekannt sind. Dies wird nicht als Hinderungsgrund für die Teilnahme gesehen. Das bereits bestehende Vertrauensverhältnis vermag eher zu einer offeneren Gesprächsatmosphäre bei diesem sensiblen Thema führen. Vor dem Interview wurde von der Befragerin nicht detailliert über die erlebte Hebammenbetreuung gesprochen, die notwendige Offenheit den Ergebnissen gegenüber ist also weiterhin gegeben.

#### **4.4 Studienzeitraum**

Für die Vorbereitung der Studie, also die Entwicklung des Forschungsdesign, die Literaturrecherche, die Entwicklung und Überprüfung der Leitfragen und die Auswahl der Studienteilnehmerinnen wird ein Zeitrahmen von zwei Monaten als ausreichend erachtet. Die Monate Juli und August 2013 werden dafür eingeplant, ab Oktober können die Interviews durchgeführt werden. Hierfür werden inklusive der Auswertung weitere zwei Monate eingeplant, so dass die Studie Ende November beendet sein sollte.

#### **4.5 Datenauswertung**

Die Interviews werden akustisch dokumentiert. Um sie auswerten zu können, müssen sie im nächsten Schritt zunächst wörtlich transkribiert werden, hierbei wird das gesprochene Wort ins Schriftdeutsch übertragen (vgl. Mayring 2002, S. 91). Pausen in der Erzählung werden wie folgt durch Auslassungszeichen kenntlich gemacht: (...). Worte und Satzteile, die besonders betont wurden, werden durch Großschreibung in der Transkription hervorgehoben. Anschließend werden die Interviews qualitativ ausgewertet. Ziel der Studie ist es, neue Zusammenhänge zu entdecken, aus diesem Grund wird zur Auswertung das Theoretische Sampling (vgl. Glaser und Strauss 2010, S. 78) als Methode der Grounded Theory angewendet. Die Transkripte der Interviews werden dazu offen kodiert. Die Befragungen werden in größerem zeitlichem Abstand durchgeführt, so dass es im Sinne der Hermeneutik möglich ist, die Erkenntnisse des bereits geführten Interviews in das folgende Gespräch mitzunehmen und gegebenenfalls zu überprüfen.

### **5 Durchführung der Interviews**

Wie im Vorfeld geplant konnten die Interviews im Oktober und November 2013 durchgeführt werden. Zwischen dem ersten und zweiten Gespräch lagen zehn Tage, die dritte Befragung folgte mit zwei Wochen Abstand. Alle drei Gespräche fanden auf Wunsch der Befragten in ihrer häuslichen Umgebung statt, alle hatten für ein störungsfreies Umfeld gesorgt. Zu Beginn wurden sie noch einmal über den Zweck der Interviews aufgeklärt, ihnen wurde nahegelegt, dass sie jederzeit das Gespräch abbrechen können, wenn sie das möchten.



### **5.1 Das erste Interview (I 1)**

Das vollständige Transkript von Interview Eins ist im Anhang 2 hinterlegt. Die erste Gesprächspartnerin hat vor acht Jahren einen Sohn geboren (vgl. I 1, Z. 1-5), sie hatte sich in der Schwangerschaft eine sogenannte Beleghebamme gesucht (vgl. ebd., Z. 10). Dies bedeutet, eine freiberufliche Hebamme betreut die Frau während der Schwangerschaft und im Wochenbett und sie begleitet auch zur Geburt in das ausgewählte Krankenhaus. Dort ersetzt sie eine angestellten Kollegin. Diese Möglichkeit bedeutet für die Gebärende, dass sie die sie betreuende Hebamme bereits über einen längeren Zeitraum kennt und von ihr im Verhältnis eins zu eins unterstützt wird. Die beauftragte Hebamme ist ausschließlich für diese eine Kreißende zuständig. Die Geburt bei dieser Gesprächspartnerin war zunächst in dem Geburtshaus geplant, welches dem Krankenhaus angeschlossen ist. Im Verlauf der Wehentätigkeit wurde die Interviewpartnerin in den Kreißsaal der Klinik verlegt (vgl. ebd., Z. 42). Hier lag also die Betreuung der Frau bei einer einzigen Hebamme, die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett begleitete. Vor Beginn des Interviews teilte die Probandin mit, dass sie etwas erschöpft sei, wollte aber am heutigen Termin festhalten. Das Gespräch dauerte eine halbe Stunde.

### **5.2 Das zweite Interview (I 2)**

Diese Interviewpartnerin hat ihr erstes Kind vor wenigen Monaten mit Hilfe von verschiedenen Hebammen auf die Welt gebracht (vgl. I 2, Z. 35, 38 und 105). Die Geburt war zunächst in einem Geburtshaus geplant, allerdings wurde die Gebärende während der Wehen ins Krankenhaus verlegt, in dem die bisherigen Hebammen nicht tätig werden konnten. Hier übernahm eine weitere Kollegin die Betreuung (vgl. ebd., Z. 130-137). Die Betreuung im Wochenbett wurde wieder von der zuerst beauftragten Hebamme übernommen (vgl. ebd., Z. 182). Auch diese Interviewpartnerin berichtete von leichten gesundheitlichen Beschwerden zum Zeitpunkt des Gesprächs, nahm aber ebenfalls das Angebot eines neuen Termins nicht an. Die Befragung dauerte fast eine Stunde, das vollständige Transkript I 2 findet sich im Anhang 3.

### **5.3 Das dritte Interview (I 3)**

Hier handelt es sich um eine Frau, die zwei Kinder geboren hat und bis auf wenige ärztliche Untersuchungen (vgl. I 3, Z. 8) während der gesamten Zeit ausschließlich von einer Hebamme betreut wurde. Beide Geburten fanden in häuslicher Umgebung statt

(vgl. ebd., Z. 6 und 14). Diese Interviewpartnerin arbeitet selbst als Hebamme, verfügt somit sowohl über persönliche als auch berufliche Erfahrungen mit den Themen Trauma und Geburt. Zum Zeitpunkt des Gesprächs fühlte sich die Probandin gesundheitlich wohl, berichtete aber von einem anstrengenden Tag. Die Abschrift dieses 40 minütigen Gespräches findet sich im Anhang 4.

## **6 Ergebnisse**

Die Fragestellung der Untersuchung war zweigeteilt.

Zunächst wollte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit erfahren, welche Erwartungen traumatisierte Frauen an die betreuende Hebamme hatten, anschließend stellte sich die Frage, ob diese Erwartungen auch erfüllt wurden und wie hilfreich oder nicht hilfreich die Begleitung erlebt wurde. Bei der Auswertung der drei Interviews sind noch weitere Aspekte aufgetaucht, die in der ursprünglichen Fragestellung nicht enthalten waren, die dennoch aber von großem Interesse zu sein scheinen. In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse vorgestellt.

### **6.1 Erwartungen an die Hebammenbetreuung**

Allen drei Frauen war bewusst, dass es unter der Geburt in Folge des früheren Traumas zu Schwierigkeiten kommen könnte. Die erste Interviewpartnerin (IP) drückt das wie folgt aus: „...weil ich wusste, dass es in meinem Fall auch zu Sturzgeburten und dergleichen kommen kann. Dass ich da quasi sehr sensibel mit dem Thema umgehen muss“ (I 1, Z. 10). Eine andere Frau formuliert „ich konnte mir nicht vorstellen, WAS es für Schwierigkeiten gibt, aber ich, für mich war klar, die müssen das wissen, weil es könnte Schwierigkeiten mit mir geben“ (I 3, Z. 18). Alle drei entschieden sich, der Hebamme gegenüber diesen Teil ihrer Geschichte zu veröffentlichen. Der Zeitpunkt, an dem die frühere Traumatisierung bekannt gemacht wurde, unterscheidet sich aber erheblich. Eine Frau ist sehr direkt mit dem Thema umgegangen und hat bereits im Erstgespräch davon berichtet. Sie ist davon ausgegangen, dass die Hebamme danach einschätzen kann, ob sie sich die Betreuung zutraut oder nicht (vgl. I 1, Z. 16). Die zweite IP konnte den Zeitpunkt nicht frei wählen, sie fühlte sich „gedrängt“ (I 2, Z. 43). Allerdings hatte auch sie grundsätzlich den Gedanken, dass es hilfreich für die Hebamme sein könnte, wenn sie informiert sei: „...damit DIE sich dann auf mich und uns einstellen kann“ (ebd.). Auch die dritte IP teilte der Hebamme das frühere Trauma mit,

allerdings nach einigen Terminen. Sie wollte kein weiteres Gespräch darüber, sondern beließ es bei der Mitteilung (vgl. I 3, Z. 26).

Es fällt auf, dass vor allem IP eins und zwei nicht ihre eigenen Betreuungsbedürfnisse mit der Veröffentlichung verbunden haben, sondern damit zunächst die Hebamme schützen wollten. Diese sollte „wissen, worauf sie sich einlässt“ (I 1, Z. 16), es war „wichtig, dass sie die Chance hat uns kennenzulernen und sich quasi auf uns einzustellen“ (I 2, Z. 23). Die dritte IP verband damit die Hoffnung auf adäquate Unterstützung, sollte sie auf ungewöhnliche Weise unter der Geburt reagieren (vgl. I 3, Z. 18).

In den Interviews zeigt sich, dass es Erwartungen gab, die formuliert werden konnten und solche, die unausgesprochen geblieben sind. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Zunächst werden hier die Erwartungen erläutert, die den Hebammen gegenüber deutlich gemacht werden konnten.

### **6.1.1 Ausgesprochene Erwartungen**

Bei der zweiten IP kommt sehr stark der Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung zum Ausdruck. Sie konnte in der Schwangerschaft deutlich formulieren, dass sie erwartete, alleine gelassen zu werden und selbst zu bestimmen, was passiert (vgl. I 2, Z. 23-25). Sie beschreibt das als „aktive Hintergrundrolle“ (ebd., Z. 216). IP eins berichtet ähnliches. Sie betont ihre eigene Kontrollfähigkeit, erwähnt an vielen Stellen, dass sie Stabilisierungstechniken beherrsche, falls sie getriggert würde (vgl. I 1, Z. 14, 24). Gleichzeitig erwartete sie, dass die Hebamme rasch reagiert, sollte sie an ihre Grenzen kommen und Unterstützung, zum Beispiel zur Schmerzerleichterung, benötigen (vgl. ebd., Z. 14). Die dritte IP äußerte im Rahmen der ersten Schwangerschaft wenig klare Wünsche, konnte aber ihre Ängste thematisieren (vgl. I 3, Z. 54, 82, 84). Auf Grund der Erfahrungen während der ersten Geburt war sie in der zweiten Schwangerschaft in der Lage, klarer zu formulieren, was ihr gut tut. Ihr bestimmendes Gefühl war die Verlassenheit, sie fühlte sich während der ersten Geburtsarbeit von der Hebamme und ihrem Partner alleine gelassen. In der zweiten Schwangerschaft konnte sie ausdrücken, dass ihr die Anwesenheit von beiden sehr wichtig ist und sie im Mittelpunkt des Geschehens stehen möchte (vgl. ebd., Z. 58). Als einzige der drei Frauen äußerte sie, was die Hebamme bei ihr nicht machen darf, da diese Handlungen für sie als Trigger wirken würden: „Genau, auch nicht so im Sinne von: ey komm, gleich hast du deine Belohnung, das Baby ist gleich da. Also nie in Form von Belohnungen kommen!“ (ebd., Z. 78). Belohnung werden von ihr mit dem Traumageschehen verbunden, wo sie mittels kleiner Geschenke vom Täter zum Stillschweigen gebracht wurde (vgl. ebd., Z. 83). Durch ihre Entscheidung, auch die Vorsorgeuntersuchungen von der Hebamme durchführen zu

lassen, umging sie den gynäkologischen Untersuchungsstuhl, der für sie ebenfalls negativ besetzt ist (vgl. ebd., Z. 36). Der Hebamme wurde weiter mitgeteilt, dass sie Berührungen nach Möglichkeit vermeiden soll (vgl. ebd., Z. 48).

Betrachtet man die Erwartungen der drei Frauen näher, so fällt auf, dass ihre Wünsche an die Betreuung in Verbindung mit den Gefühlen stehen, die das Trauma bei ihnen ausgelöst hat. Der Verlust der Handlungsfähigkeit, Hilflosigkeit und Ohnmacht sind Kennzeichen von traumatischem Geschehen, wie bereits dargestellt wurde. Im ersten Interview wird mehrfach betont, dass die Kreißende sich selbst kontrollieren kann, die zweite Gesprächspartnerin spricht aus, dass sie sich Autonomie wünscht und die Erwartungen der Dritten beziehen sich auf die Gefühle Verlassenheit und Ohnmacht (vgl. I 3, Z. 60, 93).

### **6.1.2 Unausgesprochene Erwartungen**

Einige Erwartungen blieben unausgesprochen, die Gründe dafür waren unterschiedlich. Die erste IP ist von der Annahme ausgegangen, dass Hebammen, wenn es nötig ist, in der Lage sind, klare Entscheidungen zu treffen. Sie hätte sich eine entschiedeneren Führung durch die Geburt gewünscht und drückt das folgendermaßen aus: „...dass jemand dann auch KLAR ist und sagt und JETZT passiert hier das und das, wir müssen jetzt DAS hier machen, derjenige hätte mich auch ANSCHREIEN können!“ (I 1, Z. 46). Ihre Hebamme hat während der Geburt selbst Hilflosigkeit signalisiert (vgl. ebd., Z. 32, 38, 58), was dazu führt, dass sich die Frau nicht sicher und nicht gut betreut fühlte. Die zweite IP, die sich explizit gewünscht hatte, allein und damit selbstständig die Geburtsarbeit zu leisten, stellte schon unter der Geburt fest, dass es wohltuend sein kann, umsorgt zu werden. „Also, die hat mir noch einmal ein paar Übungen gesagt, die ich machen sollte, die hat aber gleichzeitig gesagt, das schreitet voran und wir schaffen das schon, die hat mir Mut gemacht, die war auch relativ häufig da, wie ich es empfand. Also, die hat nicht einfach gesagt, so jetzt machen Sie mal ein paar Übungen und ist dann abgehauen und hat sich drei Stunden später gemeldet, also das war viel häufiger. Und auch immer wieder mit einem NETTEN Wort! Und nicht nur aufgesetzt nett, sondern tatsächlich glaubhaft. Das war wirklich ein Segen“ (I 2, Z. 139). Dies ist gegensätzlich zu dem vorher gewünschten Verhalten. Die dritte IP hatte sich bewusst eine Kollegin gesucht, die von ihr als sehr neutral und klar beschrieben wird (vgl. I 3, Z. 37), stellte dann aber fest, dass es ihr gut getan hätte, jemanden mit mehr „Empathie“ (ebd., Z. 36) zu wählen. Noch an einem weiteren Punkt bemerkt sie heute, dass ihre Wünsche sich änderten. Trotzdem sie ausdrücklich nicht wollte, dass das Trauma thematisiert wird, kommt sie nun zu dem Schluss, dass es ihr gut getan hätte, wenn die

Kollegin im Verlauf der Betreuung nachgefragt hätte, ob sie etwas erzählen wolle (vgl. ebd., Z. 30, 124). Allerdings möchte sie das als Angebot verstanden haben, bei dem sie als Mutter oder Schwangere selbst entscheiden kann, ob sie es annimmt oder nicht (vgl. ebd., Z. 124-126) – auch hier wird das Streben nach Autonomie deutlich.

Vor allem in den ersten beiden Interviews ist in Bezug auf unausgesprochenen Erwartungen das Thema Kontrolle das dominierende, beide Mütter stellen fest, dass es hilfreich sein kann, diese abzugeben.

## **6.2 Erleben der Hebammenbetreuung**

Die Qualität der Betreuung wurde von den drei Frauen unterschiedlich bewertet.

Vor allem die erste und zweite IP waren insgesamt sehr unzufrieden. Auffallend ist, dass beide sich bereits am Anfang der Begleitung, noch während der Schwangerschaft sehr sicher waren, dass die ausgesuchte Hebamme *nicht* zu ihnen passte. Dennoch waren beide nicht in der Lage, die Zusammenarbeit zu beenden. Eine Frau berichtet, dass die Reaktion der Hebamme auf die Veröffentlichung des Traumas vermuten ließ, dass sie nicht die geeignete Hebamme sei und nicht über die notwendigen Kompetenzen verfüge (vgl. I 1, Z. 20). Die Hebamme teilte mit, dass das Trauma für sie kein Hinderungsgrund für eine Betreuung der Schwangeren darstellen würde (vgl. ebd., Z. 18). Interessant ist hier, dass sich für die Hebamme nicht die Frage stellt, ob die Schwangere mit *ihr* zusammenarbeiten möchte, sondern ob *sie* die Betreuung annimmt. Diese Schwangere ging in die Zusammenarbeit, da sie keine Alternative für sich gesehen hat und sich von den Erfahrungen einer anderen Frau leiten ließ, die auf ein positives Erlebnis mit der Fachfrau zurückblickte (vgl. ebd., Z. 20-22). Die andere IP lehnte die Hebamme nicht ab aus Sorge, *diese* dadurch zu kränken (vgl. I 2, Z. 32-37). Ihr fiel es schwer, sich selbst und damit ihre eigenen Bedürfnisse so wichtig zu nehmen, wie es notwendig gewesen wäre. Die dritte IP, die den Beruf der Hebamme selbst ausübt, hatte den Vorteil, viele Kolleginnen persönlich zu kennen und sie hatte eine Vorstellung davon, was mit der Geburt auf sie zukommt. Auch sie stellte unter der Geburt fest, dass die Betreuung an manchen Stellen nicht optimal war (vgl. I 3, Z. 36, 72). Von den drei befragten Frauen ist ihre Zufriedenheit mit der Arbeit der Hebamme aber am höchsten.

### **6.2.1 Positive Erlebnisse**

Hier fallen drei Aspekte auf, die zu einer gelingenden Betreuung beigetragen haben. Positiv wird von allen drei Frauen bemerkt, wenn die geäußerten Erwartungen erfüllt

wurden (vgl. I 1, Z. 72, vgl. I 2, Z. 121, vgl. I 3, Z. 39). Dies bezieht sich auf die schnelle Reaktion in einer von der Gebärenden als schwierig empfundenen Situation, das Aufzeigen von Alternativen mit Entscheidungsgewalt bei der Frau und das professionelle, klare Verhalten der Hebamme.

Anerkannt wird ebenfalls die geburtshilfliche Kompetenz. Dieses wird von allen als hilfreich und förderlich beschrieben (vgl. I 1, Z. 86, vgl. I 2, Z. 105,190, vgl. I 3, Z. 36f).

Die zweite IP bemerkt im Interview, dass ihr – obwohl sie nach Eigenständigkeit und Alleinsein verlangt hatte – die erlebte Fürsorge gut getan hat: „...trotzdem so mütterlich in dem Moment. Und genau das hab ich gebraucht“ (I 2, Z. 141).

### **6.2.2 Negative Erlebnisse**

Trotz dieser positiven Momente bleibt bei allen interviewten Frauen eine unschöne Erinnerung an die Hebammenbetreuung hängen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Die erste IP kann benennen, dass sie durch die Geburt ein Re-Trauma erlebte, dessen Ursachen sie im Verhalten der Ärzte und Hebamme sieht (vgl. I 1, Z. 67, 70-72). Unterschiedliche Gefühle können mit dem Negativerleben in Verbindung gebracht werden.

#### Kontrollverlust

Wie schon erwähnt, ist der Verlust der Kontrolle über das, was geschieht, ein Gefühl, welches eng mit traumatischen Erlebnissen verknüpft ist. Besonders bei der ersten IP tritt dies zu Tage. Ihre Erinnerung an die Hebammenbetreuung ist eng damit verbunden, dass keiner der Anwesenden mehr die Kontrolle über das Geschehen hatte. „...ich hab niemanden dabei, der das unter Kontrolle hat. Also, dass ICH es nicht kontrollieren kann, ist klar, ich bin die Mutter, ich krieg das Kind zum ersten Mal, aber ich hatte auch das Gefühl, ähm, dass sie mich nicht leiten oder führen kann, ich hatte das Gefühl, sie weiß SELBER nicht, was zu tun ist“ (ebd., Z. 32). Dies löste bei ihr große Unsicherheit und Hilflosigkeit aus. Sie betont zudem an vielen Stellen ihre eigene Kontrollfähigkeit, was zeigt, dass für sie das Thema Kontrolle eine hohe Bedeutung hat (vgl. ebd., Z. 14, 24, 101). Es steht zu vermuten, dass Kontrollverlust für sie in besonderer Weise mit dem früheren traumatischen Geschehen verbunden ist.

#### Verlassenheitsgefühl

Für die dritte, aber auch für die zweite IP ist Verlassenheit und Alleingelassensein mit dem Geburtsgeschehen beziehungsweise mit der Hebammenarbeit verknüpft. Die dritte IP verbindet diese Wahrnehmung unmittelbar mit dem früheren Trauma (vgl. I 3, Z. 60). Sie fühlte sich bei der ersten Geburt „außen vor“ (ebd., Z. 48) und fürchtete, dass die Hebamme und der Partner ihre Notlage nicht erkennen: „...das kriegen die jetzt gar

nicht mit!“ (ebd., Z. 54). Diese Wahrnehmung unter der Geburt empfindet die Mutter auch zum Zeitpunkt des Interviews noch als belastend: „...weil das immer noch so ein Thema ist, jetzt zwar auch ein bisschen auf die lustige Art und Weise immer wieder so rüber genommen wird, in der Situation, ähm, ist es mir also echt als (...) ein bisschen so wie hängen gelassen werden, zurückgeblieben“ (ebd., Z. 58). Die zweite IP beschreibt einen Moment der Geburt, der ihr als besonders schwierig in Erinnerung geblieben ist und in dem sie die Hebamme in keiner Weise als Unterstützung wahrgenommen hat: „Sie saß da neben mir und ist da auch eingeschlafen, obwohl ich kurz vorher gesagt hatte, JETZT brauch ich glaub ich ECHT Hilfe. Ich glaub, ich pack das hier nicht mehr und ich brauch Zuspruch. Also ICH! Ich glaub ich hab das noch NIE in der Form so aktiv von jemandem ERFragt, zu sagen, ich BRAUCH jetzt wirklich jemanden, der mir sagt, das wird schon gut, alles wird gut. Und dann ist sie weg geschlafen, neben mir, und ich hab die quasi SCHNARCHEN gehört und dachte, DAS kann es jetzt nicht sein, da hab ich mich wie VERLASSEN gefühlt“ (I 2, Z. 105). Hier zeigt sich eine Parallele zur dritten IP. Bei beiden Frauen hat das Gefühl Verlassenheit zu einem negativ belasteten Geburtserleben geführt.

### Unklarheit

Die unklare Abgrenzung der professionellen Rolle führte für eine IP zu dem Unvermögen, sich in der Hebammenbetreuung sicher zu fühlen. Die Hebamme eröffnete während der Zusammenarbeit, dass sie selbst ein Trauma erlebt habe, welches ihr während der Geburt des eigenen Kindes bewusst wurde (vgl. I 2, Z. 186-188). Zudem warb sie mit ihren vermeintlichen Fachkenntnissen zum Thema Trauma, die von der IP aber nicht gesehen wurden. Hebamme und IP hatten mehrere Rollen inne:

Die IP vereinigt in sich die Schwangere mit Bedürfnissen (vgl. ebd., Z. 97), die Traumatherapeutin, die eine belastete Frau unterstützen will (vgl. ebd., Z. 52) und die Traumatherapeutin, die sich plötzlich in Konkurrenz mit einer anderen Fachfrau sieht (vgl. ebd., Z. 218). Die Hebamme hat auf der einen Seite einen professionellen Auftrag, auf der anderen Seite scheint sie eine belastete Frau zu sein, deren eigenes Trauma die Ausübung ihres Berufes in den Augen ihrer Patientin behindert.

Für die Gebärende führte diese Rollenvermischung zum Rückzug. Sie nahm die Unterstützung zwar augenscheinlich an, hatte sie aber für sich beschlossen, „...ich werde das Ding ganz alleine durchziehen. Also das war wirklich wie ein abgespaltener Deal, dass ich da innerlich ganz für mich sein würde“ (ebd., Z. 97). Gleichzeitig war ihr bewusst, dass dies keine gute Basis für eine erfolgreiche Geburtsarbeit ist und sie sich damit überforderte (vgl. ebd.). Hier wurde ein Mechanismus in Gang gesetzt, der von der Hebamme nicht mehr aufgelöst werden konnte: Die Unklarheit der Hebamme er-

laubte keinen Vertrauensaufbau und führte damit zu Rückzug und Distanz der Gebärenden. Die werdende Mutter ging mit dem Gefühl in die Betreuung, dass sie die Arbeit der Hebamme kontrollieren muss (vgl. ebd., Z. 72-76, 82) und mit dem Bewusstsein, dass sie sich nur auf sich selbst verlassen kann. Hier entsteht eine Verbindung zu den zuvor genannten Punkten Kontrolle und Verlassenheit.

### **6.3 Zwischen Autonomie und Abgabe der Kontrolle**

Bei allen drei Interviews fällt auf, dass es immer wieder um das Thema Autonomie geht. Einerseits haben die interviewten Frauen erwartet, dass ihre Autonomie und Entscheidungsfähigkeit geachtet wird, andererseits waren auch klare Anweisungen gewünscht, ebenso wie ein Sich-Fallen-Lassen-Können in die Fürsorge der Hebamme. Dies bedeutete auch, die Kontrolle abzugeben und darauf zu vertrauen, dass eine andere Person sie übernimmt (vgl. I 2, Z. 60).

Als Resultat kann man sagen, es geht um Kontrolle und Kontrollübernahme: so viel Kontrolle und Eigenständigkeit bei der Schwangeren wie möglich und Annahme der Kontrolle durch die Hebamme, wenn nötig. Erschwerend scheint dazu, dass den Frauen zum Teil diese Ambivalenz nicht bewusst ist und somit den Hebammen gegenüber nicht als Erwartung formuliert werden kann. Eine Frau stellte während der Geburt fest, dass sie sich mehr Empathie gewünscht hätte, die andere formulierte im Vorfeld, dass sie alleine arbeiten möchte, vermisste dann unter der Geburt die Präsenz und das Umsorgen der Hebamme. Die Fachkräfte bewegen sich damit in einem Spannungsfeld, in dem sie immer wieder ihr Vorgehen der aktuellen Situation und den individuellen Bedürfnissen der Frau anpassen müssen. Keine einfache Aufgabe, zumal dazu noch eine hohe Fachkompetenz im Bereich Geburtshilfe nötig ist.

### **6.4 Bedingungen für eine gelungene Betreuung**

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln erläutert wurde, was Frauen erwarten und wie sie die Betreuung erleben, kann jetzt überlegt werden, welche Voraussetzungen und Bedingungen für eine gelungene Zusammenarbeit nötig sind. In allen vorliegenden Interviews wird klar, dass die Verständigung mit der Hebamme nicht einfach war. Die Negativerlebnisse unter der Geburt lassen sich zum Teil darauf zurückführen, dass die Frauen anderes erwartet als bekommen haben.

Im Folgenden werden einige Gesichtspunkte näher erläutert, die von Bedeutung zu sein scheinen.



### **6.4.1 Klarheit**

Von allen drei interviewten Frauen wurde immer wieder die fehlende oder vorhandene Klarheit angesprochen. Diese Klarheit bezieht sich auf unterschiedliche Aspekte.

#### Klare Aussagen

Die Frauen wünschen sich von den für sie zuständigen Fachfrauen klare Aussagen, was nächste Schritte, Schwierigkeiten und Abläufe angeht (vgl. I 1, Z. 32, 46, vgl. I 2, Z. 123, 105, vgl. I 3, Z. 84). Betrachtet man dies zusammen mit den Ausführungen zum Thema Kontrolle und Kontrollübernahme, so wird deutlich, dass die Klarheit in diesem Punkt wesentlich dazu beitragen kann, dass die Gebärende die Kontrolle in Hände geben kann, in denen sie sich sicher fühlt. Diese Klarheit bedeutet aber nicht, dass die Hebamme alleine den Fortgang bestimmt. Sie sollte deutlich machen, welche Möglichkeiten bestehen und der Betreuten dann die Entscheidung überlassen (vgl. I 2, Z. 121, 125).

#### Klarheit der Frauen sich selbst gegenüber

Zwei der drei Interviewten haben ihren eigenen Wahrnehmungen – ihrem „Bauchgefühl“ (I 1, Z. 67) – nicht getraut und sich auf eine Zusammenarbeit eingelassen, von der sie wussten, dass sie nicht förderlich ist. Sie haben an sich selbst gezweifelt, haben die Ursachen für die Schwierigkeiten bei sich gesucht: „...ich war zu unklar, und hab das nicht gut ausgedrückt, hab das nicht gut verständlich gemacht oder ich war vielleicht auch verdreht und hatte auch ein schlechtes Gewissen nach dem Gespräch“ (I 2, Z. 62). Die anvertrauten Schwangeren und Mütter anzuregen in sich zu horchen, was sie für sich wünschen und brauchen, kann zu einem positiven Erleben beitragen. Das wird von der dritten IP bestätigt, die sich wünscht, dass Hebammen die Frauen dazu ermuntern (vgl. I 3, Z. 104, 124).

#### Klare Trennung der Ebenen und Rollen

Vor allem bei der zweiten IP wird offensichtlich, dass es nicht gelungen ist, die Ebenen in der Zusammenarbeit zu wahren. Die dritte IP, die von einer Freundin und Arbeitskollegin betreut wurde, bemerkt auf der anderen Seite positiv, dass diese sich immer professionell verhalten habe (vgl. ebd., Z. 39) und dass diese, nachdem die IP das Trauma veröffentlicht hatte, nicht begonnen habe „...nach zu bohren oder auf so eine Psychotherapie-Ebene zu kommen“ (ebd., Z. 26).

Die Hebammen sind folglich aufgefordert, sich auf die Rolle und die Aufgaben ihres Berufsstandes zu beschränken, um den von ihnen betreuten Frauen dadurch Sicherheit zu vermitteln.

### Klarheit der Hebamme

Der Grund für die Vermischung der Rollen und Ebenen bei der zweiten IP liegt vermutlich im eigenen früheren Trauma. Dieses führte dazu, dass die Hebamme eher mit eigenen Befindlichkeiten und Themen beschäftigt war und damit die Aufmerksamkeit für die von ihr begleitete Frau fehlte. Die Geburt der zu betreuenden Frau war eventuell für sie ein Triggerreiz (vgl. I 2, Z. 48-50, 186-190). Als Resultat daraus kam es bei der Gebärenden zu Frustration und Rückzug. Eine andere Frau antwortet auf die Frage, was sie sich im Allgemeinen von Hebammen erwartet „ich glaube, dass es Frauen sein sollten, die mit beiden Füßen auf dem Boden stehen. Die selber psychisch nicht labil sind oder so. Und auf gar keinen Fall, glaube ICH, einfach Frauen, Hebammen, die, ja, unbearbeitete Traumatas - tragen wir alle irgendwo ja ein Stück weit mit uns - aber, keine schwerwiegenden unbearbeiteten Traumatas, weil ich glaube, dann kann sich das vermischen, dieses hier ist mein Ding und da ist das ist das der Frau. Was da glaub ich ganz gefährlich wäre, wenn ich da eigene Erfahrungen da mit reinbringen würde. Das glaube ich, geht gar nicht“ (I 3, Z. 120).

### Klarheit der Örtlichkeiten

Der Raum, in dem Hebammen und Frauen arbeiten, sollte ebenfalls eine Klarheit besitzen, um Trigger zu vermeiden, die durch Parallelen zwischen Traumageschehen und Handlungen im Hier und Jetzt entstehen könnten. Wie das gestaltet wird, wird individuell verschieden sein, das zeigen die Aussagen der zweiten und dritten IP. Die eine empfindet Untersuchungen in der häuslichen Umgebung als eher unangenehm (vgl. I 2, Z. 86), die andere findet genau das passend und wohltuend (vgl. I 3, Z.36). Hier gilt es in der gemeinsamen Arbeit abzuklären, was gewünscht wird und geeignet ist.

## **6.4.2 Zeit, Raum und Vertrauen**

Eine weitere Bedingung für eine gelingende Zusammenarbeit kristallisiert sich deutlich heraus. Um offen über das Erlebte und über Wünsche, Ängste und Erwartungen sprechen zu können, benötigt es augenscheinlich Zeit (vgl. I 1, Z. 24, vgl. I 2, Z. 19, 23, vgl. I 3, Z. 16, 100f). So kann Vertrauen wachsen. Lediglich eine der drei Befragten hat bereits im ersten Gespräch berichtet, dass sie traumatisiert ist (vgl. I 1, Z. 16), die zweite IP hätte sich mehr Zeit gewünscht, um das Thema anzusprechen, sie fühlte sich gedrängt (vgl. I 2, Z. 43f). Die dritte IP wartete, obwohl ihre Hebamme gleichzeitig auch eine Freundin war, mehrere Wochen ab, bis sie darüber sprach (vgl. I 3, Z. 19-22). Fachleute empfehlen, Frauen bei der Anamnese nach Gewalterfahrungen zu befragen (vgl. Hellbernd et al. 2003, S. 43). Die dritte IP, die zu ihrer Meinung dazu befragt wurde, stimmt dem grundsätzlich zu, ist aber der Ansicht, dass sie das keinesfalls für die

ersten Besuche vorschlagen würde. Hierfür müsse zunächst Vertrauen vorhanden sein (vgl. I 3, Z. 108). Eine über eine längere Zeit existierende Arbeitsbeziehung ermöglicht es zudem den Frauen, ihren Hebammen mitzuteilen, welche Trigger bekannt sind und somit gemieden werden sollten. Das Wissen darum wird den Frauen innerhalb der Betreuung zu Gute kommen und den Hebammen die Arbeit erleichtern (vgl. I 3, 100f, 104). Eine Interviewte hat aus der nicht gelungenen Betreuung den Schluss gezogen, dass sie bei einer weiteren Schwangerschaft von vorneherein in eine Klinik gehen würde. Sie würde sich keine Beleghebamme mehr suchen und das Trauma nicht mehr offen machen. Sie erachtet für sich persönlich die Anonymität als geeignete Möglichkeit der Betreuung (vgl. I 2, Z. 206). Dieses steht nicht im Widerspruch zu der genannten Bedingung. Jede Frau hat die Möglichkeit, selbst die Wahl zu treffen. Möchte sie die Hebamme ins Vertrauen ziehen, so ist Zeit und Raum vonnöten, zieht sie es vor, ihre Geschichte für sich zu behalten, so steht ihr das frei, sie wird das Angebot nicht in Anspruch nehmen.

## **6.5 Schlussfolgerungen für die Qualifizierung von Hebammen**

Alle drei befragten Frauen haben es anfänglich für notwendig gehalten, die Hebammen ins Vertrauen zu ziehen. Zwei von ihnen haben im Nachhinein in ihrer Offenheit den Grund dafür gesehen, dass die Begleitung nicht zufriedenstellend war. Auf die Frage, ob sie denkt, dass die Betreuung durch die Veröffentlichung des Traumas schlechter geworden sei, antwortet die eine: „Jaa, ja, das glaub ich. (...) Auch wenn sie vielleicht etwas gespürt hätte, glaub ich einfach, dass der Deckmantel des Nicht-gesagt-haben distanzschaffend gewesen wäre. (...) Ja. Und auch durch diese nicht klar gewordenen GEMEINSAMKEIT wäre vielleicht auch nicht dieser Bruch entstanden, dieses wir sind auf einer Ebene, was für mich einen Bruch bedeutet! Also ich finde, dass dann einfach Fachlichkeit dann auch verschwommen ist“ (ebd., Z. 210). Die erste IP glaubt, dass die Hebamme durch ihre Offenheit verunsichert wurde, was zu einer Verschlechterung ihrer Arbeit führte (vgl. I 1, Z. 58-62, 96). Um diesem Effekt entgegenzuwirken, ist es notwendig, Fachpersonal entsprechend zu qualifizieren. Nachfolgend werden erste Schlüsse gezogen, was dafür notwendig sein könnte.

### **6.5.1 Fachkompetenz**

Hebammen sind mit einer hohen Kompetenz auf dem Gebiet der Geburtshilfe ausgerüstet. Diese Fachlichkeit ist ihre erste Aufgabe. Da aber viele Frauen mit einem Trauma in der Anamnese in die Betreuung kommen, ist es unabdingbar, dass sie zu die-

sem speziellen Thema Wissen erlangen, um Effekte, wie sie unter 6.5 geschildert wurden, zu vermeiden. Es ist wichtig, dass sie erfahren, wie ein Trauma sich auswirken kann, um eventuelle Reaktionen der Schwangeren und Gebärenden einschätzen zu können. Die erste IP hat dies dargestellt. Sie sagt, dass sie „...einfach nicht so reagiert, wie andere Gebärende“ (I 1, Z. 96). Die dritte Gesprächspartnerin hat ebenso vermutet, dass sie auf ungewöhnliche Art reagiert (vgl. I 3, Z. 18). Hierauf müssen Hebammen vorbereitet sein, um angemessen agieren zu können. Die zweite IP äußert noch einen weiteren Aspekt, der in der Arbeit hilfreich sein könnte. Sie erhoffte sich von ihrer Hebamme, dass sie in der Lage sei, sie vom Traumageschehen abzugrenzen und auf die reale Ebene zurückzuholen (vgl. I 2, Z. 218). Hebammen müssen folglich in dafür geeigneten Methoden und Techniken geschult werden. Um die schwangeren Frauen auf die Herausforderungen der kommenden Monate vorzubereiten, müssen sie außerdem zunächst selbst erfahren, welche Schwierigkeiten in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, aber auch durch die neue Lebenssituation mit einem Neugeborene auftreten können. Zwei der befragten Frauen waren überrascht, wie sehr die Zeit nach der Geburt und das Stillen sie belastet haben (vgl. I 2, Z. 218, vgl. I 3, Z. 112-116).

### **6.5.2 Reflektion und Selbstreflektion**

Handlungen und Äußerungen der Hebammen führen bei den Frauen zu Reaktionen, das wird in den Interviews sehr deutlich und wurde ausführlich dargestellt. Man kann dem Fachpersonal mit Sicherheit unterstellen, dass es seine Arbeit so gut wie möglich machen wollte. Dennoch führten unklare Aussagen der einen Hebamme zu Verunsicherung bei der Gebärenden, bei der zweiten trat ein vermutlich nicht verarbeitetes Trauma zu Tage und störte das Vertrauen, eine Kreißende fühlte sich alleine gelassen. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit wird dadurch zu der Aussage veranlasst, dass Hebammen gefördert werden müssen, sich zu hinterfragen. Sie sollten ihre eigene Verbindung zum Thema Trauma zu klären. Außerdem ist es dringend angeraten, ihnen die Möglichkeit zu geben und die Notwendigkeit zu zeigen, ihr Handeln und ihre Äußerungen zu reflektieren. So können sie aus schwierigen Situationen für die Zukunft lernen. Vermutlich wird dies zu einer Qualitätssteigerung ihrer Arbeit führen. Dazu kann es ihnen selbst helfen, mit schwierigen Situationen besser umzugehen. Im Kapitel 2.2 wurde dargestellt, wie die Arbeit mit traumatisierten Menschen zu einem Trauma bei den Helfern führen kann. Die Reflektion ihrer Arbeit kann folglich einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Hebammen darstellen.

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Die hier vorgestellte Studie erhebt nicht den Anspruch, das Thema umfassend untersucht zu haben. Sie stellt lediglich einen Einstieg in die Thematik dar, keinesfalls können mit ihr schon alle Aspekte berücksichtigt sein. Kritisiert werden könnte, dass Unterscheidungen nach Art und Schwere des Traumas unberücksichtigt geblieben sind. Für die Verfasserin der vorliegenden Arbeit scheint dies unerheblich. Mit der Untersuchung sollten die Erwartungen und das Erleben der Frauen in Bezug auf die Hebammenbetreuung in den Vordergrund gerückt werden, nicht das Trauma selbst.

Es konnten Faktoren herausgearbeitet werden, die zu einem Gelingen oder zum Misslingen der Begleitung beitragen. Deutlich werden die unterschiedliche Anforderungen, die an die Hebammen gestellt werden: Sie sollen

- eine hohe geburtshilfliche Fachkompetenz mitbringen,
- sensibel mit dem Thema Trauma umgehen,
- Frauen im Spagat zwischen Autonomie und Abgabe der Kontrolle stützen und
- selbstsicher und im Reinen mit sich sein.

Dies ist keine einfache Aufgabe. Für die Zukunft muss überlegt werden, wie es gelingen kann, Hebammen so zu qualifizieren, dass sie diesen Erwartungen gerecht werden können ohne sich selbst zu überfordern. Ihre Qualifizierung muss im Rahmen ihres Berufes erfolgen, dazu gehört, dass sie die Grenzen ihres Handelns erkennen lernen.

## Literaturverzeichnis

Beckermann M J (2004) Was sind Auswirkungen von Gewalterfahrungen auf Schwangerschaften, was sind hilfreiche Interventionen. In: Wollmann-Wohlleben V, Knieling J, Nagel-Brotzler A, Neisies M (Hg.) Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF. Gießen: Psychosozial, S. 155-156.

Bibliographisches Institut (2013 a) Duden online. Stichwort: Deprivation. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Deprivation>; abgerufen am 09.08.2013.

Bibliographisches Institut (2013 b) Duden online. Stichwort: Trauma. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>; abgerufen am 09.08.2013.

Brisch K H (2004) Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, Jg. 2, Heft 1, S. 29-44.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung vom 22.07.2013, § 1631.

Bundesministerium der Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2012) Abschlussbericht Runder Tisch. Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) (2010) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Kurzfassung. 3. Aufl. Berlin.

Deutscher Hebammenverband e. V. (Hg.) (2012) Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen. Karlsruhe.

Deutscher Hebammenverband e. V. (2013) Familienhebammen. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.hebammenverband.de/familie/familienhebammen-fruehe-hilfen/>; abgerufen am 23.8.2013.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2013) ICD-10-GM Version 2013. F 43.0. Posttraumatische Belastungsstörung. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f40-f48.htm>; abgerufen am 10.08.2013.

Diekmann A (2010) Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Engfer A (2005) Formen der Misshandlung von Kindern – Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U T, Hoffmann S O, Joraschky P (Hg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 3-19.

Erfmann A (1998) Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Diplomarbeit Fachhochschule Kiel.

Erfmann A (2005) Das Trauma erkennen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 57, Heft 6, S. 31-34.

Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4., aktual. und erw. Aufl. München: Reinhardt.

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Woller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. In: Trauma & Gewalt Heft 3, S. 202-210.

Glaser B G, Strauss A L (2010) Grounded Theory. Strategien qualitative Forschung. 3., unveränderte Aufl. Bern: Huber.

Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland (GG) in der Fassung vom 11. Juli 2012, Artikel 2, Absatz 1 und 2.

Hebammengesetz HebG in der Fassung vom 22.05.2013, § 2, Abs. 1.

Hebammengesetz HebG in der Fassung vom 22.05.2013, § 4, Abs. 1.

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt55>; abgerufen am 06.10.2013.

Hellbernd A, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2004) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung, das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm, Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Berlin.

Hellbernd H, Brzank P (2007) Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte. In: Kavemann B, Kreyssig U (Hg.) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaften, S. 88-102.

Hornberg C, Schröttle M, Dohne S, Khelaifat N, Pauli A (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. In: Robert Koch Institut (Hg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 42. Berlin.

Huber M (2009) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann.

Klaus P (2006) Aspekte von Trauma und Geburt. Niederschrift eines Vortrags, gehalten am 04.12.2006 in München, Internationales Symposium „Der Säugling - Bindung, Neurobiologie und Gene“. Übersetzung von Alexander Korritko.

Leeners B, Richter-Appelt H, Schönfeld K, Neumaier-Wagner P, Görres G, Rath W (2003) Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 100, Heft 11, S. A715- A719.

Mayring P (2002) Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz.

medica mondiale e. V., Griese K (Hg.) (2006) Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. 2., aktual. Aufl. Frankfurt a. Main: Mabuse.

Merton R K, Kendall P I (1979) Das fokussierte Interview. In: Hopf C, Weingarten E (Hg.) Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 171-204.

Müller U, Schröttle M, Glammeiner S (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Hauptstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im Internet veröffentlicht unter [www.signal-intervention.de/download/Materialienband\\_Inhalt.pdf](http://www.signal-intervention.de/download/Materialienband_Inhalt.pdf); abgerufen am 18.08.2013.

Osterlohe F (2011) Fetale Alkoholspektrumstörung: Mädchen frühzeitig erreichen. In Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heft 10, S. 469.

Reddemann L, Dehner-Rau C (2004) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: Trias.

Reh-Bergsen T (2007) Entwicklungspsychologie – die gesunde Entwicklung eines Menschen. In: Bund Deutscher Hebammen (Hg.) Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen. Stuttgart: Hippokrates, S. 2-43.

Ruppert F (2012) Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schubert K, Klein M (2011) Das Politiklexikon. Stichwort Gewalt. 5., aktual. Aufl. Bonn: Dietz. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/17566/gewalt>; abgerufen am 20.08.2013.

Singer M V, Teyssen S (2002) Moderater Alkoholkonsum: gesundheitsförderlich oder schädlich? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 16, A 1103–1106.

Statistisches Bundesamt (2012) Geburten in Deutschland. Wiesbaden.

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 10. Juni 2013, § 174 bis § 184g.

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 10. Juni 2013, § 223 bis § 231.

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 10. Juni 2013, § 232 bis § 241a.

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, in Kraft getreten am 01.08.2007, § 3, Abs. 1.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen.