Deutscher HebammenVerband e.V.

Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen

Herausgeber:
Deutscher Hebammenverband e. V.
Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe
Tel. 0721-9 81 89-0
E-Mail: info@hebammenverband.de

1. Auflage, November 2012, 500 Stück
© Deutscher Hebammenverband e. V.

Gestaltung/Satz: Büro für Gestaltung, 76149 Karlsruhe
Druck: druckcooperative offset + verlag GmbH, 76133 Karlsruhe

Vorwort der Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes (DHV)

Die Erarbeitung der vorliegenden Empfehlungen zur traumasensiblen Begleitung durch Hebammen hat von der ersten Initiative bis zur Veröffentlichung einen fast zwölfjährigen Prozess in Anspruch genommen. Die Bundesdelegiertentagung (BDT), als bestimmendes Organ des Deutschen Hebammenverbandes (DHV), musste, vom ersten Antrag mit Förderzusage für das Projekt, sechs Jahre auf das Ergebnis warten. Die Auseinandersetzung mit Gewalt und Trauma ist schmerzlich, kann an eigene leidvolle Erfahrungen rühren und macht den Einfluss generationsübergreifender Systeme und Muster bewusst, die Gewalt und daraus entstehende Traumatisierungen begünstigen.

Während der Zeit der Entstehung hat sich viel verändert. Die Gesetzgebung zum Schutz von Frauen und Kindern vor Gewalt hat sich verbessert. Stalking wurde unter Strafe gestellt, Täter können in vereinfachten Verfahren der gemeinsamen Wohnung verwiesen werden, wenn sie Gewalt ausüben. Außerdem kann ein Mindestabstand zur Wohnung einer ehemaligen Partnerin auferlegt werden. Es sind Konzepte entstanden zum Umgang mit von Gewalt betroffenen Frauen im Kontakt mit Institutionen des Gesundheitssystems.

Die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit „früher Hilfen“ rückt mehr und mehr ins Bewusstsein und wird nun in Form der Familienhebammen auch finanziell regelhaft unterstützt. In die Curricula der Familienhebammenweiterbildung wurde die Thematik Trauma und Gewalt aufgenommen.

Bindungsforschung und Wissen über die Zusammenhänge zwischen kindlicher Entwicklung und psychischer Belastung der Mutter haben enorme Fortschritte gemacht.

Auf der anderen Seite scheinen diese Erkenntnisse nur quälend langsame Fortschritte in der Veränderung bestehender Strukturen zu bewirken. Prävention von Traumatisierungen und Umsetzung echter Patientenrechte, die Autonomie und Selbstbestimmung im medizinischen System real fördern, werden ewig diskutiert, scheitern jedoch an einer Vielzahl möglicher Gründe (beispielsweise fehlendem Verständnis für Zusammenhänge, Mut/Bereitschaft zur Veränderung).

In der Geburtshilfe hat die Interventionsrate in den normalen Verlauf erschreckende Ausmaße angenommen. Mütter und Kinder sehen sich mit einem System konfrontiert, das wirtschaftliche Ausrichtung und haftungsrechtliche Absicherung über Ihre Rechte nach Autonomie, Selbstbestimmung und körperlicher Unversehrtheit stellt. Auch das ist Gewalt, auch das führt zu unnötiger Traumatisierung. Es wird begünstigt durch Personaleinsparungen und finanzielles Aushungern empathischer Betreuung, die der Entstehung von (Re-)Traumatisierungen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit vorbeugt.

Vor diesem Hintergrund können manche der Empfehlungen, die hier gegeben werden, wirken, als wären sie nicht umsetzbar. Doch wer das Unmögliche nicht versucht, wird auch das Mögliche nicht erreichen (frei nach H. Hesse).

Die Frage ist also auch: Was ist möglich? Es erfordert Zeit, wenn die Frau tatsächlich selbst Entscheidungen treffen soll, die auf echter Information beruhen. Derzeit üben (Klinik-)Standards Druck aus, Dinge zu tun, von denen wir wissen, dass sie falsch sind aus der Perspektive der Prävention von Traumatisierungen.

Somit wird auch die wesentliche Herausforderung für die Umsetzung dieser Empfehlungen darin liegen, diese Zeit verfügbar zu machen - Zeit für persönliche Weiterentwicklung, Zeit für Fortbildungen, Zeit für interdisziplinären Austausch und Zeit für Supervision. Zeit, die ausreichend honoriert werden muss. Die Visualisierung, Konkretisierung und Realisierung dieser Vorstellung ist unsere Aufgabe.

Eine Antwort kann also lauten: Alles, was vorstellbar ist, ist möglich. In diesen Empfehlungen werden jedoch auch Anregungen gegeben, die im hier und jetzt im eigenen Wirkungsfeld umgesetzt werden können.

Linden, im August 2012

Martina Klenk

Präsidentin Deutschen Hebammenverbandes

Inhalt

0	Vorwort der Verfasserinnen	5
1	Einleitung	6
	Entstehung der vorliegenden Empfehlungen	7
	Vorgehensweise bei der Erstellung	8
	Methodik	12
	Ziel	13
	Aus Fehlern lernen	13
2.	Grundlagen	14
2.1.	Gewalt gegen Frauen und Mädchen	14
	Definition	14
	Prävalenz	14
	Formen von Gewalt	16
	Sexualisierte Gewalt	16
	Häusliche Gewalt	17
	Trauma und Geburt	18
	Traumatisierung bei vorangegangenen Geburten	19
2.2.	Rechtliche Grundlagen	22
	Rechte gewaltbetroffener Frauen	22
	Patientinnenrechte	22
	Schweigepflicht und Datenschutz	23
	Ausnahmen von der Schweigepflicht	23
2.3.	Auswirkungen von Gewalt auf Frauen und Kinder	24
	Folgen für die Frauen	24
	Folgen für die Kinder	26
2.4.	Psychisches Trauma und die Auswirkungen auf die Gesundheit	28
	Traumagedächtnis	29

Spezifische Traumareaktion 29
Chronischer Verlauf 30
Symptome 31
Komorbidität 33
Dissoziation und Flashback 34
Akute emotionale Not der Frau 34
2.5. Hilfe und Selbsthilfe nach traumatischen Erlebnissen 36
Grenzen und Chancen der Begleitung 37
3. Empfehlungen für die praktische Arbeit 38
3.1. Traumasensible Begleitung 39
Parteilichkeit 39
Vernetzung 39
Sprache und Kommunikation 40
Worte als Auslöser 40
Selbstbestimmung und Kontrolle 41
Vaginaluntersuchungen, medizinische Eingriffe und Interventionen 42
Selbstregulation 44
3.2. Sensibilisierung für sekundäre Traumatisierung 44
Selbstfürsorge der Hebamme 44
Supervision 45
Fortbildung 46
3.3. Beratung 47
Professionelle Distanz 47
Beratung bei besonderen Bedürfnissen 48
Beratung auf der Grundlage informierter Entscheidung 49
3.4. Traumasensible Begleitung vor der Geburt 49
Anamnese 50

Frage nach vergangenen Gewalterfahrungen 50
Die Frage nach einer akuten Gewaltsituation 53
Fragen nach häuslicher oder anderer akuter Gewalt oder Bedrohung 54
Schwangerenbetreuung und Vorsorge 54
Kurssituation 55
3.5. Traumasensible Begleitung während der Geburt 57
Mögliche Trigger 59
3.6. Traumasensible Begleitung nach der Geburt 60
Mögliche Trigger 61
Psychische Belastungen im Wochenbett 61
Erschwerte Beziehung zum Kind 62
Stillen 63
Unruhige, untröstlich weinende Babys 65
3.7. Traumasensible Begleitung bei häuslicher Gewalt 65
Gewaltkreislauf 66
Akute Bedrohung 67
Hilfreiche professionelle Distanz der Hebamme 68
Persönliche Sicherheit der Frau 68
Schutz für die Hebamme 69
Begleitung nach akuter Gewalt 70
Das S.I.G.N.A.L–Interventionskonzept 70
4. Besondere Lebenssituationen 73
Frauen mit Behinderungen 73
Migrantinnen 76
Teenagermütter 78
Prostituierte 80
Frauen mit Suchterkrankungen 80

5. Gesellschafts- und Gesundheitspolitik 81
Gesellschaftliche Hintergründe von Gewalt 81
6. Forderungen des DHV 82
Ausbildung und Begleitung von Fachleuten 82
Strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem 83
Anhang 84
7. Adressen 84
8. Quellen 91

o Vorwort der Verfasserinnen

Seit den 70´er Jahren hat sich die Frauenbewegung mit dem Thema „Gewalt gegen Frauen“ beschäftigt und diesen politischen Begriff geprägt. Vergewaltigungen, die als Kavaliersdelikte abgetan wurden, sowie Züchtigungen von Kindern in der eigenen Familie wurden als Gewalt definiert. Der Slogan „Das Private ist politisch“ erklärte, dass innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Frauen nicht akzeptabel ist und sowohl die Gesellschaft als auch die Rechtsprechung darauf reagieren müssen.

Seit über 30 Jahren gibt es in Deutschland ein Hilfenetz für gewaltbetroffene Frauen und Mädchen. Beratungsstellen bei sexuellem Missbrauch, Frauenhäuser, Frauennotrufe und andere Einrichtungen unterstützen betroffene Frauen und Mädchen bei psychosozialen Problemen, die als Folgen von Gewalt auftreten können.

Auch der Gesundheitsbereich gehört als wichtiger Baustein zum Hilfesystem nach Gewalterfahrungen. Der Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitschancen von betroffenen Frauen sind als Folge der Gewalterfahrungen häufig stark beeinträchtigt. Gewaltprävention braucht den Gesundheitssektor, da betroffene Frauen dort manchmal erstmals von ihren Gewalterfahrungen berichten. Seit nunmehr über 10 Jahren beschäftigen sich Hebammen im DHV mit den Folgen von Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit und haben in diesem Zusammenhang die sensible Lebensphase im Leben einer Frau um die Geburt beleuchtet. Entstanden sind dabei Hintergrundinformationen und Empfehlungen für Hebammen, die Frauen mit traumatischen Erfahrungen begleiten. In den „Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen“ finden sich viele praktische Hinweise für den Umgang mit traumatisierten Frauen, die Hebammen in ihrer Kompetenz und Arbeitszufriedenheit stärken können und dazu beitragen, dass die Betreuung von den Frauen als hilfreich erlebt wird. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass alle Hebammen darum bemüht sind, die von ihnen betreuten Frauen und Kinder bestmöglich zu

versorgen, Schaden von ihnen abzuwenden und ihnen durch ihr eigenes Tun keinerlei Schaden zuzufügen, kann es Situationen geben, in denen ihr Verhalten aus Unwissenheit oder Überforderung den Betreuten seelische Verletzungen zufügt und diese traumatisiert. Auch im Hinblick auf die Vermeidung solcher iatrogener Traumata werden hilfreiche Empfehlungen gegeben.

1 Einleitung

In der Arbeit treffen Hebammen auf Frauen mit ihren Lebensgeschichten, Verletzungen und Heilungswegen.

Nicht nur körperliche Verletzungen hinterlassen Spuren oder Narben, auch seelische Verletzungen können vorübergehende oder dauerhafte Schmerzen und andere Folgeerscheinungen nach sich ziehen. Da diese nicht so offensichtlich sind wie körperliche Einschränkungen, wird ihnen häufig nicht die gleiche Aufmerksamkeit und Rücksicht gewidmet.

Der Begriff „Trauma“ bedeutet „Verletzung“ oder „Wunde“. Der Begriff bezieht sich sowohl auf das verletzende Erlebnis an sich, als auch auf die langfristigen Folgen. Was für einen Menschen traumatisierend wirkt, ist individuell verschieden. Als Trauma werden zumeist Erfahrungen bezeichnet, die die Betroffenen überwältigen, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen und anhaltend erschüttern.[1]
Traumafolgen auf seelischer Ebene können ebenso Einfluss auf den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit und die Bindung zum Kind nehmen wie körperliche Folgen und brauchen ebensolche empathische Begleitung.

Die Auswirkungen eines Traumas auf die Gesundheit erfordern besonders in der Krisenzeit rund um die Geburt eines Kindes eine besondere Rücksicht, da durch die körperlichen Veränderungen

1 Es sei betont, dass auch diese, wie alle übrigen Definitionen in der Psychiatrie, lediglich artifizielle, kognitive Konstrukte sind, um nicht erfahrbare, nicht mess- oder darstellbare intrapsychische Prozesse und Strukturen verstehbar und anderen zugänglich zu machen.

während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit belastende Erinnerungen auftauchen und starke Ängste ausgelöst werden können.

> Traumasensible Hebammenbegleitung durch Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit hat in erster Linie die Vermeidung weiterer Traumatisierung und Retraumatisierung (=Aktivierung von früheren Traumaerfahrungen bzw. Traumaerinnerungen) zum Ziel.

Mit diesen umfassenden Empfehlungen erhalten Hebammen auch konkrete Handlungsanleitungen, die die Begleitung und Betreuung der von Gewalt betroffenen Frauen unterstützen.

So wie Hebammen allgemein in ihrer Arbeit auf ihre eigenen Grenzen und ihre körperliche und seelische Gesundheit achten sollten, gilt dies ganz besonders auch bei der Beschäftigung mit den Folgen von Gewalt.

Entstehung der vorliegenden Empfehlungen

Beteiligte

Anfang 2001 wurde auf Initiative von Elke Poppinga, ehemalige Landesvorsitzende des Hebammenverbandes Schleswig-Holstein, und Anja Erfmann, Diplom- Sozialpädagogin, Hebamme und Kinderkrankenschwester, in Kiel die interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu ‚Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett' ins Leben gerufen.

Der Name **T.A.R.A.** ist ein Akronym und weist auf die wichtigsten Themen der Arbeitsgruppe hin:

Traumatische Erlebnisse von Mädchen und Frauen
Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit
Respektvoller Umgang und professionelle Begleitung
Achtsamkeit für die besonderen Bedürfnisse traumatisierter Frauen und der betreuenden Hebamme

Fachfrauen verschiedener Berufsgruppen wie Hebammen, Frauenärztinnen, Geburtsvorbereiterinnen, Psychologinnen und (Sozial-)Pädagoginnen fanden sich regelmäßig zur Entwicklung von Konzepten zusammen, um Betroffenen eine verbesserte Unterstützung und eine angemessene Betreuung anbieten zu können.
Der Umgang mit Frauen nach sexualisierter Gewalterfahrung und häuslicher Gewalt erfordert nicht nur Einfühlungsvermögen, Zeit, Wertschätzung und Fachwissen, sondern auch ein hohes Maß an interdisziplinärem Austausch zwischen den in der Frauengesundheit tätigen Berufsgruppen. Dies war ein erklärtes Ziel der Arbeitsgruppe.
Die AG bekam finanzielle Unterstützung von der Stiftung ASPIRINA[2] für die Erstellung eines Curriculums für die Ausbildung von medizinischem und sozialem Fachpersonal. Mitglieder der Arbeitsgruppe nahmen zur eigenen Fortbildung an Tagungen (z. B. S.I.G.N.A.L, Expertise NRW) und Arbeitstreffen teil und sind zunehmend als Vortragende bei Kongressen und Tagungen sowie als Dozentinnen insbesondere in der Familienhebammenweiterbildung tätig.
Die Hebammen in der Arbeitsgruppe wurden seit 2002 vom Deutschen Hebammenverband (damals noch Bund Deutscher Hebammen, BDH) finanziell unterstützt. Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, dass es schwierig ist, die inhaltlichen Bedürfnisse und Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb einer Arbeitsgruppe abzudecken, so dass die AG seit 2004 aus Hebammen mit Zusatzqualifikationen bestand.

Vorgehensweise bei der Erstellung

2006 wurde von der Delegiertenversammlung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) finanzielle Unterstützung gewährt, und die Arbeitsgruppe begann mit der Erarbeitung der vorliegenden „Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen.“
Der zu bearbeitende Themenkomplex wurde erweitert, da sexualisierte Gewalt nur einen Bereich der Gewalt gegen Frauen darstellt.

2 Aspirina D7, Bremen, ist eine Stiftung mit dem Ziel, das Engagement für ein selbstbestimmtes Leben und die Schaffung autonomer (Über-)Lebensräume zu unterstützen, insbesondere durch Förderung von Projekten zum Thema sexualisierte Gewalt und Migrantinnen. Die Arbeit der Stiftung ruht zurzeit.

Hebammen betreuen auch Frauen, die häusliche Gewalt erleben oder erlebt haben oder die im Gesundheitssystem z. B. dem Kreißsaal traumatisierende Erfahrungen machen mussten.

Teilnehmerinnen der Projektgruppe 2007-2009:

Viresha J. Bloemeke, Hamburg
Anja Erfmann, Kiel
Jule Friedrich, Hamburg
Regine Schuch, genannt Tara Franke, Minden

Die durch die Teilnehmerinnen erstellten Texte wurden von Katharina Kerlen-Petri, ehemalige Redakteurin des Hebammenforums, lektoriert. Anschließend wurden sie 30 Hebammen und Personen angrenzender Berufsgruppen zur Begutachtung vorgelegt..

Zur Unterstützung bei methodischen Fragestellungen und Gliederung der Empfehlungen sowie Vernetzung mit dem Präsidium wurde die sich anschließende grundlegende Überarbeitung der Empfehlungen von Monika Selow begleitet. Kommentare, Änderungswünsche und Ergänzungen, die sich aus den Rückmeldungen ergaben, wurden durch Anja Erfmann und Tara Franke in den Jahren 2010/2011 in die Überarbeitung aufgenommen. Danach wurden die Empfehlungen interdisziplinär erneut an 40 Personen und Organisationen versendet. Alle Rückmeldungen flossen in die Fertigstellung des Textes ein.

Im April 2011 erhielt das Präsidium die entstandene Fassung der Empfehlung zur Verabschiedung. Monika Selow übernahm das Lektorat, das erst im April 2012 beendet werden konnte. Bedingt durch den langen Prozess der Erstellung und die Beteiligung vieler Personen bestand Bedarf an Aktualisierung, erneuter Recherche und Rücksprache mit den Autorinnen. Ein einheitliches Format für Literaturangaben ließ sich nachträglich nicht mehr durchgängig umsetzen. Auf Vollständigkeit erheben die Autorinnen keinen Anspruch. Hinweise zur Verbesserung im Rahmen der nächsten Überarbeitung nimmt der DHV gerne entgegen.

Folgende Personen haben durch Rückmeldung zur Entstehung der Empfehlungen beigetragen:

Annette Bröder, Hebamme, Systemische Beratung, Hassloch
Kola Brönner, Psychotherapeutin (HP), Aachen
Eva-Maria Chrzonsz,
Familienhebamme und systemische Therapeutin, Fulda
Lisa Fehrenbach, Hebamme, Laktationsberaterin IBCLC, Berlin
Sabine Fönschau, Hebamme, Hamburg
Dr. Maren Göckenjahn, Ärztin, Universitätsklinik Heidelberg
Angela Gräper, Diplompädagogin, Wildwasser Minden
Sonja Gräper, Hebamme, Minden
Regine Gresens, Hebamme, Psychotherapeutin (HP), Still- und Laktationsberaterin IBCLC, Hamburg
Claudia Igney, Sozialwissenschaftlerin, Verbund Hebammenforschung Osnabrück
Ulrike Krause, Frauen- und Hausärztin, Kiel
Dr. Dörte Laschinsky, Psycholog. Psychotherapeutin, Hamburg
Dr. Heider Lindner, Arzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Marion Proske-Werrmann, Hebamme, Hamburg
Dieter Scheibler, Psychologe, Schopfheim
Christiane Schwarz, Hebamme, MSc Public Health (MPH), Schellerten
Anne Welteke, Hebamme, Heilpraktikerin, Kassel
Dr. Veronika Windsor-Oettel, Psychologin, Hamburg
Mona Wittorf, Dipl.-Sozialpädagogin, Wendo-Trainerin, Hamburg
Dr. Edith Wolber, Pressereferentin im DHV, Meckesheim
Lucyna Wronska, Psychologin und Dozentin
beim Institut für Sexualpädagogik Dortmund
Ingrid Wulff, Sozialpädagogin, Frauen-Helpline Schleswig-Holstein

sowie die damaligen Präsidiumsmitglieder des DHV

Helga Albrecht, Hebamme, Berlin
Martina Klenk, Hebamme, Linden
Claudia Dachs, Hebamme, Kleinaitingen

Monika Selow, Hebamme, Potsdam
Gerda Weiser , Hebamme, Teningen
Irmhilde Fuhrmann, Hebamme, Berne

Allen Beteiligten sei an dieser Stelle für ihre Hilfe bei der Entstehung gedankt.

Nach der Fertigstellung wird vor allem die Schulung von Hebammen und geburtshilflichen Teams in der traumasensiblen Hebammenarbeit im Mittelpunkt stehen. Neben der Veröffentlichung der Empfehlungen wird das Thema durch Artikel, Vorträge und Internetpräsentationen weiterhin bekannt gemacht.

Verabschiedung:

Die Empfehlungen wurden im August 2012 vom Präsidium des DHV verabschiedet.

Methodik

Nach Recherche der vorhandenen Literatur in Deutschland und im englischsprachigen Ausland wurde von der Gruppe eine Gliederung erstellt. Beim Schreiben der einzelnen Kapitel flossen neben Forschungsergebnissen eigene Erfahrungen durch Hebammenbetreuung und therapeutische Tätigkeit mit ein. Im Laufe der Recherche entstand eine Archiv-CD-Rom mit ausgesuchten Texten der Projektgruppe zum Thema Traumatisierung und Folgen von Gewalt, die viele Interessierte bis zum Erscheinen der Empfehlungen für ihre Information oder die eigene Recherche für Artikel und Facharbeiten genutzt haben.

Sprachlich wird im Text, wenn Hebammen angesprochen werden, die weibliche Form verwendet, da es fast ausschließlich weibliche Hebammen gibt.[3] Auch gegen Jungen und Männer wird Gewalt ausgeübt, diese ist aber nicht Gegenstand dieser Arbeit. Daher wird ausschließlich die weibliche Form verwendet, wenn von Betroffenen die Rede ist.
Es wird davon ausgegangen, dass häusliche Gewalt in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften ähnlich häufig ausgeübt wird wie in gegengeschlechtlichen.[4] In den für diese Empfehlungen verwendeten Quellen werden „Täterinnen“ nur sehr selten benannt, obwohl z. T. auch gleichgeschlechtliche Partnerschaften in die Untersuchungen eingeflossen sind. [5] Da sich darüber nicht immer Angaben finden und um einen einheitlichen Sprachgebrauch zu gewährleisten, wird in diesen Empfehlungen für die Begriffe „Täter“ und „Partner“ nur die männliche Form verwendet. Alle anderen Personen und Berufsbezeichnungen werden in beiden Geschlechtern verwendet.

3 gemeint sind immer auch Entbindungspfleger
4 Lesbian perpetrators of domestic violence in same-sex partnerschip-Lesbische Täterinnen häuslicher Gewalt, http://www.taeterinnen.org/de/05.html Abruf: 20.01.2012
5 BMFSFJ, 2008, Fußnote S. 37 der Langfassung

Ziel

Ziel der Empfehlungen ist es:

1. Hebammen die Scheu zu nehmen, sich bewusst mit dem Thema Traumatisierung auseinander zu setzen,
2. Hebammen für die besonderen Bedürfnisse und Grenzen traumatisierter Frauen zu sensibilisieren und
3. dazu beizutragen, dass Hebammen traumatisierte Frauen mit Fachkenntnis und Achtsamkeit begleiten können.

Überlebende von Gewalt, die durch eine Hebamme betreut werden, wünschen sich Zeit, Verständnis, Akzeptanz und das Gefühl, in Sicherheit zu sein. Diese Empfehlungen unterstützen Hebammen dabei, den Bedürfnissen der Frauen besser gerecht werden zu können.

Aus Fehlern lernen

Unsere Kultur ist nicht sehr fehlerfreundlich (dies gilt besonders für das medizinische Betreuungssystem). Ein Verhalten, das negative Folgen hatte, wird zumeist nicht als Chance begriffen zu lernen, sondern als Schwäche gedeutet, mit Schuld belegt, verschwiegen und eventuell sanktioniert. Dies ist gerade in der Geburtshilfe eine berechtigte Angst vieler Hebammen (und Gynäkologinnen/Gynäkologen), führt aber nicht zu besseren Ergebnissen, sondern zu mehr Interventionen und mehr Angst. Im Bereich der Prävention von Retraumatisierung verhindert diese Angst häufig, dass neue Wege in der Betreuung gegangen werden.
Wenn die Handlungen einer Hebamme eine Frau retraumatisiert haben, geschah dies meist unbeabsichtigt und unwissentlich. Für betroffene Frauen ist es sehr hilfreich, wenn die Hebamme ihr Bedauern darüber ausdrückt.
Eine konstruktive Konsequenz daraus ist, dass Hebammen sich mehr Wissen über Traumafolgen aneignen, sei es durch die Lektüre dieser Empfehlungen, durch eine Fortbildung zum Thema oder und durch Gespräche mit Kolleginnen oder betroffenen Frauen.

2. Grundlagen

2.1. Gewalt gegen Frauen und Mädchen

Definition

Im Artikel 1 der „Erklärung der Vereinten Nationen zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen“ von 1993 heißt es:

„Gewalt gegen Frauen ist jede gegen Frauen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit gerichtete Gewalthandlung, durch die Frauen körperlicher, sexueller oder psychologischer Schaden oder Leid zugefügt wird oder werden kann, einschließlich der Androhung derartiger Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsberaubung, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich.“

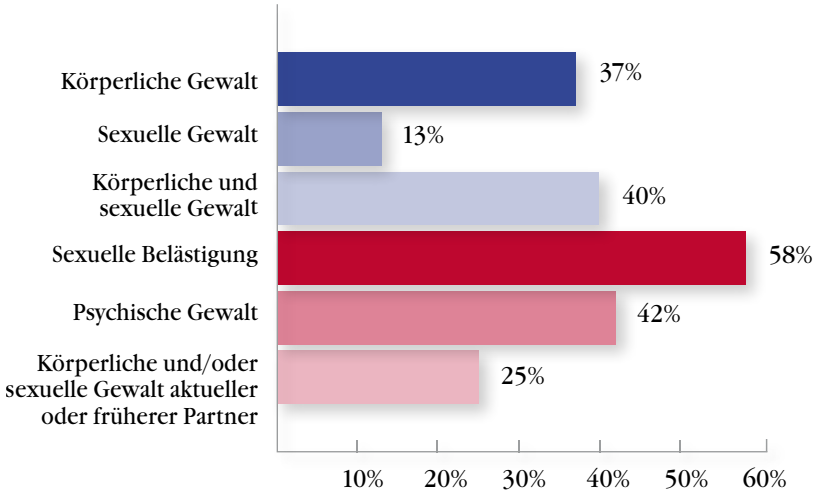
Prävalenz

Erst seit 2004 gibt es für Deutschland genauere Zahlen über das Ausmaß der geschlechtsspezifischen Gewalt gegen Frauen. In einer umfangreichen Studie wurden 10.264 Frauen im Alter zwischen 16 und 85 Jahren befragt.[6]

Ergebnis der Forschungsarbeit ist, dass etwa jede **vierte Frau** in Deutschland in ihrem Erwachsenenleben mindestens einmal körperliche und/oder sexuelle Übergriffe durch einen Beziehungspartner erlebt hat. Sexuelle Gewalterfahrungen seit dem 16. Lebensjahr im Sinne strafrechtlich relevanter Übergriffe, das heißt sexuelle Nötigung, versuchte Vergewaltigung und Vergewaltigung, wurden von dreizehn Prozent der Befragten angegeben, also **jeder siebten** Frau in Deutschland.

6 BMFSFJ 2004

In der folgenden Tabelle werden Gewaltformen und die Häufigkeit von deren Vorkommen aufgezeigt.



Gewalt gegen Frauen kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor. Wenn Frauen als Kind Gewalt erlebt haben, haben sie ein weitaus größeres Risiko, auch als Erwachsene Gewalt (z. B. durch Partner) zu erleben.[7]

7 BMFSFJ 2004, S. 37

Formen von Gewalt

Es gibt vielfältige Formen der Gewalt gegen Frauen und Mädchen, die in verschiedenen Ländern und zu unterschiedlichen Zeiten stärker oder schwächer ausgeprägt sind. Oft treten verschiedene Formen von Gewalt gleichzeitig auf.

Weitere Formen von Gewalt stellen z. B. Kriegsgewalt, Genitalverstümmelung, Gewalt gegen Kinder, als Gewalt erlebte medizinische Eingriffe dar.

Sexualisierte Gewalt

Die sog. Prävalenzstudie zu Gewalt in Deutschland zeigt, dass 13% der Frauen ab 16 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben von sexualisierter Gewalt betroffen sind oder waren. Die Täter sind in der großen Mehrzahl im nahen Umfeld der Mädchen und Frauen zu finden, was in der folgenden Tabelle dargestellt wird.[8]

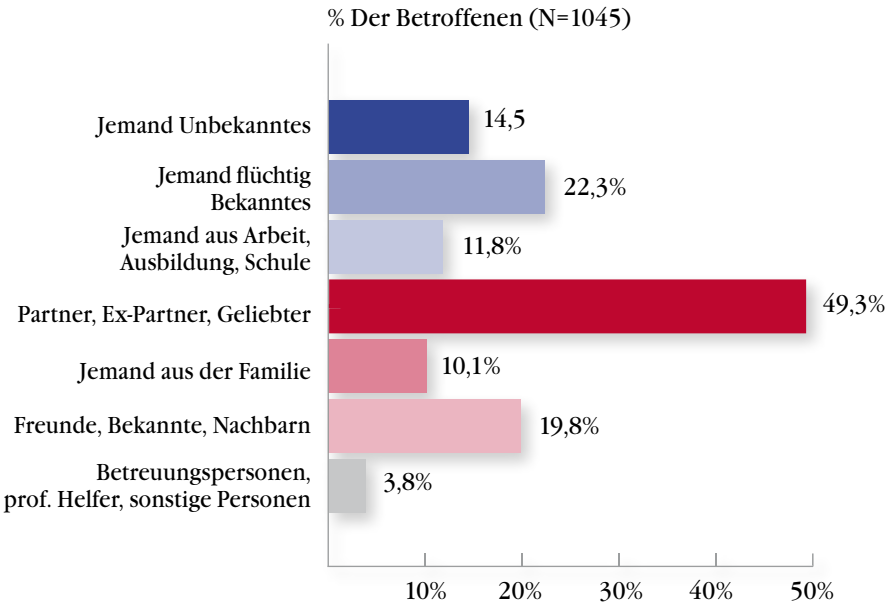


Abb. Täter sexualisierter Gewalt

8 ebd.

Frauen haben damit ein hohes Risiko durch Personen aus dem Nahbereich von sexualisierter Gewalt betroffen zu sein. Für sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend unter 16 Jahren gibt es keine eindeutigen Zahlen, die Täter stammen aber ebenfalls in der großen Mehrheit aus dem nahen sozialen Umfeld.

Von Menschen ausgeübte Gewalt birgt ein höheres Risiko, nachhaltig die psychische Gesundheit zu gefährden, als ein Schicksalsschlag oder eine Naturkatastrophe. Besonders gravierend ist der Einfluss auf die Entwicklung, wenn ein Mensch in der Kindheit und wiederholt (sexualisierter) Gewalt ausgesetzt war.[9]

Häusliche Gewalt

25% der Frauen erleben mindestens einmal in ihrem Leben körperliche und oder sexualisierte Gewalt durch aktuelle oder frühere Partner.[10] Häusliche Gewalt stellt häufig ein komplexes Misshandlungssystem dar, in dem meist gleichzeitig verschiedene Formen von Gewalt ausgeübt werden.

Risikofaktoren für häusliche Gewalt

Ein Risiko für Gewalt durch den Partner ist erhöhter Alkoholkonsum, ein weiteres ist eine Trennung oder Scheidung, unabhängig davon, ob in der Beziehung vorher schon Gewalt ausgeübt wurde oder nicht.

Das Risiko für schwere Gewalt durch den Partner ist außerdem erhöht:

- wenn sich beide in schwieriger sozialer Lage befinden,
- Frauen ihren Partnern in ökonomisch-sozialer Hinsicht überlegen sind,
- Frauen einen Migrationshintergrund haben,
- Frauen eher isoliert leben.[11]

9 Van der Kolk/Fisler 1994, S. 145-168
10 BMFSFJ 2004, BMFSFJ 2008
11 BMFSFJ 2004

Eine Schwangerschaft ist häufig der Beginn von Misshandlungen durch den Lebenspartner. Während der Schwangerschaft kann bereits bestehende Gewalt eskalieren, oft erreicht sie ihren Höhepunkt nach der Geburt des Kindes.[12]

Trauma und Geburt

Jede Frau, die sich zur Geburt in die professionelle Betreuung einer Hebamme oder eines geburtshilflichen Teams begibt, bringt diesen Menschen sehr viel Vertrauen entgegen, sowie die Hoffnung, hier die bestmögliche Unterstützung zu bekommen: Sicherheit, Zuwendung und fachlich fundierte Hilfe. Gerade traumatisierten Frauen fällt es nicht leicht, sich in diese Abhängigkeit zu begeben.
Wird diese Abhängigkeit ausgenutzt, indem die Hebamme ihre eigenen Interessen z. B. an einer schnellen Beendigung der Geburt, an ihrer rechtlichen Absicherung o. ä. gegen die Bedürfnisse der Frau nach mehr Zeit, nach weniger Untersuchungen, nach kontinuierlicher Betreuung u. ä. durchsetzt, kann dies zu seelischen Verletzungen der Frau führen und eine (Re)-Traumatisierung bewirken.

Fehlende oder nicht ausreichende Information über bevorstehende Interventionen, körperliche Eingriffe, insbesondere ohne ausdrückliche Einwilligung der Frau, Übergriffe wie Festhalten, Lautwerden oder Anschreien, Vorenthalten von Schmerzmitteln oder eine anhaltend lieblose oder unfreundliche Behandlung bergen ein hohes Risiko, eine Frau (erneut) zu traumatisieren. Wenn die Frau zu viel allein gelassen wird, in der Betreuung vernachlässigt oder auch zu viel beobachtet wird, kann das von ihr als verletzend empfunden werden (siehe Kapitel 3.5 Traumasensible Begleitung während der Geburt).

12 Mezey/Bewley 1997 zitiert nach Kavemann 1999, S. 18

Eine für die Hebamme normal verlaufene Geburt kann für die Frau traumatisch gewesen sein. Eine im Erleben der Hebamme traumatische Geburt kann - eventuell gerade durch ihre sorgsame Begleitung - für die Frau zwar zu einem herausfordernden Erlebnis werden, jedoch ohne ein psychisches Trauma zu hinterlassen. Entscheidend für die Gebärende sind das Erleben von eigener Kompetenz während der Geburt und eine einfühlsame und Grenzen wahrende Begleitung.

Erwähnt sei hier die Tatsache, dass bei der Geburt, vor allem des 1. Kindes, durch den Geburtsvorgang die Körpererinnerung an die eigene Geburt aktiviert wird. Wenn die eigene Geburt von einem selbst oder von der Mutter als traumatisch erlebt wurde, können diese Erfahrungen den Geburtsprozess stark beeinflussen, bis dahin, dass sich der Verlauf wiederholt.[13]

Traumatisierung bei vorangegangenen Geburten

Ein sensibles Thema ist auch die Traumatisierung von Frauen durch vorangegangene Geburten, da hier leider manchmal auch die Betreuenden durch ihr Verhalten dazu beigetragen haben - meist ohne es zu wissen und fast immer ohne es zu beabsichtigen. Auch strukturelle Gegebenheiten können zu einer Traumatisierung führen, beispielsweise, wenn die Gebärende wegen hohen Arbeitsaufkommens nicht in dem für sie notwendigen Maße betreut werden konnte oder die Hebammen und Gynäkologinnen/ Gynäkologen überlastet sind und dadurch in ihrem Verhalten unachtsamer werden.[14]
Um eine Traumatisierung bei der Geburt zu vermeiden, sind eine kritische Reflexion der eigenen Haltung gegenüber der Gebärenden und dem Kind und die Anerkennung der bestehenden Machtverhältnisse wichtige Voraussetzungen. Es wird sich nicht vollkommen vermeiden lassen, dass sich Geburtserlebnisse auf einige Frauen traumatisch auswirken, aber das Wissen darüber, welche Faktoren ein Trauma kennzeichnen oder seine verletzende Wirkung verstärken, kann zu einem (noch) achtsameren Handeln

13 van der Kolk/van der Hart 1989; Levine1998
14 Vergl. Bloemeke 2003

und möglicherweise zu einer Verringerung der Fälle führen oder wenigstens bei der späteren Verarbeitung und bei folgenden Geburten helfen.[15]

Es gibt Faktoren, die ein Ereignis mit einem besonderen Risiko für eine Traumatisierung und dessen Schwere behaften:

- Das Trauma wurde nicht durch das Schicksal oder eine Naturkatastrophe, sondern durch Zutun eines anderen Menschen (mit-) verursacht.
- Der Grad der Abhängigkeit: Der erlebte Übergriff erfolgt durch Vertrauenspersonen.
- Ein Machtverhältnis zu Ungunsten des Opfers wurde unangemessen eingesetzt oder missbraucht.
- Das als Übergriff erlebte Ereignis findet in einem sehr intimen Lebensbereich statt.
- Das Erlebte geht mit dem Gefühl extremer Hilflosigkeit und Wehrlosigkeit einher.
- Der Übergriff oder das als Bedrohung empfundene Ereignis wiederholt sich mehrfach oder ist von langer Dauer.
- Die Absicht hinter der verletzenden Handlung ist nicht erkennbar oder wird als rücksichtslos oder gar böswillig empfunden.
- Der geäußerte Protest oder Widerstand wird ignoriert oder niedergeschmettert.
- Der Übergriff oder das Trauma wird auch im Nachhinein heruntergespielt oder verleugnet.

Einige dieser Faktoren sind teilweise schon durch den Charakter der Geburt berührt: Die Hilflosigkeit, die Abhängigkeit, die Intimität, die extremen Schmerzen und damit verbundene Ängste oder das Überschreiten natürlicher Schamgrenzen. Das macht die Geburt außerdem zu einer besonders sensiblen Lebenserfahrung, die ein erhöhtes Risiko beinhaltet, dass das Handeln der Betreuenden Mutter und Kind traumatisieren.

15 Vergl. Franke 2006 (beide Artikel) und 2011

Wenn eine betreuungsbedürftige Gebärende über Stunden oder immer wieder allein gelassen wird, kann das ein Trauma auslösen. Genauso können unerträgliche Schmerzen über einen langen Zeitraum wirken – beispielsweise nach einer Überdosis Prostaglandin, das nicht mehr vom Muttermund entfernt werden kann, oder bei einer längeren Verzögerung bis zum Legen einer dringend benötigten PDA. Ebenso kann es als traumatisch erlebt werden, wenn Komplikationen auftreten oder sich schlechte Geburtserfahrungen wiederholen. Es ist auch möglich, dass Frauen durch andere Erfahrungen als Patientinnen traumatisiert wurden – besonders im gynäkologischen Bereich kann das auch Folgen für das spätere Erleben der Geburt haben.

„Weder der Einfluss von Wehenschmerz oder Schmerzerleichterung noch der von medizinischen Interventionen unter der Geburt ist für die spätere Zufriedenheit mit der Geburt so offensichtlich, direkt und tiefgreifend wie der Einfluss der Haltung und des Verhaltens der Betreuenden".[16] Dies gilt in besonderem Maße für Frauen, die durch vorangegangene Geburtserfahrungen traumatisiert wurden.

Eine offene Frage im Vorfeld der Geburt („Haben Sie aufgrund vorheriger Erfahrungen als Patientin besondere Ängste oder Befürchtungen in Bezug auf die anstehende Geburt?") kann Aufschluss über traumatische Erlebnisse geben und der Aufhänger für ein Gespräch über die besonderen Bedürfnisse der Frau sein.

16 Hodnett 2002

2.2. Rechtliche Grundlagen

Rechte gewaltbetroffener Frauen

Gewaltbetroffenen Frauen steht eine Vielzahl an rechtlichen Möglichkeiten zur Verfügung. An der Verfolgung bestimmter Straftaten hat der Staat ein Interesse, manchmal muss die Frau im eigenen Interesse handeln. Nach dem Opferentschädigungsgesetz hat die Frau unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit, nach einer Gewalterfahrung Schadenersatzansprüche geltend zu machen. Rechtsberatung und die psychosoziale Begleitung bei juristischen Verfahren sind Arbeitsfelder von Juristinnen/Juristen, speziellen Beratungsstellen, psychosozialen Prozessbegleiterinnen/Prozessbegleitern u. a. In Kapitel 3.7 werden einige der Rechtsgrundlagen im Zusammenhang mit besonderen Situationen dargestellt. Auf den Internetseiten der Hilfsorganisationen (siehe Anhang) finden sich weitere Informationen zu den Gesetzesgrundlagen aus Zivil-, Straf- und Sozialrecht. Für die Betreuung aller Frauen muss die Hebamme über die Rechte der Frauen Bescheid wissen, insbesondere auch zu Datenschutz und Schweigepflicht.

Patientinnenrechte

In der Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“[17] der beiden Bundesministerien Gesundheit und Justiz sind bestehende Rechte von Patientinnen und Patienten auf verständliche Weise zusammengefasst und erläutert. Derzeit wird ein „Patientenrechtegesetz“ diskutiert, in dem die Patientenrechte überarbeitet und erweitert werden sollen.[18]

> Menschen haben jederzeit das Recht, eine Untersuchung oder Behandlung abzulehnen. Diese Situation kann sich beispielsweise ergeben, wenn eine Frau sich bei der Schwangerenvorsorge oder während der Geburt nicht vaginal untersuchen lassen möchte. Die Frau hat zudem das Recht, eine Begleitperson mitzubringen, wenn sie das wünscht.

17 BMG 2007
18 Gemeinsame Presseerklärung von BMG und BMJ vom 16.01.2012, Abruf am 25.01.2012: http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-01/patientenrechte-werden-greifbar.html

Schweigepflicht und Datenschutz

Kraft ihrer Tätigkeit unterliegt die Hebamme/Familienhebamme der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Deren Verletzung kann straf-, zivil- und arbeitsrechtliche Konsequenzen haben. Aufgrund des großen Vertrauens, das die Frau der Hebamme entgegenbringt, ist die Beachtung besonders wichtig. Auch der Datenschutz ist einzuhalten.

In der Praxis bedeutet dies für die Dokumentation, dass die Hebamme zwar alle Befunde, die für die Behandlung wichtig sind, dokumentiert, auch Vereinbarungen mit der Frau über Art und Umfang der Behandlung oder was nicht gewünscht wird (z. B. eine Episiotomie oder vaginale Untersuchungen), nicht aber persönliche Dinge oder Offenbarungen (z. B. dass die Frau als Kind sexuelle Gewalterfahrungen gemacht hat). Ist der Hebamme wichtig, diese Fakten festzuhalten, um ihre eigenen Handlungen zu begründen und sich rechtlich abzusichern (z. B. wenn sie deshalb die ganze Geburt über nicht vaginal untersucht hat), dann kann sie dies als persönliche Aufzeichnung tun, die gesondert von der Akte aufbewahrt wird.[19]

Traumatisierte Frauen haben einen Vertrauensverlust erlebt, sodass in der Begleitung durch die Hebamme der Schweigepflicht eine besondere Bedeutung zukommt. Ohne Schweigepflichtentbindung dürfen Informationen auch nicht an mitbetreuende Kolleginnen weitergegeben werden.

Ausnahmen von der Schweigepflicht

In gut begründeten Ausnahmen kann eine Informationsweitergabe ohne Schweigepflichtentbindung möglich oder sogar geboten sein (im Sinne der Rechtsgüterabwägung nach § 34 StGB **Rechtfertigender Notstand**), wenn:

19 Knobloch/Selow 2010

1. Ein höherwertiges Rechtsgut (z. B. Leib, Leben oder Freiheit der Frau und/oder ihrer Kinder) gegenwärtig in **akuter** Gefahr ist
2. und die Offenbarung des Geheimnisses zum Schutz dieses höherwertigen Rechtsgutes **notwendig** ist.

Anzeigepflicht gegenüber der Polizei besteht für die Hebamme und andere Personen nur bei schweren (geplanten) Straftaten (nach § 138 StGB). Dies betrifft Mord/Totschlag, Freiheitsberaubung (z. B. Geiselnahme), Raub, räuberische Erpressung und Brandstiftung.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Gesetzgebung zum Kinderschutz auf Bundes- und Länderebene die Bedingungen zum Umgang mit der Schweigepflicht beschrieben.[20] [21] [22]

2.3. Auswirkungen von Gewalt auf Frauen und Kinder

Im Folgenden werden die Auswirkungen von Gewalt dargestellt, die für Frauen und Kinder von Bedeutung sind. In Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit können vor allem die psychischen Folgen von Gewalt den Gesundheitszustand aber auch das Gesundheitsverhalten der Frau beeinflussen. Wächst ein Kind intrauterin mit häufigen Stresserfahrungen heran, sind negative Auswirkungen nachgewiesen.[23]

Folgen für die Frauen

Gewalt verletzt. Betroffene Menschen haben jedoch auch Fähigkeiten entwickelt, um die Gewalterfahrung(en) zu bewältigen und weiter zu leben. Viele Frauen haben keine oder nur wenige und/oder unauffällige Symptome.

20 Nationales Zentrum frühe Hilfen 2011
21 Landtag Rheinland-Pfalz 2008
22 BMFSFJ 2012
23 Lipton 2006; Pert 2001

Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Traumatisierung bei jeder Frau eindeutig zutage tritt. Die Hebamme ist vielmehr darauf eingestellt, alle Frauen traumasensibel zu betreuen, um Traumatisierungen und Retraumatisierungen vorzubeugen bzw. die Wahrscheinlichkeit von deren Auftreten zu reduzieren.

Wenn die Gewalt langfristige Folgen hinterlassen hat, kommt es überdurchschnittlich häufig zu folgenden Problemen:

- Angst- und Schlafstörungen
- Beziehungs- und Sexualitätsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS siehe Kapitel 2.4)
- Depressionen, Selbstmordgefahr
- Suchtverhalten und Suchtgefährdung
- Chronische Schmerzen

Bei **sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend**, die in der Regel ein Mehrfachtrauma darstellt, können längerfristige Gesundheitsschäden entstehen, z. B.:

- Chronische Unterleibsschmerzen
- Essstörungen, insbesondere Bulimie
- Atemstörungen
- besondere Formen der posttraumatischen Belastungsstörung
- Dissoziative Störungen (siehe Kapitel 2.4)
- Depressionen und andere psychische Erkrankungen[24]

Für Frauen, die sexualisierte Gewalt in der Kindheit oder Jugend erlebt haben, wird eventuell die eigene Mutterschaft belastet sein. Einige Frauen sind verunsichert, ob ihr Verhalten gegenüber dem Kind angemessen ist, oder sie befürchten gelegentlich, andere Menschen könnten ihre elterlichen Kompetenzen anzweifeln. Teilweise werden Idealvorstellungen an die eigene Mutterschaft geknüpft, die unerreichbar sind.

24 Hageman-White/Bohne, 2003

Kinder selbst können aber auch als Trigger wirken, z. B. wenn das Kind das Alter erreicht, in dem sexuelle Gewalt gegen die Frau als Kind begann. Dies kann im Extremfall zu einem Kreislauf mit Episoden von Vernachlässigung, wiederholten Beziehungsabbrüchen oder emotionaler und psychischer Misshandlung führen.[25] [26]

Tötung und Selbsttötung in der Schwangerschaft

Die Müttersterblichkeit infolge von Schwangerschaftsrisiken und Komplikationen hat sich erfreulicherweise in den letzten hundert Jahren reduziert. Erschreckenderweise sterben aber Frauen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft besonders häufig infolge von Gewalteinfluss. In einer Studie von 2002 in den USA wurde nachgewiesen, dass in 20% der Todesfälle im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft ein Tötungsdelikt Ursache des Todes der Frau gewesen ist. Jugendliche Mütter haben ein erhöhtes Risiko nach der Geburt von ihren Partnern ermordet zu werden. Auch kommen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt Selbstmorde vor. Insgesamt ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.[27]

Folgen für die Kinder

a) Kinder traumatisierter Mütter

Bei Kindern von Müttern, die durch die/während der Geburt traumatisiert wurden, kann davon ausgegangen werden, dass das Kind ebenfalls die Geburt traumatisch erlebt hat. Säuglinge von Müttern mit traumatischen Vorerfahrungen reagieren häufig auf die Folgen, wie Unsicherheit und Stress der Mutter. Dies kann sich durch vermehrtes Weinen, unruhigen Schlaf oder Schwierigkeiten bei der Anpassung, Nahrungsaufnahme und der Verdauung äußern. Reagiert das Kind auf diese erhöhte Anforderung mit einem vermehrten Bedürfnis nach Nähe und Trost durch die Mutter, so kann hier ein belastender Kreislauf von Überforderung und Frustration entstehen.

25 Papousek/Wollwerth de Chuquisengo 2003;
Schechter 2003 zitiert nach Fliß/Igney 2008, S. 40
26 Fliß/Igney 2008, S. 40
27 Reime 2006 (10), S. 65 ff.

Bei Auswirkungen eines Traumas auf das Kind hilft vor allem die Stabilisierung der Mutter z. B. durch Entlastung durch andere Personen im Umfeld. Die Hebamme kann durch positive Verstärkung die bestehenden Fähigkeiten der Mutter hervorheben. Sie kann das Bonding und die weitere Bindung unterstützen und dadurch das Vertrauen in die Rolle als Mutter fördern.

b) Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt

Schwangere Frauen und Mütter von kleinen Kindern gehören zu Hochrisikogruppen von häuslicher Gewalt.[28] Eventuell beginnen Gewalthandlungen in dieser Zeit oder setzen sich während der Schwangerschaft und nach der Geburt fort. Die Kinder wachsen dann in einer Atmosphäre der Gewalt und Demütigung auf und empfinden große Angst und Stress. Neugeborene und Säuglinge erleben mit, was passiert, wenn Frauen verletzt werden. Auch wenn sie sich im Nebenraum befinden, hören sie das gesamte akustische Spektrum der Gewalt. Sie spüren die Eskalation, die destruktiven Emotionen und durchleben elementare Ängste.[29] Wenn Kinder Gewalt gegen ihre Mütter miterleben, hat das negative Auswirkungen und gesundheitliche Folgen für sie.[30] [31]

Da von einer hohen Überschneidungsrate zwischen Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder ausgegangen werden muss, sollte die Hebamme ihren Blick für häusliche Gewalt schärfen, damit gegebenenfalls frühzeitig Hilfe für gefährdete Kinder einsetzen kann.

c) Kinder aus erzwungener Mutterschaft

Kinder, die durch eine Vergewaltigung entstehen, erleben als Ungeborene die Verzweiflung der Mutter über die ungewollte Schwangerschaft und ihre innere Ablehnung. Einige Frauen verdrängen die Schwangerschaft, einige versuchen direkt (durch einen medikamentösen oder operativen Eingriff) oder indirekt (durch starke körperliche

28 Kavemann 1999, S. 22
29 Kavemann 2000
30 Heynen 2007
31 Kavemann 2002

Belastungen) die Schwangerschaft abzubrechen, andere versuchen die Schwangerschaft zu akzeptieren. Ist es nicht möglich, sich für die Annahme des Kindes zu entscheiden, kann die Mutter einer Adoption oder Unterbringung in einer Pflegefamilie zustimmen. Es gibt jedoch auch Frauen, die das Kind annehmen und gut versorgen können.[32]

Eine erzwungene Schwangerschaft kann für die Frau zur Folge haben, dass sie fortwährend an die traumatischen Erfahrungen mit den dazugehörigen Gefühlen erinnert wird. Sie kann die Erinnerungen an die Gewalterfahrungen nicht vermeiden, insbesondere nicht während der Geburt und anschließend in der Interaktion mit dem Säugling. Dadurch kann sie sich emotional nur schwer auf eine Bindung einstellen. Dieser negative Kreislauf kann sich fortsetzen, besonders wenn das Kind schneller irritiert ist und vermehrt schreit.

Entscheidend ist hierbei eine geduldige und mitfühlende Begleitung durch die Hebamme und das soziale Umfeld, die keinerlei Erwartungsdruck auf die Mutter aufbauen, sondern alle ihre Empfindungen und Reaktionen als normal und verständlich akzeptieren und die Stärken der Frau unterstreichen.

2.4. Psychisches Trauma und die Auswirkungen auf die Gesundheit

Menschen reagieren auf ganz persönliche Weise auf bedrohliche Situationen, denn sie bringen aus ihrer Lebensgeschichte und ihren aktuellen Lebenswelten unterschiedliche Möglichkeiten mit, die ihre Fähigkeiten des Umgangs mit Herausforderungen und Krisen beeinflussen. Die einen überwinden ein potenziell traumatisierendes Erlebnis erstaunlich gut. Andere kommen danach nur mit großer Mühe im weiteren Leben zurecht und wieder andere leiden möglicherweise ihr Leben lang an den Folgen.[33]

32 Heynen 2003, S. 98-125
33 Fischer, Gottfried und Riedesser, Peter a. a. O.: 2003: S. 155 „Als Faustregel kann davon ausgegangen werden, dass nach Ereignissen von mittlerem Belastungsniveau etwa ein Drittel der Betroffenen unter Traumafolgen von klinischer Relevanz zu leiden hat.“

Die möglichen Auswirkungen eines Traumas zu erkennen und die Frau angemessen zu begleiten, erfordert Anerkennung und wachsende Offenheit für die vielen Wege der Menschen mit dem Leben zurecht zu kommen.

Traumagedächtnis

Das menschliche Gehirn hat mit dem limbischen System verschiedene Möglichkeiten, Erlebtes einzuordnen und abzuspeichern. Alltagserlebnisse werden in der Regel über den „Hippocampus“ ins Alltagsgedächtnis geleitet und dort integriert und abgespeichert, so dass sie später wieder zusammenhängend erinnert und erzählt werden können.

Übermächtige Reize aber, wie sie bei einem Trauma erlebt werden, aktivieren die „Feuerwehr“ im limbischen System: Die Amygdala. Diese Gedächtnisinhalte werden dann fragmentiert abgespeichert d. h. bruchstückhaft und vieles wird vergessen. So wird das Erlebte erträglicher. Die Bruchstücke, oft nur Sinneseindrücke oder Körpererfahrungen, können später nicht mehr im Zusammenhang erinnert und wiedergegeben werden. Solche Erinnerungsfetzen weisen darauf hin, dass hier etwas „zerbrochen“ ist.[34]

Spezifische Traumareaktion

In furchterregenden Situationen bietet unser autonomes Nervensystem vereinfacht beschrieben drei Möglichkeiten zu reagieren: Kampf, Flucht und Erstarrung.

Kommt ein Mensch in eine sehr bedrohliche Situation, aktiviert der Körper eine hochgradige Adrenalinausschüttung, um alle überlebenswichtigen Körperkräfte bereitzustellen. Je nach Situation und Möglichkeiten beginnt er automatisch zu kämpfen oder zu flüchten. Nach gelungenem Kampf oder erfolgreicher Flucht folgt die Ausschüttung von Endorphinen und damit Entspannung. Wenn Kampf oder Flucht das Überleben gesichert haben, kann das Erlebnis meist mit Stolz auf die eigene Kompetenz und mit einem Zuwachs von Kraft verarbeitet werden.

34 Spangenberg 2008

Sind jedoch weder Kampf noch Flucht möglich, reagiert der Hirnstoffwechsel mit einer dritten ultimativen Überlebenshilfe: Dem Erstarren. Die mobilisierten Kraftreserven können nicht genutzt und abgebaut werden, der Mensch wird vor Schreck wie gelähmt und sprachlos.
Die Selbstwahrnehmung ist gestört und der Mensch fühlt sich außerhalb seines Körpers (Dissoziation). Es kommt zu verringertem Schmerzempfinden, zu einem Entfremdungsgefühl von der Realität und zur Amnesie (Gedächtnisverlust).

Auf lebensbedrohliche Situationen reagiert der Mensch mit Symptomen, die eine Überlebenshilfe des autonomen Nervensystems darstellen. Es sind zunächst Zeichen der Bewältigung!

In der posttraumatischen Zeit findet der Stoffwechsel unter guten Bedingungen meist innerhalb einiger Monate allmählich wieder in eine normale Funktion zurück, die Symptome nehmen ab, das Erlebte kann aufgearbeitet und ein relativer Abschluss gefunden werden.

Beim Fortbestehen von Bedrohung wird der Zustand von maximaler Erregung und minimaler Handlungsfähigkeit zum Dauerzustand. Dann springt bei den Betroffenen auch bei geringen Herausforderungen, die von Außenstehenden vielleicht nicht einmal als solche erkennbar sind, das System für Lebensbedrohung an. Dies kann Gefühle von Ohnmacht und Kompetenzverlust verstärken.[35] [36]

Chronischer Verlauf

In der Zeit direkt nach dem traumatischen Erlebnis klingt das fortwährende Überangebot an Adrenalin nur langsam ab. Übererregung (=Hyperarousal) und hohe Wachsamkeit (=Hypervigilanz) bleiben über einige Zeit erhalten, als würde die Gefahr weiter bestehen. Diese Reaktionen sind typischer Ausdruck eines Traumas. Kehren Sicherheit

35 Rothschild 2002
36 Huber 2009

und Ruhe nicht bald danach ein oder wiederholen sich bedrohliche Erlebnisse, bleibt das Gefahrengefühl bestehen. Es kann zu einer Traumafolgestörung kommen, deren bekannteste die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist. Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des Traumas.

- Ca. 50% nach Vergewaltigung
- Ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome) [37]

Über die Häufigkeit einer PTBS im Zusammenhang mit der Geburt/ Fehlgeburt eines Kindes liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. In einer Studie aus dem Jahr 2000 wurde eine Häufigkeit von 3% für eine PTBS im Vollbild und 24% für das Vorliegen einzelner PTBS-Faktoren sechs Wochen nach der Geburt festgestellt.[38] Nach Schwangerschaftsabbruch bei fetalen Anomalien wurde nach vier Monaten bei 44% der Frauen und 22% der Partner eine auffällig hohe Belastung durch PTBS-Symptome festgestellt.[39]

Symptome

Die Überlebenshilfe der Erstarrung oder Posttraumatische Belastungsreaktion hat Symptome zur Folge, die auch einzeln auftreten können. Sie lassen sich in vier Symptomgruppen zusammenfassen:

Konstriktion

Der Schreck „fährt in die Glieder“. Das Leben geht weiter, aber es ist eigenartig fremd. Dies kann so weit führen, dass die Betroffene nicht mehr ansprechbar ist und sich wie „in einer anderen Welt“ befindet (Dissoziation).

37 Flatten et al., 2011
38 Czarnocka/Slade, 2000 zitiert nach Hartmann 2005, Söderquist 2002
39 Korenromp et al. 2007 zitiert nach Maerker 2009 S. 421

Intrusion

Ausgelöst durch Eindrücke der Gegenwart (Trigger) kommt es zu spontanen Erinnerungsblitzen (Flashbacks), die mit starken Angstsymptomen einhergehen. Nachts quälen Alpträume, es folgen Schlafstörungen.

Hyperarousal

Das autonome Nervensystem bleibt im „Hab-acht-Modus“, dies führt zu Schreckhaftigkeit, Überaktivität und Überforderungsgefühlen.

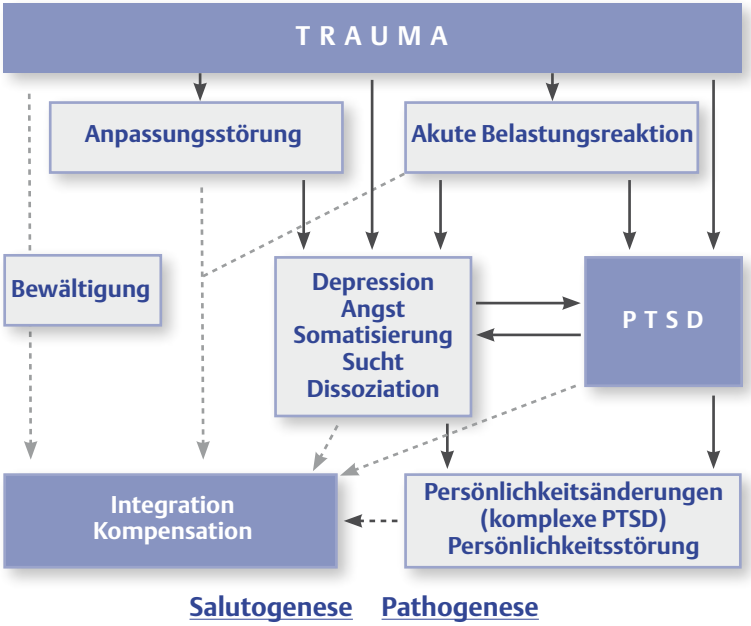
Isolation

Betroffene versuchen allem auszuweichen, was Auslöser für schreckliche Erinnerungen und panische Gefühle sein könnte. Sie ziehen sich eventuell aus dem sozialen Leben zurück, vermeiden Unternehmungen und Kontakte.

Wenn die Reaktionen auf ein traumatisches Erlebnis anhalten oder mit der Zeit eher zunehmen, stellt dies eine massive Lebensbeeinträchtigung dar. Dauern sie länger an kann eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) vorliegen.[40] Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über.[41] [42]

40 ICD 10, F43
41 ICD10, F62
42 Flatten et al. 2011

Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



43

Komorbidität

Zu einer vorhandenen PTBS gesellen sich eventuell weitere gesundheitliche Probleme wie Sucht (siehe Kapitel 4), Depression, Essstörungen oder somatische Beschwerden.[44] [45]

Mit wachsender Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit steigt das Risiko, dass schädigende Auswege eingeschlagen werden wie übermäßiger Gebrauch von Alkohol, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.

43 Flatten et al. 2011
44 Fischer/Riedesser 2003
45 Reddemann 2004

Dissoziation und Flashback

Auslöser (Trigger) die während der Geburt, bei Untersuchungen, im Umgang mit dem Säugling u. ä. angestoßen werden, können bei traumatisierten Frauen Reaktionen wie Dissoziationen oder Flashbacks auslösen.[46]

Bei der Dissoziation spaltet sich das Bewusstsein der Frau ab, was sich zeigen kann durch Abwesenheit, Erstarren, Nichtansprechbarkeit und fehlendes Körper- oder Schmerzbewusstsein der Frau. Die Frau erlebt unter Umständen die Situation so, als schwebe sie über dem Ganzen.

Beim Flashback werden unkontrollierbar Erinnerungsfragmente traumatischer Situationen reaktiviert. Die Frau erlebt schmerzhafte Gefühle, Sinnes- oder Körperempfindungen und Angstzustände, die für sie sehr bedrohlich sind.

Hebammen erkennen die vorhandenen Selbstheilungsbestrebungen einer Frau an und unterstützen die Betroffenen dabei, passende Beratungsangebote zu finden, wenn dies gewünscht wird oder dringend notwendig erscheint.

Akute emotionale Not der Frau

Gerät eine Frau während der Hebammenberatung oder -begleitung in eine solche akute Not und entsteht der Eindruck, dass der Kontakt zu ihr schwierig herzustellen ist, sie entweder starr wirkt oder außer sich gerät, bedarf es klarer Ansprache.

- Bewahren Sie Ruhe und brechen Sie, wenn irgend möglich, die Untersuchung oder Handhabungen sofort ab.
- Suchen Sie Augenkontakt mit der Frau und sprechen Sie klar und deutlich mit ihr.
- Wenn es der Frau nicht möglich ist, Augenkontakt aufzunehmen, wird sie unterstützt, sich im Raum zu orientieren und zu beschreiben, was sie sieht und was ihr auffällt. Wenn es etwas gibt, was angenehm für sie ist, kann sie diesen Gegenstand o. ä. genau beschreiben.

46 Simkin/Klaus 2005

- Stellen Sie einen Bezug zur Gegenwart her:
  „Frau Meyer, Sie sind in meiner Hebammenpraxis. Heute ist Freitag und draußen ist Aprilwetter."
- Lenken Sie die Aufmerksamkeit der Frau auf die Realität und verändern Sie, wenn möglich, die Lage der Frau:
  „Frau Meyer, sehen Sie mal, Ihr Mann ist hier und kann Ihre Hand halten. Stellen Sie sich doch einmal mit seiner Hilfe vor das Bett. Ich öffne das Fenster, damit Sie frische Luft bekommen."

Meist genügen diese einfachen Maßnahmen, um die Frau wieder in die Gegenwart zurück zu bringen.

> Wenn es möglich ist, klärt die Hebamme anschließend mit der Frau, welcher Auslöser die Erstarrung bewirkt haben könnte und wie eine Wiederholung vermieden werden kann. Möglicherweise kann das Gespräch aber auch zu einer erneuten Aktivierung der Symptome führen, sodass Nachfragen nur nach sorgfältiger Abwägung hilfreich sind.

Wenn die Klinikstandards bestimmte präventive oder forensisch absichernde Maßnahmen vorsehen, sollte bei Frauen, die diese Maßnahmen nicht tolerieren können oder wollen, dringend und sorgfältig abgewogen werden, auf welche Maßnahmen verzichtet werden kann oder welche sensiblen Eingriffe auf ein Minimum reduziert werden können (z. B. die mehrmalige vaginale Untersuchung während der Geburt), um der Frau eine natürliche Geburt aus eigener Kraft und ohne erneute Traumatisierung zu ermöglichen.
Ist eine Frau durch keinerlei Unterstützung in der Lage, z. B. eine spontane Geburt zu bewältigen, so kann - in ausführlicher Rücksprache mit der Frau - neben der Periduralanästhesie auch manchmal eine Sectio sinnvoll sein. Jedoch können auch hierbei Trigger auftreten, die die Frau in Bedrängnis bringen oder Flashbacks auslösen. Wenn es der Frau hilfreich erscheint, sollte der Partner/die Partnerin oder eine andere Begleitperson ihrer Wahl sie unbedingt in den OP begleiten dürfen.

2.5. Hilfe und Selbsthilfe nach traumatischen Erlebnissen

Eine traumatische Erfahrung hat oft zur Folge, dass Menschen sich zunächst von der Umwelt isoliert fühlen. Das Erlebte trennt sie innerlich von den Mitmenschen. Das Ausmaß der Folgen einer traumatischen Erfahrung hängt sowohl von der eigenen Veranlagung, als auch von den begleitenden Umständen und den äußeren Möglichkeiten ab. Der Heilungsverlauf braucht seine Zeit und setzt voraus, dass die traumatische Situation nicht weiter besteht, dass es genügend Schutz im Umfeld gibt und dass die Fähigkeiten, sich selbst zu beruhigen, wieder entwickelt werden können.

Es gibt Menschen, die von ihrer Veranlagung her sehr belastende Erlebnisse durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen relativ gut überwinden können. Diese als „Resilienz" bezeichnete Fähigkeit hilft, auch schwere Krisen fast folgenlos zu meistern. Andere Menschen sind schon von Ereignissen, die andere noch als eher harmlos bezeichnen würden, zutiefst und anhaltend erschüttert und seelisch verletzt.

Wesentlich für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse ist auch, wie die Erlebnisse durch die Betroffenen in ihr Konzept von Leben und Schicksal einordnet werden können. Gläubige oder spirituelle Menschen finden manchmal Trost und Kraft in dem Gedanken, dass ihr Leben auch oder gerade mit dieser Erfahrung sinnhaft ist. Die Überzeugungen, das eigene Leben gestalten zu können und das, was einem begegnet, zu verstehen, können ebenfalls sehr hilfreich sein. Diese Aspekte wurden von Aaron Antonovsky (1923-1994) in seinem Konzept der Salutogenese[47] unter der Begriff der „Kohärenz" als wichtige Ressourcen[48] für die Überwindung von traumatischen Erfahrungen identifiziert.

47 Antonovsky 1997
48 Alle dem Individuum verfügbaren physischen, psychologischen, emotionalen und sozialen Möglichkeiten

Die Erfahrung von Schutz und Verständnis durch andere Menschen ist in dieser Phase entscheidend für die Gesundung. Zusätzliche Belastungen können einen chronischen Belastungszustand fördern! Selbstheilungskräfte können durch Hebammen und andere begleitende Personen unterstützt werden.

Eine Sorge vieler von Gewalt betroffener Frauen ist, als Opfer stigmatisiert zu werden. Sie wollen kein Mitleid, sondern Offenheit für ihre Bedürfnisse und Grenzen, ohne sich dauernd erklären zu müssen. Die Betreuenden können sie dabei unterstützen, indem sie mehr nach dem aktuellen Befinden und Wünschen fragen, als nach den Gründen dafür aus der Vergangenheit. Hebammen können an ihrer eigenen Haltung arbeiten und sich mehr auf die Ressourcen und Kompetenzen der Frau konzentrieren als auf ihre Schwächen und ihre leidvolle Geschichte.

Hier können Hebammen in der Begleitung viel Gutes tun, indem sie sich mitfühlend, aber nicht mitleidig verhalten, wenn sie das Schöne und das Starke in jeder Frau sehen, wenn sie nicht zulassen, dass die erlebte Gewalt zum Makel wird und die Folgen der Tat zum Ärgernis, das ihre Arbeitsroutine stört.

Grenzen und Chancen der Begleitung

Wenn das Verhalten einer Frau auf eine posttraumatische Belastung hinweist und die Symptome die Frau schwer belasten, kann die Hebamme sie zunächst an eine psychologische Beratungsstelle (z. B. Beratungsstellen zum Thema, Ehe- und Lebensberatung), bei akuten Situationen auch an eine Ärztin/einen Arzt weiter vermitteln. Wenn kein großer akuter Leidensdruck besteht, ist der Beginn einer Psychotherapie in der Krisenzeit rund um die Geburt eines Kindes eher nicht sinnvoll. Es geht in dieser Lebensphase nicht darum, das Trauma aufzudecken und zu therapieren. Als stabilisierende Begleitung kann eine Psychotherapeutin/ein Psychotherapeut jedoch auch in der Schwangerschaft und im späten Wochenbett eine heilsame Unterstützung sein.

Traumasensible Begleitung durch die Hebamme ist keine Psychotherapie und ersetzt sie nicht. Doch wie bei der interdisziplinären Begleitung körperlicher Pathologie hat die Hebamme ihren Platz auch an der Seite der psychisch belasteten Frau.

Die Hebamme kann in Absprache mit der Frau überlegen, ob sie diese besondere psychische Belastung im Mutterpass vermerkt, um der Frau im Kontakt mit weiteren Hebammen und Ärztinnen/Ärzten die Möglichkeit zu geben, für ihr besonderes Bedürfnis nach Rücksichtnahme und Selbstbestimmung einzutreten. Für manche Frauen ist es dagegen besonders wichtig, nicht als „Opfer“ stigmatisiert, sondern wie alle anderen angesehen und behandelt zu werden. Beide Wünsche sind legitim und unbedingt zu achten.

3. Empfehlungen für die praktische Arbeit

Bei bereits erlebter Gewalt in der vorausgegangenen Lebensgeschichte, besonders bei sexualisierter Gewalt, ist das Risiko erhöht, eine Retraumatisierung während der Zeit rund um die Geburt eines eigenen Kindes zu erleiden.[49] Traumasensible Begleitung versucht dies - soweit es möglich ist - zu vermeiden. Dies betrifft sowohl die klinische als auch die freiberufliche Hebammenarbeit, insbesondere aber die Arbeit der Familienhebamme, da diese vermehrt Frauen betreuen, die traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben, und/oder bei denen ein erhöhtes Risiko für akute Gewalt besteht.[50]

Wesentliche Grundzüge traumasensibler Hebammenbegleitung beinhalten vor allem

- die Achtsamkeit in der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- den absoluten Respekt vor den individuellen Grenzen und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und
- das Abklären der Bedingungen, die die Frau braucht, um sich sicher fühlen und Vertrauen zu den Betreuenden aufbauen zu können.

49 Robert Koch Institut/ Statistisches Bundesamt 2008
50 Schneider 2004

3.1. Traumasensible Begleitung

Parteilichkeit

Parteilichkeit stellt eine Grundbedingung in der traumasensiblen Begleitung dar. Die Hebamme bemüht sich, der Frau jederzeit mit Freundlichkeit, wenigstens aber mit Klarheit und Respekt zu begegnen. Sie signalisiert der Frau, dass sie sie grundsätzlich unterstützt und schätzt - auch, wenn sie nicht alles nachvollziehen kann und das Verhalten der Frau nicht immer den eigenen Erwartungen entspricht.

Wenn die Hebamme ihre Parteilichkeit der Frau gegenüber zum Ausdruck bringt, hat diese die Möglichkeit, sich aktiv Hilfe und Unterstützung bei der Hebamme zu holen, wenn sie das möchte.

> Die Hebamme kann durch ihre Haltung und Äußerungen vermitteln, dass sie jegliche Gewalt verurteilt, und dass die Betroffene niemals Schuld hat an der Gewalt, die sie erfahren hat. Sie kann signalisieren, dass sie der Frau uneingeschränkt glaubt und ihre möglichen Ängste, Widersprüche oder besonderen Bedürfnisse als Folge von Gewalterfahrung versteht und akzeptiert.

Vernetzung

Die Arbeit im Netzwerk erleichtert es der Hebamme/Familienhebamme, die Frau an andere Hilfestellen weiterzuleiten. Bei einer Depression, gravierenden Angstzuständen und anderen psychischen Erkrankungen ist interdisziplinäre Zusammenarbeit die Voraussetzung für eine kompetente Betreuung. Um im Notfall zügig handeln zu können, ist es günstig, sich ein Netz von Fachleuten aufzubauen, die sich mit psychischen Belastungen rund um die Geburt besonders gut auskennen. Die Frauen, die hoch belastet sind, selbst auf die Suche zu schicken, bedeutet eine Verzögerung für die notwendige Hilfe. Nicht immer ist es der Frau überhaupt möglich, Hilfsangebote zu suchen und diese in Anspruch zu nehmen.

Respektvolle und achtsame Begleitung ist für alle Menschen heilsam, aber nicht für alle Situationen ausreichend. Ist die Hebamme unsicher, ob sie der Situation gewachsen ist, kann sie sich von kompetenter Stelle (z. B. bei Fachberatungsstellen) beraten lassen.

Sprache und Kommunikation

Kommunikation bedeutet Verständigung und Kontakt. Das gesprochene Wort dient ebenso der Kommunikation wie Körpersprache und Mimik. Aber auch Bilder und die Ausstattung des Gesprächs- und Behandlungsortes kommunizieren etwas. Ausliegende Broschüren und Flyer können signalisieren, dass die Hebamme das Thema „Gewalt gegen Frauen und Kinder“ ernst nimmt und bereit ist, darüber zu sprechen.

Menschen, die traumatisiert wurden, haben häufig ein feines Gespür für Dinge oder Einstellungen, die nicht direkt gesagt werden, sondern impliziert sind oder sein könnten. Daher überprüft die Hebamme allgemein ihre Arbeitsweise, ihre Sprache und Wortwahl wie auch die nonverbalen Mitteilungen in ihrer Arbeitsumgebung darauf, ob sie Betroffene von sexueller oder häuslicher Gewalt unterstützen können. „Opfer“ ist ein Begriff, der eine schwache Position der Betroffenen festschreibt. Sachliche Ausdrücke wie „von Gewalt betroffen“ oder „traumatisiert“ wirken neutraler. Der ggf. vorhandene sexuelle Aspekt der Tat bezieht sich eher auf die Ebene der Gewalt und ist meist nicht zentrales Motiv des Übergriffes. Begriffe wie „Kinderschänder“ beinhalten, dass Schande über die Gewaltbetroffenen gebracht wurde, was Scham- und Schuldgefühlen Vorschub leistet und erneut erniedrigend wirkt. Verteufelungen des Täters („Sexmonster“) oder Verharmlosungen („pädophil“ heißt wörtlich: Kinder liebend) sind wenig hilfreich, auch hier sind sachliche Begriffe wie Täter oder Gewaltausübende angemessener.[51]

Worte als Auslöser

Für traumatisierte Frauen kann das, was die Hebamme sagt, auch als Auslöser („Trigger“) von Erinnerungsblitzen („Flashbacks“) wirken,

51 Gerstendörfer 2007

wenn ähnliche Formulierungen verwendet werden, wie der Täter sie bei der Gewaltanwendung benutzte. Es lässt sich nie ganz ausschließen, dass die Hebamme unwillentlich einen solchen Trigger trifft. Aber es gibt einige Sätze und Redewendungen, die besonders häufig Erinnerungen an eine Gewalttat auslösen: Sätze wie „Es ist doch gleich vorbei“, „Entspannen Sie sich“, „Machen Sie die Beine ganz weit auseinander“, „Stellen Sie sich nicht so an“ oder ähnliche Formulierungen sind zu vermeiden. Stattdessen auch in Wortwahl und Formulierungen zum Ausdruck kommen, dass Kontrolle und Selbstbestimmung bei der Frau selbst liegen. Auch die Lautstärke kann Angst auslösend sein, wenn beispielsweise die Gebärende in der Austreibungsphase mit sehr lauter und aufgeregter Stimme angeleitet wird.

Selbstbestimmung und Kontrolle

Traumatisierte Frauen haben erlebt, dass ihre Grenzen nicht geachtet wurden - im Falle sexualisierter Gewalt meist in genau dem Bereich, den Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen häufig berühren und manchmal verletzen (wie bei einem Dammschnitt). Das Erlebnis erneuter Übergriffe, mangelnder Rücksichtnahme auf Tempo und Grenzen der Frau können sie in große seelische Schwierigkeiten bringen und Schwangerschaft und Geburt stark beeinträchtigen. Die in solchen Fällen häufig gestellte Diagnose „unkooperative Patientin“ sollte durch respektvollere Beschreibungen ersetzt werden. Auffälligkeiten werden sachlich dokumentiert, insoweit sie nicht die Schweigepflicht verletzen, und an diejenigen weiter gegeben, die ihre Betreuung entsprechend anpassen müssen.

Die Hebamme nimmt nicht nur verbale Äußerungen der Frau ernst, sondern achtet auch auf nonverbale Zeichen von Unwohlsein, sich überrumpelt fühlen oder Verunsicherung. Sie benennt ihre Beobachtungen und fragt nach, ob sie sich anders verhalten kann, um diesen Zustand zu verbessern.

Uneingeschränkte Selbstbestimmung ist auch während der Geburt das Recht jeder Frau und ein wichtiger Faktor, um das Gefühl des Ausgeliefertseins zu mindern und der Frau Kontrolle zurück zu geben. Durch das achtsame und Grenzen wahrende Verhalten der Hebamme und der anderen Anwesenden kann die Frau Vertrauen aufbauen und sich besser der Schwangerschaft und dem Geburtsprozess überlassen. Auf diese Weise kann Gebären für traumatisierte Frauen auch eine heilsame Erfahrung sein.

Vaginaluntersuchungen, medizinische Eingriffe und Interventionen

Vaginale Untersuchungen oder körperliche Schmerzen, beispielsweise durch das Legen einer Venenverweilkanüle, werden in der Regel nicht als Gewalt empfunden. Bei bestimmten Gewalterfahrungen und entsprechender Sensibilität können aber auch diese Handlungen als Trigger wirken. Auch ein körpereigener Schmerz wie die Wehen oder das Tiefertreten und die Geburt des Kindes können zu einer Retraumatisierung führen.

Massive oder invasive Diagnostik und Therapien, wie die Vaginalsonographie, die Amnioskopie, die digitale Weitung des Muttermundes, der Dammschnitt oder heftiges Kristellern lösen dagegen häufiger Ängste und Gefühle von Bedrohung oder Übergriff aus.

Meist entscheiden jedoch vor allem die Umstände und die Art der Behandlung, ob und wie solche Eingriffe als Gewaltakte empfunden werden.

Manche - besonders häufig sexuell traumatisierte - Frauen empfinden große Ängste oder Stress, wenn sie vaginal untersucht werden sollen, sei es manuell oder per Ultraschall. Zunächst kann die Frau jederzeit entscheiden, ob sie sich untersuchen lassen möchte oder nicht. Zudem muss sicher gestellt sein, dass diese Untersuchung wirklich wichtige Informationen erbringt, die für eine anstehende Entscheidung notwendig sind.[52]

52 NHS/NICE 2007

Wenn die betreuende Hebamme einen Befund braucht, um die Situation richtig einschätzen zu können, wenn sie konkret um die Gesundheit von Mutter oder Kind fürchtet oder die Untersuchung zu ihrer eigenen forensischen Absicherung durchführen möchte, legt sie der Frau ihre Gründe dar und bittet sie, gemeinsam eine Lösung zu finden, die für beide akzeptabel ist. Vielleicht kann die Frau sich besser untersuchen lassen, wenn sie auf der Seite liegt, wenn sie das Tempo bestimmt oder sogar die Hand der Hebamme führt. Auch für andere Untersuchungen oder notwendige Interventionen gibt es vielleicht eine Möglichkeit, damit die Frau diese besser zulassen kann.

Folgende Hinweise sollten dabei beachtet werden:

- Die Hebamme geht mit ruhiger und klarer Stimme in Kontakt.
- Sie stellt den Schutz der Intimität sicher.
- An- und Abwesenheitszeiten mitgebrachter Vertrauenspersonen werden in Absprache mit der Frau entschieden.
- Die angezeigten Interventionen und die möglichen Alternativen werden erläutert.
- Die Einwilligung der Frau wird abgewartet, Nachfragen werden ermöglicht.
- Die Hebamme signalisiert der Frau vorab, dass sie die Untersuchung jederzeit abbrechen kann.
- Die Hebamme beendet eine Untersuchung sofort, wenn die Frau sie nicht mehr fortsetzen will oder sie nicht mehr ansprechbar (dissoziiert) ist.
- Anschließend werden der Frau in einer Situation auf Augenhöhe die Ergebnisse der Untersuchung mitgeteilt und deren Bedeutung erklärt.

Entscheidend ist auch hier, dass die Frau ein Vertrauen zur Hebamme aufbauen konnte, weil bis hierher ihre Grenzen unbedingt geachtet wurden. Dies unterstreicht die Forderung unseres Berufsstandes nach einem Betreuungsschlüssel, der Zeit und Raum bietet, individuell auf eine Frau eingehen zu können.

Selbstregulation

Jedem Menschen stehen angeborene Fähigkeiten zur Verfügung, um Unwohlsein, Anspannung oder Erstarrung aufzulösen. Diese können betroffene Frauen erlernen, pflegen und nutzen, um schwierige Situationen zu meistern und zur eigenen Kraft zurück zu finden.

Hier einige Beispiele

- die Haltung verändern, in Bewegung kommen
- den Atem vertiefen, die Stimme nutzen, Summen
- Entlastung finden durch den Ausdruck von Gefühlen
- Entspannungsübungen, Nickerchen
- Berührung mit den eigenen Händen oder berührt werden
- Schutz und Sicherheit suchen

3.2. Sensibilisierung für sekundäre Traumatisierung

Durch das Begleiten von Frauen, die in traumatisierenden Situationen in große Not geraten oder der Hebamme vergangene erlebte Schrecken anvertrauen, besteht die Möglichkeit dass die Hebamme selbst von starken Emotionen mitgerissen wird oder in eigenen Schrecken und Starre zu geraten (sekundäre Traumatisierung). Um traumatisierte Frauen professionell begleiten zu können, braucht die Hebamme gute Mechanismen der Selbstfürsorge für ihre eigene psychische Gesundheit, Wissen durch Fachliteratur und Fortbildung, manchmal auch Unterstützung in Form von Supervision oder Beratung.

Selbstfürsorge der Hebamme

Jeder Mensch hat seine ganz persönlichen Methoden und Fähigkeiten, sich aus Unwohlsein oder krisenhaften Situationen wieder zu befreien. Diese Kompetenzen können Hebammen für sich einsetzen, um ihre Kräfte und Lebendigkeit zu pflegen, wie beispielsweise:

- Kreativität und das Eintauchen in eine Tätigkeit, die für die Hebamme als beglückend empfunden wird;

- ein individueller Rhythmus, um Balance zwischen Belastung und Entspannung zu erreichen;
- das Wissen um die eigenen Fähigkeiten, aber auch um die eigenen Grenzen – sich diese zugestehen zu können und sie zu wahren.

> Mitgefühl für sich selbst ist die Grundlage für Empathie anderen gegenüber.

Wenn die Hebamme fürsorglich mit ihren eigenen Bedürfnissen umgeht, ist sie ein wertvolles Vorbild für werdende und junge Mütter und ganz besonders für traumatisierte Frauen. Klare Grenzen sind notwendig – für die Hebamme selbst und für die Frauen, die von ihr betreut werden.

Hebammen, die in ihrer Vergangenheit selbst Gewalterfahrungen machen mussten, haben häufig eine besondere Sensibilität für Übergriffe und Grenzverletzungen unter der Geburt. Die eigene Erfahrung von Schmerz und Hilflosigkeit in der Gewaltsituation schult oft die Empathie für Frauen, die Grenzverletzungen oder Retraumatisierung unter der Geburt erleben. Vielleicht war der Wunsch, andere vor dem erfahrenen Leid zu schützen auch ein Motiv, einen helfenden Beruf wie den der Hebamme zu ergreifen.

> Wenn eine Hebamme selbst Gewalt erlebt hat und traumatisiert wurde, kann es hilfreich sein sich darüber bewusst zu werden, wie diese Erfahrungen die Arbeit beeinflussen, und wo sie gut für sich sorgen sollte.

Supervision

Es kann passieren, dass die Sensibilität einer traumatisierten Hebamme sie in ihrer Arbeit belastet oder behindert; dass sie manchmal überfordert davon ist, Grenzverletzungen in der Geburtshilfe wahrzunehmen, und es aber nicht immer in ihrer Macht steht, diese zu verhindern oder zu beenden. Wenn sie dieser Belastung in der Arbeit dauerhaft ausgesetzt ist, besteht die Gefahr einer Retraumatisierung oder eines „Burn-out“, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gefährden. Auch nicht traumatisierte Kolleginnen können mit der Betreuung von

traumatisierten Frauen in eine Überforderung gelangen. Anzustreben sind offene Gruppen, Intervisions- oder Supervisionsgruppen in den Geburtskliniken als Standard, auch um die Begleitung von traumatisierten Frauen zu verbessern. Supervision erhöht die Qualität der Betreuung. Fehlt diese Möglichkeit, können kompetente Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner (z. B. Pflegedienstleitung, Personalärztin/Personalarzt, Psychologin/Psychologe, Betriebsrat) vielleicht weiterhelfen. Eventuell erscheint es sinnvoll, sich auch außerhalb der Klinik Beratung zu suchen, beispielsweise in einer städtischen Stelle für Lebensberatung, in Frauenberatungsstellen oder bei einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten.

> Professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen ist kein Zeichen von Schwäche oder Versagen, sondern dafür, dass die betroffene Hebamme verantwortungsvoll handelt und gut für sich und die von ihr betreuten Frauen und Familien sorgt.

Viele betroffene Hebammen haben Mechanismen entwickelt, die sie sehr gut davor schützen, durch ihre Arbeit erneut traumatisiert zu werden.

> Eine gesunde Verdrängung und professionelle Distanz ist eine gute Überlebensstrategie, solange sie nicht taub macht für die Nöte und Krisen der betreuten Frauen.

Fortbildung

Um traumasensibel begleiten zu können, bedarf es der Bereitschaft sich weiterzuentwickeln. Mit zunehmendem Wissen über die Nöte traumatisierter Frauen wächst das Verständnis für Irritationen, die die Überlebensstrategien und Kontrollversuche der Frauen in der Hebamme hervorrufen. Es kann weniger ablehnend oder ärgerlich reagiert werden und die Signale, die hellhörig werden lassen, werden besser verstanden. Dies ist nicht nur hilfreich für die betreuten Frauen, sondern entlastet auch die Hebamme.

Besonders wirksam sind Schulungen ganzer geburtshilflicher Teams, da sich notwendige Veränderungen in den Standards und Routinen so wesentlich besser umsetzen lassen.

3.3. Beratung

Das Risiko, im Gespräch mit einer Frau überwältigende Gefühle zu berühren, die mit einem durchlebten Trauma assoziiert werden, ist eher gering, wenn die Hebamme der Frau Empathie und bedingungsfreie Anerkennung entgegen bringt. Dies bedeutet nicht, dass die Hebamme Ähnliches erfahren haben muss oder dass sie das Erlebte gut nachvollziehen können muss. Sie bemüht sich jedoch um eine aufmerksame Haltung der Frau gegenüber, die von Wärme und Anerkennung getragen ist.[53]

In der Beratungssituation ist es für die Frau angenehm, wenn sie das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle behält, z. B. durch die Wahl des Sitzplatzes.

Wenn die Hebamme durch berufliche Fortbildung ihre Beratungskompetenzen schult, verbessert das nicht nur die Situation für die Frauen, die sie betreut, sondern es erleichtert die eigene Arbeit der Hebamme/Familienhebamme und erhöht ihre Arbeitszufriedenheit.

Professionelle Distanz

Die Hebamme bemüht sich, neben der Empathie auch professionelle Distanz im Beratungsgespräch aufzubauen. Ein respektvoller Umgang mit sich selbst gehört ebenso zur traumasensiblen Hebammenarbeit wie die Grundhaltung von Empathie den betreuten Familien gegenüber. Klare eigene Grenzen bieten Schutz vor sekundärer Traumatisierung, die entstehen kann, wenn einer Hebamme die Emotionen und Verhaltensweisen einer Frau oder auch die Schrecken, von denen sie berichtet, so nahe gehen, dass sie sich selbst überwältigt und in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt fühlt.

Auch das Miterleben einer traumatischen Situation z. B. während der Geburt oder bei häuslicher Gewalt, kann zu einer Sekundärtraumatisierung führen.[54] (s. Kapitel 3.1.b)

53 Gührs/Nowak 2002
54 St. Just 2005

Die Hebamme kann sich in schwierigen beruflichen Beratungssituationen innerlich etwas zurücklehnen, als würde sie im Rücken Halt und Stütze bekommen. Wenn sie bei der Beratung sitzt, benutzt sie die Lehne des Stuhles. Sie kann selbst ihren eigenen Raum und dessen Begrenzung deutlich spüren. Die Hebamme lässt sich berühren aber nicht überwältigen, sie gibt Aufmerksamkeit und zeigt ihr aufrichtiges Mitgefühl, aber verliert nicht die Aufmerksamkeit für sich selbst und ihre Bedürfnisse.

Bestehen nach einem Beratungsgespräch Fragen und Zweifel über das Ausmaß einer psychischen Belastung, sind Hausärztin/Hausarzt oder Frauenärztin/Frauenarzt der Frau Ansprechpersonen oder Psychologinnen/Psychologen oder Psychiaterinnen/Psychiater, falls sich die Frau dort schon in Behandlung befindet. Voraussetzung für die Kontaktaufnahme ist das vorherige Einverständnis der Frau.

Beratung bei besonderen Bedürfnissen

Manchmal äußert eine Frau besondere Bedürfnisse für die Begleitung in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett, die eventuell stark von der gewohnten Routine abweichen. Vor allem im Hinblick auf die bevorstehende Geburt sind Forderungen nach frühzeitigem Setzen der PDA, primärer Sectio, ausschließliche Betreuung durch Ärztinnen oder sehr detaillierte Geburtspläne ein Hinweis, dass Traumasensibilität erforderlich ist und ein Gesprächsangebot angebracht ist. Hier kann geklärt werden, ob konkrete Schritte nötig sind, um die Frau zu stabilisieren und ihre Angst zu vermindern, oder ob es ausreicht, wenn die Hebamme sie weiterhin achtsam und traumasensibel begleitet.

Die Frau kann dabei unterstützt werden, ihre Bedürfnisse bereits vor der Geburt mit der Geburtsklinik, dem Geburtshaus oder der geburtsbegleitenden Hebamme zu klären und in der Akte festzuhalten, damit sie ruhiger in die Geburt hinein gehen kann.

Beratung auf der Grundlage informierter Entscheidung

Traumatisierte Menschen versuchen instinktiv Situationen zu vermeiden, die sie in hilflose oder für sie bedrohliche Situationen bringen. Wenn dies unbewusst geschieht, kann es sein, dass die Frau rund um die Geburt zu einer Strategie greift, die sie möglicherweise nicht optimal vor einer Retraumatisierung schützt. So kann der Wunsch nach einer PDA oder nach einer geplanten Sectio bei mangelnder Information über Folgen und Nachteile auch das Gegenteil bewirken. Das Ausgeliefertsein auf dem OP-Tisch kann für eine traumatisierte Frau ebenso bedrohlich sein wie eine Spontangeburt. Nicht immer ist es möglich, Frauen beratend vor solchen Folgen zu bewahren, aber die Hebamme kann der Frau anbieten, gemeinsam mit ihr nach den eigentlichen Bedürfnissen zu suchen und durch ihre fachliche Information dabei behilflich zu sein, eine informierte und bewusste Entscheidung zu treffen. Möglicherweise kann sie einen weiteren Weg aufzeigen, den die Frau bisher gar nicht in Erwägung gezogen hatte, beispielsweise eine Wassergeburt oder die Geburt mit einer ihr vertrauten Beleghebamme oder in einem von Hebammen geleiteten Kreißsaal.

3.4. Traumasensible Begleitung vor der Geburt

Traumasensible Schwangerenbegleitung und Geburtsvorbereitung dient dazu, Angst zu nehmen, Entscheidungshilfen zu geben sowie Frauen und Paare gut auf die Extremerfahrung Geburt vorzubereiten. Da ein typisches Charakteristikum einer traumatischen Situation die Unvorhersehbarkeit und Unberechenbarkeit ist, kann davon ausgegangen werden, dass eine angemessene vorherige Aufklärung das Risiko senkt, durch das Geburtserleben retraumatisiert zu werden. Auch die Geburtsräume und die geburtsbegleitende Hebamme schon vor der Geburt kennenzulernen, wirkt unterstützend.
Möglichst schon in der Schwangerschaft, spätestens aber beim Beginn der Betreuung während der Geburt werden

- die Wünsche und Bedürfnisse der Gebärenden erfragt,
- die Möglichkeiten der Umsetzung in dieser Einrichtung gemeinsam mit der Frau geklärt,
- die Absprachen dokumentiert und ggf. an alle an der Geburt Beteiligten weitergegeben.

Trauma-Prävention erfordert, dass alle Beteiligten sich an diese Absprachen halten und nur nach Rücksprache und im Einvernehmen mit der Frau von den Vereinbarungen abweichen.

Anamnese

Die Häufigkeit von Gewalterfahrungen in der Lebensgeschichte von Frauen und die gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheit legen nahe, diesen Aspekt im anamnestischen Gespräch mit einzubeziehen. Hier sollte unterschieden werden, ob es um akute Gewaltsituationen geht oder um zurückliegende Gewalterfahrungen.

Werden Fragen zum Allgemeinbefinden gestellt, können die Antworten bereits Hinweise geben auf vergangene oder akute Gewalterfahrung. Dazu gehören: Gestörter Schlaf, Unruhe, Angstzustände, Zerstreutheit, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen, Verzweiflung, Überaktivität, erhöhte Schreckhaftigkeit, häufige (psychosomatische) Erkrankungen, Essstörungen, Drogenabusus oder soziale Isolation. Typisch sind auch wechselnde Beschwerden, die sich schwer abgrenzen lassen. Betrachten Sie diese als „rote Fähnchen“, die Sie aufmerksamer machen, ohne dass sie direkte Rückschlüsse auf eine Traumatisierung zulassen.

Frage nach vergangenen Gewalterfahrungen

Da die Hebamme primär die physiologische Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit betreut, ist es nicht ihre Aufgabe, ein Trauma oder psychische Erkrankungen zu diagnostizieren oder zu therapieren.

Weil sich nicht alle Frauen an vergangene Gewalterfahrungen erinnern können oder möchten, hat die routinemäßige Frage nach (sexuellen) Gewalterfahrungen ohnehin wenig Aussagekraft.

Es ist nicht sinnvoll, **routinemäßig** in der Anamnese nach vergangenen Gewalterfahrungen zu fragen, weil dadurch unnötiger Weise gut verdrängte Erinnerungen in der Krisenzeit von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit hervor geholt werden könnten. Wichtiger ist, dass die Frau Unterstützung dabei bekommt, dass sie ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Schwangerenbetreuung, Geburt und Wochenbettzeit klären kann und Wege findet, dass diese bestmöglich erfüllt werden.

Folgende Fragen können die Frauen darin unterstützen:

- Wodurch fördern Sie zurzeit Ihr seelisches und körperliches Wohlbefinden?
- Von wem bekommen Sie gegenwärtig Unterstützung?
- Haben Sie schon eine Vorstellung, wie und wo Sie gebären möchten?
- Gibt es Wünsche an die Geburtsbegleitung?
- Wie bereiten Sie sich auf die Zeit nach der Geburt vor?
  Was ist Ihnen für diese Zeit besonders wichtig?

Sollte die Hebamme nach dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses im Einzelfall die Entscheidung treffen, eine Frau nach vergangenen Gewalterfahrungen oder besonderen psychischen Belastungen zu fragen, um ihr bessere Hilfe anbieten zu können, achtet sie auf folgende Voraussetzungen:

- Das Gespräch wird mit der Frau alleine und in einem geschützten Rahmen geführt.
- Die Hebamme hat grundlegende Kenntnisse über die Folgen von Gewalterfahrungen.
- Die Hebamme fühlt sich hier und jetzt stabil und sicher genug, mit der Frau über ihre Erfahrungen zu sprechen und mit ihren Reaktionen umzugehen.
- Es ist ausreichend Zeit vorhanden.

Die direkte Frage nach (sexualisierten) Gewalterfahrungen in der Vergangenheit ist eine bewusste, verantwortliche und der individuellen Situation angemessene Entscheidung jeder Hebamme.

Es kann auch vorkommen, dass eine Frau sich von sich aus öffnet und vergangene Gewalterfahrungen benennt. Das bedeutet einen großen Vertrauensbeweis von Seiten der Frau und ist zumeist nicht mit der Erwartung an die Hebamme verknüpft, in irgendeiner Form aktiv zu werden. Die betroffene Frau entlastet sich dadurch und braucht vor allem Ruhe und Zuhören.

- Die Hebamme drückt deutlich ihr Mitgefühl und ihre Anerkennung aus: (Sexuelle) Gewalt zu überleben erfordert sehr viel Kraft!
- Auf Fragen nach genauen Details der Gewalterfahrung wird verzichtet. Die Einzelheiten haben keine Relevanz für die Betreuung.

Wenn großer akuter Leidensdruck besteht:

- Die Selbsthilfe-Methoden, die der Frau bis heute gut getan haben, werden erfragt. Die Frau erhält Wertschätzung für diese Bewältigungsstrategien.
- Die Hebamme erkundigt sich nach den schon in Anspruch genommenen professionellen Hilfen (Beratungsstellen, Praxen, stationäre und ambulante Therapie). Vielleicht ist es angezeigt, diese erneut in Anspruch zu nehmen, um die Frau zu stabilisieren.
- Die Hebamme verdeutlicht ihren Arbeitsbereich und die Grenzen ihrer Kompetenz.
- Sie benennt bei Bedarf Adressen von Beratungsstellen, an die die Frau sich wenden kann.

Es ist hilfreich, sich als Hebamme bewusst zu machen, dass traumatisierte Menschen meist schon viele Jahre mit dem Trauma leben. Betroffene haben Kompetenzen im Umgang mit dem Trauma entwickelt, die es anzuerkennen gilt. Es ist nicht Aufgabe der Hebamme, der Frau ihr Leid abzunehmen, sondern die Hebammentätigkeit so zu gestalten, dass kein neues Leid erzeugt wird.

Die Frage nach einer akuten Gewaltsituation

Diverse Richtlinien und Leitlinien anderer Länder und Institutionen empfehlen, die Frage nach aktuellen Gewalterfahrungen in jede Anamnese aufzunehmen.[55] Es wird teilweise sogar empfohlen, die Frage mehrmals während der Begleitung in der Schwangerschaft zu stellen, da die Gewalt in der Schwangerschaft oft eskaliert. [56] [57] Viele von Gewalt betroffene Frauen wenden sich mit den daraus folgenden körperlichen Beschwerden zuerst an medizinische Fachleute, es werden aber in den meisten Fällen nur die körperlichen Beschwerden behandelt. Eine auf akute Gewalterfahrungen bezogene Anamnese erleichtert den Frauen das Benennen traumatischer Erfahrungen. Sie können sich dadurch entlastet, verstanden und gesehen fühlen.

- Gibt die Frau Signale, macht sie Andeutungen oder spricht sie von sich aus eine akute Gewaltsituation an?
- Verhält der Partner sich stark kontrollierend oder ist die Beziehung anders auffällig?
- Besteht möglicherweise eine akute Gefährdungssituation der Frau oder des Neugeborenen?

Kommt eine Frau mit folgenden Verletzungen/Auffälligkeiten in eine Frauenklinik oder Hebammenpraxis, ist an einen Gewaltzusammenhang zu denken (hier sind nicht alle möglichen Symptome genannt, sondern eine Auswahl häufiger Symptome, die der Hebamme auffallen könnten):

- Akute oder abgeheilte unklare Verletzungen von Brust, Unterleib, Genitalbereich
- Versäumte Vorsorgeuntersuchungen
- Blutungen
- Scheidenentzündungen
- Atem- oder Essstörungen
- Fehlgeburt, Frühgeburt
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch
- Fetale Retardierung

55 Rauchfuß, Dr. Martina, DGGG, DGPM, 2010
56 Washington State Departement of Health 2008, Perttu/Kaselitz 2004
57 Washington State Departement of Health 2008

- Infektionen
- Anämie
- Suizidversuch oder Selbstverletzung[58]

Fragen nach häuslicher oder anderer akuter Gewalt oder Bedrohung

Um nach häuslicher oder anderer akuter Gewalt oder Bedrohung zu fragen, ist es hilfreich, wenn bereits ein Vertrauensverhältnis zu der Frau aufgebaut werden konnte. Das Gespräch sollte in einem geschützten Rahmen und alleine mit der Frau stattfinden. Möglicherweise weiß der Partner nichts davon oder ist Täter. Auch wenn eine Frau gewalttätige Situationen nur im Nebensatz erwähnt, ist es gut, diese anzusprechen und Mitgefühl auszudrücken.

> Der Frau wird vorbehaltlos Vertrauen geschenkt, die Hebamme zeigt ihre Parteilichkeit und glaubt der Frau, was sie mitteilt. Die Hebamme betont und achtet ihre Schweigepflicht und die Grenzen der Belastbarkeit der Frau und ihrer eigenen Person.

Die Hebamme respektiert, wenn die Frau - zu diesem Zeitpunkt - ein Gesprächsangebot nicht wahrnehmen möchte. Sie signalisiert ihr, dass sie auch zu einem späteren Zeitpunkt für dieses Thema und ihre Fragen offen ist.

Schwangerenbetreuung und Vorsorge

Da es keine Studien über den Umgang mit traumatisierten Frauen in der Schwangerenbetreuung, Vorsorge, Kurssituation, für die Geburt, für Wochenbett und Stillzeit gibt, muss bei diesen Abschnitten einleitend vermerkt werden, dass unsere Empfehlungen aus der Praxis und als logische Konsequenzen aus dem bisherigen Wissen entwickelt wurden.
Die Schwangerenbegleitung ist besonders für traumatisierte Frauen eine wertvolle Zeit, um sich mit Hilfe der betreuenden Hebamme über ihre besonderen Bedürfnisse und Ängste, aber auch ihre Stärken und Wahlmöglichkeiten klar zu werden.

58 Rauchfuß, DGGG 2010; Hellbernd/Brzank et al. 2004

Wenn aus der Traumatisierung heraus besondere Ängste vor der Geburt oder psychosomatische Symptome bestehen, kann eine engmaschigere Begleitung sinnvoll sein. Eventuell fällt es der betroffenen Frau leichter, zu einer Hebamme in die Vorsorge zu kommen, als eine Frauenärztin/einen Frauenarzt aufzusuchen. Hier steht nicht nur das Geschlecht im Vordergrund, sondern auch der Zeitrahmen, der bei der Hebamme für die einzelne Frau zur Verfügung steht, sowie die Orientierung an der Physiologie und den Ressourcen der Frau. Auch der Widerwille gegen die bei dem Arzt/der Ärztin üblichen vaginalen Untersuchungen auf dem gynäkologischen Stuhl oder die häufigen abdominalen und vaginalen Ultraschalluntersuchungen (inklusive der Verwendung von Ultraschallgel, das an Sperma erinnern kann) können ein Grund sein, zur Hebamme zu wechseln.

Für eine schwer belastete Frau können Hausbesuche der Hebamme zur Schwangerenvorsorge eine große Erleichterung bedeuten.

Kurssituation

Geburtsvorbereitung kann für traumatisierte Frauen hilfreich sein, denn:

- sie dient der Vorbereitung auf die Kraft und die Bedeutung der rhythmischen Qualität des Wehenschmerzes und erleichtert den Umgang mit Wehen und persönlichen Ängsten,
- sie vermittelt eine Stärkung der Fähigkeiten, mit möglichen Belastungen durch Komplikationen im Verlauf der Geburt umgehen zu können,
- sie bereitet auf die „normale Krise Wochenbett“ und die Herausforderungen des Lebens mit dem Säugling und das Stillen vor.

Es kann in jedem Kurs Situationen geben, die für traumatisierte Frauen Schwierigkeiten bergen. Sie kann Körperarbeit unterstützen, sie kann aber auch unangenehme Gefühle hervorrufen, bisweilen ein Trigger für Flashbacks sein, beispielsweise, wenn die Kursleiterin dazu auffordert, sich hinzulegen und die Augen zu schließen. Dies gilt

auch für Entspannungsübungen, Wehensimulationsübungen und andere Körperübungen, die an die Schmerzgrenze gehen, aber auch für Paarübungen und Massagen. Auch die Arbeit mit dem Beckenboden, die Erläuterung der Dammmassage, des Stillens oder Atemübungen können für gewaltbetroffene Kursteilnehmerinnen schwierig sein.

> Die Hebamme macht wiederholt darauf aufmerksam, dass es für jede Frau sinnvoll ist, auf ihre Grenzen und Bedürfnisse zu achten. Die Frau wird dazu ermutigt, körperliches Unbehagen wahrzunehmen, zu äußern oder Übungen an ihre Bedürfnisse anzupassen bzw. auszulassen.

Emotionale Bedrängnis oder die Aktivierung des Traumagedächtnisses können sich im Kurs durch Atemstörungen, Weinen, Schmerzen (im Genitale, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen), aggressives oder regressives Verhalten oder auch Flucht äußern.

Wenn die Hebamme sich dazu in der Lage sieht, kann sie ausdrücklich erwähnen, dass sie eine mögliche Ansprechpartnerin ist, wenn die schwangere Frau Beschwerden oder Fragen hat, die mit individuellen Bedürfnissen oder Ängsten zusammen hängen.

Störungen haben Vorrang

Im Akutfall kann die Hebamme den Kurs für eine kleine Pause unterbrechen und zunächst die Frau in der Krise stabilisieren. Wenn die Hebamme darauf vorbereitet ist, dass die Arbeit an einer häufig direkt traumatisierten Körperstelle wie dem Beckenboden Flashbacks auslösen oder das Körpergedächtnis einer Frau aktivieren kann, kann sie besser mit auftretenden Problemen umgehen und die Frau angemessen unterstützen.

> Wenn die Hebamme nicht weiß, wie sie einer Frau weiterhelfen soll, fragt sie sie, was sie im Moment oder später für sie tun kann oder was ihr helfen könnte.

Vielleicht genügt es, wenn die Frau sich einen Moment in einen anderen Raum zurückziehen und zu sich kommen kann. Nach dem Kurs oder am Folgetag erkundigt sich die Hebamme nach dem Befinden der Frau.

Prinzipiell ist wichtig, dass alle Kursteilnehmerinnen sich schon bei Beginn des Kurses darauf verständigen, dass alles Persönliche, was gesagt wurde, im Raum bleibt und dass sie wissen, dass alles was der Hebamme anvertraut wird der Schweigepflicht unterliegt.

Selbstbestimmte Annäherung an belastete Körperregionen - im eigenen Tempo, ohne Druck, ohne sexuellen Anstrich oder die Erwartungen eines Partners - kann das Selbstbewusstsein stärken, die Lebenslust wecken und das Körpergefühl verbessern. Solch ein respektvoller, sanfter und die Selbstbestimmung stärkender Umgang kann eine heilsame Erfahrung für die Frau sein.

Es ist möglich, einen vertrauensvollen, sicheren Rahmen zu schaffen, in dem gewaltbetroffene Frauen sich behutsam und im Kreis anderer Frauen positiv mit ihrem Körper und der Schwangerschaft beschäftigen.

3.5. Traumasensible Begleitung während der Geburt

Der Geburtsvorgang mit seiner Naturgewalt, den Schmerzen und der Unkontrollierbarkeit macht allen Frauen mehr oder weniger Angst. Für Frauen mit Gewalterfahrungen, vor allem nach sexueller Traumatisierung, trifft dies in besonderem Maße zu. Manche Frauen sind auch durch vorangegangene Fehlgeburten oder gynäkologische Behandlungen (IV-Fertilisation oder Operationen) so verletzt, dass sie Traumasymptome entwickeln. Der Weg des Kindes durch das Becken, die massive Dehnung und der Druck sowie die Schmerzen durch Dammschnitt oder spontane Geburtsverletzungen können das Körpergedächtnis der Frau an Gewalterfahrungen aktivieren. Wehen-

Schmerz, Hilflosigkeit und die Anwesenheit fremder Menschen bei diesem intimen Akt können eine große Herausforderung, manchmal auch eine Überforderung für die Frau bedeuten. Jeder Übergriff von außen, ob verbal oder körperlich, kann in dieser Situation bedrohlich und verletzend wirken.

Aber auch das Gefühl, allein gelassen zu werden, wenn die Hebamme sich um viele andere Aufgaben oder um mehrere Frauen kümmern muss, kann traumatisch wirken. Daher ist gerade hier das Angebot einer kontinuierlichen Betreuung eine wichtige präventive Maßnahme.

> Eine respektvolle Begleitung während der Geburt, die die Eigenkompetenz der Gebärenden stärkt, ist eine bedeutungsvolle Grundlage für ein gutes Geburtserlebnis der werdenden Mutter und einen gesunden Start für ihr Kind.

Zum Schutz vor einer Retraumatisierung während der Geburt beachten Hebammen und Geburtshelferinnen/Geburtshelfer, dass sie

- die Aufklärung einer Frau im Sinne der fachlichen Information sachlich und angemessen durchführen,
- sich bewusst machen, dass sie gemäß ihrer Rolle und Aufgabe in einem Machtverhältnis zur Gebärenden stehen, das ihnen eine besondere Verantwortung für ihr Handeln – und ihre Unterlassungen – überträgt,
- sich bei geburtshilflichen Entscheidungen ihrer eigenen Bedürfnisse und Handlungsmotivationen bewusst sind, und diese für die Frau klar und transparent machen. Auch diese haben ihre Berechtigung, sind aber nur im Notfall wichtiger als die Bedürfnisse der Frau,
- sich jederzeit bewusst sind, dass die Frau sich freiwillig in ihre Obhut begibt und jederzeit das Recht hat, für sich und ihr Kind zu entscheiden.

Hebammen und Geburtshelferinnen/Geburtshelfer sind sich bewusst, dass eine Geburt auch ein sexueller Akt ist, der höchste Zurückhaltung und den größtmöglichen Schutz der Intimität braucht. Der Gebärenden werden alle vorhandenen Möglichkeiten angeboten, um sich selbst helfen zu können.

Einige Frauen sprechen von Heilung des erlebten Schreckens aus der Vergangenheit, nachdem sie durch Einsatz ihrer eigenen Fähigkeiten und durch respektvolle Begleitung gute Erfahrungen beim Mutterwerden gemacht haben.

Viele Betroffene haben das Bedürfnis nach einem geschützten Raum und fühlen sich daher in der Gebärwanne wohl und sicher. Andere wünschen sich, dass ausschließlich Frauen anwesend sind. Eine wichtige Hilfe für traumatisierte Frauen ist es, wenn sie so viel wie möglich selbst bestimmen dürfen, was mit ihnen und dem Kind passiert. Dies gilt auch und besonders für die Gebärposition und das Bewegungsbedürfnis der Frau.

In der Geburtshilfe traumasensibel zu arbeiten bedeutet, auf die Bedürfnisse und Grenzen der gebärenden Frau einzugehen. Das bedeutet auch, nicht nur auf verbale Ablehnung oder Zustimmung von Vorschlägen und Wünschen einzugehen, sondern auch nonverbalen Äußerungen ernst zu nehmen, da Frauen in Wehen sich nicht jederzeit klar und deutlich sprachlich äußern können.

Ebenso wie in der Sexualität gilt in der Geburtshilfe, dass auch ein leises Nein oder eine ablehnende Geste ein Nein bedeutet, das die Betreuenden unbedingt zu achten haben. Gerade die Frau, die während der Geburt Schmerzen hat, braucht die Gewissheit, dass sie von niemandem überrumpelt wird.

Mögliche Trigger

Die Geburt selbst, aber auch medizinische Routinemaßnahmen bergen ein hohes Risiko, als Trigger die Frau in akute seelische Not zu bringen und die Geburt zu behindern. Auslöser können sein:

- Vaginale Untersuchungen
- Ultraschall-Gel, Ultraschalluntersuchungen (besonders vaginale)
- Einlauf
- Rückenlage, besonders wenn sie unfreiwillig eingenommen wird
- Aufforderungen, die Beine weit zu spreizen, locker zu lassen, sich zu entspannen

- Unvorbereitete Berührungen, Berührungen an bestimmten Körperstellen, z. B. den Brüsten, Genitalien, Innenseiten der Oberschenkel, aber auch am Nacken
- Lagerung der Beine in Beinhaltern
- Festhalten, Festschnallen
- Fruchtwasser, das die Beine hinab läuft
- Katheterisieren
- Legen einer Venenverweilkanüle
- Kristellern
- Manuelle Dehnung des Damms in der Austreibungsphase
- „Powerpressen“ (Vasalva-Pressmanöver, Anleitung zum Luftanhalten und Kopf auf die Brust drücken)
- Geburtsverletzungen, Dammschnitt
- Spekulumeinstellung, Naht[59]

3.6. Traumasensible Begleitung nach der Geburt

Auch in der Wochenbett- und Stillbetreuung wird die traumasensible Begleitung beachtet. Respekt vor den Körper- und Schamgrenzen der Frau, die aktive Unterstützung des Bondings und das Schaffen eines geschützten Rahmens für die sensible Zeit nach der Geburt sind hier wichtige Aufgaben der Hebammen und des Teams auf der Wochenstation.

> Die traumasensible Begleitung der Frau bezieht auch den Schutz des Kindes vor seelischen Verletzungen mit ein. Sein Recht auf Unversehrtheit und kontinuierlichen Kontakt werden in dem Rahmen beachtet, wie die Mutter es zulassen kann.

Es gibt nur wenige Studien über die Auswirkungen von Gewalt auf das Erleben von Wochenbett und Stillzeit. Hier muss auch unterschieden werden, ob die Traumatisierung der Frau in der Kindheit, vor Beginn der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft von dem gegenwärtigen Partner oder während der Geburt entstanden ist.

59 Friedrich 1997

Es ist auch entscheidend, ob das Kind erwünscht war oder nicht, welches Geschlecht es hat und wie die familiäre Situation nach der Geburt ist. Hebammen sehen sich einem sehr komplexen Geschehen gegenüber, dass über das hinausgeht, was bei nicht betroffenen Frauen die Herausforderungen des Wochenbettes und des Stillens ausmacht.

Mögliche Trigger

- Hautkontakt zum Kind
- Stillen, Milchfluss und das Körpergefühl, das durch Milch auf der Brust oder an den Händen hervorgerufen wird
- Genitalhygiene und Fiebermessen beim Kind
- Wochenfluss, Nahtversorgung und Nahtbeschwerden
- Beschwerden mit Hämorrhoiden (besonders nach analem Missbrauch)
- Gestörte Nachtruhe
- Verlust der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit

Psychische Belastungen im Wochenbett

Anhaltende Traurigkeit, Leere-, Versagens- und Überforderungsgefühle, Scham und eine Tendenz zur sozialen Isolation sind die häufigsten Symptome, die im Wochenbett auf eine psychische Belastung hinweisen. Bindungsstörungen gehen häufig mit innerer Not einher.

> Als Hebamme ist es sinnvoll, der psychisch belasteten Frau Gesprächsbereitschaft bei der Verarbeitung des Geburtserlebnisses zu zeigen.[60] Die Unterstützung des Bondings zwischen Mutter/Vater und Kind kann z. B. mit einem Baby-Baderitual[61], Baby-Massage, Pucken oder dem Zeigen eines ruhigen Handlings erreicht werden.[62] Die Frau braucht vielleicht Hilfe, mit dem Baby einen Rhythmus zu finden, um eine Tages-Struktur zurückzuerlangen.

Die Wiederentdeckung von Kraftquellen und die Hilfe beim Ausbau des privaten Unterstützungsnetzes verbessern die psychische Stabili-

60 Bloemeke 2003
61 Meißner 2011
62 DHV Poster; Klein, Schön, Stüwe 2009, Klein 2009

tät und Gesundheit einer Wöchnerin. Die Frau sollte ihre Haushaltsorganisation so einfach wie möglich gestalten, auch indem sie Hilfe von außen in Anspruch nimmt. Den Schlaf der Wöchnerin von Anfang an zu fördern, ist eine besonders wichtige Aufgabe im frühen Wochenbett, da Schlafmangel die psychische Stabilität gefährdet. Anstehende Hausarbeiten können gemeinsam mit dem wachen Kind, z. B. im Tragetuch oder -sack, verrichtet werden, damit die Frau die Phasen während des Tages, in denen das Kind schläft, nutzen kann, um selbst zu ruhen oder zu schlafen. Im Gespräch mit der betroffenen Frau werden kreative Ideen für eine bestmögliche Schlafsituation gefunden: Für die eine Frau kann es dringlich sein, das Kind nah bei sich zu haben, eine andere braucht Unterstützung für Zeitstrecken ohne Kind und möchte eine oder einige Nächte in getrennten Räumen und möglichst ungestört schlafen können, um sich zu stabilisieren. Die Hebamme darf Schlaflosigkeit in den ersten Tagen nach der Geburt nicht unterschätzen und sollte notfalls an eine Ärztin/einen Arzt vermitteln.

Da psychische Störungen, besonders die posttraumatische Belastungsreaktion und extreme Unruhe beim Kind, häufig erst nach 14 Tagen deutlicher hervortreten, ist es ratsam, die Hebammenbegleitung regelmäßig auf acht Wochen auszudehnen. Bei Bedarf können nach dem Ablauf von acht Wochen weitere Wochenbettbesuche ärztlich verordnet werden. Ohne ärztliche Verordnung sind Hausbesuche zur Stillberatung während der gesamten Stillzeit oder bei mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährten Kindern in den ersten neun Monaten nach der Geburt möglich. Auch kann die weitere Unterstützung durch eine Familienhebamme sinnvoll sein.

Erschwerte Beziehung zum Kind

Bei jedem Menschen löst der enge Kontakt zu einem Baby Erinnerungen an die eigene Kindheit aus. Ist sie mit negativen Gefühlen besetzt, wird die Auseinandersetzung mit der zukünftigen Elternrolle schwieriger. Traumatisierte Frauen haben zudem ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen.[63]

63 Pantlen 2002

Traumatisierte Frauen befürchten häufiger, dass ihr mütterliches Verhalten unpassend ist oder von anderen so gesehen wird. Da Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit oft kein positives mütterliches Vorbild haben, können sie nicht auf ein angemessenes Verhaltensrepertoire zurückgreifen. Dies kann Stress, Hilflosigkeit, Angst oder Wut auslösen. Das Geschlecht des Kindes kann bei der Fürsorge und Bindungsentwicklung eine Rolle spielen. Ist dies der Fall kann z. B. das Windelwechseln oder Fiebermessen eine ständige Herausforderung sein. Bei einem Mädchen kann die Angst bestehen, es nicht vor dem gleichen Schicksal bewahren zu können. Bei einem Jungen kann die Sorge bestehen, dass er später ebenfalls zu Gewalttätigkeiten neigt. Bei akuter häuslicher Gewalt kommt die Befürchtung hinzu, dass der Vater die Übergriffe auf das Kind ausweiten könnte. Dies kann zu großen Ängsten und extremem Stress führen.

Die Wochenbettzeit ist wie die Schwangerschaft nicht der geeignete Zeitraum, um aufdeckend therapeutisch zu arbeiten. Es geht primär um eine Stabilisierung der Frau, wenn es zu einer Erinnerung vergangener Erfahrungen gekommen ist.

Stillen

Insgesamt stillen traumatisierte Frauen ebenso häufig wie nicht Betroffene. Im Einzelfall kann das Stillen jedoch mit Problemen verbunden sein, auch wenn die Brust nicht direkt in die Gewalterfahrungen einbezogen war. Wenn das Saugen oder der Speichel die Frau mit unangenehmen Körpergefühlen und Erinnerungen konfrontiert, kann sie möglicherweise Symptome ohne klare Ursache entwickeln wie anhaltende Schmerzen oder Rötungen an der Brust, oder das Stillen ganz ablehnen.

Ziel ist in erster Linie die gelingende Bindung zwischen Mutter und Kind.

Manchmal ist dies nur durch die Benutzung von Distanz spendenden Stillhütchen, durch Abpumpen der Muttermilch oder das Abstillen und die Ernährung des Säuglings mit künstlicher Nahrung möglich.

Stillen erfordert Hingabe sowie die Entscheidung und die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse für eine Zeit zurückzustellen und die des Kindes zu befriedigen. Wenn in der eigenen Kindheit das Selbstbestimmungsrecht über den Körper oder den ungestörten Schlaf verwehrt und dies vielleicht erst mühsam erlangt wurde, kann ein fordernder Säugling eine hohe Belastung und Überforderung darstellen. Daher kann es – auch in Einrichtungen mit 24-Stunden-Rooming-in – sinnvoll sein, der Mutter Erleichterung zu verschaffen, indem ihr kurze Zeiten ohne den Säugling zu ermöglicht werden. Bestenfalls besteht die Möglichkeit, den Partner dafür einzubinden. Die so erreichte Entspannung kommt letztlich der Mutter-Kind-Bindung und dem Säugling zugute.

Eine gelingende Stillbeziehung kann ähnlich wie eine gelungene Geburt ein heilsamer Schritt hin zu einem neuen Körpergefühl sein: „Mein Körper ist zu etwas Positivem in der Lage. Meine Brüste sind Leben spendend. Mein Kind wächst und gedeiht mit dem, was ich ihm geben kann“.

Ist im Einzelfall das Stillen nicht möglich, kann die notwendige Nähe durch liebevolle Fütterung mit Blickkontakt und direktem Hautkontakt gegeben werden, wozu die Hebamme gegebenenfalls besonders aufklärt und anleitet.

Rückbildungsgruppen, Mutter-Kind-Gruppen, Still-Gruppen, Baby-Massage, PEKIP, o. ä. sind Möglichkeiten für die Frau, sich mit anderen Frauen auszutauschen, zu sehen, wie diese mit ihren Säuglingen umgehen, wie sie schmusen, sorgen und Spaß haben und „normal“ sind. Eventuell meiden manche Betroffenen aber solche Angebote, die sie dazu verleiten, sich zu vergleichen oder sich unzulänglich zu fühlen.

Es gilt in der gesamten Säuglingszeit, das Selbstwertgefühl der Mutter zu stärken. So kann sie in kleinen Schritten zu einem realistischen Rollenverständnis kommen und Vertrauen in ihre Fähigkeiten als Beschützerin des Kindes entwickeln.

Unruhige, untröstlich weinende Babys

Ein schreckhaftes Neugeborenes, das schlecht schläft, viel schreit und unablässig unruhig und unzufrieden ist, bedeutet eine gravierende Herausforderung für die Situation einer belasteten Mutter.
Die Symptome eines so genannten Schreikindes stimmen mit den beschriebenen PTBS-Symptomen überein: Unruhe, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit. Die Symptome des schreckhaften Neugeborenen legen der Hebamme nahe, für das Kind dieselben traumasensiblen Umgangsweisen wie für die Mutter anzuwenden.

Das heißt im Umgang mit dem Neugeborenen:

- Schutz durch Sicherheit und Ruhe der Umgebung, pucken
- Stabilisierung durch Ruhe, Wärme, Schlaf, langsames Handling
- eine überschaubare Zahl von Halt gebenden Bezugspersonen
- rhythmische, regelmäßige Tages-Struktur
- Bonding unterstützen durch Babymassage, Tragetuch, Baby-Baderitual[64]
- Eltern-Stärkung (im Kontakt miteinander bleiben, Ruhe bewahren, entspannen, atmen)

3.7. Traumasensible Begleitung bei häuslicher Gewalt

Hebammen begleiten auch Frauen und Kinder, die mit schwierigen häuslichen Lebensbedingungen zurecht kommen müssen.

Frauen, die häusliche Gewalt erfahren oder erfahren haben, werden als eine der Zielgruppen von Familienhebammen definiert. Um diese Aufgabe kompetent erfüllen zu können, sollten entsprechende Inhalte in die Curricula der Weiterbildungen zur Familienhebamme in den einzelnen Bundesländern aufgenommen oder vertieft werden. Im aktuellen Rahmencurriculum für die Hebammenausbildung des DHV 2010 ist das Thema „Trauma“ inzwischen im Modul „Die Gebärende in besonderen Situationen“ implementiert.

64 Meißner 2011

Gewaltkreislauf

Frauen, deren Partner Gewalt ausüben, erleben vielfältige Demütigungen und Verletzungen. Diese betreffen den psychischen, physischen, sozialen, ökonomischen und emotionalen Bereich. Die Frauen befinden sich meist in einer Gewaltspirale: Zunächst kommt es zu einem Aufbau von Spannung, die sich in einem Übergriff entlädt. Die Auslöser können auch außerhalb der Beziehung liegen, z. B. in Form von Konflikten am Arbeitsplatz. Meist zeigt der Partner nach der Tat spontan große Reue, möchte sich wieder vertragen, alles ungeschehen machen, sich ändern. Die Situation entspannt sich, die Frau ist froh über diesen Zustand und verleugnet zugunsten dieser Ruhephase manchmal sogar selbst die Gewaltbeziehung. Doch mit der Zeit kommt es meist wieder zu einem Aufbau von Spannung. Die Frau ist damit beschäftigt den Gewaltausübenden nicht zu „reizen" und verleugnet eigene Bedürfnisse und Gefühle. Die Spannung entlädt sich erneut in einem Übergriff, der oft von Mal zu Mal schwerwiegender wird.

Das Selbstwertgefühl der Frau leidet unter den anhaltenden Demütigungen und dem Zwang, sich selbst zu verleugnen, um weitere Eskalationen zu vermeiden - was dennoch nicht gelingt. Es wird zunehmend schwerer, einen Punkt und die Kraft zum Aussteigen zu finden. Viele Betroffene ahnen auch, dass sie gerade in der Trennungsphase besonders gefährdet sind - mögliche Drohungen des Partners, das Sorgerecht für die Kinder entziehen zu lassen oder die Androhung schlimmerer Gewalt tun ihr Übriges. [65]

Es kann eventuell auch geschehen, dass die Frau ihrerseits vernachlässigend oder gewalttätig gegen ihre Kinder wird.

Es ist für betroffene Frauen oft schwer, sich aus dieser Dynamik zu befreien und den gewalttätigen Partner zu verlassen. Zwischen Täter und Opfer besteht eine starke Bindung, auch wenn das von außen schwer nachzuvollziehen ist. Dies ist wichtig zu wissen

65 Walker 1983

und anzuerkennen, um professionelle Distanz zu bewahren und geduldig begleiten zu können. Hebammen können möglicherweise eine Brückenfunktion zu den bestehenden Hilfesystemen ausüben.

Akute Bedrohung

Begleitet eine Hebamme eine Frau in der Schwangerschaft oder im Wochenbett, bei der akute Gewalt droht, teilt die Hebamme der Frau in einem geschützten Rahmen in Abwesenheit des Partners ihre Befürchtungen mit und versucht mit ihr gemeinsam, die Bedrohlichkeit der Situation einzuschätzen. Im Idealfall wird die betroffene Frau an eine Mitarbeiterin einer Frauenberatungsstelle vermittelt. Die Frau entwickelt einen persönlichen Sicherheitsplan für eine eventuell bevorstehende Flucht und erhält Entscheidungshilfe, welchen Ort (Bekannte/Verwandte, Frauenhaus, Zufluchtswohnung) sie und ihr(e) Kind(er) aufsuchen können, wenn sie die eigene Wohnung verlassen müssen. Es werden Absprachen mit Verwandten, Freundinnen/Freunden, in der Nachbarschaft o. ä. für den Notfall getroffen. Eine Notfallkarte der Region mit Telefonnummern von Polizei, Beratungsstellen, Frauenhäusern usw., die gut versteckt, aber jederzeit zugänglich ist, kann eine wichtige praktische Hilfe darstellen.
In einigen Bundesländern gibt es eine Frauen-Helpline (zum Beispiel in Schleswig-Holstein), die auch am Wochenende und nachts angerufen werden kann. Die Frau erhält dort auch im Akutfall Informationen über Hilfsangebote.[66]

Das neue Gewaltschutzgesetz bietet bei häuslicher Gewalt mehr Rechte für von Gewalt Betroffene und deren Kinder. Gewaltausübende können bei Anzeige der Wohnung verwiesen werden. Notfalls wird auch ein Mindestabstand zur Wohnung bestimmt, der eingehalten werden muss. Auch das beharrliche Nachstellen (Stalking) ist seit 2007 ein Straftatbestand. Dennoch bleibt die Situation für viele Frauen bedrohlich und belastend, insbesondere, wenn Umgangsberechtigte versuchen, Kontakt über das Umgangsrecht mit dem Kind zu

66 Hellbernd/ Brzank et al. 2003, 2004, 2006

erzwingen. Aufgrund dieser Risikofaktoren sind Mütter und Kinder in der Trennungsphase besonders gefährdet.

Ist eine Frau von Gewalt akut bedroht, arbeitet die (Familien-) Hebamme mit dem Einverständnis der Frau mit Frauenberatungsstellen, Frauenhäusern o. ä. zusammen. Sie kann dort auch selbst telefonische oder persönliche Beratung erhalten.

Hilfreiche professionelle Distanz der Hebamme

Die Hebamme achtet bei der Begleitung von Frauen, die akut häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, darauf, dass sie bei der Unterstützung der Frau einen klaren Standpunkt behält.
Schnell kann es passieren, dass helfende Personen in das sog. „Dramadreieck" hineingeraten.[67] Im Modell des Dramadreiecks stellt die Frau das Opfer dar. Die Hebamme wünscht sich, dass die Frau die Gewalt ausübende Person verlässt, und die Gewalt aufhört. Sie möchte die Frau retten. Interveniert sie zu sehr gegen das Selbstbestimmungsrecht der Frau oder in einem anderen Tempo als dem der Frau, kann die Hebamme von der Frau als Täterin angesehen werden, und sie wendet sich von ihr ab oder solidarisiert sich mit dem tatsächlichen Täter. Somit ist die Hilfe (zunächst) ins Leere gegangen. Beide, Hebamme und Frau, sind enttäuscht.

Die Entscheidung, ob die Frau ihre Lebenssituation gerade verändern kann oder nicht, liegt bei ihr allein. Die Hebamme stärkt die Frau am meisten, indem sie ihre Entscheidungen respektiert, ihr weiterhin Unterstützung anbietet und besonders ihre Stärken und Ressourcen hervorhebt.

Persönliche Sicherheit der Frau

Erfahrungen zeigen, dass manche misshandelnde Personen Dokumente verstecken oder vernichten, aus Wut oder da sie eine ggf. bevorstehende Trennung erschweren wollen. Die Frau sollte versuchen, die wichtigsten Dokumente bei einer Flucht mitzunehmen oder sie

67 Schlegel 2002

vorher bereits zu kopieren. Eine Notfalltasche wird an einem sicheren Ort bei Freundinnen, Nachbarinnen oder am Arbeitsplatz versteckt, um die wichtigsten Schritte nach einer Flucht einzuleiten.

Die „Notfalltasche“ enthält:

- Ausweis/Pass und Kinderausweise
- evtl. Staatsbürgerschaftsnachweis
- Geburtsurkunden/Heiratsurkunde
- Krankenkassen-Karte (auch der Kinder)
- Mietvertrag, Arbeitsvertrag
- Renten-, Sozial- und Arbeitsamtsbescheide
- evtl. Kopien von Sorgerechtsentscheid/Schutzanordnung
- Bankunterlagen, Sparbücher, Wertpapiere in Kopien
- Schmuck
- das Nötigste für einige Tage: Kleidung, Hygieneartikel, Schulsachen, Lieblingsspielzeug, Medikamente
- Ersatzschlüssel für Wohnung/Auto
- Adressbuch
- Erinnerungen: Tagebücher, Fotos und geliebte Dinge[68]

Schutz für die Hebamme

Vorsorglich ist es sinnvoll, den Täter nicht direkt zu konfrontieren, unter Umständen gar nicht zu zeigen, dass die Hebamme von der Gewalt weiß. Je nach Konstellation hilft sie der Frau mehr, wenn sie ihre stille Vertraute bleibt und zunächst den Schein des Nicht-Wissens wahrt. Natürlich ist es wichtig, dass Gewalt nicht toleriert wird, aber die Sicherheit von Frau und Hebamme gehen immer vor!

Die Hebamme kann unter Umständen dennoch selbst in eine Situation geraten, in der ihre Sicherheit gefährdet ist. Es kann vorkommen, dass die Frau vor ihren Augen attackiert wird. Manchmal kann das beherzte Einschreiten der Hebamme einen gewalttätigen Partner zwar aufhalten, aber es besteht immer die Gefahr, selbst hinein gezogen zu werden. Ist die Hebamme Zeugin bei einer Gewalttat, ruft sie sofort polizeiliche Hilfe und sorgt für ihre eigene Sicherheit, wenn möglich auch für die Sicherheit der Frau und der Kinder.

68 Hellbernd/ Brzank et al. 2003

Begleitung nach akuter Gewalt

Wenn Hebammen Frauen begleiten, die aktuell Übergriffe erfahren haben, benötigen die Betroffenen vor allem Stabilisierung von der Hebamme.
Wenn die Frau in Sicherheit ist, sind die Erholungsphasen zu fördern und der Schlaf zu gewährleisten. Die Frau wird zu ihren Fähigkeiten der Selbstberuhigung befragt und die Hebamme unterstützt sie in deren Anwendung. Im Gespräch über die Erfahrungen wird hauptsächlich zugehört und Mitgefühl ausgedrückt. Die bisherige Bewältigung wird anerkannt, und es werden weder Urteile gefällt noch Schuldzuweisungen ausgesprochen.

Die Hebamme kann die betroffene Frau vor akuter häuslicher Gewalt nicht schützen, sie kann jedoch - auch zu ihrer eigenen Sicherheit - die Polizei informieren, wenn sie Augenzeugin von Misshandlungen einer Frau wird. Ist jedoch der Säugling direkt gefährdet, muss in jedem Fall das zuständige Jugendamt und/oder die Polizei informiert werden.

Das S.I.G.N.A.L - Interventionskonzept

Hebammen begegnen in der Klinik und in der häuslichen Betreuung Frauen mit unterschiedlichen Symptomen, die durch die Folgen häuslicher Gewalt entstanden sein können. Die Reaktionen von Personen in Polizei, Justiz, Beratungseinrichtungen und im Gesundheitsbereich haben großen Einfluss darauf, ob eine betroffene Frau Vertrauen fassen kann, die Unterstützung bei ihrem Weg aus der Gewalt anzunehmen. Deswegen ist eine sorgfältige Diagnostik und achtsamer Umgang wichtig.[69]

Der Verein „Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e. V.“ hat von Konzepten aus den USA Handlungsanweisungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen im Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen übernommen. Er bietet Schulungen, Materialien und Unterstützung bei der Implementierung in Organisationen des Gesundheitswesens an. Mit dem S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzept

69 Hellbernd/Brzank et al 2003, 2004, 2006

wird medizinisches Personal im Umgang mit Gewaltbetroffenen geschult.

Der Leitfaden zum Interventionskonzept von S.I.G.N.A.L. enthält in einer Kurzfassung die Bausteine der Intervention.[70] Dabei werden die Buchstaben des Wortes S.I.G.N.A.L. verknüpft mit konkreten Interventionsschritten, die zu mehr Routine, Kompetenz und Handlungssicherheit im Umgang mit Betroffenen verhelfen. Die empfohlenen Interventionsschritte können betroffene Frauen erleichtern, weil sie nicht von sich aus die Gewalt ansprechen müssen, für die sie sich schämen. Sie können zudem sicher sein, dass ihnen geglaubt wird. Die Betroffene erhält Informationen über Zufluchtsorte, die eventuell direkt nach dem Klinikaufenthalt aufgesucht werden können oder über Beratungsangebote, die sie in Anspruch nehmen kann.

Für die Handlungsschritte „Gründliche Untersuchung“ und „Notieren und dokumentieren“ rät die Hebamme der Frau eine Ärztin/einen Arzt in Anspruch zu nehmen, um Spuren gerichtsverwertbar dokumentieren zu lassen. Nach einer Vergewaltigung/Gewalt ist eine Untersuchung und Dokumentation binnen 24 Std. hilfreich, auch wenn die Frau nicht sofort eine Anzeige erstatten möchte, (z. B. ist Sperma nur bis 48 Std. nach der Tat nachweisbar).

Wenn die Frau rechtliche Schritte gehen möchte, werden diese durch korrekte Dokumentation der Verletzungen und des Tathergangs erleichtert. Falls erreichbar, sind Ärztinnen und Ärzte von gerichtsmedizinischen Instituten besonders zu empfehlen oder Institutionen, die das S.I.G.N.A.L.-Interventionskonzept bereits umgesetzt haben. Entsprechende Adressen finden sich auf der Internetseite des Vereins.

Die folgende Tabelle stellt die Interventionsschritte als Kurzfassung in Kitteltaschenformat, modifiziert für den Tätigkeitsbereich der Hebamme dar. Deren Verwendung ist jedoch nur anzuraten, wenn der Hebamme die Inhalte des Konzeptes durch eine entsprechende Fortbildung und Implementierung in die eigene Arbeit bereits vertraut sind.

70 www.signal-intervention.de/index.php?link=butt50, Abruf 20.01.2012

	Handlung	Ausführende Person
S	Sprechen Sie die Frau an, signalisieren Sie ihre Bereitschaft zu reden, Frauen öffnen sich, wenn ihre Situation verstanden wird.	Hebamme
I	Interview mit konkreten, offenen Fragen, Zuhören ohne Urteile.	Ärztin/Hebamme
G	Gründliche Untersuchung alter und neuer Verletzungen (Verletzungen in verschiedenen Heilungsstadien können Hinweise auf häusliche Gewalt sein).	Ärztin
N	Notieren/Dokumentation der Befunde, damit sie gerichtsverwertbar sind.	Ärztin
A	Abklärung des aktuellen Schutzbedürfnisses. Schutz und Sicherheit hat höchste Priorität.	Ärztin/Hebamme
L	Leitfaden von Unterstützungseinrichtungen mit Telefonnummern anbieten (Frauen werden davon an einen für sie richtigen Zeitpunkt Gebrauch machen.)[71]	Ärztin/Hebamme

Die grau hinterlegten Felder enthalten Arbeitsschritte, die in den ärztlichen Tätigkeitsbereich fallen.

71 Hellbernd/ Brzank et al. 2004, S. 14

4. Besondere Lebenssituationen

Das Risiko von Traumatisierung und Retraumatisierung steigt, wenn Frauen in einer schwachen Position sind, beispielsweise wenn sie einer Minderheit oder einer vulnerablen Bevölkerungsgruppe angehören. Allein die Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen kann zu einer Traumatisierung führen, wenn schwere oder langfristige Diskriminierungen erlebt werden, wenn diese das Selbstwertgefühl erschüttern und zu einer innerlichen oder tatsächlichen Isolierung führen.

Frauen mit Behinderungen

Nach UN-Angaben sind weltweit Mädchen und Frauen mit Behinderung doppelt so häufig von sexueller und körperlicher Gewalt betroffen wie Nicht-Behinderte.[72 73]
Bereits die Tatsache eine Frau zu sein führt mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zum Eintreten einer Behinderung. Neben direkter Gewalteinwirkung sind hierfür der schlechtere Zugang zu medizinischer Versorgung, unsichere Arbeitsbedingungen, Armut und Mangelernährung ursächlich.[74]
In Deutschland sind rund 3,2 Millionen Frauen als schwerbehindert anerkannt. Die tatsächliche Anzahl ist wesentlich höher, da ca. 60% der behinderten Frauen nicht über einen Schwerbehindertenausweis verfügen.[75 76] Einem erheblichen Anteil der behinderten Frauen kommen demzufolge die gesetzlichen Unterstützungsleistungen für Behinderte nicht zu Gute.

Gewalt gegen behinderte Frauen ist ein Tabu im Tabu, es scheint unvorstellbar und wird erst seit Anfang der 1990er Jahre überhaupt untersucht.[77] Insbesondere geistig behinderte Frauen sind gefährdet, sowohl im familiären Bereich als auch in Institutionen. Übergriffe,

72 The Wolrd Disability Foundation 1998
73 BFSFJ 2007
74 Rousso 2000
75 BMFSFJ 2005
76 Schröttle et al 2011
77 Noack/Schmidt 1994

Vergewaltigungen und Misshandlungen bleiben oft unentdeckt oder werden nicht strafrechtlich verfolgt.
Sexualaufklärung und -erziehung ist eine Form der Prävention, die häufig nicht stattfindet, weil behinderten Mädchen und Frauen eine eigene Sexualität abgesprochen wird. Das Recht auf (sexuelle) Integrität besteht jedoch für alle Menschen.
Behinderte Menschen können auch durch vorangegangene Erfahrungen im Rahmen ihrer Behinderung im medizinischen System traumatisiert sein, insbesondere, wenn die medizinische Behandlung längere Klinikaufenthalte erfordert hat, wenn die Maßnahmen (evtl. erst im Nachhinein) als ungerechtfertigt oder schädlich empfunden werden oder wenn als Kind eine Trennung von den Eltern damit zusammen hing.

Die vom BMFSFJ in Auftrag gegebene repräsentative Untersuchung „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland" hat das Ausmaß der Gewalt gegen behinderte Frauen untersucht und den Ergebnissen der allgemeinen Frauenbefragung aus 2004[78] gegenübergestellt. Sie kam dabei zu folgenden Ergebnissen:

- Die Mehrheit der befragten Frauen gaben neben körperlichen Behinderungen – zumeist zusätzlich – psychische Probleme an.
- Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen haben nicht nur ein höheres Risiko, Opfer von Gewalt zu werden; auch umgekehrt dürften frühe Gewalterfahrungen maßgeblich zu späteren Behinderungen und Beeinträchtigungen beigetragen haben.
- Ein großer Teil der befragten Frauen war bereits in Kindheit und Jugend in erheblichem Ausmaß Gewalt durch Eltern und anderen Personen ausgesetzt.
- Die behinderten Frauen waren zwei bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend ausgesetzt als die Frauen der allgemeinen Befragung (Frauenstudie 2004: 10%).
- Die Frauen waren auch im Erwachsenenleben zwei- bis dreimal häufiger von sexueller Gewalt betroffen (Frauenstudie 2004: 13%).

78 BMFSFJ 2004

- Mindestens eine Situation körperlicher Gewalt im Erwachsenenleben haben 58-73% erlebt (Frauenstudie 2004: 35%).
- Die große Mehrheit der Frauen (81-89%) gaben in der Studie das Erleben direkter diskriminierender Handlungen durch Personen und Institutionen an. 42-62% fühlten sich darüber hinaus nicht ernst genommen.
- Von etwa drei Viertel der Frauen wurden psychische und/oder körperliche Übergriffe in Einrichtungen benannt, in denen sie in Kindheit und Jugend untergebracht waren.
- 40-50% der Frauen benannten psychisch verletzende Verhaltensweisen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere durch Ärztinnen/Ärzte.[79]

In einer nicht repräsentativen Zusatzbefragung stellte sich heraus, dass vor allem gehörlose Frauen mit 38% sehr viel häufiger als Frauen mit anderen Behinderungen teilweise oder überwiegend in Einrichtungen aufgewachsen (Frauenstudie 2004: 0-1%) sind. 50-60% der gehörlosen Frauen gaben das Fehlen enger, vertrauensvoller und verlässlicher Beziehungen an. Dabei waren die gehörlosen Frauen der Studie häufiger erwerbstätig, seltener alleinstehend und hatten zudem häufiger Kinder zu versorgen.
Gehörlose Frauen wiesen in allen Formen von Gewalt die höchste Betroffenheit auf (75% körperliche Gewalt, 84% psychische Gewalt seit dem 16. Lebensjahr, 44% sexuelle Gewalt, 87% sexuelle Belästigung, 40% Partnergewalt).[80]

> Bei der Betreuung einer Frau mit Behinderung ist eine erhöhte Sensibilität, sowohl für die besonderen Lebensumstände und Bedürfnisse als auch für die Möglichkeit einer bestehenden Traumatisierung, erforderlich.

Die Ergebnisse der Studie weisen auch auf einen hohen Unterstützungsbedarf für Eltern behinderter Kinder hin.

79 Schröttle et al. 2011
80 Schröttle et al. 2011

Der Zugang zu Beratungsstellen und anderen Hilfsangeboten ist für behinderte Frauen erschwert. Bei akuter Gewalt ist nicht sicher, ob eine behinderte Frau überhaupt in einem Frauenhaus aufgenommen werden kann, da hierfür oft die baulichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen fehlen.

Frauen mit seelischen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen erleben vor und während ihrer Mutterschaft viele Benachteiligungen:

- Schwangere Frauen werden mit dem Vorurteil konfrontiert, sie sollten besser kein Kind bekommen und könnten sowieso keine gute Mutter sein.
- Wenn sich Frauen mit ihrem Kinderwunsch durchsetzen, treffen sie auf eine Umwelt, die nicht auf ihre Bedürfnisse eingerichtet ist: Sowohl gynäkologische als auch Hebammenpraxen, Geburtsabteilungen, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen oder Beratungsstellen sind nur ausnahmsweise barrierefrei gestaltet oder sind auf blinde oder gehörlose Frauen eingestellt.[81]
- In der Alltagsbewältigung stoßen Mütter auf besondere Probleme.

In verschiedenen Bundesländern gibt es Koordinationsstellen für Frauen mit Behinderung, die bei der Suche nach Beratungsstellen, Therapeutinnen und Unterstützungsangeboten hilfreich sind. Es gibt auch eine Liste teilweise barrierefreier Frauennotrufe. [82]

Migrantinnen

Die Belange von gewaltbetroffenen Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund sind wesentlich, denn etwa ein Fünftel der in Deutschland lebenden Menschen sind immigriert und nur bei der Hälfte aller in Deutschland lebenden Kinder sind beide Eltern deutsch.[83] Sexualisierte und häusliche Gewalt tritt in deutschen wie in allen anderen Kulturkreisen auf. Die Unterschiede zwischen den individuellen Gegebenheiten, in denen Migrantinnen leben, sind sehr groß, so dass hier keine allgemein gültigen Aussagen zur Gefährdung

81 Gehörlose Frauen sollten gleich zu Anfang darauf hingewiesen werden, dass sie gemäß § 17 SGB 1 kostenlos eine Gebärdensprachdolmetscherin zur ärztlichen Behandlung und Hebammenbetreuung hinzuziehen können.
82 http://www.weibernetz.de/links.html#4
83 Borde/David 2008, S. 123

getroffen werden können, ohne Klischees zu bedienen. Die besonderen Belastungen von Frauen mit Migrationshintergrund bewirken jedoch eine erhöhte Verletzlichkeit, z. B. wenn die soziale Einbettung fehlt (keine Freunde oder Verwandte, die unterstützen könnten) oder wenn die Gewalt von der eigenen Familie ausgeht. Stark patriarchale Strukturen und religiöse oder moralische Ansichten, die den Frauen und Mädchen der Familie enge Verhaltensgrenzen und Sozialkontrolle auferlegen, bedeuten möglicherweise eine höhere Gefahr und erschweren Betroffenen auch die rettende Lösung aus dem Familien- oder Gruppensystem.[84] Rassismus und Stigmatisierungen wegen der Nationalität oder der ethnischen Herkunft können bereits an sich traumatisierend wirken. So sind afro-deutsche Frauen allein durch ihre Hautfarbe öfter dem Risiko rassistischer Übergriffen bis hin zu lebensbedrohlichen Angriffen ausgesetzt. Die latente Ausgrenzung kann auch bei weniger dramatischen Gewalterfahrungen zu Trauma-Symptomen führen.

Dennoch darf nicht übersehen werden, dass Migrantinnen eine extrem heterogene Gesellschaftsgruppe mit ganz individuellen Lebensbedingungen darstellen, und dass jede Frau über sehr unterschiedliche Ressourcen verfügt.

Frauen, die Opfer von Menschenhandel und Zwangsprostitution wurden, haben extrem schwere Bedingungen, der Gewaltsituation zu entkommen. Asylsuchende Frauen sind häufig durch Kriegsgewalt, Folter und/oder Vergewaltigungen traumatisiert. Einige Migrantinnen sind auch in Deutschland von Zwangsverheiratung und weiblicher Genitalverstümmelung bedroht.

> Unklare und chronische Schmerzen, Schlafstörungen oder Depressionen können Hinweise auf eine mögliche Traumatisierung sein und müssen entsprechend beachtet und behandelt werden.

Migrantinnen erhalten seltener Hebammenhilfe. Es ist daher sinnvoll, dass Hebammen mit ihren Angeboten auf benachteiligte und unterversorgte Bevölkerungsgruppen zugehen. Geduld, Respekt

84 Schröttle 2006

und Freundlichkeit sowie ausführliche und ruhige Informationen sind besonders hilfreich.[85] Es ist eine Herausforderung für Hebammen, den Eigenarten von Menschen aus anderen Kulturen gerecht zu werden und gleichzeitig die gewünschte Gleichbehandlung mit deutschen Frauen zu gewährleisten. Hier wäre eine gezielte Förderung der Ausbildung von Hebammen und Familienhebammen mit Migrationshintergrund von großem Nutzen.

Die Hebamme sollte versuchen, bei Verständigungsproblemen eine neutrale Übersetzerin zu finden. Ihre Fragen sowie die Angaben der Frau könnten sonst verfälscht werden - aus Schamgefühlen, religiösen Tabus oder zum Selbstschutz des dolmetschenden Partners, falls dieser ein Täter ist.
Bei fehlendem Aufenthaltsrecht haben Frauen zwar während des Mutterschutzes einen Rechtsanspruch auf legalen Aufenthalt, müssen aber nach dreimonatiger Duldung mit ihrer Abschiebung rechnen. Bei illegalem Aufenthaltsstatus gibt es bisher keine Möglichkeit, Hebammenleistungen abzurechnen. Um betroffenen Frauen dennoch helfen zu können, besteht die Möglichkeit, eine Kostenübernahme bei Organisationen wie z. B. „Rat und Hilfe“ des Caritasverbandes[86] zu erhalten.

Die Hebamme kann bei akuter häuslicher Gewalt oder bei chronischen Folgen von Traumatisierung eine Vermittlung an geeignete Hilfsstellen anbieten. Vor allem aber kann sie eine wertvolle kontinuierliche und parteiliche Vertrauensperson sein, die der Frau gegenüber durch die Schweigepflicht gebunden ist und daher keiner Meldepflicht an Asyl- oder Ausländer-Behörden unterliegt.

Teenagermütter

Ein hoher Anteil an Mädchen, die schwanger werden, haben als Kind sexuelle Gewalterfahrungen gemacht. Einige Mädchen werden durch eine Vergewaltigung schwanger, andere suchen in der Schwanger- und Mutterschaft einen Ausweg aus der Gewaltsituation. Von der Schwangerschaft wird ein Gefühl von Macht und Kontrolle erwartet.

85 Borde, David, Kentenich 2001 S. 229-242
86 http://www.caritas-ac.de/arbeitsbereiche/Fam/default-familien.asp?/arbeitsbereiche/Fam/3rechts-fam-ruh.asp Abruf 29.02.2012

Als weitere Gründe für Teenagerschwangerschaften bei Mädchen mit sexualisierten Gewalterfahrungen werden folgende Aspekte diskutiert:

- Sexuelle Aktivität in jüngerem Alter
- Seltenere Benutzung von Verhütungsmitteln
- Alkohol- und Drogengebrauch während des ersten Geschlechtsverkehrs
- Sex gegen Geld, einen Platz zum Übernachten oder Drogen
- Sorge, unfruchtbar zu sein (geringes Selbstwertgefühl)
- Druck zur Schwangerschaft durch älteren Partner

Weiterhin kann es sein, dass die Schwangerschaft verdrängt wird und Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden.
Wiederholte Schwangerschaften durch unterschiedliche Partner kommen häufiger vor. Die jungen Frauen sind häufiger alleinerziehend. Ein weiterer Risikofaktor ist die geringere soziale Unterstützung bei Teenagermüttern. Vermehrte Stresserfahrungen und depressive Episoden während der Schwangerschaft erhöhen die Anzahl der Risiken.

Mädchen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, brauchen Vertrauenspersonen. Die Anerkennung ihrer Erfahrungen als Gewalt, Entlastung von Schuld und Verantwortlichkeit und die Anerkennung der Überlebensstrategien sind besonders wichtig.

Hebammen können Kontakt zu bestehenden Teenagermüttergruppen herstellen.[87]

In die Betreuung von Teenager-Müttern sind meist weitere Institutionen wie das Jugendamt oder Mädchenberatungsstellen eingebunden. Ist das Mädchen damit einverstanden, dass die Stellen sich gegenseitig Auskunft geben, macht es die gemeinsame Betreuung sicherer und effektiver, insbesondere, wenn das Mädchen noch in der Familie lebt, in der die Gewalt stattfand.

87 Erfmann 1998, in der überarbeiteten Fassung von 2001, S. 89ff

Prostituierte

Schätzungen gehen von etwa 400.000 Prostituierten in Deutschland aus, davon hat etwa die Hälfte einen Migrationshintergrund, viele Frauen kommen aus osteuropäischen Ländern.[88]
In der Prävalenzstudie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ wurden in einer Zusatzerhebung 110 Prostituierte befragt. 51 Prozent gaben an, Kinder zu haben, davon wiederum die Hälfte mehr als ein Kind.[89] In dieser und anderen Untersuchungen gaben über die Hälfte der Frauen an, von Gewalt betroffen zu sein. Diese haben sowohl in ihrer Kindheit ein gewalttätiges Elternhaus erlebt als auch durch frühere oder gegenwärtige Lebenspartner gewalttätige und/oder sexuelle Übergriffe erfahren. Hebammen müssen in ihrer Betreuung davon ausgehen, dass Prostituierte erhebliche gesundheitliche und psychische Belastungen aufweisen können, sowohl gynäkologische und Magen-Darm-Erkrankungen als auch Depressionen, Suizidgedanken und Angstanfälle. Zudem ist der Drogen- und Tabakmissbrauch hoch.[90]

Hebammen können sich im Vorfeld einer Betreuung über die entsprechenden Beratungsmöglichkeiten vor Ort informieren, um betroffene Frauen bei Bedarf weiterzuvermitteln.

Frauen mit Suchterkrankungen

Frauen werden seltener als suchtkrank wahrgenommen als Männer, und die Folgen ihrer Sucht werden häufig unterschätzt, obwohl sie tatsächlich etwa 30 Prozent der Suchtkranken ausmachen und wesentlich schneller schwerwiegende Schäden davon tragen als Männer. Sexualisierte Gewalt in der Kindheit erhöht bei Frauen drastisch die Wahrscheinlichkeit von Alkohol- und Drogenmissbrauch. Die Mehrheit suchtkranker Frauen wurde in ihrer Vorgeschichte sexuell traumatisiert. Etwa jede zweite suchtkranke Frau erlitt körperliche Gewalt, drei von vier erlebten emotionale und/oder sexualisierte Misshandlungen in der Vorgeschichte.[91]

88 BMFSFJ, http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=132012,render=renderPrint.html, Abruf: 22.02.2012
89 BMFSFJ 2004
90 ebd.
91 Ouimette et al. 2008

Schwer suchtkranke Frauen, die früher wegen häufiger Rückfälle als untherapierbar galten, werden heute zunehmend als Traumatisierte erkannt und entsprechend umfassend behandelt, was die Rückfallrate verringert. Wenn ihre spezifischen Bedürfnisse und Probleme berücksichtigt werden, dann haben Frauen sogar bessere Heilungsprognosen als betroffene Männer.

Bei suchtkranken Frauen wird immer an eine mögliche Traumatisierung in der Vorgeschichte gedacht. Die Hebamme/Familienhebamme hat die krankhafte Abhängigkeit und die mögliche Komorbidität im Blick. Die betroffene Frau erhält Informationen über den Zusammenhang von Trauma und Sucht und Unterstützung bei der Suche nach traumasensiblen und frauenfreundlichen Therapien.

Angesichts der schädlichen Auswirkungen der Sucht auf die Gesundheit des Kindes ist es für die betreuende Hebamme manchmal schwer die erforderliche Geduld für die Betreuung aufzubringen. Für einen Behandlungserfolg ist neben einer Therapie, die den Zusammenhang von Sucht und Trauma und frauenspezifische Probleme und Ressourcen berücksichtigt, jedoch auch wesentlich, dass an Sucht erkrankte Menschen nicht weiter stigmatisiert werden.

Traumatisierten Frauen wurde häufig in ihrem Leben Mitsprache über ihre eigenen Belange versagt, daher erscheint eine Betreuung, die Frauen unbedingte Selbstbestimmung einräumt, besonders geeignet, aus der Sackgasse von Trauma und Sucht heraus zu führen.[92]

5. Gesellschafts- und Gesundheitspolitik

Gesellschaftliche Hintergründe von Gewalt

Zahlreiche Studien machen deutlich, dass Beziehungsgewalt und sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder auch in Deutschland ein hoch relevantes Problem darstellen, das auf allen Ebenen der Gesellschaft (Politik, Justiz und Gesundheitswesen) beachtet werden muss.

92 Reddemann 2008

Subtile Formen von Gewalt, die nicht von der Gesellschaft geächtet werden, können ebenso traumatisieren wie offensichtliche. In jeder Gesellschaft sind Schwächere besonders gefährdet, Opfer von Gewalt zu werden.

> Werte wie Gewaltfreiheit, das unbedingte Selbstbestimmungsrecht aller Menschen, Respekt, der Schutz der Schwächeren sowie das Recht auf Leben, Wohnen, Nahrung und medizinische Versorgung müssen sich durch alle gesellschaftlichen Bereiche ziehen und Maßstab sein für jegliches politische, wirtschaftliche und soziale Handeln, wenn Gewalt als negative Konfliktstrategie zwischen Menschen und Nationen beendet werden soll.[93]

Die Prävention von Gewalt gegen Frauen umfasst sowohl den Umgang mit der einzelnen Frau als auch die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen auf gesellschaftlicher Ebene, die das gesamte Umfeld von Frauen und Kindern einschließen.

6. Forderungen des DHV

Ausbildung und Begleitung von Fachleuten

Für Fachleute in medizinischen und sozialen Berufen werden entscheidende Weichen zum beruflichen Selbstverständnis in der Ausbildung gelegt. Vernetztes Arbeiten der unterschiedlichen Akteure würde durch gemeinsames Lernen entsprechender Ausbildungsinhalte gefördert. Die Curricula sind um folgende Ausbildungsinhalte zu ergänzen:

- Empathische und gewaltfreie Kommunikation
- Basiswissen zu den Themen Gewalt und deren Auswirkungen
- Selbstreflexion
- Grundzüge traumasensibler Betreuung
- Arbeiten im Netzwerk

Um eine fundierte Ausbildung der Hebammen zu ermöglichen ist die Umsetzung der akademischen Ausbildung mit hohem Praxisanteil

93 UN General Assembly resolution 1993

notwendig. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung im Beruf erfordert eine angemessene Finanzierung der Hebammenleistungen.

Strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem

Zum adäquaten Umgang mit der Problematik von Gewalt und deren Folgen muss die derzeitige Organisation im Gesundheits- und Sozialwesen in wesentlichen Punkten weiterentwickelt und strukturell gestärkt werden. Die Politik ist aufgefordert hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Die Forderungen des DHV im Einzelnen:

- 1:1 Betreuung bei der Geburt
- Interdisziplinäre Entwicklung von Leitlinien zur normalen Geburt zur Senkung der Interventionsraten
- Förderung der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechtes in der gesundheitlichen Versorgung
- Flächendeckende Möglichkeit zur Aufnahme von Müttern mit Kindern in der psychiatrischen Versorgung
- Ambulante Psychotherapie ohne Wartezeit für Schwangere und Mütter
- Implementierung qualifizierter gesundheitlicher Versorgung für von Gewalt betroffene Frauen (beispielsweise S.I.G.N.A.L-Konzept)
- Schulung geburtshilflicher Teams in traumasensibler Begleitung
- Beteiligung von Frauen-Gesundheitsorganisationen bei der Erstellung von Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses, die Familienplanung, Mutterschaftsrichtlinien und Geburtshilfe betreffen
- Schreiambulanzen und andere Angebote zur Bewältigung von Krisen nach der Geburt
- Möglichkeiten der Supervision und professioneller Unterstützung für Fachleute, die mit gewaltbetroffenen, traumatisierten und anders belasteten Menschen arbeiten

7. Adressen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Führt bundesweite Aufklärungskampagnen und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Aufklärung durch. Erhältlich sind Broschüren und Flyer (auch zum Download).

www.bzga.de

- Zum Schwerpunkt Gewalt: www.frauengesundheitsportal.de/themen/gewalt/
- Zum Schwerpunkt Essstörungen: www.bzga-essstoerungen.de
- Zum Schwerpunkt Sucht: Bundesweite Sucht & Drogen-Hotline: 01805-31 30 31 (0,14 Euro/Min)
- Zum Schwerpunkt Familienplanung: www.familienplanung.de/

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Straße 220
D-51109 Köln
E-Mail: poststelle@bzga.de

Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe
Hier können Betreuende oder Betroffene aus der Vielfalt von Beratungseinrichtungen nach Hilfsangeboten in Ihrer Umgebung suchen.

www.frauen-gegen-gewalt.de oder www.frauenberatungsstellen.de

Beratungsstellen für Überlebende von sexuellem Missbrauch
In verschiedenen Städten bundesweit unter Namen wie:

- Wildwasser
- Violetta
- Zartbitter
- Allerleirauh
- Schattenriss
- Lilith
- TARA u. a.

Frauenhaus-Koordinierung e. V.
Informationen zu Gewalt, Suche nach Frauenhäusern und Beratungsstellen in Deutschland.

www.frauenhauskoordinierung.de

N.I.N.A. Nationale Infoline, Netzwerk und Anlaufstelle zu sexueller Gewalt an Mädchen und Jungen

- für Bezugspersonen von Betroffenen (ggf. auch Betroffene) wie auch Fachpublikum
- telefonische Infoline zum Thema sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen
- Information und Hilfe auch über E-Mail

www.nina-info.de

N.I.N.A. e. V.
Steenbeker Weg 151
D-24106 Kiel
Telefon: 01805-12 34 65 (Infoline, 14 ct/min)
E-Mail: mail@nina-info.de

Internetnotruf Deutschland e. V. - Frauen-Notruf
Kostenlose Online Beratung über eine datengeschützte Verbindung für Frauen mit Suchtproblemen, für Frauen, die Opfer körperlicher, psychischer und/oder sexueller Gewalt sind sowie für Frauen mit psychischen Belastungen und Problemen. Kontaktdaten zu Beratungsstellen mit vielfältigsten Themengebieten. Notrufnummern auch für die Schweiz und Österreich.

www.internet-notruf.de

TelefonSeelsorge
Bundesweite Sonderrufnummer bei Krisensitutionen und Problemen
Tel.: 0800-11 10-111 oder 0800-11 10-222

Rund um die Uhr, kostenlos, anonym, vertraulich

PRO FAMILIA
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband

www.profamilia.de

PRO FAMILIA
Stresemannallee 3
D-60596 Frankfurt am Main
Tel.: 069-63 90 02

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Über die Homepage lassen sich Selbsthilfegruppen und Hilfeangebote verschiedenster Art finden.

www.dag-selbsthilfegruppen.de/

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
Friedrichstraße 28
D-35392 Gießen
Tel.: 0641-994 56 12
E-Mail: dagshg@gmx.de

Deutsche Angst-SelbstHilfe e. V. (DASH)

- Informationen zu Formen der Angststörungen und deren Ursachen, Symptome sowie Therapieangebote
- Adressenlisten sind neben Selbsthilfegruppen auch ein Ärzte- und Klinikverzeichnis sowie eine Aufstellung über Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu finden
- Online-Beratung und Diskussionsforen

www.panik-attacken.de

MASH Münchner Angst-SelbstHilfe
c/o Angst-Hilfe e. V. München
Bayerstraße 77a Rgb.
D-80335 München
Tel.: 089-51 55 53-0
Fax: 089-51 55 53-16
E-Mail: info@panik-attacken.de

Verband allein erziehender Mütter und Väter, Bundesverband e. V.
Informationen von A bis Z, u. a. zu Armut und Familienform, Armut und Ungleichheit, alleinerziehenden Migrantinnen, zum Kindschafts-, Unterhalts- und Ausländerrecht.

www.vamv.de

Verband allein erziehender Mütter und Väter, Bundesverband e. V.
Bundesvorstand
Hasenheide 70
D-10967 Berlin
Tel.: 030-69 59 78-6
E-Mail: kontakt@vamv.de

Medizinische Behandlung für Migrantinnen ohne Krankenversicherung:

www.malteser-migranten-medizin.de

KOK- Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e. V.
Informationen und Adressen von Fachberatungsstellen für Betroffene

www.kok-buero.de

Marcé Gesellschaft
Informationen und Adressen zu Gesundheit, Versorgung und Forschung von schwangerschafts-assoziierten psychischen Erkrankungen von Frauen c/o Dr. Christiane Hornstein

www.marce-gesellschaft.de/

Marcé Gesellschaft
Heidelberger Straße 1a
69168 Wiesloch
E-Mail: info@marce-gesellschaft.de

Schatten & Licht - Krise nach der Geburt e. V.
Informationen zu den Ursachen, Krankheitsbildern und Hilfsmöglichkeiten bei postpartaler Depression und Psychose.

www.schatten-und-licht.de

Schatten & Licht e. V.
Obere Weinbergstraße 3
D-86465 WELDEN
Tel.: 08293 - 96 58 64
Fax: 08293 - 96 58 68
E-Mail: info@schatten-und-licht.de

TraumaNetzwerk

- Deutschlandweite Datenbank mit Therapeuten, Psychologen und Fachärzten, die mit traumatisierten, überwiegend nicht deutschsprachigen Flüchtlingen arbeiten
- Links zu Herkunftsländern, Trauma und Asyl
- Informationen zu Weiterbildungen

www.traumanetzwerk.de

MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH
Kalker Hauptstr. 22-24
D-51103 Köln
Tel.: 0221-98 22-571
Fax.: 0221-98 22-579
E-Mail: malteserwerke@malteser.de

Täter-Hotline Häusliche Gewalt
Informationen für Täter, Angebot der telefonischen Beratung.

www.eupax.eu

EuLine gemeinnützige GmbH,
Fichtenweg 6
D-32760 Detmold
Tel.: 05231-35 95 24
E-Mail: info@eupax.eu

Häusliche Gewalt in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften
Umfangreiche Informationen und Publikationen

www.broken-rainbow.de/de/index_all.html

Broken Rainbow
c/o Vertriebsbüro
Merseburger Straße 5
10823 Berlin
Tel.: 030-78 00 63 31
Fax: 030-78 71 17 53

Weibernetz e. V.
Bundesweite Interessenvertretung für behinderte Frauen

- Netzwerke und Koordinierungsstellen für behinderte Frauen
- Adressen für Lesben mit Behinderung
- Bundesweite Verbände und Organisationen für behinderte Frauen und Männer
- Bundesweite Frauenorganisationen
- Ministerien, Behindertenbeauftragte/r des Bundes, etc.
- Barrierefreie Frauennotrufe (Beratungsstellen gegen sexualisierte Gewalt)
- Internationale Links

www.weibernetz.de

Weibernetz e. V.
Kölnische Straße 99
D-34119 Kassel
Tel.: 0561-728 85 85
Fax: 0561-728 85 53
E-Mail: info@weibernetz.de

Vielfalt e. V.
Information zu Trauma und Dissoziation

www.vielfalt-info.de

Medica mondiale
setzt sich seit 17 Jahren für traumatisierte Frauen und Mädchen in Kriegs- und Krisengebieten, für medizinische Versorgung und rechtliche Unterstützung ein, und engagiert sich politisch für die Menschenrechtsarbeit für Frauen.

www.medicamondiale.org

Gesetzestexte

www.gesetze-im-internet.de

8. Quellen

Antonovsky, Aaron „Salutogenese – Die Entmystifizierung der Gesundheit“, Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke.
Tübingen: dgvt, 1997

Bloemeke V. J.: „Es war eine schwere Geburt... Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können“, 2003, 3. Auflage 2012, Kösel Verlag

BMFSFJ (Hrsg.), 2004. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.
Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland - Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse, Berlin, Selbstverlag BMFSFJ

BMFSFJ (Hrsg.), 2008. Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen.
Eine sekundäranalytische Auswertung der Differenzierung von Schweregraden, Mustern, Risikofaktoren und Unterstützung nach erlebter Gewalt. Berlin, Selbstverlag BMFSFJ
http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=120792.html
Abruf 20.01.2012

BMFSFJ (Hrsg.), Gender-Datenreport, 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, München, November 2005,2. Fassung
http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/9-behinderung.html
Abruf: 02.03.2012

BMFSFJ „Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland“–Auswertung des Mikrozensus 2005
Libuda-Köster, Astrid/ Sellach, Brigitte, 2009
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/lebenslagen-behinderter-frauen-deutschland-kurzfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf
Abruf 03.03.2012

BMFSFJ, 2007. „Einmischen Mitmischen, Behinderte Frauen – Weltweit unsichtbar?“
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung4/Pdf-Anlagen/unbehindertenkonvention,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf
Abruf 27.02.2012

BMFSFJ, 2012 Das Bundeskinderschutzgesetz, Pressemeldung
http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html
Abruf 29.02.2012

BMG (Hrsg.) 2007. Patientenrechte in Deutschland, Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/einzelansicht.html?tx_rsmpublications_pi1[publication]=45&tx_rsmpublications_pi1[action]=show&tx_rsmpublications_pi1[controller]=Publication&cHash=6ce1938dd3d4b23c464206757209f81b
Abruf 25.01.2012

Borde, Theda und David, Matthias „Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt“, Mabuse-Verlag, 2008

Borde, Theda; David, Matthias und Kentenich, H. „Auch Migrantinnen sind erreichbar und gesprächsbereit. Überwindbare Zugangsbarrieren bei Patientenbefragungen“ in Satzinger, Walter; Trojan, Alf und Kellerman-Mühlhoff, Petra (Hrsg.) „Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen“ Asgard-Verlag Sankt Augustin 2001, S. 229-242

Deutscher Hebammenverband, Poster „Halt geben“, Art.-Nr. 6050, „Trösten“ Art.-Nr.: 6045, „Babymassage“ Art.-Nr.: 6048, „tragen“ Art.-Nr.: 6047 zu bestellen über den Online-Shop des Deutschen Hebammenverbandes https://shop.hebammenverband.de/Poster/

Erfmann, Anja „ Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“, Diplomarbeit, 1998 in der überarbeiteten Fassung von 2001

Fischer, Gottfried und Riedesser, Peter
Lehrbuch der Psychotraumatologie. 3. Auflage, München 2003

Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Knaevelsrud, Ch.; Lampe, A.; Liebermann, P.; Maercker, A.; Reddemann, L.; Wöller, W. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010p_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_Patientenversion.pdf

Fliß, Claudia; Igney, Claudia (Hrsg.) „Handbuch Trauma und Dissoziation; Interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen“, Pabst Verlag, Lengerich 2008

Franke, Tara, Das Schöne wurde mir genommen,
Deutsche Hebammen Zeitschrift, 10: 8-11, 2006

Franke, Tara, Was hilft? Deutsche Hebammen Zeitschrift, 10: 30-31, 2006

Franke, Tara, Beschützt gebären, DHZ 05, 2011

Friedrich, Jule „Auswirkungen sexueller Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“, Dr. med. Mabuse 1997, Nov/Dez, 22 (110), 54-8

Gahleitner, Silke Birgitta, Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) „Frauen Trauma Sucht“, Asanger Verlag, 2008

Gerstendörfer, Monika „Der verlorene Kampf der Wörter, Opferfeindliche Sprache bei sexualisierter Gewalt, Ein Plädoyer für eine angemessenere Sprachführung“, Paderborn 2007

Green, J. M.; Baston, H. A.: Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 30 (4): 235-47 (2003)

Gührs, Manfred/Nowak, Claus „Das konstruktive Gespräch: Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse“, 5. Auflage, Meezen 2002

Hageman-White, Carol; /Bohne, Sabine „Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen Frauen und Mädchen“, Expertise für die Enquêtekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“, Bielefeld 2003

Hartmann, Linda, Dossier - Auch in der Geburtshilfe nachgewiesen-Posttraumatische Belastungsstörung, Hebamme.ch, 6/2005
www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2005-06-04.pdf
Abruf 24.04.2012

Hebammenforum, Gewalt in der Hebammenarbeit,
November-Ausgabe 2007

Hellbernd, Hildegard; Brzank, Petra; Wieners, Karin; Maschewsky-Schneider, Ulrike

(2003). Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Bonn.

Hellbernd, Hildegard/ Brzank, Petra/Wieners, Karin/Maschewsky-Schneider, Ulrike „Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis“, Wissenschaftlicher Bericht, 2004

Hellbernd, Hildegard/Brzank, Petra „Häusliche Gewalt im Kontext von Schwangerschaft und Geburt: Interventions- und Präventionsmöglichkeiten für Gesundheitsfachkräfte“. In: Kavemann B, Kreyssig, U (Hg.): Handbuch Kinder und häusliche Gewalt. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2006

Heynen, Susanne „Kinder und Jugendliche im Kontext häuslicher Gewalt“, Mainz 2007

Heynen, Susanne „Erzwungene Schwangerschaft und Mutterschaft durch eine Vergewaltigung. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung“, DGgKV, 2003, (6), 1/2, 98-125.

Hodnett, E. „Pain and women‘s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review“; American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2002, 186 (5): 160-S172

Huber, M. „Trauma und die Folgen“, Junfermann Verlag, 4. Auflage, 2009

Kavemann, Barbara „Dokumentation des Workshops Kinder und häusliche Gewalt“, 1999

Kavemann, Barbara „Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung“, Jahrgang 3, Heft 2, S. 106-120, DGgKV, Dezember 2000

Kavemann, Barbara „Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit“ 5/2002, S. 343-349

Klein, M. „Schmetterling und Katzenpfoten, Sanfte Massagen für Babys und Kinder“, Ökotopia, 2009 (7. Auflage)

Klein, M.; Schön B.; Stüwe, M.: „Das Babybuch“, 2009, Beltz Verlag

Knobloch, Regine/Selow, Monika „Dokumentation im Hebammenalltag. Grundlagen und praktische Tipps zur Umsetzung“, München 2010

Landtag Rheinland-Pfalz, „Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit“ 2008
http://mifkjf.rlp.de/fileadmin/masgff/familie/LKindSchuG.pdf
Abruf 29.02.2012

Lesbian perpetrators of domestic violence in same-sex parerschip - Lesbische Täterinnen häuslicher Gewalt, Broken Rainbow e. V.
http://www.taeterinnen.org/de/00.html,
Abruf 20.01.2012

Levine, Peter A., Frederick, Ann „Trauma-Heilung; Das Erwachen des Tigers“, Synthesis Verlag, Essen 1998

Lipton, Bruce „Intelligente Zellen: Wie Erfahrungen unsere Gene steuern“, Burgrain 2006

Maerker, Andreas „Posttraumatische Belastungsstörungen“, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2009

Meißner, Brigitte, „Emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt auflösen: Mutter-Kind-Bindungen heilen oder unterstützen – in jedem Alter“, Brigitte Meißner Verlag, 2011

Mezey, G. C.; Bewley, S. (1997) Domestic violence and pregnancy, British Medical Journal S. 314

Nationales Zentrum frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 2011, „Datenschutz bei frühen Hilfen“ http://www.bzga.de/infomaterialien/fruehehilfen/datenschutz-bei-fruehen-hilfen/
Abruf 29.02.2012

NHS/NICE „Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth Clinical Guidelines“, 09 2007, korr. 06 2008

Noack, C.; Schmid, H. „Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Ergebnisse und Fakten einer bundesweiten Befragung“, Stuttgart 1994

Pantlen, Almut „Geburt und Traumata“, Weleda Hebammenforum 2002, Juni, 7, 5-9

Papousek, Mechthild; Wollwerth de Chuquisengo, Ruth „Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit, Werkstattbericht aus 10 Jahren Münchner Sprechstunde für Schreibabys“, 2003

Pert, Candace B.; Kober, Hainer „Moleküle der Gefühle: Körper, Geist und Emotionen“, rororo 2001,

Perttu, Sirkka und Kaselitz, Verena „Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft, Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin“ 2004, Eigenverlag

Ouimette, Paige Crosby; Kimmerling, Rachel; Shaw, Jenniver; Moos, Rudolph H. „Physical and sexual abuse among women and men with substance use disorders. Alcoloism Treatment Quarterly“ 2000, 18 (3) 7-17, zitiert in Gahleitner, Silke Birgitta, Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) „Frauen Trauma Sucht“, Asanger Verlag 2008

Rauchfuß, Dr. Martina, DGGG, DGPM, „Häusliche Gewalt, Handlungsempfehlung“ 2010

Reddemann, Luise „Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT – Das Manual“, Stuttgart 2004

Reddemann, Luise, im Geleitwort zu Gahleitner, Silke Birgitta, Gunderson, Connie Lee (Hrsg.) „Frauen Trauma Sucht“, Asanger Verlag 2008

Reime, Birgit, „Tod durch Gewalt“, Deutsche Hebammenzeitung, 2006 (10)

Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt „Gesundheitliche Folgen von Gewalt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, 2008

Rousso, Harilyn, Disabilities Unlimited Consulting Services

Background paper: „Girls & Women with Disabilities: an international overview and summary of research“, Women with Disabilities & Beijing+5, New York 2000

Rothschild, Babette „Der Körper erinnert sich“, Synthesis 2002

Schlegel, Leonhard, 2002, „Handwörterbuch der Transaktionsanalyse“
http://www.dsgta.ch/download/142dext3wG9Qt.pdf
Abruf 28.02.2012

Schneider, Eva 2004. „Familienhebammen“, Mabuse-Verlag

Schröttle, Dr. Monika „Gewalt gegen Migrant/innen und Nicht-Migrant/innen in Deutschland: Mythos und Realität kultureller Unterschiede“, Vortrag für das Berliner Forum Gewaltprävention 2006
http://www.berlin.de/lb/lkbgg/bfg/2006/nummer_25.html
Abruf 29.02.2012

Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderung und Beeinträchtigung in Deutschland“, Eine repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2011
http://www.lebenshilfe-sh.de/wDeutsch/dokumente/Studie-sex-Gewalt-BH_kurzfassung.pdf
Abruf 03.03.2012

Simkin, Penny; Klaus, Phyllis: „When Survivors give birth“, Classic Day Publishing USA, 2. Auflage, 2005

Söderquist, J., Wijma, K. & Wijma, B. (2002) „Traumatic stress after Childbirth; the role of obstetric variables“, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynäkology, 23, 31-39

Spangenberg, Ellen „Dem Leben wieder trauen; Traumaheilung nach sexueller Gewalt“, Patmos-Verlag 2008

St. Just, Anngwyn „Soziales Trauma. Balance finden in einer unsicheren Welt“, Kösel, München 2005

The World Disability Foundation „The World Disability Report ´99“ (Presseerklärung), Geneva 1998

Ullmann, B.: Einfach gebären, Peritia Verlag 2010

UN General Assembly „Declaration on the Elimination of Violence against Women“, Resolution 48/104 of 20 December 1993, New York

Van der Kolk, Bessel A.; van der Hart, Onno: „Pierre Janet & the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma“, American Journal of Psychiatry, 146 (12), December 1989, 1530-1540

Van der Kolk; Bessel A.; Fisler, Rita: „Childhood abuse an neglect and loss of self-regulation“ 1994, Bulletin of the Menninger Clinic 58, 145-168

Waldenström U.; Borg, I.-M.; Olsson, B.; Sköld, M.; Wall, S.: „The childbirth experience: A Study of 295 New Mothers“ Zentralblatt für Gynäkologie. 188: 448-452 (1996)

Walker, Leonore „The battered women syndrom study. The dark side of families“, 1983, SAGE Publications

Washington State Departement of Health „Domestic Violence and Pregnancy, Guidelines for Screening and Referral“, August 2008 Revision

Deutscher HebammenVerband e.V.