

Master Thesis
Projektarbeit

**Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit –
Entwicklung einer Fortbildungsreihe**
**A Sensitive Attitude toward Trauma within the Work of Midwives–
the Development of a Training Program**

B. A. Martina Kruse



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

M.A.
2012/2014

Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit – Entwicklung einer Fortbildungsreihe

Verfasserin:
B. A. Martina Kruse
1201-0-00139

Zeitraum der Projektarbeit:
15.12.2013 bis 05.04.2014

Prüfer 1:
Prof. Dr. Herbert Hockauf / STI
Prüfer 2:
Dr. Wolfgang Jansen / STI

Eigenständigkeitserklärung

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

Köln, den 05.04.2014

(Martina Kruse)

Erklärung zur Archivierung der Master Thesis

Name: Martina Kruse

Berufsbezeichnung: Hebamme

Studiengruppe: 12011

Immatrikulationsnummer: 1201-0-00139

Prüfer 1: Prof. Dr. Herbert Hockauf

Thema der Master Thesis:

Traumatasensible Haltung in der Hebammenarbeit – Entwicklung einer Fortbildungsreihe

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

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

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

in einem gebundenen Exemplar ja nein

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

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

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

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

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

Köln, den 05.04.2014

(Martina Kruse)

Vorwort

Das Thema Trauma und seine Auswirkung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt begleitet mich schon seit einigen Jahren. Ich habe in meiner 25 jährigen Berufstätigkeit als Hebamme Frauen kennengelernt, die zum Teil sehr gute und unterstützende, zum Teil aber auch sehr negative Erfahrungen mit ihren Hebammen gemacht haben. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen ist oftmals schwierig, kann aber mit dem entsprechenden Fachwissen und einer guten Selbstfürsorge für die helfenden Berufe zu einer bereichernden Erfahrung werden. Mit der hier vorliegenden Arbeit möchte ich einen Beitrag zur Qualifizierung von Hebammen leisten, so dass diese den betreuten Frauen auf ihrem Weg zur Seite stehen können und selbst an ihrer Arbeit wachsen können.

Mein besonderer Dank gilt den Hebammen, die sich mit großer Offenheit für die Interviews zur Verfügung gestellt haben. Die Einblicke, die sie mir gewährt haben, hat viel zum Entstehen dieser Thesis beigetragen.

Köln, 05.04.2014

Martina Kruse

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Eigenständigkeitserklärung	I
Erklärung zur Archivierung der Master Thesis	II
Vorwort	IV
Inhaltsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungen	X
1 Einleitung	1
2 Der Begriff ‚Gewalt‘	2
2.1 Gewalt gegen Frauen	6
2.2 Vulnerable Gruppen	9
2.3 Folgen für die Frauengesundheit	10
3 Psychotraumatologie	11
3.1 Begriffsdefinition: Trauma und Stress	12
3.2 Traumaursachen	14
3.3 Traumareaktionen	16
3.4 Traumafolgen und -störungen	17
3.5 Bindung und Trauma	20
3.6 Transgenerationale Auswirkungen	22
3.7 Re-Traumatisierungen	23
3.8 Stellvertretende Traumatisierung	23
4 Trauma und Geburtshilfe	24
4.1 Forschungsstand	25
4.2 Verankerung des Themas in der Ausbildung von Hebammen	30
4.3 Bisherige Angebote zur Fortbildung	31
5 Die Präsenz des Themas Trauma im beruflichen Alltag der Hebammen ...	33
5.1 Fragestellung	33
5.2 Methodik	34
5.3 Ethische Bedenken	35

5.4	Auswertung der Interviews	36
5.5	Auswahl der Teilnehmerinnen	37
5.6	Durchführung der Interviews.....	37
5.6.1	Das erste Interview (I 1)	38
5.6.2	Das zweite Interview (I 2)	38
5.6.3	Das dritte Interview (I 3)	39
5.7	Ergebnisse	39
5.7.1	Benennung unterschiedlicher Arten von Traumata	39
5.7.2	Sensibilität	40
5.7.3	Umgang mit traumatisierten Frauen	41
5.7.4	Anamnese	42
5.7.5	Die Traumatisierung der Hebamme	43
5.7.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	44
6	Traumasesensible Haltung	45
6.1	Grundprinzipien der Arbeit.....	47
6.2	Risiken	48
6.3	Traumasesensible Haltung in der Hebammenarbeit.....	50
7	Weiterbildung und Fortbildung	53
7.1	Gesetzliche Regelungen der Fortbildungspflicht.....	53
7.2	Länderregelungen der Fortbildungspflicht.....	54
8	Das Projekt: Entwicklung einer Fortbildungsreihe „Traumasesensible Haltung in der Hebammenarbeit“	57
8.1	Die Entstehung der Fachgruppe „Traumasesensible Haltung in der Hebammenarbeit“	58
8.2	Projektplan	59
8.2.1	Zielgruppe	63
8.2.2	Finanzierung des Projektes	63
8.2.3	Risiken	66
8.2.4	Öffentlichkeitsarbeit	67
8.3	Inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsreihe.....	68
8.3.1	Bezugswissenschaften	68
8.3.2	Aufbau.....	70
8.3.3	Rahmen und Umfang	71
8.3.4	Die einzelnen Module	72
8.3.5	Umsetzung der Ergebnisse aus den Interviews	78

8.3.6	Methoden	79
8.4	Multiplikatorinnen-Schulung.....	82
9	Projektverwirklichung	83
10	Zusammenfassung.....	84
	Quellenverzeichnis	85
	Anhang	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Das Dreieck der Gewalt	4
Abbildung 2: Typologie von Gewalt.....	5
Abbildung 3: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt.....	7
Abbildung 4: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen.....	11
Abbildung 5: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen.....	15
Abbildung 6: Häufigkeit der PTDS in Abhängigkeit von der Art des Traumas.....	17
Abbildung 7: Lerneinheit Frauen mit negativen sexuellen Vorerlebnissen.....	31
Abbildung 8: Dramadreieck	49
Abbildung 9: Projektplan	59
Abbildung 10: Modul 1 Gewalt und die Folgen	72
Abbildung 11: Modul 2 Grundlagen der Psychotraumatologie.....	74
Abbildung 12: Modul 3 Spezielle Aspekte der Psychotraumatologie	75
Abbildung 13: Modul 4 Selbstfürsorge und Supervision	77
Abbildung 14: Modul 5 Integration, Netzwerkbildung und Abschluss.....	78
Abbildung 15: Veränderungskreislauf	80
Abbildung 16: Wirkweise von Multiplikatoren	82

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Fortbildungsverpflichtung in den Bundesländern	55
Tabelle 2: Berechnung unvergütete Arbeitsleistung	64

Abkürzungen

a.	an
Abs.	Absatz
aktual.	aktualisierte
Aufl.	Auflage
BayHebBO	Bayerische Hebammenberufsordnung
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
BerufOHebA	Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Lande Bremen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BHLV	Bayrischer Hebammen Landesverband
bspw.	beispielsweise
BVO	Berufsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
d.	der
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DHV	Deutscher Hebammenverband
Einf.	Einfügung
enth.	enthalten
Erg.	Ergänzung
erw.	erweiterte
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
e. V.	eingetragener Verein
FG	Fachgruppe
GG	Grundgesetz
H1	Erste Interviewpartnerin
H2	Zweite Interviewpartnerin
H3	Dritte Interviewpartnerin
HebBO	Hebammen Berufsordnung
HebBOBbg	Hebammenberufsordnung für das Land Brandenburg
HebBVO	Hebammenberufsverordnung
Hervorh.	Hervorhebung
i.	im
I 1	Interview Nummer Eins

I 2	Interview Nummer Zwei
I 3	Interview Nummer Drei
ICD-10-gm	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification
NHebG	Niedersächsisches Hebammengesetz
NRW	Nordrhein-Westfalen
Orig.	Original
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RKI	Robert Koch-Institut
SächsHebG	Sächsisches Hebammengesetz
überarb.	überarbeitete
UE	Unterrichtseinheit
UN	United Nations
vgl.	vergleiche
vollst.	vollständig
vs.	versus
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Hebammen¹ übernehmen mit ihrer Tätigkeit eine große Verantwortung. Sie betreuen Frauen von der Feststellung der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. In diesem Rahmen treffen sie auf Frauen, deren Leben von den unterschiedlichsten Erfahrungen geprägt sind: Frauen, die viel Unterstützung von Familien und Freunden erlebt haben, die ein selbstständiges, erfülltes Leben führen, aber auch Frauen, die durch Erkrankungen, finanzielle Sorgen und fehlende Unterstützung geprägt sind. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Frauen hat zu einem früheren Zeitpunkt körperliche, sexualisierte oder psychische Gewalt erlebt oder befindet sich aktuell noch in einer solchen Situation. Dies wird zu einem späteren Zeitpunkt noch erläutert werden. All diese Erlebnisse sind mit im Kreißsaal ‚anwesend‘. Die Hebamme wird mit ihnen in ihrer Arbeit konfrontiert und muss einen Weg finden, damit umzugehen und die Schwangeren und Gebärenden angemessen zu betreuen. Der Umgang mit Gewalt und Trauma erfordert gleichzeitig eine hohe Professionalität, will die Hebamme dabei gesund bleiben.

Die hier vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, was das geburtshilfliche Fachpersonal, insbesondere die Hebammen, benötigen, um diese nicht einfache Aufgabe zum Wohle der ihnen anvertrauten Frauen zu erfüllen. Sie beschreibt die Entwicklung einer mehrteiligen Fortbildungsreihe für Hebammen, die ab Herbst 2014 von der Fachgruppe „Traumasensible Haltung in Gesundheitsberufen“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband (DHV) durchgeführt werden soll. Inhaltlich knüpft die Arbeit an die Studienarbeit „Väterlich klar und mütterlich herzlich – Hebammenbetreuung: Erwartung und Erfahrungen traumatisierter Frauen“ (Kruse 2013) an. Nachdem im ersten Teil der vorliegenden Arbeit zunächst die Bedeutung der Aspekte Gewalt und Trauma für die Hebammenarbeit dargestellt werden, folgt im nächsten Abschnitt eine Einführung in das Thema Psychotraumatologie. Dies ist notwendig, um die physiologischen und psychologischen Folgen einer Traumatisierung, die ebenfalls erläutert werden, zu verstehen. Der dritte Abschnitt stellt eine Verknüpfung zwischen Trauma und Geburtshilfe dar. Neben der Darstellung der aktuellen Forschungslage wird geprüft, wie derzeit in der Aus- und Weiterbildung von Hebammen das Thema vermittelt wird. Daran schließt sich ein Studienteil an. Anhand von Interviews

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die weibliche Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ gewählt. Entbindungspfleger sind selbstverständlich mit gemeint.

wird untersucht, welche Bedeutung die Hebammen selbst dem Aspekt Trauma in ihrer Arbeit beimessen. Kapitel sechs erläutert das Konzept der ‚Traumasensiblen Haltung‘ wie es von Maria Zemp im Rahmen ihrer Tätigkeit für medica mondiale e. V.² mit betroffenen Frauen in Afghanistan und Liberia entwickelt wurde und welches die Grundlage der Fortbildungsreihe darstellt. Folgend wird dargestellt, welche gesetzlichen Grundlagen für die Fort- und Weiterbildung von Hebammen maßgeblich sind. Im achten Kapitel wird die Entwicklung der Fortbildungsreihe „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“ vorgestellt. Beleuchtet werden inhaltliche, methodische und organisatorische Aspekte. Im letzten Teil werden die bisherigen Ergebnisse diskutiert und es wird ein Ausblick auf die weitere Entwicklung der Fortbildungsreihe sowie auf den Stellenwertes des Themas Trauma für die Hebammenarbeit gegeben.

2 Der Begriff ‚Gewalt‘

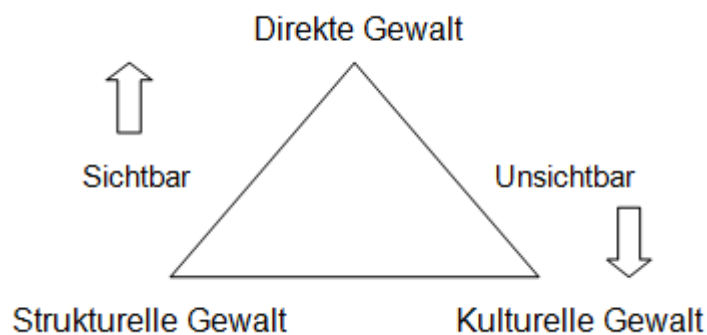
Ein zentraler Begriff der vorliegenden Arbeit ist ‚Gewalt‘. Es ist nicht einfach, diesen komplexen Begriff zu erfassen. Verschiedene Fachrichtungen nähern sich ihm von unterschiedlichen Richtungen. Es ist notwendig, die unterschiedlichen Auslegungen näher zu betrachten, um zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen. ‚Gewalt‘ kann eine neutrale Bedeutung im Sinne einer legitimen Machtausübung haben. Der Duden gibt eine erste Erklärung: „Macht, Befugnis, das Recht und die Mittel, über jemanden, etwas zu bestimmen, zu herrschen“ (Bibliographisches Institut 2013a). Diese ‚Gewalt‘ wird beispielsweise vom Staat ausgeübt und von den Bürgern in der Regel akzeptiert. Dieser kann Gesetze verabschieden, in Kraft setzen und so Macht ausüben. Dieser legitimen Form von Gewaltausübung steht eine missbräuchliche Form gegenüber. Wer Gewalt hat, kann diese zum Wohle der umgebenden Personen einsetzen oder zum eigenen Vorteil nutzen, wie es zum Beispiel in Diktaturen und Unrechtsstaaten geschieht. Der Duden umschreibt diese negative Form der Gewaltausübung als „unrechtmäßiges Vorgehen, wodurch jemand zu etwas gezwungen wird“ (vgl. ebd.).

² medica mondiale e. V. ist eine 1993 gegründete Organisation, die sich für Frauen und Mädchen einsetzt, die in Kriegs- und Krisengebieten von Gewalt betroffen sind. Der Verein wurde neben anderen von Monika Hauser, einer Kölner Ärztin und Gewinnerin des Alternativen Nobelpreises (2008) gegründet. Diese war empört über die Greuel, die an Frauen während des Krieges in Bosnien begangen wurden, aber auch über den Umgang mit ihnen nach den Taten (vgl. medica mondiale e. V. 2013).

Auch die Rechtswissenschaft hat sich mit dem Begriff beschäftigt. In keinem Gesetz wird beschrieben, was genau unter Gewalt zu verstehen ist, es findet sich keine Definition. Allerdings legt das Grundgesetz fest, dass jeder Bürger ein Recht auf körperliche Unversehrtheit hat – folglich auf die Abwesenheit von Gewalt: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“ (GG Artikel 2, Abs. 2). Das Grundgesetz stellt die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland dar und ist somit die Grundlage aller geltenden Gesetze. Kein anderes Gesetz darf im Widerspruch dazu stehen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Somit wird deutlich, dass es sich beim Schutz des Bürgers vor Gewaltausübung um ein hohes Gut handelt. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) verbietet die Anwendung von Gewalt in der Erziehung. „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“ (BGB § 1631, Abs. 2). Gewaltausübung gegen andere Personen als Kinder wird in diesem Gesetzbuch nicht thematisiert. Es fällt allerdings auf, dass neben der physiologischen Gewalt auch die seelische Ebene gesehen und gewürdigt wird. Im Strafgesetzbuch (StGB) findet sich ebenfalls keine handhabbare Definition des Begriffes Gewalt, aber es werden unterschiedliche Straftaten erfasst. Der dreizehnte Abschnitt beschreibt Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (vgl. StGB §§ 174-184g), Abschnitt sechzehn Straftaten solche gegen das Leben (vgl. StGB §§ 211-222), Abschnitt siebzehn Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit (vgl. StGB §§ 223-231) und es werden Straftaten gegen die persönliche Freiheit erwähnt (vgl. StGB 232-241a). Hier werden unterschiedliche Facetten einer missbräuchlichen Gewaltausübung deutlich. Neben der rein körperlichen Dimension von Gewaltausübung wird die sexualisierte Form der Machtausübung unter Strafe gestellt. Der Paragraph 184g grenzt dies gleichzeitig wieder ein, indem er festhält, dass Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung eine gewisse „Erheblichkeit“ (StGB § 184g) vorweisen müssen, es fehlt allerdings auch hier eine Deutung, wie diese zu bestimmen ist. Die bisher dargestellten Definitionen stellen klar, dass zur Gewaltausübung mindestens zwei Parteien gehören: Die eine übt Gewalt aus, legitim oder illegitim, die andere ist diejenige, gegen die sich Gewalt richtet. Hitzler nimmt aus soziologischer Sicht dazu Stellung. Er nähert sich in seinem Artikel „Gewalt als Tätigkeit“ (Hitzler 1999) dem Thema aus handlungstheoretischer Sicht und stellt fest, dass die Möglichkeit besteht, dass vom Täter intendierte Gewalt nicht als solche vom Opfer empfunden wird. Gleichwohl kann es sein, dass eine Handlung, die vom Täter nicht als Gewalt beabsichtigt war, dennoch als solche vom Opfer erfahren wird (vgl. Hitzler 1999, S. 13). Gewalt wird hier nicht als neutraler,

sondern als negativer Begriff verwendet. Die definitorische Schwierigkeit wird deutlich: Das Erleben von Gewalt hat einen sehr subjektiven Aspekt, der nur schwerlich von dritten erfasst werden kann. Johan Galtung, norwegischer Soziologe, bezieht dies in seine Definition mit ein. Er begreift Gewalt als „vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was *potentiell* möglich ist. Die Androhung von Gewalt ist ebenfalls Gewalt“ (Galtung 1993, S. 106; Hervorh. i. Orig.). Er prägte den Begriff der „strukturellen Gewalt“ (ebd.). Hierunter wird eine nicht direkt fassbare Form der Gewalt verstanden, die den Menschen an der freien Entfaltung seiner Persönlichkeit hindert, es kann kein direkter Täter identifiziert werden. Die Ursachen sind eher in gesellschaftlichen und sozialen Strukturen zu suchen. Vom Begriff der strukturellen Gewalt wurde später die ‚kulturelle Gewalt‘ abgegrenzt. Diese sieht die Ursache von Gewalt in einer Kultur, die gewalttätige Aspekte aufweist (ebd.). Neben der direkten Gewalt, die von einer oder mehreren Personen ausgeht, können folglich noch zwei weitere grundlegende Formen von Gewalt, strukturell und kulturell bedingt, identifiziert werden. Diese sind nicht unbedingt sofort sichtbar, da sie häufig von der Gesellschaft akzeptiert und legitimiert sind (vgl. ebd.).

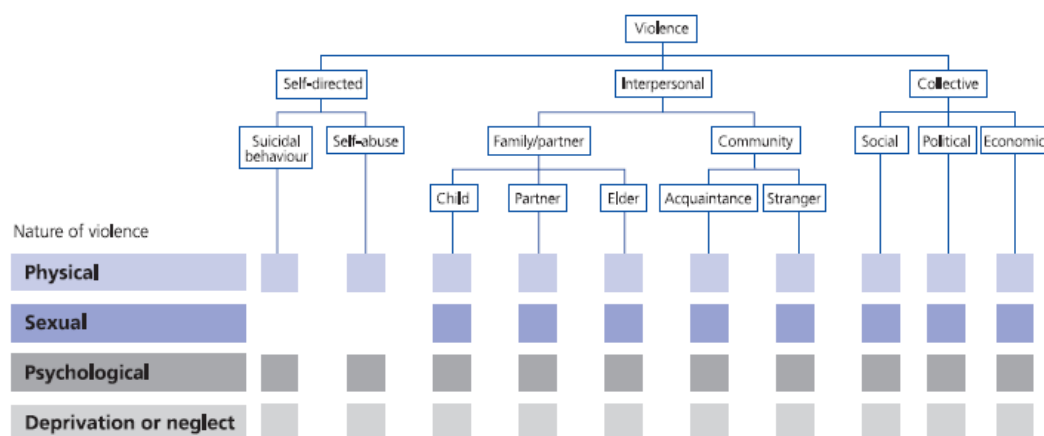
Abbildung 1: Das Dreieck der Gewalt



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nähert sich dem Begriff aus der gesundheitlichen Perspektive. Im Weltbericht Gewalt und Gesundheit (WHO 2003) wird zunächst festgehalten, dass Gewalt auf Grund ihrer Folgen für die Betroffenen ein gesundheitliches Problem darstellt, das zudem hohe finanzielle Kosten verursacht. Die WHO beklagt, dass dieses Problem bisher nicht genügend Beachtung gefunden hat und sieht einen Grund dafür in der Schwierigkeit, Gewalt einheitlich zu definieren. Ähnlich wie Hitzler erkennt sie die subjektive Perspektive, da es keinen weltumspannenden einheitlichen „Moralkodex“ (ebd., S. 5) gibt. Welches Verhalten akzeptabel beziehungsweise nicht akzeptabel ist, wird in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich gedeutet (vgl.

ebd.). Zusammenfassend definiert die WHO: „The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation“ (Dahlberg und Krug 2002, S. 5). Bereits die Androhung von Gewalt und die hohe Wahrscheinlichkeit von zu erwartenden Folgen wird als Gewalt gewertet, dies erscheint bei dieser Definition wichtig. Die WHO versucht weiter, einen umfassenden Gewaltbegriff zu prägen, der verschiedene Typologien von Gewalt berücksichtigt. Sie unterscheidet grundlegend drei Kategorien von Gewalt: die gegen die eigene Person gerichtete, die zwischenmenschliche und die kollektive Gewalt (siehe Abbildung 2). Innerhalb dieser Kategorien werden dazu noch Differenzierungen in körperliche, psychische, sexualisierte Gewalt und Vernachlässigung vorgenommen.

Abbildung 2: Typologie von Gewalt



(WHO 2003, S. 7)

Die Gewalt gegen die eigene Person wird unterteilt in Selbstmisshandlung durch zum Beispiel Selbstverletzung und Verhalten, welches eine suizidaler Absicht zeigt. Bei der Kategorie zwischenmenschliche Gewalt wird noch einmal eine Unterscheidung vorgenommen: Es wird eine Aufteilung vorgenommen in Gewalt, die durch Familienmitglieder und Gewalt, die durch Angehörige einer Gruppe, die nicht zwangsläufig dem Opfer bekannt sein müssen, ausgeübt wird. Unter kollektiver Gewalt versteht man „die gegen eine Gruppe oder mehrere Einzelpersonen gerichtete instrumentalisierte Gewaltanwendung durch Menschen, die sich als Mitglieder einer anderen Gruppe begreifen und damit politische, wirtschaftliche oder gesellschaftliche Ziele durchsetzen wollen“ (WHO 2003, S. 7).

Dieses Verständnis von Gewalt wird der vorliegende Arbeit zu Grunde gelegt. Neben den verschiedenen Erscheinungsformen von Gewalt werden hier auch die von Johan Galtung aufgebrauchten Aspekte von struktureller und kultureller Gewalt berücksichtigt. Diese werden zwar beide nicht explizit erwähnt, können aber unter dem Begriff der kollektiven Gewalt subsumiert werden. In Anbetracht der vielen unterschiedlichen kulturellen Ursprünge, aus denen schwangerere Frauen und Gebärende – aber auch Hebammen – kommen, ist gerade dies von besonderer Bedeutung.

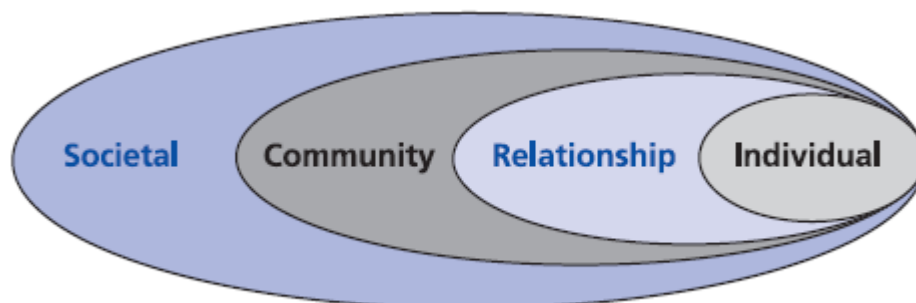
2.1 Gewalt gegen Frauen

In diesem Kapitel wird ein besonderes Augenmerk auf die Gewalt gelegt, der Frauen ausgesetzt sind. Es wird dargestellt werden, von welcher Art Gewalt Mädchen und Frauen besonders betroffen sind und welche gesundheitlichen Folgen daraus entstehen können. Für Deutschland existieren Zahlen, die zeigen, von welcher hohen Bedeutung das Thema im Allgemeinen und daraus resultierend für das Gesundheitswesen ist. Es ist nicht einfach, verlässliche Zahlen zu bekommen, die das Ausmaß der Gewalt darstellen. Polizeiliche Statistiken geben darüber keine zuverlässige Auskunft, Voraussetzung hierfür ist ja zunächst die Veröffentlichung einer Gewalttat im Umfeld und bei der Polizei – dieser Weg wird oft von den Betroffenen gescheut (vgl. WHO 2003, S. 18). Für Deutschland gibt die Studie „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“ aus dem Jahr 2003 Aufschluss. Für die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend im Jahr 1999 in Auftrag gegebene Untersuchung wurden über 10 000 Interviews mit Frauen über sechzehn Jahren durchgeführt. Erfragt wurden körperliche, sexualisierte und psychische Gewalterfahrungen seit dem sechzehnten Lebensjahr. Für den Bereich sexualisierte Gewalt wurden Erfahrungen zu Grunde gelegt, die strafrechtlich relevant sind. Unter körperlicher Gewalt wurden sowohl leichte Formen wie Ohrfeigen als auch massive Gewaltanwendungen verstanden (vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ 2010, S. 8). Die Spannweite für psychische Gewaltanwendung reichte von Beleidigung bis hin zum Psychoterror (vgl. ebd., S.9). Die Ergebnisse sind deutlich:

- 37% der Interviewten gaben an, mindestens einmal körperliche Gewalt erfahren zu haben.
- 13% der Befragten haben sexualisierte Gewalt erlebt. Zu beachten ist hier, dass lediglich nach strafrechtlich relevanten Formen gefragt wurde. Sexualisierte Gewalt hat noch andere Darstellungsformen, die nicht berücksichtigt wurden.
- 42% der Frauen waren Opfer psychischer Gewalt (vgl. ebd.).

Festzuhalten ist weiter, dass die Gewalt nicht selten im Nahbereich der Frauen stattfindet: 25% der Befragten haben körperliche, sexualisierte oder eine Kombination von beiden in einer aktuellen oder früheren Partnerschaft erlebt (vgl. ebd.). Analog zum Gewaltbegriff von Galtung ist mit der vorgestellten Studie in erster Linie die direkte Gewalt gegen Frauen erfasst. Nicht berücksichtigt werden strukturelle und kulturelle Aspekte, die von den Betroffenen unter Umständen gar nicht als Gewalt identifiziert werden. In den Kreißsälen in Deutschland werden Frauen unterschiedlichster Herkunft betreut. Selten weiß das Fachpersonal über persönliche Entwicklungen und Bedingungen in den Ursprungsländern Bescheid. Die Ergebnisse dieser schon zehn Jahre alten Studie werden aktuell bestätigt durch eine Untersuchung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, die im März 2014 eine Studie zum Thema Gewalt gegen Frauen veröffentlichte. Hierfür wurden 42.000 Frauen in allen europäischen Ländern zwischen 18 und 74 Jahren zu ihren Erfahrungen befragt. Demzufolge haben 33% der Frauen seit ihrem 15. Lebensjahr körperliche und / oder sexualisierte Gewalt erfahren, 22% innerhalb der Partnerschaft. Jede zwanzigste Frau wurde seit ihrem 15. Lebensjahr vergewaltigt, 33% haben in der Kindheit körperliche und / oder sexualisierte Gewalt erfahren, 43% waren Opfer psychischer Gewalt. Erfasst wurden auch Straftaten wie Stalking (18% seit dem 15. Lebensjahr) und Belästigung über online Dienste und soziale Netzwerke (11%). Bestürzend ist die hohe Anzahl von Frauen, die Gewaltausübung innerhalb der Partnerschaft *nicht* anzeigen: 67% (vgl. Agentur der Europäischen Union für Grundrechte FRA 2014). Den Ausführungen der WHO entsprechend wird das Entstehen von Gewalt durch unterschiedliche Faktoren begünstigt. Sie hat dazu das Ökologische Erklärungsmodell entworfen, das in Abbildung 3 vorgestellt wird.

Abbildung 3: Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt



(WHO 2003, S. 13)

Auf der ersten Ebene, der individuellen, finden sich Ursachen, die in der Person begründet sind. Dazu zählen demographische Faktoren ebenso wie Bildungsstand et cetera (vgl. WHO 2003, S. 13). Hier zeigt sich eine Schnittstelle zum Konzept der strukturellen Gewalt: Strukturen, die die Entwicklung und Entfaltung der eigenen Person nicht unterstützen, sondern hemmen, begünstigen ein Klima der Gewalt. Auf der zweiten Ebene ist die direkte Beziehungsebene, also Partnerschaft und Familie, als Entstehungsraum von Gewalt dargestellt. Die dritte Ebene meint die Gemeinschaften, die das Individuum umgeben, wie zum Beispiel Arbeitsplatz oder Schule. Häufige Umzüge, Arbeitslosigkeit, hohe Bevölkerungsdichte und Drogenkonsum im Umfeld können die Entstehung von Gewalt befördern. Auch hier zeigen sich strukturelle Gründe, ebenso wie in der vierten Ebene, der Gesellschaft. Politische Ausrichtungen, eine Ungleichbehandlung von Frauen und Männern, soziale Ungerechtigkeiten und die grundsätzliche Haltung einer Gesellschaft zu bestimmten Themen können Gewalt befördern (vgl. ebd., S. 13f). Auch kulturelle Gewalt ist hier anzusiedeln: Eine Gesellschaft beispielsweise, die sich auf religiöse Gründe beruft, um die weibliche Genitalverstümmelung zu rechtfertigen, legitimiert Gewalt gegen Frauen. Von frauenfeindlicher Gewalt kann man sprechen, wenn Frauen und Mädchen auf Grund ihres Geschlechtes als Gruppe diskriminiert oder verfolgt werden. Dies wird vor allem in Kriegen deutlich, wo Gewalt gegen Frauen zielgerichtet eingesetzt wird. Der UN-Sicherheitsrat hat dieses Thema erkannt und in der Resolution 1820 vom 19.06.2008 erklärt: „...Noting that civilians account for the vast majority of those adversely affected by armed conflict; that women and girls are particularly targeted by the use of sexual violence, including as a tactic of war to humiliate, dominate, instil fear in, disperse and/or forcibly relocate civilian members of a community or ethnic group; and that sexual violence perpetrated in this manner may in some instances persist after the cessation of hostilities...“ (UN 2008, Resolution 1820). Mit dieser Resolution wird anerkannt, dass Gewalt gegen Frauen in Kriegen gezielt als Kriegstaktik eingesetzt wird, um diese zu diskriminieren und zu erniedrigen. Gleichzeitig wird dies von den Vereinten Nationen geächtet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Gewalt Frauen jeden Alters betreffen kann, sowohl den Säugling als auch die alte Frau und dass sie verschiedene Formen haben kann. Frauen können Gewalt durch fremde Personen erleiden genauso wie vom Partner oder anderen Familienangehörigen. Die Gewalt kann physischer, psychischer oder sexualisierter Natur sein. Begünstigt wird Gewalt gegen Frauen durch strukturelle oder kulturelle Faktoren. Die Relevanz des Themas ist auf Grund des Ausmaßes hoch, allein in Deutschland hat fast jede dritte Frau über sechzehn Jahren körperliche Gewalt erfahren. Dazu kommen die Mädchen und Frauen, die als Migrantinnen nach Deutsch-

land kommen und in ihren Herkunftsländern durch strukturelle, kulturelle oder kriegerische Ursachen Opfer von Gewalt wurden. Auf Grund der hohen Prävalenz kann man davon ausgehen, dass sich in den Kreißsälen viele dieser Frauen wieder finden. Insofern kann man sagen, dass das Thema Gewalt, speziell Gewalt gegen Frauen von hoher Relevanz für die geburtshilfliche Betreuung ist.

2.2 Vulnerable Gruppen

Es wird häufig vermutet, Gewalt betreffen nur Menschen, die am äußeren Rand der Gesellschaft leben. Dem ist nicht so. Gewalt gegen andere Personen findet sich in allen Schichten und Gruppierungen (vgl. Robert Koch-Institut RKI 2008, S. 20). Dennoch können Frauen und Kinder auf Grund der hohen Prävalenz in Bezug auf sexualisierte und häusliche Gewalt als vulnerable Gruppe bezeichnet werden (vgl. ebd.). Daneben können Lebenssituationen und Risikokonstellationen benannt werden, in denen das Auftreten von Gewalt wahrscheinlicher wird. Hierzu können Umbruchsituation im Leben, wie zum Beispiel das Eintreten einer Schwangerschaft, Behinderungen, hohes Alter, ungesicherter Aufenthaltsstatus und wirtschaftlich unsichere Lebenssituationen gehören. Aber auch das Leben in patriarchalen Strukturen oder die Einbindung in Institutionen, die mit einer hohen Abhängigkeit einhergehen – zum Beispiel Pflegeeinrichtungen, Heime und Haftanstalten – können genannt werden (vgl. ebd.). Bezogen auf das Thema der vorliegenden Arbeit können somit mehrere Gruppen identifiziert werden, die potentiell zu einer Risikogruppe gezählt werden können. Insbesondere Frauen mit unklarem Aufenthaltsstatus, Frauen und Mädchen, die aus Kriegs- und Krisenländer kommen und Frauen mit Migrationshintergrund, die in einer von Männern dominierten Gesellschaft leben sind sehr gefährdet. Besondere Beachtung verdient nach Ansicht der Verfasserin der vorliegenden Arbeit der genannte Aspekt der institutionellen Abhängigkeit, die vom RKI am Beispiel Pflegeeinrichtungen vorgestellt wurden. Kreißsäle sind nicht explizit benannt, dennoch besteht hier ebenfalls eine große Gefahr: Schwangere und Gebärende befinden sich in einer Ausnahmesituation und sind in hohem Maße abhängig von dem betreuenden Personal, besonders den Hebammen. Somit ist potentiell die Möglichkeit der Macht- und Gewaltausübung gegeben. Frauen

berichten nach der Geburt nicht selten über erfahrene Gewalt unter der Geburt³. In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf das Buch „...Es war eine schwierige Geburt“ (Bloemeke 2003) oder den Artikel „Gewalt in der Geburtshilfe“ (Kirchner 2006). Hebammen sind also nicht nur Personen, die als Helferinnen mit dem Thema Gewalt befasst sind, sondern sie laufen Gefahr selbst zu Täterinnen zu werden. Auf diesen Punkt wird zu einem späteren Zeitpunkt noch eingegangen werden.

2.3 Folgen für die Frauengesundheit

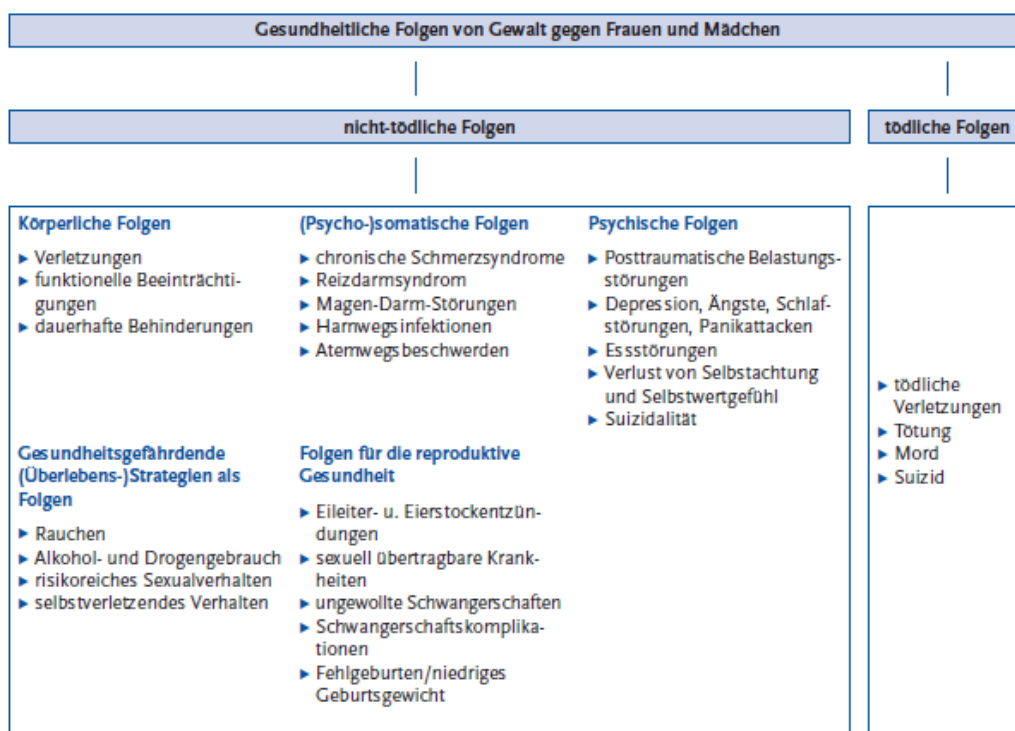
Gewalt kann kurz- bis langfristige Folgen für die Gesundheit haben. Im folgenden Kapitel wird dargestellt, welcher Art diese sein können. Grundsätzlich kann unterschieden werden in tödliche und nicht-tödliche Folgen. Jedes Jahr sterben Menschen durch Mord, Totschlag, an den Folgen von Verletzungen und weil sie in Folge von Gewalt den Ausweg Suizid wählen (vgl. RKI 2008, S. 14, vgl. Hellbernd et al. 2004, S. 27). Direkte körperliche Folgen von Gewalteinwirkung sind Verletzungen, offene Wunden, Knochenbrüche, vaginale oder rektale Blutungen und Infektionen (vgl. Hellbernd et al. 2004, S. 26). Mittelfristig können psychosomatische und somatische Beschwerden wie Essstörungen, Übelkeit, Schmerzen im Kopf-, Brust-, Rücken- und Unterbauchbereich auftreten. Weiter benannt werden Magen- und Darmstörungen, Atemnot und Stressreaktionen in Folge von hoher Anspannung (vgl. ebd.). Folgen für die reproduktive Gesundheit können ebenfalls eintreten, hier werden unter anderem Schwangerschaft durch Vergewaltigung (vgl. Heynen 2003, S. 100f), Schwangerschaftskomplikationen durch Verletzungen und Infektionen und niedriges Geburtsgewicht des Kindes genannt (vgl. Hellbernd et al. 2004, S. 27). Gewalt kann langfristige Folgen in Bezug auf die psychischen Gesundheit der Betroffenen haben. Beschrieben werden Ängste, Schlafstörungen, Nervosität, hohe Anspannung, Reizbarkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Antriebslosigkeit, Depressionen, Selbstmordgedanken bis hin zu Veränderungen wie Borderline-Persönlichkeit oder dissoziative Persönlichkeitsstörung (vgl. Hellbernd et al. 2004, S. 27, vgl. RKI 2008, S. 17 f). Eine weitere Folge von Gewalt kann die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sein. Hierzu finden sich Ausführungen in Kapitel 3.4. In Folge von Gewalt eignen sich manche Menschen Überlebens- und Bewältigungsstrategien an, die als gesundheitsgefährdend eingestuft werden können. Hierzu

³ Die Aussagen zu erfahrener Gewalt unter der Geburt beruhen auf Berichten, die der Verfasserin der vorliegenden Arbeit in ihrer Tätigkeit als Hebamme von betreuten Frauen mitgeteilt wurden und sind nicht mit Fakten hinterlegt.

gehören zum Beispiel erhöhter Nikotin- und Alkoholgenuss, Drogen- oder Tabletten-sucht, selbstverletzendes Verhalten und der häufige Wechsel von Sexualpartnern oder -partnerinnen (vgl. RKI 2008, S. 18). Bei weiblichen Teenagern wurde festgestellt, dass diese nach früherer Gewalt häufiger ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. Dies kann zum einen zu ungewollten Schwangerschaften, zum anderen zu genitalen Infektionen führen (vgl. Leeners et al. 2003, S. 179).

In Abbildung 4 werden die Folgen von Gewalt auf die Gesundheit noch einmal schematisch zusammengefasst.

Abbildung 4: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen



(Hellbernd et al. 2004, S. 28)

3 Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie als wissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich mit der „Untersuchung und Behandlung *seelischer* Verletzungen und ihrer Folgen“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 20; Hervorh. i. Orig.). Es handelt sich um eine Wissenschaft, die erst in den letzten 30 Jahren einen großen Aufschwung genommen hat (vgl. Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT 2013, S. 1). Der Begriff Psychotraumatologie tauchte in den 90er Jahren erstmals als Abgrenzung zur allgemeinen

Traumatologie auf, die ursprünglich als übergeordnete interdisziplinäre Fachrichtung angedacht war (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 18). Die Anfänge dieser Lehre sind aber früher anzusiedeln. Ausgangspunkt waren die Veteranen, die deutlich verändert aus den Weltkriegen und dem Vietnamkrieg zurückkehrten. Begriffe wie ‚Kriegsneurosen‘, ‚Kriegszitterer‘ und ‚Granatenschock‘ wurden geprägt (vgl. Huber 2009, S. 29). Es wurde sichtbar, dass es neben seelischen auch zu körperlichen Auswirkungen kommen kann. In der Folge wurden Forschungen durchgeführt, zum Beispiel an Überlebenden aus den Konzentrationslagern der Nationalsozialisten und an Folteropfern. Judith Herman erweiterte den Forschungsrahmen auf die Themenbereiche häusliche und sexualisierte Gewalt (vgl. ebd., S. 29f). Der Schwerpunkt der Psychotraumatologie liegt im Erleben des Menschen, dies bezieht die körperliche Ebene ebenso wie die sozialen Beziehung mit ein (vgl. ebd., S. 20). Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit dem Thema Trauma. Es werden Begrifflichkeiten geklärt und unterschiedliche Kategorisierungen vorgestellt. Weiter wird in Grundzügen erklärt, welche Reaktionen durch ein Trauma im Körper ausgelöst werden und welche Folgen eintreten können. Diese Klärung ist notwendig, um zu verstehen, welche Bedeutung dieses Wissen für Hebammen in ihrer Berufstätigkeit hat. Nur mit diesem Verständnis kann eine angemessene Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Mütter gelingen. Zu den beruflichen Aufgaben von Hebammen gehört es in keinem Fall, traumatherapeutisch zu arbeiten. Dieses ist anderen Fachleuten vorbehalten. Gleichwohl haben sie mit den Auswirkungen traumatischer Ereignisse zu tun, da sich viele der unerwarteten und unerklärlichen Verhaltensweisen von Frauen auf diese früheren Erlebnisse zurückführen lassen. Hebammen müssen insofern über die Entstehung von Traumata, die körperlichen und seelischen Reaktionen und bestimmte weitere Aspekte wie Bindung und Trauma, Re-Traumatisierung, transgenerationales und stellvertretendes Trauma informiert sein. Dies wird in den folgenden Kapiteln näher ausgeführt.

3.1 Begriffsdefinition: Trauma und Stress

Der Begriff Trauma wird in der Alltagssprache undifferenziert verwendet, deshalb muss an dieser Stelle zunächst eine Definition erfolgen. Erlebte physische, psychische oder sexualisierte Gewalt kann von den Betroffenen als Trauma empfunden werden. Der Wortstamm des Begriffes ist aus dem Griechischen abgeleitet und bedeutet wörtlich „Wunde“ (Bibliographisches Institut 2013b). Man bezeichnet damit zum einen eine „durch Gewalteinwirkung entstandene Verletzung des Organismus“ (ebd.), zum anderen eine „starke psychische Erschütterung, die [im Unterbewusstsein] noch lange wirk-

sam ist“ (ebd., Einf. i. Orig.)⁴. Eine ausführlichere Definition findet sich im Lehrbuch Psychotraumatologie. Ein Trauma wird hier verstanden als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 84). In dieser Definition werden verschiedene Merkmale genannt, die ein Ereignis zu einem Trauma werden lassen. Das Erleben übersteigt die individuellen Bewältigungsstrategien, der Betroffene sieht keine Möglichkeit mehr, erfolgreich das Ereignis zu überstehen. Es wird deutlich, dass ein Trauma ein subjektives Erleben darstellt. Bewältigungsstrategien sind individuell sehr verschieden, sie sind geprägt von Alter, persönlichen Ressourcen und Vorerfahrungen (vgl. Ruppert 2012, S. 67). Desweiteren handelt es sich um eine lebenswichtige Erfahrung, dies wird durch den verwendeten Begriff ‚vital‘ deutlich. Das zentrale Gefühl, welches mit einem Trauma verbunden wird, ist die außergewöhnliche Hilflosigkeit. Dies wird auch von anderen Autoren genannt. Judith Herman schreibt: „Anders als gewöhnliches Unglück bedeuten traumatische Ereignisse im allgemeinen eine Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit, bringen sie die unvermittelte Begegnung des Betroffenen mit Gewalt und Tod. Durch traumatische Ereignisse ist der Mensch in extremer Weise Hilflosigkeit und Angst ausgesetzt und reagiert in der bei einer Katastrophe üblichen Weise“ (Hermann 2003, S. 54; Fehler i. Orig. enth.). Als weiteres Merkmal wird von Fischer und Riedesser die Erschütterung des Selbst- und Weltbildes genannt, dies kommt einer existentiellen Veränderung gleich. „Die Welt ist für ihn [den Betroffenen] kein sicherer, sondern ein lebensgefährlicher Ort geworden“ (Ruppert 2012, S. 67; Erg. von Martina Kruse). Was unterscheidet ein Trauma nun von einem belastenden Lebensereignis, welches ‚nur‘ ein stresshaftes Erleben darstellt? In beiden Fällen ist der Ausgangspunkt ein tatsächliches und äußerst stressreiches Ereignis, das sich nicht ausschließlich nur als innerer seelischer Konflikt äußert. Unter Beachtung der oben genannten Kriterien gelingt eine Abgrenzung zwischen belastendem Stress und Trauma: Falls die individuellen Bewältigungsstrategien ausreichen, wird die Ausnahmesituation gelöst, der Mensch konnte sich als wirksam und handelnd erleben. Vermutlich wird er eine Weile benötigen, bis er sich von diesem Erlebnis erholt

⁴ Die vorliegende Arbeit hat als Schwerpunkt das Thema psychisches Trauma, folglich ist von diesem die Rede, wenn der Begriff Trauma verwendet wird.

hat. Es wird ihm aber gelingen, sein Leben mit dieser Erfahrung weiter zu leben, ohne sein gesamtes Welt- und Selbstbild zu überarbeiten (vgl. Huber 2009, S. 40). In der Literatur werden an dieser Stelle die Begriffe fight, flight or freeze verwendet. Fight or flight – kämpfe oder fliehe – kann zur Verhinderung eines Traumas führen, es bestehen Handlungsmöglichkeiten (vgl. ebd., S. 41). Bestehen beide Möglichkeiten nicht, so bleibt freeze – einfrieren, die völlige Handlungsunfähigkeit. Dies wird vom Betroffenen als Trauma wahrgenommen (vgl. ebd., S. 43). In Kapitel 3.3 wird erläutert, welche Reaktionen im Körper dabei ausgelöst werden.

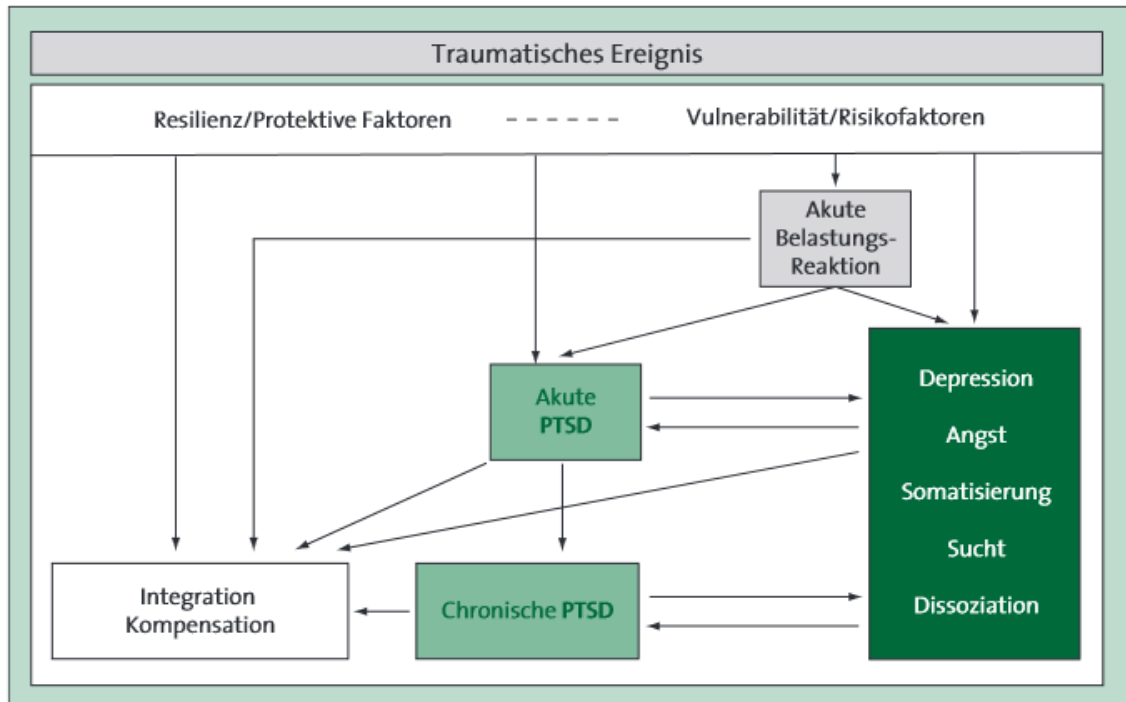
3.2 Traumaursachen

Die Ursachen für Traumata sind vielfältig, allen gemeinsam ist, dass es sich um ein schwerwiegendes Ereignis handelt. Der Grund ist ein „...belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI 2013). Wichtig ist es an dieser Stelle das Trauma von der traumatischen Situation zu unterscheiden: Letztere ist die mit massivem Stress belastete Situation, welche die Traumafolgestörungen auslöst; Ein Trauma ist also nicht der Verursacher, sondern die Folge von traumatischen Situationen (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 84). In der Literatur werden folgende auslösende Situationen und Erlebnisse genannt:

- Naturkatastrophen
- Krieg, Vertreibung, Flucht, Folter
- Unfälle
- schwere Erkrankungen und medizinische Behandlungen, traumatische Geburten
- Gewalt, sexualisierte Gewalt
- Verlust von nahestehenden Personen
- Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
- das Miterleben von traumatischen Situationen als Zeuge
- die stellvertretende oder vicariierende genannte (vgl. ebd., S. 152) Traumatisierung, die durch die hohe emotionale Belastung der mit Traumafolgen konfrontierten Personen entstehen kann, zum Beispiel Ersthelfer, Polizei, Therapeuten
- das Zusammenleben mit Eltern, die an Traumafolgen leiden. Dies wird als transgenerationales Trauma bezeichnet (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 18, vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 397).

Nicht jedes dieser traumatischen Ereignisse muss bei den Betroffenen zu Traumafolgestörungen führen. Abbildung 5 zeigt schematisch die unterschiedlichen Integrationswege beziehungsweise die Entwicklungen, die zu akuten oder chronischen Belastungsstörungen führen können.

Abbildung 5: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen



(Flatten et al. 2011, S. 216)

Neben dieser sehr allgemeinen Darstellung bieten Fischer und Riedesser noch einen weiteren Zugang zur Differenzierung traumatischer Situationen an. Sie unterscheiden nach dem jeweiligen Schweregrad (leicht bis katastrophal), der Häufigkeit (einmaliges Ereignis oder langandauernde traumatische Umstände beziehungsweise Anhäufung verschiedener traumatischer Situationen) und die mittelbare oder unmittelbare Betroffenheit. Weiter benennen sie den Gesichtspunkt der Verursachung. Damit ist die Umschreibung der Situation gemeint, zum Beispiel die Konfrontation mit verstümmelten Körpern, die Bedrohung des eigenen Lebens oder das Schuldtragen am Tod oder Verletzung anderer Personen. Der fünfte Aspekt ist das Verhältnis zwischen Täter und Opfer, je enger dieses ist, desto nachhaltiger wird die Erschütterung der betroffenen Person sein. Als letzter Punkt werden klinisch relevante Situationsdynamiken genannt. Hierunter werden Situationen verstanden, die eine besondere Dynamik entwickeln und damit relevant sind. Ein Beispiel: Eine Vergewaltigung bedeutet für das Opfer ein massives Eindringen in die intimsten Bereiche und kann heftigste Scham- und Ekelgefühle

auslösen, die wiederum Auslöser für weitere Verhaltensmuster werden können. Hier sei beispielhaft der Waschzwang genannt (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 153).

3.3 Traumareaktionen

Wie reagieren der Körper und das Gehirn auf ein traumatisches Ereignis?

Dem menschlichen Organismus stehen zwei Systeme zur Verfügung, die der Verarbeitung von Erlebnissen und traumatischen Ereignissen dienen: das Amygdala-System, genannt ‚hot system‘ und das Hippocampus-System, genannt ‚cool system‘ (vgl. Huber 2009, S. 44). Der Hippocampus wird auch als „Archiv unseres Gedächtnisses“ (ebd., S. 46) bezeichnet. Er ist für die biographisch richtige Einordnung von Erinnerungen zuständig und steht in Verbindung mit dem Sprachzentrum. Wird ein Erlebnis hier abgespeichert, so ist es möglich, dass der Mensch anschließend mit Ruhe und narrativ davon berichten kann (vgl. ebd.). Die Amygdala ist der entwicklungsgeschichtlich ältere Teil des Gehirns, er steht schon ab der Geburt zur Verfügung (vgl. ebd., S. 50). Sie wird auch als „Feuerwehr“ (ebd., S. 46) bezeichnet. Sie ist zuständig für Ereignisse, die mit großem Stress und Angst verbunden sind. Springt die Amygdala an, so wird die Verarbeitung über den Hippocampus verhindert und die Verbindung zum Sprachzentrum blockiert. Erinnerungen werden fragmentiert⁵ abgespeichert (vgl. ebd.). Diese sind allerdings zeitlich nicht biographisch passend verortet, es findet keine Integration der Erinnerung in die eigene Persönlichkeit statt (vgl. ebd., vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 32). In einer traumatischen Situation wird gleichzeitig eine große Menge von Stresshormonen ausgeschüttet. Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol sorgen dafür, dass der Körper in einen Alarmzustand versetzt wird. Muskeltonus, Herzfrequenz und Blutzuckerspiegel steigen an. Glucose wird freigesetzt, um über genug Energie zu verfügen. Auf diese Weise wird versucht, den Körper auf ‚fight‘ oder ‚flight‘ vorzubereiten (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 123, 394, vgl. Huber 2009, S. 45). Eine weitere Reaktion bei traumatischem Stress, die der Amygdala zugeschrieben werden kann, ist die Fähigkeit zur Dissoziation (vgl. Huber 2009, S. 54). Hiermit ist das Beiseiteschieben von Informationen gemeint. Im Alltag begegnen uns laufend solche Dissoziationen: Wir sind so vertieft in eine Tätigkeit, dass wir nicht wahrnehmen, was unser Gegenüber gerade sagt oder wir sind während einer Autofahrt so in unseren Gedanken versunken, dass wir die Ausfahrt auf der Autobahn verpassen. Neben diesen alltäglichen, ständig

⁵ Fragmentiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Erinnerung in Splittern, in Gerüchen, Emotionen, Farben, Körperwahrnehmungen gespeichert wird.

vorkommenden Formen von Dissoziation sorgt die Amygdala – die ‚Feuerwehr‘ – dafür, dass zu schmerzhaft Erlebnisse und Informationen verdrängt werden (vgl. ebd.). Das gilt nicht nur für das traumatische Erlebnis selbst, sondern auch für damit verknüpfte Erinnerungen. Dies kann erklären, warum sich Opfer von früheren Misshandlungen und sexuellem Missbrauch scheinbar nicht an das Erlebte erinnern können.

3.4 Traumafolgen und -störungen

Nicht jedes traumatische Ereignis führt zu schwerwiegenden Konsequenzen. Man schätzt, dass etwa 75% aller Menschen im Laufe des Lebens eine traumatische Erfahrung machen, von der sich circa 30% ohne professionelle Hilfe wieder erholen (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 26f). Ungefähr weitere 30% der Betroffenen entwickeln eine Traumafolgestörung, eine sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), auch Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) genannt. Die Wahrscheinlichkeit, mit denen eine PTBS nach einem bestimmten Ereignis eintritt, wird in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6: Häufigkeit der PTBS in Abhängigkeit von der Art des Traumas

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

(Flatten et al. 2011, S. 203)

Es fällt auf, dass die Prävalenzen nach Vergewaltigung und Krieg, Vertreibung oder Folter außerordentlich hoch sind, jede beziehungsweise jeder Zweite läuft im Anschluss Gefahr, eine PTBS zu entwickeln. Die Diagnose PTBS kann gestellt werden, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Es muss zuvor eine traumatische Situation erlebt worden sein, entweder als Betroffene oder als Zeugin.
- Die Betroffene erleidet sich aufdrängende Erinnerungen, sogenannte Intrusionen in Form von Flashbacks, Bildern oder Alpträumen.
- Es besteht eine Übererregbarkeit, eine dauerhafte Anspannung, die sich zum Beispiel über Schlafstörungen oder hohe Reizbarkeit äußert.

- Die Betroffene versucht bestimmte mit dem Trauma verbundene Orte, Situationen oder Empfindungen zu vermeiden.
- Es kommt zu emotionaler Taubheit, sozialem oder innerem Rückzug und dem Verlust von Interessen.
- Bei Kindern fällt auf, dass diese die traumatische Situation nachspielen (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203, vgl. DIMDI 2013).

Von diesem Erscheinungsbild wird die ‚komplexe PTBS‘ abgegrenzt. Hier werden als zusätzliche Symptome Störungen der Affektkontrolle, Aufmerksamkeitsstörungen, Somatisierungen, Persönlichkeitsveränderungen und Veränderungen im Welt- und Wertebild angegeben (vgl. Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 58f). Der zeitliche Eintritt einer PTBS nach der traumatischen Situation wird unterschiedlich angegeben. Während im ICD-10-gm Katalog ein Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten genannt wird (vgl. DIMDI 2013) geht die S2 Leitlinie PTBS davon aus, dass es bis zu Jahren dauern kann, bis sich eine PTBS entwickelt und es immer wieder zu symptomfreien Zeiträumen kommen kann (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203). Neben der PTBS kann es zu weiteren Erkrankungen kommen. Genannt werden „psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen und Substanzmissbrauch. Darüber hinaus werden Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Störung“ angeführt (Reddemann und Dehner-Rau, S. 60). Im vorangegangenen Kapitel wurde Dissoziation als eine natürliche Reaktion auf Stress dargestellt. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass diese Formen annehmen kann, die als ‚Störungen‘ beschreiben werden können. Huber grenzt ab:

- Alltagsdissoziation
- Amnesie (biographisch und im Alltag)
- De-Realisierung (die Umgebung wird nicht angemessen wahrgenommen)
- De-Personalisierung (einzelne Körperteile werden nicht wahrgenommen, Schmerz wird ausgeblendet, ‚neben sich stehen‘)
- Fugue (eine Person findet sich ohne Wissen wie an einem anderen Ort wieder) und
- Dissoziative Persönlichkeitsstörung⁶ (Aufspaltung in verschiedene Persönlichkeitsanteile, die unter Umständen ohne Kontakt zu einander existieren und über eigene Willen verfügen) (vgl. Huber 2004, S. 56f).

⁶ Diese wurde früher mit dem Begriff Multiple Persönlichkeit bezeichnet.

Ruppert (Ruppert 2010, S. 30-41) geht einen anderen Weg, um Folgen eines traumatischen Ereignissen zu beschreiben und zu erklären. Er geht davon aus, dass es nach einem solchen Erleben zu einer Aufspaltung kommt, die das Ziel hat, den traumatischen Anteil vom bewussten Denken und Handeln fernzuhalten. Nur so sei ein Weiterleben sinnhaft und machbar. Nach der Spaltung entstehen drei Strukturen. Ein Teil ist der traumatisierte Anteil, dieser speichert die Traumaerfahrung. Ein weiterer Teil ist der gesunde Anteil, der frei ist von den belastenden Erfahrungen und mit seiner Umwelt in Kontakt gehen kann. Ruppert sieht als Merkmale gesunder Anteile „Wahrnehmungsfähigkeit, Fähigkeit zur Gefühlsregulation, kreative Vorstellungskraft, Klarheit im Denken, gute Merkfähigkeit, Selbst-Reflexionsfähigkeit, Empathie, Konfliktfähigkeit oder Verantwortungsbereitschaft“ (Ruppert 2010, S. 32). Der dritte sich bildende Teil ist der Überlebensanteil, dessen Aufgabe es ist, die traumatische Erfahrung zu überwinden (vgl. ebd., S. 30). Diese drei Anteile ergänzen sich gegenseitig und entwickeln sich getrennt voneinander weiter. Der Überlebensanteil wird immer dann das gesunde Ich verdrängen, wenn dieses in Bedrängnis kommt, in Momenten, in denen das traumatisierte Ich in den Vordergrund drängt und durch eine Erinnerung oder Situation in Alarmzustand versetzt wird (vgl. ebd., S. 35). Auf den ersten Blick erscheint diese Ansicht befremdlich. Auf den zweiten Blick ist diese Sichtweise auf Menschen, die ein traumatisches Erlebnis überlebt haben, eine sehr salutogenetische: Nicht der ganze Mensch ist ‚krank‘, er hat ‚kranke‘ und ‚gesunde‘ Anteile, die je nach Situation und Ressourcen mehr oder weniger im Vordergrund stehen. Gleichzeitig ist der Überlebensanteil für die betroffene Person sehr wichtig, dieser wird nicht als behandlungsbedürftig oder gar krank angesehen. Er übernimmt eine Art Schutzfunktion: „Das Überlebens-Ich sitzt auf dem Trauma-Ich gleichsam wie auf einer heißen Herdplatte und versucht immer mehr Abstand von der sengenden Hitze zu bekommen, die vom Trauma-Ich ausgeht“ (ebd., S. 36). Laut Ruppert nutzt es dafür fünf Strategien. Es geht Situationen, die an das Trauma erinnern aus dem Weg (Vermeidung) und es kompensiert die hohe Belastung zum Beispiel durch übermäßigen Genuss von Alkohol, Essen oder ähnlichem (vgl. ebd., S. 38). Eine weitere Möglichkeit ist die Illusion. Der Mensch entflieht der harten, von Gewalt geprägt Realität und baut sich eine Scheinwelt auf, in der alles gut sein wird. Dies würde erklären, warum Frauen, die massive Gewalt erlebt haben, an einer friedlichen Zukunft mit ihrem gewalttätigen Partner festhalten (vgl. ebd., S. 39). Die vierte Strategie ist die Kontrolle von Gefühlen und Verhaltensweisen der eigenen Personen und ihrer Umwelt. Hierdurch wird verhindert, dass bedrohliche Gefühle oder Themen aufkommen (vgl. ebd., S. 38). Dieser Gedanke deckt sich mit den Ergebnissen, die eine Befragung traumatisierter Frauen in Bezug auf die Betreu-

ung durch Hebammen gezeigt hat. Es konnte festgestellt werden, dass bei allen befragten Frauen die Kontrolle, beziehungsweise der Kontrollverlust das bestimmende Gefühl war (vgl. Kruse 2012, S. 30ff). Als letzte Strategie gibt Ruppert die Möglichkeit der Aufspaltung in weitere Anteile an (vgl. Ruppert 2010, S. 40). Sein hier vorgestellter Ansatz stellt für die Arbeit mit hoch belasteten Menschen eine sehr hilfreiche Perspektive dar. Die Betroffene bekommt nicht den Stempel einer defizitären Person, sondern wird als Mensch gesehen, der in sich die Fähigkeit trägt, trotz allem weiter zu leben. Die Verhaltensweisen werden so nicht als Störung betrachtet, sie sind im Gegenteil gesunde Reaktionen auf krankmachende Faktoren⁷. Eine völlig andere Sichtweise als diejenige, die im ICD-10-gm Katalog unter der Diagnose PTBS beschrieben wird.

3.5 Bindung und Trauma

Das Thema Bindung und sein Zusammenhang mit Traumafolgestörungen verdient eine besondere Beachtung. Bindung ist für Hebammen ein zentrales Thema, die ersten zwölf Monaten des Lebens sind für das Neugeborene eine besonders wichtige Zeit. In dieser Periode werden Bindungsmuster entwickelt, die prägend und für die weitere seelische Entwicklung ausschlaggebend sind (vgl. Bowlby 2010, S. 11). „Das Bindungssystem, das sich im ersten Lebensjahr entwickelt, bleibt während des gesamten Lebens aktiv. Auch Erwachsene suchen in Gefahrensituationen die Nähe zu anderen Personen auf, von denen sie sich Hilfe und Unterstützung erwarten“ (Brisch 2004, S. 29). Hebammen begleiten folglich Mütter und Kinder in einer sehr sensiblen Zeit und müssen diesem Aspekt Aufmerksamkeit schenken. Mary Ainsworth, Schülerin von Bowlby, führte in Zusammenarbeit mit Barbara Wittig die Studie „Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation“ durch (Ainsworth und Wittig 1969). Mit den Ergebnissen ihrer Arbeit legten sie den Grundstein für die heute gebräuchliche Benennung von vier verschiedenen Bindungsstilen: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Bindungsstile quasi vererbt werden können. Sicher gebundene Mütter haben in der Mehrzahl Kinder mit dem gleichen Bindungsstil, während bei mütterlichem unsicherem Bindungsverhalten die Kinder häufig das gleiche Verhalten zeigen (vgl. Brisch 2004, S. 33). Der Grad der Feinfühligkeit der primären Bezugsperson trägt zu einem großem Teil mit dazu bei, welcher Bindungsstil ausgebildet wird (vgl. ebd., S. 30f).

⁷ Diese Überlegungen sind Schlussfolgerungen, die die Verfasserin der vorliegenden Arbeit aus dem vorher dargestellt zieht.

Feinfühlige Personen beantworten die Signale des Säuglings prompt und angemessen. Das setzt voraus, dass diese zunächst richtig und damit ohne Beeinflussung durch eigene Bedürfnisse wahrgenommen werden (vgl. ebd.). Hier zeigt sich der Zusammenhang zu traumatischen Ereignissen: Mütter, die durch Traumareaktionen belastet sind, sind oft mit ihren eigenen Belangen so beschäftigt, dass sie die Wünsche ihres Säuglings eventuell nicht adäquat befriedigen können oder aber der Säugling triggert⁸ mit seinem Verhalten (Schreien, Weinen, Saugen an der Brust, etc.) die Mutter, die dadurch traumatischem Stress ausgesetzt ist. Als Folge kann es zum Beispiel zu Dissoziationen oder einem Flashback⁹ kommen. Beides wird den Kontakt mit dem Kind negativ beeinträchtigen. Es besteht die Gefahr eines Teufelskreises. Der nicht angemessen versorgte Säugling reagiert darauf eventuell mit vermehrtem Schreien, dies wird die Mutter, die als Traumaüberlebende einen erhöhten Stresslevel aufweist, zusätzlich belasten. Dies wird das Kind wiederum spüren und entsprechend beantworten (vgl. Brisch 2004, S. 36). Das Erziehungsverhalten einer Mutter mit Traumafolgestörungen ist vielfach ängstlich oder ängstigend, hilflos oder unbeständig (vgl. Glaesmer et al. 2011, S. 335). Kinder traumatisierter Eltern weisen häufig ein desorganisiertes Bindungsverhalten auf. Als weiterer Aspekt dieses Musters wird desweiteren die Misshandlung des Kindes selbst genannt. Misshandelte Kinder machen 48-77% der desorganisiert gebunden Kinder aus (vgl. Brisch 2004, S. 36).

Bindung hat also in zweierlei Hinsicht Bedeutung für die Arbeit mit traumatisierten Frauen. Für die Mütter ist es erstrebenswert, sich selbst als kompetent und ‚gute Mutter‘ zu erleben. Wenn sie diese Rolle zu ihrer Zufriedenheit ausfüllen, können sie auf diese Erfahrung zurückgreifen und verfügen über eine Ressource. Für den Säugling ist eine gelingende Mutter-Kind-Bindung im Hinblick auf seine eigene Entwicklung wichtig. Mit Blick auf die Zukunft ist die Stärkung der Bindung bedeutsam, um den Teufelskreis der Weitergabe an die nächste Generation zu verhindern. Dies führt zum Thema transgenerationalen Trauma, welches im nächsten Kapitel erläutert wird.

⁸ Unter einem Trigger wird ein Schlüsselreiz verstanden.

⁹ Nachhallerlebnis. „Diese angstbesetzten Erinnerungszustände (Intrusionen), die auch in Form von Albträumen auftreten können, lösen oft heftige körperliche Reaktionen aus, als befände man sich wieder in der traumatischen Situation“ (Reddemann und Dehner-Rau 2004, S. 57)

3.6 Transgenerationale Auswirkungen

Traumatische Erlebnisse können Generationen überdauern. Kinder werden von Ereignissen beeinflusst, die sie persönlich nie erlebt haben. Fischer und Riedesser sprechen von „transgenerationalen Effekten oder transgenerationalen Traumatisierungen“ (Fischer und Riedesser 2009, S. 182). Besonders untersucht wurde dieses Phänomen bei Holocaust-Überlebenden und ihren Kindern und Enkelkindern. Die Menschen waren Situationen ausgesetzt, über die sie später nicht sprechen wollten oder konnten, es fehlten sprichwörtlich die Worte dafür. Die Kinder wurden in dieses Schweigen hineingeboren und waren mit den Emotionen und Gefühlen der Eltern konfrontiert, spürten und erlebten den Schrecken. Zum Teil übernahmen sie Rollen von verstorbenen Verwandten oder trugen ihre Namen (vgl. ebd., S. 274). Vier verschiedene Konstellationen können festgemacht werden.

- „Traumatisierung des Kindes durch seine Ausbeutung für die Wiederholung des elterlichen Traumas“ (ebd.): Dem Kind werden nicht willentlich Gefühle übertragen, die die Eltern nicht verarbeitet haben.
- „Traumatisierung durch emotionale Unzulänglichkeit des Elternteils“ (ebd., S. 275): Dem Kind werden seine eigenen Bedürfnisse nicht durch die Eltern erfüllt, es versucht seinerseits, sich den Eltern emotional zu nähern.
- „Traumatisierung in der Phantasie“ (ebd.): Das Kind erlebt die traumatischen Situationen der Eltern in seiner Vorstellung nach und erlebt so die Folgen der Traumatisierung.
- „Traumatisierung durch Selbstverlust“ (ebd.): Das Kind kann sich nicht frei entwickeln, da sich die Eltern sehr eng an dieses klammern. Das kann als ein Versuch, das eigene Selbstgefühl zu heilen, verstanden werden (vgl. ebd. S. 274f).

Diese Aufstellung wurde speziell für Holocaust-Überlebende und ihre Familien erstellt. Sie lässt sich aber in weiten Teilen übertragen, zum Beispiel auf die Kinder von Holocaust-Tätern (vgl. 275). In den letzten Jahren sind unter anderem zwei Bücher erschienen, die sich mit dem Thema Zweiter Weltkrieg beschäftigen. „Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen“ und „Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation“, beide von Sabine Bode verfasst. Hier werden die Auswirkungen von Krieg, Flucht und Vertreibung auf die damaligen Kinder und deren Kinder beschrieben. In den Kreißsälen ist heute eine noch spätere Generation anzutreffen, bei der aber nicht ausgeschlossen werden kann, dass noch Auswirkungen der früheren Traumata zu spüren sind. Andere Kriege liegen zeitlich noch sehr viel näher. Die Frauen dieser Kriege sind heute als erste oder zweite Generation in der Familiengründungsphase. Zahlreiche Krisen- und Kriegsherde können genannt werden: Bosnien,

Afghanistan, Sudan, Syrien, Irak, Ruanda. Die Liste lässt sich leicht fortsetzen. Aus all diesen Ländern leben Menschen in Deutschland, Kinder werden groß, die selbst die Schrecken von Krieg, Vergewaltigung oder Flucht nicht erlebt haben, aber mit schwer traumatisierten Eltern zusammenleben.

3.7 Re-Traumatisierungen

Traumatischer Stress wird im Körpergedächtnis gespeichert. Dies wurde in Kapitel 3.3 bereits ausführlich geschildert. Die empfundene Angst bleibt zum Teil jahrzehntelang reaktivierbar und kann die betroffenen Personen mit dem entsprechenden Furcht und Schrecken wieder überfallen. Im Körper werden dann die gleichen Reaktionen mit Hormonausschüttung, Schweißausbrüchen, Stress und Alarmzustand ausgelöst wie beim ursächlichen Ereignis. Um in dieses Erleben hineinzurutschen reicht häufig ein Gefühl, ein Geräusch, eine Bemerkung, eine Berührung oder irgendetwas, das an das traumatische Geschehen erinnert (vgl. Rüegg 2009, S. 6). Diese Re-Traumatisierungen sind für die Frauen eine große Belastung.

Mit dem Begriff ‚kumulatives Trauma‘ ist eine Anhäufung von traumatischen Situationen gemeint, die jede für sich nicht unbedingt Traumafolgen auslösen müssen. Es ist aber der Betroffenen nicht möglich, sich langfristig zu erholen, da sie immer wieder durch ein erneutes Erlebnis gestört wird. In der Folge hat dies schwerwiegende Konsequenzen (vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 151). Von ‚sequenziellem Trauma‘ spricht man vor allem in Verbindung mit politischen Verfolgungswellen. Das erste Trauma wird fortgesetzt wiederholt. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Folgen entstehen weitere (vgl. ebd., S. 397). Für die Geburtshilfe haben diese Formen große Bedeutung. Die Betreuung durch die Hebammen und die Geburt als solche bergen beide die Gefahr, dass sich ein Trauma wiederholt. Hierzu wird in Kapitel 4 noch ausführlicher Stellung genommen.

3.8 Stellvertretende Traumatisierung

„Menschen helfen zu wollen, die schweren traumatischen Belastungen ausgesetzt waren, ist ein riskantes Unterfangen. Jede/r, die/der sich auf einem solchen Terrain zu bewegen versucht, macht früher oder später die Erfahrung, dass sie/er an ihre/seine Grenzen gerät oder dass Grenzen sich aufzulösen drohen“ (Reddemann 2009, S. 11). Luise Reddemann beschreibt deutlich, welche Gefahren in der Arbeit mit Menschen stecken, die unvorstellbares Leid überlebt haben. Nicht selten wird beobachtet, dass

Menschen über ihre Grenzen hinaus arbeiten und das Gehörte nicht loslassen können. „Erschöpfung, Mitgefühls-Müdigkeit (compassion fatigue) oder burn-out“ (Huber 2009, S. 24) sind die Folgen. Es wurde schon erläutert, dass Trauma zu Spaltungen innerhalb einer Persönlichkeit führen kann. Trauma spaltet aber noch weiter, auch Teams können davon betroffen sein. Hier findet quasi eine Übertragung von Traumasymptomen statt (Pross 2009, S. 22). Traumatische Situationen können auf diesem Weg Symptome nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei den Personen auslösen, die persönlich niemals die auslösende Situation erlebt haben. Dieses Phänomen wird als Sekundär-Trauma, stellvertretendes Trauma oder vicariierendes Trauma bezeichnet (vgl. ebd., S. 23, vgl. Huber 2009, S. 24, vgl. Fischer und Riedesser 2009, S. 172). Hebammen betreuen traumatisierte Frauen, bei ihrer Anleitung und Fortbildung ist zu beachten, dass sie entsprechend vor den Folgen einer stellvertretenden Traumatisierung geschützt werden müssen.

4 Trauma und Geburtshilfe

Nachdem bisher allgemein dargestellt wurde, welche Folgen traumatische Erlebnisse für Betroffene haben können, widmet sich dieses Kapitel den Auswirkungen, die speziell im Bereich der Geburtshilfe beobachtet werden können. Hebamme darf sich nennen, wer eine dreijährige Ausbildung mit den dazugehörigen staatlichen Prüfungen erfolgreich absolviert hat (vgl. HebG § 3 Abs. 1). Hebammen begleiten Frauen während einer langen Periode. Schon mit Feststellung der Schwangerschaft kann ihre Arbeit beginnen: „Ziel der Hebammenhilfe ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch

- Beratung und Hilfe bei Schwangerschaft und deren Beschwerden,
- Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft einschließlich der Aufklärung über mögliche Abweichungen vom normalen Verlauf,
- Hilfe bei Wehen und der Geburt,
- Beratung, Hilfe und Untersuchung bei Überwachung des Wochenbettverlaufs¹⁰ und der Entwicklung des Säuglings,

¹⁰ Unter Wochenbett wird in der Regel der Zeitraum von circa acht Wochen nach der Geburt verstanden.

- Stillförderung und Unterstützung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen des Säuglings“ (Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, § 3, Abs. 1).

Familienhebammen¹¹ begleiten und unterstützen besonders belastete Frauen und ihre Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Gründe für ihr Tätigwerden können Schwangerschaft in jugendlichem Alter, chronische und/oder psychische Erkrankungen, Drogen- oder Alkoholabusus, Frühgeburtlichkeit des Kindes, Behinderung, Unkenntnis des Gesundheitssystem und weitere psychosoziale oder gesundheitliche Belastungen sein (vgl. DHV 2013a). Ihre Tätigkeit ist in der Regel aufsuchend, das heißt, die Familienhebammen arbeiten bei den Familien im häuslichen Umfeld. Die Arbeit ist an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten anzusiedeln. Zu beachten ist, dass Familienhebammen präventiv arbeiten. Ihre Tätigkeit umfasst die Primär- und Sekundär-, nicht aber die Tertiär-Prävention (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH 2013, S. 9). Das Aufgabengebiet der Hebammen und Familienhebammen legt nahe, dass sie in ihrer Tätigkeit wesentlich oder unwesentlich mit dem Thema Trauma konfrontiert sind. Aus diesem Grunde ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit notwendig, sich mit den speziellen Auswirkungen, die traumatische Erlebnisse auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, beziehungsweise auf die Mutter-Kind-Bindung haben kann, zu beschäftigen.

4.1 Forschungsstand

Im Vorfeld ist zu sagen, dass die hier beschriebenen Auswirkungen eintreten können, aber nicht müssen. Ebenso wie alle anderen Traumafolgen ist dies ein sehr individuelles Geschehen, das sicherlich von Art, Schwere und Dauer des Traumas und von den persönlichen Schutz- und Risikofaktoren abhängig ist. Vieles von dem, was nachfolgend vorgestellt wird, kann von den zuvor beschriebenen Traumafolgen abgeleitet werden. Anja Erfmann hat mit ihrer Diplomarbeit „Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt“ (Erfmann 1998) eine Literatur-Arbeit in diesem Bereich verfasst, die alle wesentlichen Aspekte zusammenfasst. Obwohl schon einige Jahre alt ist sie noch immer als aktuell zu betrachten, da es zu dieser Fragestellung wenig Forschungsarbeiten gibt.

¹¹ Wenn hier Familienhebammen erwähnt werden, so sind immer Familiengesundheitshebammen mit angesprochen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die jeweils doppelte Nennung verzichtet.

Schwangerschaft.

Diese ist eine besondere Zeit. Der weibliche Körper stellt sich darauf ein, ein Kind zu tragen, zu gebären und zu nähren. Er macht Veränderungen durch, die willentlich nicht zu beeinflussen sind, dies wird nicht selten als Kontrollverlust erlebt (vgl. Erfmann 2005, S. 33). Die auf Seite 11 gezeigte Abbildung macht bereits deutlich, wie sich einige Punkte auswirken können: Infektionen, die durch sexualisierte Gewalt übertragen werden können, gefährden den Fötus, so zum Beispiel das HI-Virus¹². Überlebensstrategien wie Drogen-, Alkohol- und Nikotinmissbrauch beeinflussen sowohl die Gesundheit der Mutter als auch die des Kindes (vgl. ebd., vgl. Müller et al. 2004). Beim Ungeborenen können sie weitreichende Schädigungen auslösen (vgl. Singer und Teysen 2002, S. 1104, vgl. Osterlohe 2011, S. 469). Ein besonderes Augenmerk ist auf den Aspekt ‚Teenagerschwangerschaften‘ zu richten. Hier zeigen Untersuchungen, dass diese nach früherer sexualisierter Gewalt häufiger sind. Bei über der Hälfte der befragten jungen Mütter hat sich mindestens ein Übergriff in der Anamnese gefunden (vgl. Leeners et al. 2003, S.179). Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass Teenager nach Gewalterfahrungen sorgloser mit dem Thema Verhütung umgehen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA 2004, S. 39). Ein weiterer Grund für eine frühe Schwangerschaft scheint der Wunsch zu sein, aus einer nicht zufriedenstellenden Lebenssituation auszubrechen (vgl. Leeners et al. 2003, S.179) oder die emotionale Wärme zu finden, die das Elternhaus nicht bietet (vgl. Häußler-Szepan und Wienholz 2007, S. 21).

Eventuell treten während der Schwangerschaft folgende Symptome auf:

- Veränderter Bezug zur eigenen Person und zum eigenen Körper: keine Wahrnehmung von Körpersignalen zum Beispiel Schmerzen, Infektionen, reduzierte Kindsbewegungen oder Wehen mit dem Risiko, krankhafte Verläufe zu spät zu erkennen,
- Schamgefühle, Angst vor Berührung,
- später Beginn oder keine Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen mit dem Risiko, Erkrankungen und Fehlentwicklungen nicht oder zu spät festzustellen,
- körperliche Beschwerden,
- Essstörungen, zu große oder zu geringe Gewichtszunahme,
- vorzeitige Wehen und Frühgeburtsbestrebungen,
- massive Ängste, Panikattacken, Schweißausbrüche

¹² Humane Immundefizienz-Virus, kann unbehandelt zur AIDS-Erkrankung führen.

- Depressionen,
- massive Ängste vor der Geburt, dringender Kaiserschnitt-Wunsch oder Verlangen nach Schmerzmitteln, zum Beispiel der Peridural-Anästhesie¹³ und
- häufigere Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche (vgl. Leeners et al. 2003, S.180, vgl. Erfmann 2005, S. 33).

Nicht zuletzt ist daran zu denken, dass die Schwangerschaft selbst durch Gewalt entstanden sein kann. Es gibt keine verlässlichen Zahlen für Deutschland, wie oft dies der Fall sein kann. Für den amerikanischen Raum haben Studien gezeigt, dass auf fünf Prozent aller Vergewaltigungen eine Schwangerschaft folgt, für Mexiko werden sogar bis zu 18% angegeben (vgl. Heynen 2003, S. 102). Schwangerschaft als Folge einer Vergewaltigung kann als ‚doppelte Traumatisierung‘ angesehen werden: Dem Trauma der Vergewaltigung folgt der traumatische Stress der Schwangerschaft (vgl. Sperber 2001, S. 31). Neben den Folgen dieser kumulativen Traumatisierung steht die mögliche Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung im Vordergrund. Laut Heynen gilt es drei Aspekte zu klären:

- Abbruch versus Fortsetzung der Schwangerschaft
- Ablehnung versus Annahme des Neugeborenen
- Zurückweisung des Kindes versus Ausbildung einer, der kindlichen Entwicklung angemessenen Mutter-Kind-Beziehung (vgl. Heynen 2003, S. 105).

Geburt

Die Geburt als solche ist ein sehr eindrückliches Erlebnis, welches auch ohne vorherigen traumatischen Stress als traumatisch erlebt werden kann. Eine Studie, die Frauen nach komplikationslosen Geburten zu ihren Erfahrungen befragt hat, zeigte, dass drei Prozent von 264 interviewten Müttern sechs Wochen nach der Geburt noch Zeichen einer PTBS zeigten, 24% wiesen subsyndromale Symptome¹⁴ auf (vgl. Klaus 2006). Unerwartete Ereignisse und Eingriffe, Gefährdungen von Mutter und Kind, Verletzungen der Mutter, die Trennung vom Kind und vor allem starke mütterliche Angst in Situationen, die von der Frau nicht kontrollierbar sind, können traumatische Reaktionen auslösen (vgl. ebd.). Weitere Aspekte „sind eher subjektiv und beziehen sich darauf,

¹³ Form der Regional-Anästhesie, die häufig in der Geburtshilfe angewandt wird. Die Gebärende ist hierbei weitestgehend schmerzfrei. Allerdings wird neben dem Schmerz auch die Empfindungsfähigkeit im Becken- und Beinbereich eingeschränkt.

¹⁴ Darunter werden Symptome verstanden, die der PTBS zugeordnet werden können, aber nicht stark genug ausgeprägt sind, um als Symptom anerkannt zu werden.

wie die Frau behandelt wird, wie sie die Geburt wahrnimmt und wie dieses Ereignis empfindet. Diese Erlebnisse sind häufig durch Menschen verursacht und verursachen Scham, Erniedrigung und Stigmatisierungen“ (ebd.). Bei einer zuvor erlebten traumatischen Situation können diese Elemente das Stressgedächtnis sehr schnell aktivieren und zu einer Re-Traumatisierung führen. Mögliche in der Literatur beschriebene Triggerreize sind:

- Wehentätigkeit als Kontrollverlust,
- Invasive Eingriffe wie Katheterismus¹⁵, rektaler Einlauf, vaginale oder rektale Untersuchungen, operative Eingriffe,
- Keine frei wählbare Geburtsposition, Nacktheit, Anwesenheit von fremden Menschen im Geburtsraum,
- Atemschwierigkeiten, besonders nach oralem Missbrauch,
- Festhalten, Handgriff nach Kristeller¹⁶,
- Versorgung der Geburtsverletzungen (vgl. Leeners et al. 2003, S. 179, vgl. DHV S. 59f).

Aus den zuvor beschriebenen Traumareaktionen und -folgen können sich ungewöhnliche mütterliche Verhaltensweisen erklären. Beobachtet werden unter anderem sehr rasche oder im Gegenteil protrahierte¹⁷ Geburtsverläufe. Eine subjektiv kurze Geburtszeit kann entstehen, wenn Wehen oder Schmerzen dissoziiert werden. Die lange dauernde Geburt kann Folge von einer erhöhten Anspannung und der Fähigkeit zur Kontrolle der Schmerzen auf einem erträglichen Niveau sein, im Sinne eines selbst verursachten Geburtsstillstandes (vgl. ebd., vgl. Erfmann 2005, S. 33). Weiter kann festgestellt werden, dass die Geburt im Vergleich zu unbelasteten Frauen schmerzhafter empfunden wird und es den Frauen schwieriger fällt Vertrauen zu den professionellen Helferinnen aufzubauen. Es können keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das fetal Outcome oder das Geburtsgewicht der Kinder festgestellt werden (vgl. Leeners et al. 2003, S. 179).

¹⁵ Blasenentleerung mittels eines Einmal- oder Dauerkatheters

¹⁶ Damit wird der manuelle Druck auf den Oberrand der Gebärmutter bezeichnet. Er wird angewendet, um die Geburt in ihrer letzten Phase zu beschleunigen. Von den Gebärenden wird er oft als sehr schmerzhaft und übergriffig erlebt. Eine häufige Beschreibung lautet: „...und dann hat der Arzt/die Hebamme auf mir drauf gelegen“.

¹⁷ Mit protrahierten Geburtsverläufen werden Geburten beschrieben, die deutlich länger als üblich andauern.

Wochenbett und Stillzeit

Auch die Zeit nach der Geburt ist nicht unbeeinflusst von den Traumafolgen. Schmerzen, Wochenfluss und ein verändertes Körpergefühl belasten die Frauen. Das Stillen scheint in mehrfacher Hinsicht nicht einfach für die Betroffenen zu sein. Der Milchfluss auf der Haut kann an Sperma erinnern und als Trigger wirken. Es besteht die Möglichkeit, dass das Saugen an der Brust Erinnerungen an früheren Missbrauch weckt. Eventuell kann der Missbrauch emotional nicht vom Stillen getrennt werden und die Mutter fürchtet, durch das Stillen, bei dem sie vielleicht selbst angenehme oder lustvolle Gefühle spürt, ihr Kind zu sexualisieren und als Täterin zu missbrauchen (vgl. Erfmann 2005, S. 34). Gleichzeitig ist die Neugeborenenzeit mit nächtlichen Störungen verbunden, die Ähnlichkeit zu früheren Traumasituationen aufweisen können. Auch kann wieder ein Kontrollverlust spürbar sein: Der Säugling bestimmt weitestgehend, was die Mutter wann machen kann, er bestimmt auf längere Zeit den Tagesrhythmus (vgl. ebd., vgl. Leeners et al. 2003, S. 179).

Mutter-Kind-Bindung

Diese kann von Angst geprägt sein, zum Beispiel davor, der Verantwortung nicht gerecht zu werden. Das trifft sicherlich für die meisten Frauen zu, dennoch haben traumatisierte Frauen vermutlich größere Schwierigkeiten mit diesem Aspekt. Ihnen fehlt unter Umständen ein eigenes positives Mutterbild, an dem sie sich orientieren können. Sie neigen dazu, Idealvorstellungen zu entwickeln, denen sie nicht gerecht werden können und deren Nicht-Erfüllung anschließend zu Überforderung, Frust und Wut führen kann (vgl. Leeners et al. 2003, S. 180). Ängste können sich auf das Geschlecht des Kindes beziehen. Bei Mädchen herrscht häufig die Angst vor, es nicht angemessen vor Missbrauch schützen zu können. Dies kann zu einem über-protektiven Verhalten führen. Männliche Kinder können in Verbindung zu den Tätern gebracht werden, so dass Schwierigkeiten bei der Genitalhygiene auftauchen (vgl. ebd., vgl. Wirtz 2005, S. 107). Bedenkt man, wie viel Zeit in den ersten Lebensjahren an der Wickelkommode verbracht wird, so wird deutlich, wie groß der Schaden für die Mutter-Kind-Bindung sein muss, wenn diese Zeit nicht mit intuitivem Verhalten und Zärtlichkeit, sondern mit Zweifeln und negativen Empfindungen belastet ist. „Erschütternderweise wird oft gerade durch das bewusste und ängstliche Vermeiden eines Traumas ein anderes Trauma hervorgerufen“ (Wirtz 2005, S. 107). Ein Verweis auf transgenerationale Effekte von Traumata. Weiter ist zu beachten, dass Kinder von traumatisierten Müttern ein höheres Risiko haben, von diesen misshandelt zu werden (vgl. Leeners et al. 2003, S. 180). Weiter werden auch in diesem Zeitraum die bereits zuvor vorgestellten Aspekte einer transgenerationalen Traumatisierung sichtbar: Frauen mit einem erhöhten Stresslevel,

hervorgerufen durch Traumafolgen, sind weniger als andere Frauen in der Lage, dem Säugling Ruhe zu vermitteln, sie sind leichter reizbar und können das kindliche Schreien weniger gut aushalten als unbelastete Mütter. Dieses höhere Stresslevel wird vom Baby, welches den Zustand der Mutter spürt mit vermehrter Unruhe beantwortet. Auf diesem Weg kann ein Kreislauf entstehen, der in einem ‚Schreibaby‘ mündet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Erleben von Schwangerschaft und Geburt für alle Frauen ein außergewöhnliches Ereignis ist, das sicherlich Spuren hinterlässt. Das Ereignis als solches trägt in sich eine Wahrscheinlichkeit, als traumatisch mit Traumafolgen erinnert zu werden, bedingt durch den körperlichen Prozess und/oder die ungenügende Betreuung. Traumatisierte Frauen gehen mit einer enormen Vorbelastung in diese Zeit hinein, die ein unbelastetes positives Erleben und ein ungestörtes Bonding mit dem Kind erschwert. Für die Gesundheit, das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit der Frau ist es wichtig, eine angemessene Unterstützung in diesem Prozess des Mutter-Werdens zu bekommen. Diese Unterstützung kommt gleichzeitig dem Säugling zu Gute: Wird die Mutter gestärkt, so kann sie sich feinfühlicher um das Kind kümmern, das Risiko einer transgenerationalen Weitergabe von Traumaeffekten wird reduziert.

4.2 Verankerung des Themas in der Ausbildung von Hebammen

Aus dem bisher Dargestellten wird deutlich, dass das Thema Traumatisierung für den beruflichen Alltag der Hebammen eine große Bedeutung hat. Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Weise es bisher in der Ausbildung von Hebammen verankert ist.

Die Ausbildung soll den Schülerinnen die grundlegenden Kenntnisse vermitteln. In den 2005 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens veröffentlichten empfehlenden Ausbildungsrichtlinien wird das Thema als eine Lerneinheit mit insgesamt zwölf Unterrichtsstunden beschrieben. Der genaue Wortlaut ist in Abbildung 7 dargestellt. Es ist anzumerken, dass das Thema in seiner Bedeutung erkannt wurde. Die Umsetzung ist jedoch in einem so geringen Stundenumfang eingeplant, dass es angesichts der hohen Komplexität kaum möglich sein wird, mehr als nur initiale Impulse zu vermitteln. Dies wird vom DHV ähnlich gesehen. In der Broschüre „Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen“ (DHV 2012) merkt dieser an, dass die Ausbildungscurricula zu ergänzen sind. Genannt werden die Punkte gewaltfreie Kommunikation, Grundlagenwissen zu Gewalt und Gewaltfolgen, Grundlagen der traumasensiblen Betreuung. Dazu sind die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten der Selbstreflexion und der Arbeit in Netzwer-

ken notwendig (vgl. ebd., S. 93). Zusammenfassend kann man sagen, dass die Relevanz des Themas zwar von verantwortlichen Stellen erkannt wurde, es aber bisher an einer tragfähigen und ausreichenden Umsetzung mangelt.

Abbildung 7: Lerneinheit Frauen mit negativen sexuellen Vorerlebnissen

Zielsetzung

Übergreifendes Ziel ist es, dass die Schülerinnen erkennen, dass und wie sich die Folgen von sexuellen Negativerlebnissen auf Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen auswirken können. Dabei sollen die Schülerinnen erkennen, dass für die Betroffenen die sexuell geprägten körperlichen Veränderungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett durch negative Vorerfahrungen störende bzw. belastende Auswirkungen haben können. Im Blick auf die psychosoziale Situation der Betroffenen sollen die Lernenden über aktuelle psychologische Erkenntnisse informiert werden und diese in Beziehung zu ihrem Handeln setzen. Die Schülerinnen reflektieren die Möglichkeit spezieller Betreuungsmöglichkeiten (z.B. unter der Geburt) und ihre Auswirkungen auf die Betroffenen.

Inhalte:

Formen sexueller Negativerlebnisse (z.B. Missbrauch in Kindheit und Jugend, Vergewaltigung, sexuelle Belästigung, sexuelle Bedrohung)
 Folgen von sexuellen Negativerlebnissen (z.B. Trauma, Depression)
 Bedeutung von Ausnutzung eines Vertrauens- und/oder Autoritätsverhältnisses
 Vielfalt des Verhaltensspektrums der Betroffenen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit
 Bedeutung invasiver Diagnostik und Therapie (z.B. VU, Amniotomie, vag. operative Geburtsbeendigung)
 Bedeutung der unerkannten Vorgeschichte (z.B. die *schwierige* Gebärende) und die daraus resultierenden Konsequenzen
 Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. Räume, Abläufe, Betreuungs- und Bezugspersonen) und Verhinderung von erneuten Traumata
 Alternativen in Diagnostik und Therapie

<i>Stundenempfehlung:</i>	12 Std.
<i>Fachzuordnung:</i>	
03 Praktische Geburtshilfe	6 Std.
05 Schwangerenbetreuung	2 Std.
06 Wochenpflege	2 Std.
05/10 Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik	2 Std.

(Dörpinghaus et al. 2005, S..87)

4.3 Bisherige Angebote zur Fortbildung

Im Fortbildungssektor findet sich das Thema Gewalt und Trauma durchaus wieder. Hier werden in der Regel ein- bis zweitägige Veranstaltungen angeboten. Referentinnen, die hier immer wieder aktiv werden, sind unter anderem Tara Franke, die zusammen mit Elke Poppinga, Anja Erfmann, der Verfasserin der bereits zitierten Diplomarbeit und Viresha Bloemeke, Autorin des Buches „...Es war eine schwere Geburt...“ Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können“ (Bloemeke 2003) die Pro-

jektgruppe T.A.R.A. ins Leben gerufen hat. Diese Projektgruppe hat an den Empfehlungen des DHV zur traumasensiblen Hebammenbetreuung mitgearbeitet.

Das Kürzel steht für:

„**T**raumatische Erlebnisse von Mädchen und Frauen,
Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit,
Respektvoller Umgang und professionelle Begleitung und
Achtsamkeit für die besonderen Bedürfnisse traumatisierter Frauen und der betreuenden Hebamme“ (DHV 2013b).

Eine weitere Referentin, die sehr aktiv in der Fort- und Weiterbildung von Hebammen und anderen Gesundheitsberufen arbeitet, ist Maria Zemp, Krankenschwester, Fachreferentin für Trauma-Arbeit und Frauengesundheit und Trainerin für medica mondiale e. V. in Krisengebieten. In Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Hebammen NRW hat sie 2012 die Fortbildungsreihe „Qualifizierung zum professionellen Umgang mit Gewalt und Traumatisierung im Setting der Familienhebamme“ durchgeführt. Eine weitere Initiative zur Qualifizierung von Fachpersonal im Gesundheitswesen ist das S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekt. Hier steht die Abkürzung für:

Signal setzen,
Interview mit konkreten Fragen,
Gründliche Untersuchung,
Notieren und dokumentieren,
Abkklärung des Bedarfs und
Leitfaden mit relevanten Nummern und Unterstützungsangeboten (vgl. S.I.G.N.A.L. e. V. 2013a).

Der Verein entstand aus einer 1997 gegründeten Projektgruppe heraus, die sich zum Ziel gesetzt hat, die gesundheitliche Versorgung der von Gewalt betroffenen Frauen zu verbessern. Die Namenskürzel geben bereits einen deutlichen Hinweis darauf, wie der Verein denkt, dass das zu erreichen sei. S.I.G.N.A.L. e. V. geht davon aus, dass viele der betroffenen Frauen zuerst im Gesundheitswesen gesehen werden können und möchte Fachkräfte dafür sensibilisieren und schulen (vgl. S.I.G.N.A.L. e. V. 2013b). Das Hauptaugenmerk liegt nicht auf schwangeren Frauen und ihrer Versorgung in den geburtshilflichen Abteilungen, dennoch werden hier sehr wert- und sinnvolle Interventionen angeregt (vgl. ebd.). Das Gesine Netzwerk hat sich ebenfalls des Themas angenommen. Der Leitspruch, der sich auf den ersten Seiten der Homepage findet, lautet: „Es ist nicht die Frage, OB Professionelle im Gesundheitswesen Kontakt zu gewaltbetroffenen Frauen in ihrem Berufsalltag haben, sondern lediglich WIE sie diesen Kontakt gestalten“ (Gesine 2013; Hervorh. i. Orig.). Damit ist die Zielsetzung ähnlich anzusie-

deln wie beim S.I.G.N.A.L. Interventionsprojekt. Gesine stellt Fachpersonal und betroffenen Materialien zur Verfügung, hat Leitfäden entwickelt und Fachtagungen zum Thema organisiert.

Blickt man auf das gesamte Gesundheitswesen, so finden sich also gute Ideen und Interventionsprogramme, die von hohem Einsatz der in Vereinen und Netzwerken engagierten Menschen zeugen. Fortbildungen für Hebammen zu Gewalt und Trauma sind jedoch noch auf die Initiative von Einzelpersonen zurückzuführen. Entsprechend der Forderung des DHV betreffend der Ausbildungscurricula fehlt bisher noch eine vernetzte und koordinierte Struktur im Rahmen der Fortbildung.

5 Die Präsenz des Themas Trauma im beruflichen Alltag der Hebammen

In den vorangehenden Kapiteln wurde ausführlich dargestellt, was unter Gewalt und Trauma zu verstehen ist und welche Auswirkung das Erleben dessen für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Mutter-Kind-Bindung haben kann. Es wurde begründet, warum die Auseinandersetzung damit für die Hebammen und Familienhebammen wünschenswert und notwendig ist. Diese Begründung geschah aus Sicht derjenigen, die sich intensiv mit den Themen auseinander gesetzt habe. Wie aber schätzen die Hebammen, die in ihrer Arbeit alltäglich mit schwangeren Frauen, Müttern und Gebärenden zu tun haben, die Bedeutung selbst ein? Im Hinblick auf die Überlegung, ob eine zu dem Thema geplante Fortbildungsreihe angenommen werden wird, eine nicht unerhebliche Frage. Diese wird erfahrenen Hebammen, die in der Geburtshilfe tätig sind, im Rahmen einer qualitativen Untersuchung gestellt. Methodik, Durchführung und Ergebnisse werden im Folgenden erläutert.

5.1 Fragestellung

Der erste Aspekt, der mit Hilfe der Untersuchung beleuchtet werden sollte ist der Grad der Sensibilität gegenüber dem Thema. Darunter werden hier mehrere Punkte zusammengefasst. Im Interview soll ein Eindruck davon gewonnen werden, mit welcher Häufigkeit die Hebammen ihres Ermessens nach mit traumatisierten Frauen konfrontiert sind. Die Interviewerin möchte zudem erfahren, ob und welche Auswirkungen ihnen von traumatischem Stress bekannt sind. Dies kann als Indikator für das Erkennen von Frauen mit Traumafolgen gewertet werden: Wenn keinerlei Indikatoren oder Signale

bekannt sind, werden unerwartete Verhaltensweisen auch nicht mit dem Auslöser in Verbindung gebracht werden. Desweiteren möchte die Untersucherin erfahren, ob es strukturelle Ideen innerhalb des Teams gibt, um belastete Frauen zu identifizieren. Hierzu kann gehören, in der Anamnese nach früheren Gewalterfahrungen zu fragen, Standards, was in der Betreuung der Frauen zu beachten ist oder vielleicht eine Informationsmappe, in der geeignete Ansprechpartner und Beratungsstellen am Ort genannt sind. Hierunter sind aber auch Fragen einzuordnen, die die Sensibilität der eigenen Person gegenüber im Blick haben. Welche Strukturen bestehen institutionell, um die Hebammen vor traumatischem Stress zu schützen? Hier sind sowohl die Folgen einer stellvertretenden Traumatisierung als auch der Umgang mit Hebammen im Anschluss an traumatisch erlebten Geburten gemeint.

Ein weiterer Punkt, der zu klären ist, betrifft die direkte Arbeit mit den Frauen. Wie geht es den Hebammen, wenn sie wissentlich oder vermutet Frauen mit Traumafolgen betreuen? Fühlen sie sich in der Arbeit sicher oder unsicher, was fällt ihnen leicht und wo liegen Schwierigkeiten? Weiter interessiert die Frage, ob sie wissen, welche Verhaltensweisen hilfreich sein könnten und was sie tun können, wenn eine Frau zum Beispiel während der Geburt einen Flashback erlebt. Der dritte Teilbereich der Befragung betrifft das Thema Fortbildung. Es wurde festgestellt, dass das Wissen über Traumareaktionen und deren Auswirkungen nur sehr marginal in der Ausbildung der Hebammen behandelt wird. Aus diesem Grunde ist es von Interesse zu erfahren, auf welche Weise Fachwissen erworben wurde, ob dies zum Beispiel über das Lesen von Fachliteratur, Gespräche unter Kolleginnen oder den Besuch einer Fortbildung geschieht oder ob das Handeln durch Intuition geleitet wird. Gleichzeitig besteht so die Möglichkeit zu erfahren, welchen Fortbildungsbedarf die Hebammen selbst sehen.

5.2 Methodik

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit möchte mit der Untersuchung Einblicke in persönliche Deutungen und in das berufliche Erleben der befragten Hebammen gewinnen. Das Thema Trauma erfordert eine hohe Kompetenz der Befragenden und den persönlichen Kontakt, um reagieren zu können, falls eine Probandin während des Gesprächs Stress signalisiert. Es kann unter Umständen notwendig werden, vom geplanten Gesprächsablauf abzuweichen, ein Festhalten an zuvor standardisierten Fragen kann eventuell schwierig sein. Aus diesem Grund scheint ein qualitatives Vorgehen sinnvoll. Mit Hilfe von qualitativen Methoden der Sozialforschung „versucht man aber, stärker in die Tiefe zu gehen, die interviewten Personen ausführlich zu Wort kommen zu lassen

und das gewonnene Material intensiver auszuwerten und nicht nur auf statistische Kennwerte zu verdichten“ (Diekmann 2010, S. 532). Ziel der Studie ist es nicht, eine bestehende Hypothese zu belegen oder widerlegen, sondern es sollen neue Erkenntnisse gewonnen werden. Hierzu eignet sich am besten Befragungen, die in Form eines fokussierten Interviews geführt werden. Diese Form der Befragung wurde von Merton und Kendall im Jahr 1946 vorgestellt. Vier Merkmale zeichnen es aus.

- Die interviewte Person muss einen konkreten Bezug zum Forschungsgegenstand haben, sie sollen eine solche Situation bereits erlebt haben. Im Falle der geplanten Untersuchung ist diese Forderung erfüllt. Der Fokus, die Betreuung von Frauen, die bekannter oder unbekannterweise traumatische Erlebnisse hatten, ist gegeben.
- Vor der Befragung soll die Forscherin die Situation untersucht und analysiert haben, auch dies ist mit der vorliegenden Arbeit erfüllt.
- Das Interview wird an Hand von Leitfragen durchgeführt. Vor Beginn der Befragung wird ein solcher Leitfragenkatalog erstellt werden.
- Mit der Befragung sollen subjektive Erfahrungen der Teilnehmerinnen gewonnen werden. Wie bereits dargestellt, ist genau dies das Ziel der Untersuchung (vgl. Merton und Kendall 1993, S. 171)

Eine Durchführung der Studie mit Hilfe von fokussierten Interviews ermöglicht gleichzeitig, die Ergebnisse des vorangegangenen Interviews in das nächste mitzunehmen. Bei Bedarf können so die Fragen modifiziert und neu auftauchende Aspekte, die interessant zu sein scheinen, vertieft werden. Mit Hilfe der Leitfragen wird dennoch sichergestellt, dass alle zu Beginn für wichtig erachteten Punkte beleuchtet werden. Auch erhält man so eine gewisse Vergleichbarkeit der Antworten (vgl. Diekmann 2010, S. 537).

5.3 Ethische Bedenken

Trauma und Traumafolgen sind für die einzelne Frau von hoher Brisanz. Gespräche über oder Erinnerungen an ein früheres Erleben können als Trigger wirksam werden und einen Flashback auslösen. Das gilt selbstverständlich nicht nur für die Schwangere, Gebärende oder junge Mutter, sondern in gleichem Maße für die betreuende Hebamme. Zuvor wurde bereits dargestellt, dass in Deutschland jede dritte Frau von Gewalt betroffen ist. Bei dieser hohen Prävalenz ist es höchst wahrscheinlich, dass auch in der Gruppe der Hebammen Frauen mit Traumafolgen zu finden sind. Es ist nicht auszuschließen, dass eine Hebamme durch ein traumatisches Geburtsgeschehen selbst an Traumafolgen leidet. Aus diesem Grund ist es unumgänglich Überlegungen

anzustellen, ob die Durchführung der Interviews gerechtfertigt ist. Um die Interviewpartnerin vor möglichen Folgen zu schützen ist es erforderlich, dass

- die Interviewerin um die Relevanz und Brisanz des Themas weiß,
- sie sich mit traumatischen Stressreaktionen auskennt und die Zeichen von Stress erkennen kann.
- Weiter muss sie mit Handlungsmöglichkeiten und Interventionen vertraut sein, so dass sie die Hebamme durch mögliche stresshafte Situationen sicher geleiten kann.

Diese drei Bedingungen sind gegeben, da die Befragerin mit dem Thema vertraut ist und viel Erfahrung im Umgang mit hochbelasteten Menschen hat.

- Die Studienteilnehmerinnen müssen sorgfältig ausgewählt werden. Aus diesem Grund erfolgt vor dem Interview in jedem Fall ein persönliches Gespräch, in welchem über den Inhalt und Zweck der Befragung aufgeklärt wird und die Teilnehmerin die Gelegenheit hat, ihre Fragen zu besprechen.
- Selbstverständlich wird der Hebamme die Möglichkeit gegeben, das Gespräch jederzeit abubrechen.
- Sollte sich im Gespräch zeigen, dass es der Teilnehmerin nicht gut geht, so wird das weitere Vorgehen abgeklärt: Es wird Sorge getragen, dass sie – falls gewünscht – nicht alleine bleibt. Bei Bedarf kann Kontakt zu einer erfahrenen Therapeutin hergestellt werden.
- Unter Umständen treten Reaktionen erst mit Zeitverzug nach dem Gespräch ein. Für den Fall bleibt die Interviewerin selbstverständlich weiter erreichbar.

Wägt man die Risiken der geplanten Untersuchung mit den Vorsichtsmaßnahmen und dem möglichen Erkenntnisgewinn ab, so scheint die Durchführung der Studie gerechtfertigt.

5.4 Auswertung der Interviews

Um die Gespräche anschließend auswerten zu können, werden diese mit Einverständnis der Teilnehmerinnen akustisch aufgezeichnet. Auf diese Weise ist es möglich, im Anschluss eine Transkription vorzunehmen, hierbei wird das Gehörte ins Schriftdeutsch übertragen. „Durch die wörtliche Transkription wird eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bietet“ (Mayring 2002, S. 89). Die Übertragung findet in normales Schriftdeutsch statt, Pausen werden mit folgendem Symbol kenntlich gemacht: (...). Betont eine Teilnehmerin Worte, Wortteile oder Sätze besonders, so werden die

entsprechenden Passagen durch Großbuchstaben sichtbar. Mit der Studie sollen neue Erkenntnisse den Untersuchungsgegenstand betreffend gewonnen werden. Dies entspricht einer Auswertung der Daten im Sinne der Grounded Theory¹⁸. Als Methode zur Auswertung des gewonnenen Datenmaterials kommt das Theoretische Sampling (vgl. Glaser und Strauss 2010, S. 78) zur Anwendung. Die Transkripte werden dazu offen kodiert und die erhaltenen Codes unterschiedlichen Kategorien zugeordnet. Jedes Interview wird ausgewertet bevor das nächste stattfindet. So ist es möglich, im Sinne eines hermeneutischen Zirkels, die Vorerkenntnisse zu verwerten und zu vertiefen.

5.5 Auswahl der Teilnehmerinnen

Für die Gewinnung und Auswahl der Studienteilnehmerinnen werden berufliche Netzwerke genutzt. Über die örtliche Niederlassung eines Berufsverbandes der Hebammen wird ein Aufruf zur Teilnahme gestartet, damit verbunden ist ein Informationsschreiben, in dem der Inhalt, die Ziele und der Ablauf des Interviews vorgestellt werden. Mögliche Teilnehmerinnen werden gebeten, Kontakt zur Verfasserin der vorliegenden Arbeit aufzunehmen. Um teilnehmen zu können, muss die Interessentin als Hebamme berufstätig gewesen sein oder aktuell in diesem Beruf arbeiten. Sie sollte einen stabilen Eindruck hinterlassen, nach Möglichkeit sollte ausgeschlossen werden können, dass sie gerade ein traumatisches Erlebnis hatte, welches sie sehr belastet. Das würde das Risiko einer Re-Traumatisierung zu sehr erhöhen. Hierzu wurde in Kapitel 5.3 bereits Stellung genommen. Es ist bewusst, dass dies in keinem Fall mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dennoch wird mit Hilfe eines Vorgesprächs versucht werden, einen Eindruck von der Verfassung der möglichen Teilnehmerin zu bekommen.

5.6 Durchführung der Interviews

Nachdem über den geschilderten Weg der Unterstützungsauftrag verteilt wurde, meldeten sich drei Hebammen, die Interesse bekundeten. Mit ihnen wurden telefonische Vorgespräche geführt, an deren Ende sich alle einverstanden erklärten, an den Interviews teilzunehmen. Zuvor hatten sie sowohl den Zweck, dem die Befragungen dienen

¹⁸ Die Grounded Theory, die Gegenstandsbezogene Theoriebildung, ist die „Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von in der Sozialforschung systematisch gewonnenen Daten“ (Glaser und Strauss 2010, S. 20).

sollten als auch die Rahmenbedingungen gehört und verstanden. Für den Februar 2014 wurden Termine im Abstand von je einer Woche vereinbart.

5.6.1 Das erste Interview (I 1)

Die erste Hebamme (H1), mit der ein Interview geführt wurde, verfügt über 22 Jahre Berufserfahrung sowohl im klinischen als auch im außerklinischen Bereich. Seit ungefähr 15 Jahren arbeitet sie freiberuflich und betreut Geburtshaus- und Hausgeburten. Zusätzlich leitet sie Geburtsvorbereitungskurse, betreut Frauen in der Schwangerschaft bei Beschwerden, führt Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien durch und begleitet das Wochenbett im häuslichen Rahmen (vgl. I 1, Z. 4). Das Interview findet in der Wohnung der Interviewenden statt, dies ist der Wunsch der Hebamme (H1). Die vollständige Abschrift dieses Interviews findet sich im Anhang 1.

5.6.2 Das zweite Interview (I 2)

Diese Interviewpartnerin kann auf 34 Berufsjahre zurückblicken. Sie steht kurz vor dem Ende ihrer Tätigkeit als Hebamme und plant eine berufliche Veränderung. Auch sie hat viele Jahre in verschiedenen Kliniken gearbeitet und betreut zum jetzigen Zeitpunkt seit zehn Jahren Beleggeburten in einer geburtshilflichen Abteilung eines Level 1 Krankenhauses¹⁹ (vgl. I 2, Z. 4). Sie gibt keine Kurse, betreut die Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Wochenbettes (vgl. ebd., Z. 6). Dieses Gespräch findet auf Wunsch der Hebamme (H2) in ihrer eigenen Wohnung statt. Da sie derzeit mehrere Frauen betreut, bei denen jederzeit Geburtswehen einsetzen können, bleibt ihr Telefon angeschaltet. Tatsächlich wird das Interview einmal durch Telefonklingeln unterbrochen (vgl. ebd., Z. 13). Diese Gesprächspartnerin zeigt im Gespräch eine deutliche Belastung durch ein erlebtes Trauma vor vielen Jahren (vgl. ebd., Z. 57-63), ihr wird nach dem Interview angeraten, für sich selbst noch eine Supervision oder Beratung in Anspruch zu nehmen. Außerdem wird sie darauf hingewiesen, dass sie sich jederzeit bei der Verfasserin der vorliegenden Arbeit und Interviewenden melden kann. Dieser Hinweis wird von ihr zur Kenntnis genommen, sie teilt mit, dass sie aber nicht

¹⁹ Ein Perinatalzentrum Level 1 ist für die Betreuung sehr unreifer Frühgeburten unterhalb der 29. Schwangerschaftswoche und für die Versorgung von Drillingen oder höhergradigen Mehrlingen ausgelegt. Kinder, bei denen nach der Geburt eine Notfallversorgung auf Grund von angeborenen Fehlbildungen und mütterlichen Erkrankungen zu erwarten ist, sollen dort zur Welt kommen (vgl. Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V 2005, S. 5).

denke, dass sie das Angebot in Anspruch nehmen müsse. Das Transkript dieses Gesprächs ist im Anhang 2 nachzulesen.

5.6.3 Das dritte Interview (I 3)

Die dritte Hebamme (H3) arbeitet angestellt in einer großen geburtshilflichen Abteilung, die keine angeschlossene Kinderklinik hat. In der Klinik finden ungefähr 1500 Geburten jährlich statt, es wird im Schichtdienst gearbeitet. Sie hat ebenfalls viel Berufserfahrung, sie ist seit 20 Jahren in der Geburtshilfe tätig. Neben der Arbeit im Kreißaal und der Wochenstation, auf der sie ebenfalls eingesetzt wird, betreut sie freiberuflich Frauen aufsuchend im Wochenbett, also im häuslichen Bereich (vgl. I 3, Z. 3-5). Sie möchte, dass das Gespräch in der Wohnung der Befragenden stattfindet. Im Anhang 3 ist das vollständige Interview zu finden.

5.7 Ergebnisse

Die Auswertung von lediglich drei Interviews rechtfertigt keine allgemeingültigen Aussagen über die Arbeit und die Traumasensibilität von Hebammen insgesamt, sie kann aber einen ersten Einblick in das Erleben der Fachkräfte geben. In der Tat traten im Verlauf der Studie interessante Aspekte auf, die bei der Konzipierung der geplanten Fortbildungsreihe berücksichtigt werden können. Nachfolgend werden diese Aspekte genauer erläutert.

5.7.1 Benennung unterschiedlicher Arten von Traumata

Von den drei befragten Frauen werden unterschiedliche Formen von Traumata erkannt und benannt. Allerdings werden diese verschieden gewichtet und scheinen im Berufsalltag unterschiedlich relevant zu sein. Die beiden freiberuflich arbeitenden Kolleginnen begleiten Frauen in einer eins zu eins Situation, das heißt eine Hebamme betreut eine Gebärende. Diese beiden geben an, dass sich bei ihnen häufig Frauen melden, die eine frühere Geburt als sehr schwierig erlebt haben und durch diese traumatisiert sind (vgl. I 1, Z. 12, 23, vgl. I 2, Z. 15). Die erste Interviewpartnerin setzt dieses Erleben mit „sexuelle Gewalt“ (I 1, Z. 12) gleich. Die zweite Hebamme vermutet, dass dies häufig der Grund für eine Beleggeburt ist und dass diese Form der Geburtshilfe hilfreich ist, um ein Trauma zu vermeiden (vgl. I 2, Z. 15-17). Die erste Hebamme erkennt die Relevanz des Themas Trauma, sie schätzt, dass circa ein Drittel der Frauen, die sie betreut, traumatisiert sind, ob durch frühere Geburten oder erlebte häusliche oder sexua-

lisierte Gewalt (vgl. I 2, Z.12). H2 und H3 haben dagegen in ihrem langjährigen beruflichen Alltag wissentlich quasi nie Frauen betreut, die durch direkte Gewaltausübung durch Dritte traumatischem Stress ausgesetzt waren. H2 wurde von einer Frau die Belastung mitgeteilt (vgl. I 2, Z. 19), H3 kann keinen Fall benennen. H2 und H3 stellen gleich zu Beginn der Interviews fest, dass das Thema Trauma sowohl die Gebärenden als auch die Hebamme betreffen könnte: „Das kommt immer darauf an, wer traumatisiert ist, die Hebamme oder die Frau“ (I 2, Z. 12) und „Das kommt auf die ART des Traumas an. Wenn Frauen traumatisiert sind (...) ähm, hab ich damit zu tun, aber in all der Zeit, die ich arbeite, habe ich da sehr wenig von mit bekommen, also wenn Frauen traumatisiert zu uns kommen, also durch häusliche Gewalt oder sonst irgendwie durch sexuellen Missbrauch, ähm, da bin ich ganz ehrlich, da hab ich WENIG von mit gekriegt in meiner Berufslaufbahn. Ja und SELBST traumatisiert hat mich so manche Geburt selbst, aber das ist auch schon ein bisschen länger her“ (I 3, Z. 7). Die dritte Hebamme benennt am Ende des Gesprächs noch das Erleben eines Kaiserschnittes als mögliche Ursache einer Traumatisierung. Sie schließt dies aus dem Erleben einer solchen Situation bei der Geburt ihres eigenen Kindes (vgl. I 3, Z. 67). Zusammenfassend kann man sagen, dass die befragten Hebammen frühere Geburten, das Erleben von häuslicher oder sexualisierter Gewalt und das Erleben von traumatischen Geburten als helfende Fachkraft als Ursachen von Traumata benennen können. Die Auswirkungen von Bindungstraumata auf die Mutter-Kind-Beziehungen werden von keiner der drei interviewten Frauen gesehen.

5.7.2 Sensibilität

In den Interviews fällt auf, dass die drei Hebammen eine unterschiedliche Wahrnehmung haben, wie häufig sich Frauen in ihrer Betreuung befinden, die traumatisiert sind. Dieser Aspekt wird hier mit Sensibilität bezeichnet. Neben dem Wissen um die Traumatisierung geben sie Ahnungen an: H2 und H3 haben gelegentlich vermutet, dass es früher Gewaltereignisse gegeben haben muss: H3 spricht von circa zehn Frauen, bei denen sie unter der Geburt den Verdacht auf Traumata hatte. Im Wochenbett ist ihr der Gedanke nie gekommen (vgl. I 3, Z. 10-13). Im Vergleich zur hohen Prävalenz von Gewalt und Trauma sind diese Zahlen sehr niedrig, es kann angenommen werden, dass diese beiden Hebammen traumatischen Stress bei den Gebärenden nicht sicher wahrgenommen haben. Die Ausklammerung des Wochenbettes unterstützt diese Hypothese, insbesondere wenn man bedenkt, dass betroffenen Frauen diese Zeit als sehr schwierig erleben (vgl. Kruse 2013, S. 34). Der Verdacht auf frühere Traumatisierung wird an verschiedenen Momenten festgemacht.

- Ablehnung von Berührung (vgl. I 2, Z. 36)
- Ablehnung von vaginalen Untersuchungen (vgl. ebd.)
- „Empfindlichkeit im Genitalbereich“ (I 3, Z. 15)
- Die Gebärende entzieht sich den Blicken anderer Personen (vgl. ebd.)
- Heftige Reaktionen auf den Druck des kindlichen Kopfes auf den Damm und Beckenboden (vgl. I 2, Z. 36)
- Das Auftreten von unangemessenen Verhaltensweisen der Gebärenden (vgl. I 2, Z. 41).

Insbesondere der letzte Punkt bringt die Hebamme in eine Situation, in der sie unsicher wird, ihr stehen keine hilfreichen Verhaltensmuster zur Verfügung. Die Lösung, die sie findet, macht sie nicht zufrieden. H3 gibt dafür ein eindrückliches Beispiel. Im beschriebenen Fall endete die Geburt auf Wunsch der Frau mit einem Kaiserschnitt. Sie war eigentlich davon überzeugt, dass eine spontane Geburt möglich gewesen wäre, hatte aber keine Vorstellung davon, wie sie die Gebärende in dieser Situation leiten sollte (vgl. ebd., Z. 45). Allerdings ist sie sich nicht sehr sicher, ob die Reaktionen der Mutter mit einer Traumatisierung in Zusammenhang zu bringen sind (vgl. ebd., Z. 43). Auffallend ist der Umgang mit der anamnestischen Frage nach früheren Gewalterfahrungen. H1, die nach eigenen Angaben eine hohe Anzahl von belasteten Frauen betreut, fragt ausdrücklich nach Gewalt. Sie baut dafür zunächst eine Vertrauensbeziehung zu den Schwangeren auf (vgl. I 1, Z. 10). Neben den Frauen, die das Thema offen ansprechen, kennt auch sie Momente, in den sie den Verdacht auf früheres Gewalterleben hat. Bei diesen Frauen achtet sie sehr auf ein Beratungssetting, welches es den Schwangeren ermöglicht, das sensible Thema anzusprechen (vgl. ebd., Z. 17).

Zu Frage der Wahrnehmung von Traumatisierung lässt sich sagen, dass die Hebammen einige Reaktionen, die auf ein früheres Trauma hinweisen können, kennen. Es werden Verhaltensweisen benannt, körperliche Hinweiszeichen scheinen nicht bekannt zu sein.

5.7.3 Umgang mit traumatisierten Frauen

Alle drei Hebammen haben die Vorstellung, dass es für betroffene Frauen hilfreich sein kann, wenn sie ein bestimmtes Verhalten zeigen. Dazu gehört, dass sie Interventionen überdenken und gegebenenfalls zurückstellen, das gilt für Untersuchungen und Berührungen (vgl. I 1, Z. 19, vgl. I 2, Z. 36, vgl. I 3, Z. 21, 23). H1 und H2 betonen, dass sie es in jedem Fall wichtig finden, Frauen um Einverständnis zu bitten, bevor sie sie berühren oder eine Handlung an ihnen durchführen (vgl. I 1, Z.19, vgl. I 2, Z. 36). H1 geht davon aus, dass sie sicher sein kann, ob eine Frau belastet ist oder nicht und stellt ihr

Handeln darauf ein: „... aber ich glaub, dass, ich muss einfach bei jeder Frau davon ausgehen, dass das so ist und alle Frauen so behandeln, als wenn es irgendwas gäb. Und ich glaub, dass das auch so ist. Also, ich HOFFE, dass das so ist“ (I 1, Z. 17). Die Hebamme, die im Krankenhaus angestellt arbeitet, findet es hilfreich, das Personal entsprechend auszuwählen, indem zum Beispiel ein männlicher Arzt nicht bei der Geburt anwesend ist (vgl. I 3, Z. 33). Sie zieht auch in Betracht, dass eine entsprechende Geburtsplanung die Frauen unterstützen würde. Hier nennt sie sowohl die operative Geburtsbeendigung als auch deren Vermeidung, stellt aber auch klar, dass es sich dabei um eine Vermutung handelt (vgl. ebd.). Die Hausgeburtshebamme betont, dass sie es außerordentlich wichtig findet, dass den Frauen Intimität zugestanden wird. Sie ermöglicht das, indem sie auf geschlossene Räume achtet, so dass keine ungebetenen Störungen eintreten können. Dies erlebt sie als einen klaren Vorteil der außerklinischen Geburtshilfe (vgl. I 1, Z. 17). Die von ihr benannte Intimität entspricht dem Konzept der Klarheit, das Kruse vorgestellt hat (vgl. Kruse 2013, S. 30-32). Die Betreuung von traumatisierten Frauen stellt besondere Herausforderungen an die Hebamme. Insbesondere die Schlussphase der Geburt, die sogenannte Austreibungsphase, wird genannt (vgl. I 2, Z. 36, vgl. I 3, Z. 27). H1 stellt fest, dass ein nicht unerheblicher Teil der belasteten Frauen im Verlauf der Geburt ins Krankenhaus verlegt werden muss. Die Austreibungsphase wird von ihr wie auch von den beiden anderen Kolleginnen als schwierig benannt „...Austreibung ist oft einfach eine Zeit, wo es, wo es auch kippt, wo alles gut ging und irgendwie es gut gelaufen ist und in der Austreibung dann plötzlich die Situation total umkippt“ (I 1, Z. 26). Daneben fällt ihr auf, dass häufiger eine Wehenschwäche auftritt, sie führt das darauf zurück, dass die Frauen „dann irgendwann einfach zumachen“ (ebd.). H2 erwähnt, dass Frauen nach traumatisch erlebten Geburten in der Klinik die Möglichkeit haben, mit allen Beteiligten noch einmal zu sprechen, dies wird als Verarbeitungshilfe gesehen (vgl. I 3, Z. 55). Eine Fachkraft berichtet, dass die Geburt ihres Kindes durch eine Kaiserschnitt von ihr selbst traumatisch empfunden wurde, dies habe ihre Arbeit verändert. Sie gehe jetzt im Operationssaal anders auf die zu operierenden Frauen zu (vgl. I 3, Z. 67-71). Die drei Hebammen vermuten richtig, dass ein Abwägen von Interventionen unterstützend für die Gebärende sein wird. Sie können keine aktiven, handlungsorientierten Methoden oder Übungen benennen, mit denen sie die Frauen in einem akuten Stresserleben führen können.

5.7.4 Anamnese

Die Hausgeburtshebamme fragt nach Gewalterfahrungen, die anderen beiden Fachkräfte nicht. Es werden unterschiedliche Gründe angegeben. H2 geht davon aus, dass

die Frauen ihr dies mitteilen würden, wenn es einen Anlass dafür geben würde. Ein Grundsatz ihrer Arbeit ist, dass sie mit den Schwangeren so umgeht, wie sie es sich *für sich* wünschen würde (vgl. I 2, Z. 24). In der Klinik, in der H3 arbeitet, wird in der Anamnese ebenfalls nicht nach Gewalterleben gefragt. Sie nimmt als Grund dafür Unkenntnis der Verantwortlichen über die Relevanz des Themas an: „Ich glaub, weil sich die Leute, die damals die Aufnahmebögen gemacht haben, noch keine Gedanken darum gemacht haben. Das ist bestimmt nicht irgendwie böse Absicht oder so, sondern ich denke, das ist Unwissenheit. Dass es halt so häufig vorkommt, dass es interessant wird, das aufzunehmen in die Anamnese und dass es halt auch was ändern würde an der Betreuung, unter Umständen“ (I 3, Z. 37). Sie persönlich vermutet, dass die Frage hilfreich sein könnte, weil die Betreuung dann sensibler ausfallen könnte (vgl. ebd., Z. 33). Dieses Vorgehen von H2 und H3 widerspricht den Aussagen, dass die anamnestische Erhebung sinnvoll ist (vgl. Hellbernd et al. 2003, S. 43).

5.7.5 Die Traumatisierung der Hebamme

Geburten können nicht nur für die Gebärenden traumatisierend sein, sondern auch für die betreuenden Hebammen. Dies wird in den Interviews deutlich. H2 und H3 erwähnen diese mögliche Traumaursache ganz am Anfang des Interviews, wie bereits erwähnt. Beide berichten von mehreren traumatisch erlebten Situationen (vgl. I 2, Z. 12, 57, vgl. I 3, Z. 41). Auf der einen Seite wird von sehr schwierigen Geburten berichtet, auf der anderen Seite von strukturell bedingten schwierigen Momenten. Als Beispiel dafür wird hier die parallele Hilfeleistung bei Todgeburten und gesunden Neugeborenen angeführt. Die Hebamme ist dabei einer enormen emotionalen Belastung ausgesetzt, dem zeitgleichen Erleben von Trauer und Freude (vgl. I 3, Z. 41). Es stellt sich die Frage, ob dies den Kriterien einer Traumatisierung oder einem stresshaftem Erleben entspricht, dies konnte in der Interviewsituation nicht geklärt werden. Die Hebamme, die Beleggeburten betreut, schildert sehr eindrücklich eine Geburt, die sie auch zwölf Jahre später noch zum Weinen bringt. Sie leistete Hilfe bei einer Geburt mit Schulterdystokie²⁰, einer sehr gefürchteten Komplikation. Diese geburtshilfliche Notfallsituation kann alle Merkmale eines traumatischen Erlebens aufweisen. Ist der Kopf geboren, müssen die kindlichen Schultern in kurzem Zeitabstand auf demselben Weg folgen, eine andere Alternative, zum Beispiel einen Kaiserschnitt, gibt es dann nicht

²⁰ „Schulterdystokie nennt man eine Geburtsstillstand nach der Geburt des Kopfes in folge ungenügender Schulterdrehungen“ (Harder 2007, S. 361, Fehler i. Orig. enth.).

mehr. Es handelt sich für das Kind um eine lebensbedrohliche Situation, es kann zu einer massiven Schädigung durch Sauerstoffmangel oder zu anderen körperlichen Verletzungen führen. Auch die Mutter kann starke Folgeschäden davon tragen (vgl. ebd., S. 362). H2 beschreibt, dass das Momente gewesen seien, in denen sie am liebsten laut geschrien oder die Handschuhe ausgezogen hätte und weggelaufen wäre, eine deutliche Flucht tendenz: flight. Dies ist aber nicht möglich, sie muss bei der Gebärenden bleiben: freeze. Weiter beschreibt sie eine deutliche Hilflosigkeit, sie fühlt sich allein gelassen, spürt keine Unterstützung (vgl. I 2, Z. 55, 57). Bei späteren Geburten zeigt sie deutliche Zeichen einer Re-Traumatisierung, sie spürt, wie ihr Stresslevel wieder ansteigt. Sie versucht dann, sich selbst zu beruhigen (vgl. ebd., Z. 59). H3 schildert ihre Gefühle bei nachfolgenden, der ursprünglichen Situation ähnelnden Geburten als ein Funktionieren ohne Nachdenken: „...in solchen Situationen, da schaltet man eigentlich dieses, dieses, die Erinnerung an so etwas aus, da macht nur noch so seine, seine Routinen, man funktioniert. Man hat ja so seine Abläufe, die man so macht und die sind so verinnerlicht, dass man in dem Moment nicht darüber nachdenkt“ (I 3, Z. 51). Sie reagiert erst verspätet, nachdem sich die Gefahrensituation aufgelöst hat (vgl. ebd.). Beide Hebammen berichten übereinstimmend, dass sie das Erleben nicht verarbeitet haben, dass aber Gespräche und der letztendliche gute Ausgang das Weiterarbeiten ermöglicht hätten (vgl. I 2, Z. 71, vgl. I 3, Z. 51). Vermisst haben sie professionelle Unterstützung bei der Verarbeitung: „...verdammst noch mal, jeder Straßenbahnfahrer kriegt psychologische Betreuung, und ich steh hier mutterseelenalleine halt“ (I 2, Z. 57). Die andere Hebamme betont, dass sich an dieser mangelnden Betreuung bis heute nichts geändert hat (vgl. I 3, Z. 55).

Hebammen haben einen hoch verantwortungsvollen Beruf, sie müssen die Gesundheit von Mutter und Kind schützen. Dies kann zu traumatisch erlebten Ereignissen führen. Es scheint in den Kliniken noch nicht Standard zu sein, ihnen für diese Belastung eine angemessene Unterstützung in Form von Ansprechpartnern oder Supervision zur Verfügung zu stellen.

5.7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es konnte beispielhaft an der Auswertung von drei Interviews gezeigt werden, dass ein Fortbildungsbedarf besteht. Zwar in unterschiedlichem Maße, aber bei allen drei Gesprächspartnerinnen feststellbar, fehlt Wissen zum Umgang mit belasteten Frauen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten. Zwei Hebammen schätzen die Anzahl der betroffenen Frauen und damit die Relevanz des Themas deutlich zu gering ein. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der betroffenen Frauen nicht

erkannt wird. Damit besteht für sie eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Re-Traumatisierung. H3 drückt das deutlich aus, in dem sie sagt, wenn sie davon wisse, dann würde sie ihre Betreuung ändern. Die Hebammen verkennen alle die Auswirkungen von Traumata auf das Bindungsverhalten der Mutter, dies wird deutlich daran, dass keine eine Wochenbettsituation benennt. Dafür wird klar, wie hoch die Belastung für die Hebammen selbst ist. Die eindrücklichen Schilderungen und die hohe Erregbarkeit beim Bericht über die Ereignisse zeigen dies.

Für die geplante Fortbildung bedeutet dies:

- Zunächst muss bei den Hebammen die Relevanz des Themas verdeutlicht werden. Wenn sie nicht die Relevanz sehen, werden sie auch keinen Fortbildungsbedarf erkennen.
- In der Fortbildung müssen die theoretischen Grundlagen vermittelt werden. Die Hebammen benötigen Wissen zur Häufigkeit, Formen und Folgen von Gewalt.
- Sie müssen Wissen zu Trauma, Psychotraumatologie und speziellen Aspekten der Psychotraumatologie vermittelt bekommen.
- Sie müssen Wissen zu Bindungsformen und Bindungstraumata vermittelt bekommen.
- Praktisch anwendbare Übungen müssen eingeübt werden, um das Risiko von Re-Traumatisierungen zu verringern.
- Die Hebammen müssen ihre eigene Rolle klären. Sie müssen sich und ihren Anteil in Bezug auf das Thema Trauma reflektieren.
- Ihre Aufmerksamkeit sich selbst gegenüber muss geschult werden, so dass sie selbst gesund bleiben und
- sie müssen gestärkt werden, um für sich selbst entsprechende, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu bekommen.

Diese Elemente sollten sich unbedingt in der Themenauswahl und Fortbildungsgestaltung wieder finden.

6 Traumasensible Haltung

Aus den bisherigen Schilderungen wird deutlich, dass eine geschulte Betreuungsarbeit für eine große Gruppe von Menschen wichtig ist: Für die Frauen, die durch traumatische Ereignisse belastet sind, für deren Kinder, um sie vor transgenerationaler Effekten zu schützen und für das betreuende Fachpersonal, das für den Schutz der eigenen Person und der ihnen anvertrauten Klientel zuständig ist. Der Weg zu allen drei Grup-

pen führt über das Fachpersonal, die Hebammen, die mit der geplanten Fortbildungsreihe erreicht werden sollen. Hebammen und Familienhebammen müssen für das Thema Trauma mit Traumareaktionen und deren Auswirkungen auf Schwangere, Gebärende und Mütter zunächst sensibilisiert und in der Folge für die Begegnung mit den betroffenen Menschen entsprechend geschult werden. Die Initiatorinnen der Fortbildungsreihe möchten bei den Teilnehmerinnen eine Haltungsänderung den betreuten Frauen gegenüber erreichen, die unter dem Begriff „Traumasensible Haltung“ zusammengefasst werden kann. Unter ‚Haltung‘ wird die Einstellung verstanden, die das eigene Denken und das Verhalten prägt, mit dem wir Menschen gegenüber treten (vgl. Bibliographisches Institut 2013c). Die Annahmen, die Menschen über Menschen haben prägen die Art, wie miteinander umgegangen wird. Besonders bekannt ist in diesem Zusammenhang das Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung²¹. Hier werden die Grundhaltungen ‚Empathie‘, ‚unbedingte Wertschätzung‘ und ‚Echtheit‘ von den beratenden Personen gefordert (vgl. Weinberger 2004, S. 37-66). Erst die Verinnerlichung dieser Haltung kann zu Erfolgen in der Beratungsarbeit und zu Änderungen auf Seiten der Klienten führen. Überträgt man den Begriff Haltung auf das Thema der vorliegenden Arbeit, so soll den Hebammen ermöglicht werden, eine Haltung anzunehmen, die zum einen allgemein für das Thema Trauma sensibilisiert und zum anderen die professionelle Fachkraft sensibel mit den ihr anvertrauten Frauen umgehen lässt. Nachfolgend wird erläutert, was im Kontext der vorgestellten Fortbildungsreihe genau unter ‚Traumasensible Haltung‘ verstanden wird.

Traumasensibilität ist kein geschützter Begriff. Wie bereits erwähnt wurde im Jahr 2013 vom DHV eine Broschüre mit dem Titel „Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen“ (DHV 2012) veröffentlicht. Dieser Ansatz zeigt viele Übereinstimmungen mit dem hier vorgestellten Konzept. Er hat „in erster Linie die Vermeidung weiterer Traumatisierung und Retraumatisierung [...] zum Ziel“ (DHV 2012, S. 20). Dennoch treten bei näherer Betrachtung Unterschiede zu Tage. Ein Punkt ist zum Beispiel, dass beim hier vorgestellten Konzept die Gesundheit und Sicherheit der Hebammen selbst einen deutlich höheren Stellenwert annimmt als das in der DHV Broschüre deutlich wird. Wenn im Folgenden also von ‚Traumasensibler Haltung‘ gesprochen wird, so ist damit immer das Konzept gemeint, welches die Grundlage für das Fortbildungskonzept ist. Es basiert auf mehreren Fundamenten. Wesentlicher Bestandteil sind die Er-

²¹ Das Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung geht zurück auf Carl Rogers, amerikanischer Psychologe, der von 1902-1988 lebte.

kenntnisse der Psychotraumatologie. Die Zusammenarbeit von medica mondiale e. V. mit von sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen in unterschiedlichen Kriegs- und Krisengebieten ist ein weiterer Baustein. Die Übertragung und Anpassung dieser Informationen und Erfahrungen auf Gesundheitsberufe und speziell auf die Arbeit von Hebammen wurde durch Maria Zemp wesentlich vorangetrieben. Frau Zemp arbeitet unter anderem als Fachreferentin für Trauma-Arbeit und Frauengesundheit und hat in Zusammenarbeit mit medica mondiale e. V. den Traumasensiblen Ansatzes für Gesundheitsfachkräfte in Afghanistan und Liberia entwickelt und umgesetzt. Medica mondiale e. V. unterstützt schwerpunktmäßig Frauen, die durch sexualisierte Kriegsgewalt traumatisiert wurden. Gegründet wurde der Verein als Reaktion auf die Massenvergewaltigungen während der Bosnienkrieges im Jahr 1993. Mittlerweile hat sich die Arbeit auf weitere Gebiete ausgedehnt, medica mondiale e. V. unterstützt Projekte in Afghanistan, Liberia, Ruanda, Kongo, Albanien und Burundi (vgl. medica mondiale e. V. 2014). Auf Grund von Flucht, Vertreibung und Asylsuche sind diese Frauen nicht nur in ihren Heimatländern, sondern ebenso hier in Deutschland anzutreffen. Die Erkenntnisse und Erfahrungen, die in den Krisenregionen gemacht wurden, können zudem auf die unterschiedlichen Formen von Traumatisierung, die in Deutschland häufiger sind, übertragen werden. Gewalt ist kein individuelles Ereignis, sondern hat eine politische und gesellschaftliche Dimension. Hierzu wurde in Kapitel 2 ausführlich Stellung genommen. Die Anerkennung dessen ist Voraussetzung für die gezielte Arbeit und Unterstützung (vgl. Joachim 2006a, S. 179).

6.1 Grundprinzipien der Arbeit

Medica mondiale e. V. benennt für die Überlebenden von sexualisierter Kriegsgewalt sechs Grundprinzipien, die ohne Einschränkung auch auf andere Formen von Traumatisierung übertragen werden können (vgl. ebd., S. 181-183).

1. „Ganzheitliche Sichtweise vs. Dissoziation und Isolation“ (ebd. 2006, S. 181). Darunter wird in diesem Zusammenhang verstanden, dass die Lebensgeschichte und -umwelt der Frau mit einbezogen werden muss, also auch kulturelle und soziale Belange. Eine ressourcenorientierte Haltung und die Annahme, dass alle Menschen in sich Selbstheilungskräfte tragen, gehört dazu.
2. „Empowerment vs. Erfahrung von extremer Hilflosigkeit“ (ebd.). Überlebende von Gewalt haben allein durch ihr Überleben schon gezeigt, dass sie Kräfte besitzen, die es ihnen ermöglichen, selbst Verantwortung für ihr Leben zu über-

nehmen. Diese Grundhaltung muss durch alle Interventionen von Helfenden gefördert werden.

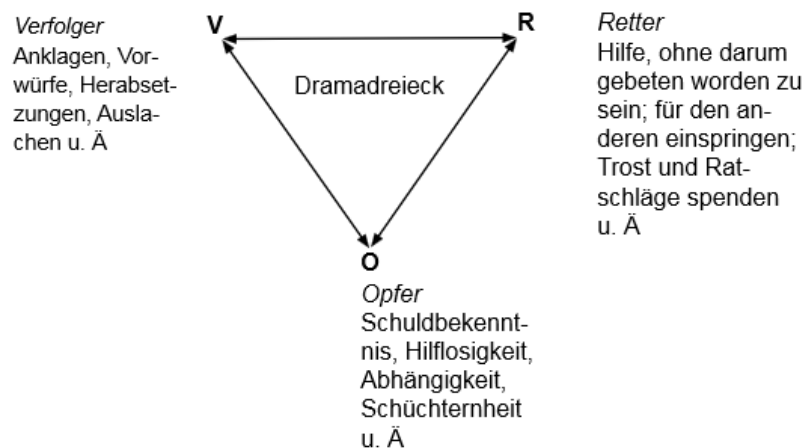
3. „Vertrauen vs. Erschütterung des Vertrauen in sich selbst und andere“ (ebd.). Dem durch die Gewalt entstandene Verlust von Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen kann entgegen gearbeitet werden, indem die Klientin in der Arbeitsbeziehung Vertrauen erfährt. Dies kann durch verbale und non-verbale Äußerungen geschehen oder über die Ausgestaltung der Beziehung. Eine Parteilichkeit für Frauen kann beispielsweise signalisieren, dass man weiß, wovon gesprochen wird.
4. „Sicherheit vs. Erfahrung von Bedrohung und grundlegender Verunsicherung“ (ebd., S. 182). Der Verlust der Sicherheit ist ein grundlegendes Element einer Traumatisierung. Unterstützung muss dies im Blick haben. Sichere Lebensumstände, auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene, sind Fundament der Arbeit. Dies beinhaltet, dass Professionelle die Frauen bei der Wahrnehmung der eigenen Grenzen unterstützen.
5. „Wiedererlangen von Kontrolle vs. Ohnmacht und Kontrollverlust“ (ebd.). Hier liegt der Fokus auf der Selbstwirksamkeit der Frauen. Sie sollen durch die Unterstützung erfahren, dass sie die Kontrolle über ihr Leben haben. Die Entscheidungsfähigkeit der Klienten muss innerhalb der Arbeit unbedingt geachtet werden.
6. „Reduzierung von Angst und Stress“ (ebd.). Durch Stress und Angst steigt die Gefahr der Re-Traumatisierung, dies sollte vermieden werden. Die Gestaltung der Arbeitsumgebung muss dem Rechnung tragen.

6.2 Risiken

Die hier vorgestellten Prinzipien bergen für die Fachkräfte durchaus Risiken, da von ihnen eine hohe Empathie ihren Klientinnen gegenüber erwartet wird. Diese wiederum macht „empfindlich für den destruktiven Sog des Traumas mit allen damit verbundenen Gefühlen und Abwehrmechanismen“ (ebd.). Die Arbeitsbedingungen, die real vorhanden sind, entsprechend unter Umständen nicht den eigenen Erwartungen und erschweren so die Arbeit. Auch die Konfrontation mit dem Leid und der Not der Frauen können zu Störungen der eigenen Gesundheit führen. Nicht zuletzt können ganze Teams die Auswirkungen negativ zu spüren bekommen (vgl. Joachim 2006b, S. 184). Das hohe Engagement der Mitarbeiterinnen und die eigenen hohen Erwartungen können unter Umständen der Auslöser für ein Burn-out-Syndrom werden. Betroffene ver-

suchen über eine lange Zeit verzweifelt und immer angestrongter, die gesetzten Ziele zu erreichen. Sie überfordern sich bei diesem Versuch, bis die eigenen Reserven aufgebraucht sind und ein Erschöpfungszustand eintritt. Mögliche Symptome können Müdigkeit, Depression, Rückzug und verschiedene psychosomatische Reaktionen wie Essstörungen, Muskelverspannungen, Magen-Darm-Probleme, erhöhter Kaffee- oder Alkoholenuss sein (vgl. ebd., S. 185-187). In der Beziehung zwischen Klientin und HelferIn oder innerhalb des Teams kann eine Störung auftreten die mit Hilfe des in Abbildung 8 dargestellten Drama-Dreiecks erklärt werden kann. Dieses Modell stammt aus der Transaktionsanalyse. Es geht davon aus, dass prinzipiell in jeder Beziehung zwischen mindestens zwei Menschen die Gefahr besteht, dass man eine der drei Rollen: Opfer, Verfolger oder Retter einnimmt. Je kritischer eine Situation ist, desto höher ist die Gefahr, in die Dynamik des Dreiecks einzutreten. Die Rollen sind nicht festgelegt, sie können im Laufe einer Beratung wechseln (vgl. Schlegel 2002, S. 44).

Abbildung 8: Dramadreieck



(Schlegel 2002, S. 44)

Übertragen auf ein praktisches Beispiel kann das wie folgt beobachtet werden: Die Hebamme betreut eine Mutter, die von ihrem Partner Gewalt erfährt und bemüht sich sehr, der Frau zu helfen. In diesem Fall ist die Hebamme die Retterin, die Mutter das Opfer. Die Mutter lässt sich aber nicht helfen, sie steht zu ihrem Mann, die Hebamme ist frustriert und sieht ihre Bemühungen nicht gewürdigt. Nun fühlt sie sich als Opfer, die Mutter, die ihr vorwirft, ihrem Mann etwas zu unterstellen, wird zur Verfolgerin. So wird der Partner das Opfer, dem scheinbar zu Unrecht etwas vorgeworfen wird. Ein sehr vereinfachtes Beispiel, wie es aber in der praktischen Arbeit nicht selten beobachtet werden kann. Dieses Modell kann auch auf Arbeitsteams übertragen werden, wenn eine Kollegin zum Beispiel ihre Arbeit für eine Frau oder für das Team nicht gewürdigt sieht. Man kann sich vorstellen, dass diese Rollenwechsel zu sehr viel „Verwirrung“

(Switala 2007, S. 373) führen und ganze Teams spalten. Ein weiteres Risiko für Menschen, die mit den Folgen von Trauma beruflich konfrontiert sind, ist die Entwicklung einer stellvertretenden Traumatisierung. Deren Mechanismen und Effekte wurde schon ausführlich dargestellt wurden.

6.3 Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit

Maria Zemp hat von diesen Grundprinzipien unter Beachtung der genannten Risiken fünf Standards für eine Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit abgeleitet und für die Gesundheitsfachkräfte, mit denen sie für *medica mondiale e. V.* in Afghanistan zusammengearbeitet hat, entwickelt. Vorgestellt wurden diese von ihr im Rahmen des XIII. Nationalen Hebammenkongresses im Mai 2013. Im Folgenden werden die fünf Standards kurz vorgestellt und erläutert. Der erste Punkt berücksichtigt die Situation der Hebammen: „Sicherheit für die GeburtshelferInnen“ (Zemp 2013, S. 9). Für die eigene Gesundheit, aber auch um die anvertrauten Frauen fachlich kompetent betreuen zu können, ist es unerlässlich, dass die Hebammen ihre Arbeit und ihre Befindlichkeit (selbst) reflektieren und Supervision in Anspruch nehmen. Neben Empathie den Frauen gegenüber ist eine vernünftige Abgrenzung notwendig. Auf diesem Weg kann eine stellvertretende Traumatisierung vermieden werden. Mit hochbelasteten Menschen zusammenzuarbeiten erfordert neben persönlichem Engagement und Fachkompetenz ein gutes Arbeitsklima. Es wurde bereits dargestellt, dass Traumata ganze Teams belasten oder spalten und so an den Rand der Arbeitsfähigkeit bringen kann. Die Verantwortlichen und die Teammitglieder sind aufgefordert, Arbeitsbedingungen und eine entsprechende Teamkultur zu schaffen, die die Hebammen schützen, fördern und Entwicklung ermöglichen (vgl. ebd.). „Reduktion des traumatischen Stresses für die Überlebenden von sexualisierter Gewalt durch Vermittlung von Sicherheit [...], Kontrolle [...] (und) Vertraulichkeit“ (ebd.; Erg. durch Martina Kruse). Dieser zweite Standard nimmt die Schwangeren, Gebärenden und Mütter in den Fokus. Hintergrund ist der Gedanke, dass durch eine hohe Stressbelastung das Risiko einer Re-Traumatisierung erhöht wird. Sicherheit meint, dass die Frauen über die Abläufe informiert werden und ihnen notwendige Maßnahmen erklärt werden. Die betroffenen Frauen haben in der Regel selbst Ideen, was ihnen gut tut und hilft: Dieses sollte auf jeden Fall erfragt werden (vgl. ebd.). Dies wird bestätigt durch die Ergebnisse einer qualitativen Studie, in der Mütter bestätigten, dass es ihnen gut tut, gefragt zu werden, was sie sich wünschen. Allerdings wird dafür Zeit benötigt, selten kann beim ersten Kontakt schon Auskunft darüber gegeben werden (vgl. Kruse 2013, S. 32). Kontrolle ist ebenfalls ein

wichtiger Aspekt. Die Frauen kennen sich selbst und ihre Reaktionen am besten, sie sind „Expertinnen ihres Körpers“ (Zemp 2013, S. 9). Ihre Signale, insbesondere ihr ‚Nein‘ oder ‚Stopp‘ muss unbedingt geachtet werden. Es kommt vor, dass solche Zeichen von Hebammen und Geburtshelfern falsch verstanden werden, in Geburtsberichten kann sich dann beispielsweise die Umschreibung ‚unkooperative Gebärende‘²² finden. Interventionen in der Schwangerschaft oder unter der Geburt können für Gebärende mit hohem Stress verbunden sein und bergen immer das Risiko einer Retraumatisierung. Mit diesem Wissen muss jeder Eingriff auf seine Notwendigkeit hin überprüft werden. Auch dieser Aspekt der Kontrolle konnte in den Interviews der genannten Studie bestätigt werden: Jede der interviewten Frauen berichtete, dass sie wissen wollten, wie die aktuelle Situation war, welche Handlungsmöglichkeiten sie hatten, um dann selbst eine Entscheidung treffen zu dürfen (vgl. Kruse 2013, S. 30). Mit dem Aufenthalt in einem Krankenhaus ist häufig eine Entmündigung verbunden (vgl. Friedrich 2007, S. 46). Damit dies vermieden wird, sollen traumatisierte Frauen darin unterstützt werden, die Kontrolle über sich und ihren Körper wieder zu erlangen. Vertraulichkeit ist die Voraussetzung, damit Vertrauen wachsen kann. Im Zusammenhang von Geburt bedeutet das vor allem, Persönlichkeitsrechte zu wahren: Die Untersuchungsergebnisse werden nicht ungefragt an Angehörige weitergegeben und für den Fall, dass ein Dolmetscher benötigt wird, sollte dieser nicht aus dem Kreis der Angehörigen stammen. Es ist darauf zu achten, dass jemand für diese Dienste herangezogen wird, der der Schweigepflicht unterliegt. Eine zufällig im Krankenhaus arbeitende Person ist hierfür nicht geeignet (vgl. Zemp 2013, S. 9). Der vierte Standard lautet „Vermeidung der Reaktivierung von traumatischen Symptomen und [/] oder einer Retraumatisierung“ (ebd., S. 10; Ergänz. von Martina Kruse). Damit das gelingen kann, müssen Hebammen über spezielles Wissen verfügen. Um die typischen Stresssymptome bei den Frauen wahrnehmen zu können, müssen sie traumatische Reaktionen und Traumafolgen kennen. Erkennen alleine reicht allerdings nicht aus, sie müssen in Stabilisierungs- und Stopptechniken geschult werden. Mit diesem Wissen und den entsprechenden Fähigkeiten wird es ihnen besser gelingen, die Frauen gut durch eine sehr belastende Zeit zu begleiten (vgl. ebd.). „Empowerment“ (ebd.) bedeutet übersetzt Befähigung, Ermächtigung. Traumatisierte Frauen sollen befähigt werden, sich als handelnde und selbstwirksame und nicht als ‚kranke‘ Personen zu erleben. Dafür ist

²² Diese Aussage beruht auf der beruflichen Erfahrung der Verfasserin der vorliegenden Arbeit und ist nicht wissenschaftlich belegt.

unter anderem eine Psychoedukation hilfreich. Wenn Frauen verstehen, dass die gezeigten Reaktionen nicht pathologische, sondern normale und kompetente Reaktionen des Körpers und der Seele sind, die ein Weiterleben ermöglichen, werden sie sich als selbstwirksam und nicht als defizitär erleben. Hilfreich wird sein, wenn traumatisierte Frauen Übungen gezeigt bekommen, mit denen sie körperliche Symptome wie Atmung, Temperaturempfinden und Muskelspannung selbst beeinflussen können. Wie bereits erläutert, ist Hilflosigkeit ein Gefühl, welches mit traumatischem Geschehen verbunden ist. Frauen Wege aufzuzeigen, auf welchen sie ihre eigene soziale Situation beeinflussen können, gibt ihnen ebenfalls die ‚Macht‘ über ihr Leben zurück – sie werden ‚ermächtigt‘, empowert (vgl. ebd.). Der letzte Standard ist sicherlich derjenige, der für einige Hebammen unter Umständen sehr schwierig sein kann. Er erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenem Verhalten. Jede Hebamme muss sich selbst fragen, an welchen Stellen sie selbst vielleicht zur Täterin wird oder wurde: „Keine Ausübung von Gewalt durch die GeburtshelferInnen“ (ebd.). Dies kann auf vielfältige Weise geschehen: Anschreien, Festhalten oder gar Schläge sind direkte Gewaltausübung. Das Berufsbild der Hebamme erfordert oft die Übernahme einer klaren Führung. Dies wird von den Frauen nicht unbedingt kritisch gesehen, sondern zum Teil sogar gewünscht (vgl. Kruse 2013, S. 30f). Eine Kommunikation, die autoritär über die Belange und Wünsche der Frauen hinweg geht, ist allerdings nicht annehmbar. Sicher kommt es vor, dass den betroffenen Frauen nicht geglaubt wird, wenn sie von ihren Erlebnissen berichten oder ihre Erfahrungen bagatellisiert werden. Auch dies ist Gewaltausübung durch die Helferinnen, den Frauen wird so ihre eigene Wahrnehmung abgesprochen (vgl. ebd.). Maria Zemp erläutert noch einen weiteren Punkt. Hebammen und anderes Fachpersonal im Gesundheitswesen haben den Auftrag, die Gesundheit von Menschen zu fördern. Die Einhaltung der vorgestellten Standards hat genau dieses im Sinn. Demzufolge widerspricht ein Verhalten, das mit diesen Grundsetzen nicht übereinstimmt, dem eigentliche Auftrag: „Überlebende von sexualisierter Gewalt bevormunden und ihren Opferstatus festschreiben, statt die vorhandene Kompetenz zu stärken und zu achten, widerspricht dem Heilungsauftrag von medizinischen Fachkräften“ (ebd.). Betrachtet man diese fünf Standards einer Traumasensiblen Haltung in der Hebammenarbeit, so könnte man vermuten, dass es kein Problem sein sollte, entsprechend zu handeln. Es stellt sich die Frage, ob eine Fortbildungsreihe wie die hier vorgestellte überhaupt notwendig ist. Diese kann eindeutig mit ‚Ja‘ beantwortet werden, wie Interviews von traumatisierten Frauen zu ihren Erfahrungen mit der Arbeit von Hebammen zeigen (vgl. Kruse 2013, S. 28f).

7 Weiterbildung und Fortbildung

Die Schaffung geeigneter Fortbildungsmöglichkeiten für Hebammen ist aus mehreren Gründen wichtig. Der Beruf der Hebamme hat in den letzten Jahren eine Wandlung durchlaufen, die Anforderungen haben sich stetig verändert und erweitert. So waren Familienhebammen bis zum Beginn der 80er Jahre unbekannt, zu diesem Zeitpunkt wurden in Bremen und NRW Modellprojekte eingeführt (Barre et al. 2008, S. 11). Geänderte Problemlagen der Familien machten es notwendig, die Hebammen darauf vorzubereiten. Fortbildungsmöglichkeiten für Familienhebammen wurden in vielen Bundesländern entwickelt und der anfängliche Modellcharakter besteht längst nicht mehr. Mittlerweile ist die Implementierung von Familienhebammen bundesweit gewünscht und im Bundeskinderschutzgesetz verankert (BKisSchG § 3, Abs. 4). Dies ist nur ein Beispiel, um die Weiterentwicklung des Berufsbildes und damit deren wachsende Anforderungen zu verdeutlichen. Desweiteren haben sich die Liegezeiten der Mütter im Krankenhaus nach der Geburt deutlich verkürzt, dies erforderte, dass die Hebammen ihr Wissen über die Betreuung im häuslichen Wochenbett erweitern mussten: Die frühe Entlassung aus dem Krankenhaus ist nur möglich, wenn die Mütter zu Hause in der Pflege und Ernährung angeleitet werden (vgl. Barre et al., S. 11). Auch dafür ist Fortbildung notwendig. Neben diesen beiden Beispielen haben innerhalb der Medizin zahlreiche Weiterentwicklungen stattgefunden. Hebammen und andere Gesundheitsberufe müssen immer auf dem jeweiligen Stand der Wissenschaft bleiben, auch das erfordert eine stetige Weiterqualifizierung, letztendlich, solange die Fachfrau in ihrem Beruf arbeiten will. Dem tragen die gesetzlichen Regelungen Rechnung, die im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

7.1 Gesetzliche Regelungen der Fortbildungspflicht

Das Hebammengesetz regelt lediglich die Ausbildung und den Zugang zur Ausbildung. Die Pflichtteilnahme an Fortbildungsveranstaltungen nach erteilter Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Hebamme ist nicht auf Bundesebene verankert. Auf europäischer Ebene wird im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung der Qualifikationen gefordert, „dass Personen, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, mit der beruflichen Entwicklung so weit Schritt halten, wie dies für eine sichere und effiziente berufliche Leistung erforderlich ist“ (EU-Richtlinie 2005/36/EG unter Artikel 22, Abs. b). Die Regelungen zur Fortbildung finden sich in der Berufsordnungen der Länder und im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe. In diesem Vertrag ist auch festgeschrieben, dass Hebammen sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fortbil-

dungen entsprechend der Berufsordnungen der Länder zu beteiligen haben (vgl. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe 2007, § 7, Abs. 1). Die einzelnen Vorschriften der Länder werden nachfolgend vorgestellt.

7.2 Länderregelungen der Fortbildungspflicht

Die Regelungen zur Fortbildungspflicht unterscheiden sich je nach Bundesland zum Teil erheblich. In Tabelle 1 werden die relevanten Gesetze und die Unterschiede in den Ländern zusammenfassend dargestellt. Auf die Nennung der Quellen wird deshalb an dieser Stelle verzichtet. Die ältesten Berufsverordnungen stammen noch aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts. In allen Verordnungen ist die Fortbildungspflicht festgeschrieben. Welche Fortbildungen dafür geeignet sind und wie die Hebammen ihrer Pflicht nachkommen sollen, ist meist offen gelassen. Die Anzahl der erwarteten Fortbildungsstunden variiert ebenfalls. Zehn Berufsordnungen legen keine Stundenzahl fest, Bayern erwartet 40 Stunden in drei Jahren, Berlin 45 Stunden in drei Jahren, Bremen, Hessen und NRW 60 Stunden in drei Jahren und Sachsen-Anhalt lediglich 30 Stunden in drei Jahren. Einzig in NRW wird erwartet, dass die Hebammen ohne Aufforderung alle drei Jahre dem örtlichen Gesundheitsamt als untere Aufsichtsbehörde die verlangten 60 Fortbildungsstunden nachweisen, in Bremen gilt diese Regelung für freiberufliche Hebammen. In allen anderen Bundesländern und Stadtstaaten müssen nur auf Verlangen Fortbildungen belegt werden. Nicht in den Berufsverordnungen festgelegt ist, was im Falle einer Nicht-Erfüllung der Fortbildungspflicht geschieht. Es steht zur Diskussion, ob dann unter Umständen die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung aberkannt werden kann.

Auch die Fortbildungsinhalte sind nicht einheitlich beschrieben, die meisten Berufsverordnungen machen hier keinerlei Vorgaben. Berlin und Hessen erwarten eine Aufteilung in Fach- und Methodenkompetenzen und Fortbildungen zu Notfällen in der Geburtshilfe. Die in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Fortbildungsreihe wird voraussichtlich in NRW stattfinden. Aus diesem Grund und da der Landesverband der Hebammen NRW die klarsten und umfangreichsten Vorgaben zu dem Thema macht, wird an dieser Stelle der Umgang mit der dortigen Fortbildungspflicht näher vorgestellt. Der Landesverband der Hebammen in NRW hat in Übereinstimmung mit dem Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (vgl. Josten 2012, S. 3) folgende Empfehlung herausgegeben: 25 Stunden Fach- und Methodenkompetenz, mindestens 25 Stunden Notfallmanagement und höchstens zehn Stunden zur freien Wahl. Weiter ist festgelegt, dass die Fortbildungsthemen eine berufliche Re-

levanz aufweisen und sich über alle Bereich der Hebammenarbeit zu erstrecken haben.

Tabelle 1: Fortbildungsverpflichtung in den Bundesländern

Bundesland	Quelle	Datum	Stunden (h)	Nachweis
Baden- Württemberg	HebBO § 6	25.11.1992	keine Angabe	
Bayern	BayHebBO § 7	28.05.2013	40 h in 3 Jahre	auf Verlangen
Berlin	HebBO § 6	09.11.2010	45 h in 3 Jahren	auf Verlangen
Brandenburg	HebBOBbg § 7	11.06.2008	keine Angabe	
Bremen	BerufOHebA § 6	13.06.2012	60 h in 3 Jahren	Nachweispflicht für freiberufliche Hebammen
Hamburg	HebBO § 3	14.12.2007	keine Angaben	
Hessen	HebBO § 2, Abs. 5	03.12.2010	60 h in 3 Jahren	auf Verlangen
Mecklenburg-Vorpommern	HebBO § 6	14.12.1992	keine Angabe	
Niedersachsen	NHebG § 2	20.02.2004	keine Angabe	
NRW	HebBO NRW § 7	15.12.2009	60 h in 3 Jahren	Nachweispflicht
Rheinland-Pfalz	HebBo § 8	14.03.1995	keine Angaben	
Saarland	HebBVO § 7	08.03.2005	keine Angaben	
Sachsen	SächsHebG § 8	09.07.1997	keine Angaben	
Sachsen-Anhalt	HebBVO § 2 Abs. 3	26.03.2003	30 h in 3 Jahren	
Schleswig-Holstein	HebBVO § 7	16.10.2009	keine Angaben	
Thüringen	BVO § 6	24.11.1998	keine Angaben	

Eine gleichmäßige Verteilung ist erwünscht. Die Fortbildungen müssen von qualifizierten Referentinnen und Referenten durchgeführt werden und sie sollen evidenzbasiert sein (vgl. Landesverband der Hebammen NRW und Teuerle 2012, S. 13-19).

Seit 2002 besteht in NRW diese Regelung, seitdem hat die einzelne Hebamme unaufgefordert alle drei Jahre jeweils zum 31.05. die Nachweise vorzulegen. Diese Regelungen gelten ausnahmslos für *alle* Hebammen mit einer Berufszulassung, also auch für erkrankte oder in Elternzeit befindliche Kolleginnen. Das Gesundheitsamt als die für die Überprüfung zuständige Behörde kann allerdings Härtefallregelungen aussprechen (vgl. ebd., S. 11). Zur Frage, welche Konsequenzen die Nicht-Erfüllung hat, besteht auch in NRW noch keine eindeutige Klarheit. Die Berufsordnung nimmt dazu nicht Stellung. Der Landesverband bezieht sich in seiner Antwort auf das Hebammengesetz. „Eine Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller [...] sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt“ (HebG § 2, Abs. 1, Satz 2). Eine wiederholte Missachtung der beruflichen Verpflichtung zur Fortbildung könnte als Unzuverlässigkeit ausgelegt werden und zu einem Verlust der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung führen (vgl. ebd., S. 12). Eine weitere ungeklärte Frage ist, ob der Landesverband so dezidiert festlegen kann, welche Fortbildungen als geeignet anzusehen sind. Die Berufsordnung schreibt dies nicht vor, hier ist nur die Anzahl der Stunden festgelegt (vgl. HebBO NRW § 7). Hier wird sicherlich in den nächsten Jahren noch eine Klärung notwendig werden. Der Landesverband der Hebammen NRW nimmt auch dazu Stellung, welche Fortbildungsformen als geeignet anzusehen sind. Hier werden genannt:

- Kongresse und Tagungen,
- Vorträge und Seminare und
- Fortbildungsreihen. Für diese wird die Einschränkung gegeben, dass bei nur einem Schwerpunktthema maximal zehn Stunden pro Jahr anerkannt werden können.
- Qualitätszirkel²³, Fallbesprechungen und Fallberatungen, die von einer geschulten Moderatorin geleitet werden müssen,
- Literaturstudium mit entsprechender schriftlicher Ausarbeitung,

²³ Qualitätszirkel sind kleine Gruppen von Mitarbeitern (hier Hebammen), die sich freiwillig treffen, um Themen und Probleme aus ihrem Arbeitsgebiet zu moderiert besprechen (vgl. Kamiske und Brauer 2011, S. 236).

- E-Learning und Hospitationen (Landesverband der Hebammen NRW und Teuerle 2012, S. 20f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass per Hebammengesetz jede Hebamme zur Weiterqualifikation verpflichtet ist. Stundenanzahl, Vorgaben und Nachweispflichten variieren von Bundesland zu Bundesland zum Teil erheblich. Für die Vorbereitung einer Fortbildungsreihe, wie die im Folgenden vorgestellte, ist es wichtig, die unterschiedlichen Vorschriften zu kennen und zu berücksichtigen. Dann besteht die Möglichkeit, sie als geeignete Maßnahme im Sinne der Berufsverordnungen anerkennen zu lassen.

8 Das Projekt: Entwicklung einer Fortbildungsreihe „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“

Das Projekt, das der vorliegenden Masterthesis zu Grunde liegt, ist die Entwicklung einer Fortbildungsreihe, die sich an Hebammen richtet und den Titel „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“ trägt. Nachdem bisher die notwendigen wissenschaftlichen Überlegungen und Grundlagen dafür gelegt wurden, kann in diesem Abschnitt vorgestellt werden, wie die Idee dazu entstanden ist und auf welche Weise das Projekt entwickelt und geplant wurde. Zwischen dem Landesverband der Hebammen in NRW und Maria Zemp gibt es schon seit einiger Zeit eine Zusammenarbeit. So hat diese im Rahmen der Familienhebammenfortbildung die Unterrichtseinheit ‚Trauma‘ übernommen und im Jahr 2012 im Auftrag des Landesverbandes eine vierteilige Fortbildungsreihe „Qualifizierung zum professionellen Umgang mit Gewalt und Traumatisierung im Setting der Familienhebamme“ (Landesverband der Hebammen NRW 2012) konzipiert und durchgeführt. Aus dieser Kooperation erwuchs die Idee, in NRW eine Fachgruppe zu etablieren, die unter anderem im Auftrag des Landesverbandes für alle Hebammen eine Fortbildung „Traumasensible Haltung“ entwickelt. Maria Zemp, die Hebamme Laila Bardowicks und die Verfasserin der vorliegenden Arbeit trafen sich im Herbst 2012 zu einem ersten Austausch, bei dem auch die erste Landesvorsitzende Renate Egelkraut anwesend war.

8.1 Die Entstehung der Fachgruppe „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“

Der Landesvorstand hatte die Bedeutung des Themas Trauma in der Hebammenarbeit erkannt und sah den Verband in der Verantwortung, die Qualifizierung der Kolleginnen voranzubringen. Frau Egelkraut als Vertreterin des Vorstandes hatte zu diesem Zeitpunkt die Erwartung, dass die Fachgruppe eine eintägige Fortbildung konzipiert, die den Hebammen angeboten werden kann. Diese sollte im Auftrag des Landesverbandes von den Mitgliedern der Fachgruppe durchgeführt werden. Die Fachgruppe konnte in der Folge auf die Unterstützung des Landesverbandes bauen. Während dieses ersten Treffens wurden mehrere Punkte klar. Die drei Frauen haben ein erhebliches Interesse an der Gründung der Fachgruppe, sie erkennen die hohe Bedeutung des Themas für die Hebammenarbeit. Für sie hat die Gründung der Fachgruppe nicht nur den Zweck der Konzipierung von Fortbildungsmaßnahmen, sondern sie sehen die politische Bedeutung des Themas Gewalt gegen Frauen. Ihr Wunsch ist es, die Hebammenschaft und die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren. Im Rahmen eines Brainstormings wurden Ideen gesammelt, wie eine mögliche Fortbildung aussehen könnte. Bereits zu diesem frühen Zeitpunkt wurde deutlich, dass eine einmalige eintägige Veranstaltung nicht ausreichen wird. Die Fachgruppe verabredet weitere Planungstreffen. Auf Grund von beruflichen Verpflichtungen aller drei Beteiligten werden die Abstände größer gewählt, zunächst sind Zusammenkünfte circa alle zwei bis drei Monate geplant.

Wie bereits oben erwähnt, ist es für die Anerkennung als geeignete Fortbildung wichtig, dass die Referentinnen ‚geeignet‘ sind. In der Fachgruppe sind zum jetzigen Zeitpunkt drei Frauen vertreten, die ihren beruflichen Ursprung in Gesundheitsberufen haben: zwei Hebammen und eine Krankenschwester. Dies garantiert ein profundes Wissen über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Mutter-Kind-Beziehung. Dieses Wissen wird durch unterschiedliche berufliche Weiterentwicklungen vervollständigt. Alle drei Frauen haben weitere Qualifikationen erworben: Beratungsfort- und weiterbildungen, Referentinentätigkeit in unterschiedlichen Zusammenhängen, Therapieausbildung und -tätigkeit und Supervision sind hier zu nennen. Darüber hinaus haben sie sich tiefgehend mit dem Thema Trauma beschäftigt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine grundsätzliche Eignung besteht, eine Fortbildungsreihe wie die geplante zu konzipieren und durchzuführen. Als vorrangiges Ziel konnte nach den ersten zwei Treffen benannt werden: Die Entwicklung und Durchführung einer mehrteiligen Fortbildungsreihe „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“.

8.2 Projektplan

Nachdem die grundsätzlichen Weichen gestellt waren, konnte überlegt werden, welche Arbeitsschritte zur erfolgreichen Durchführung des Projektes notwendig sind. In Abbildung 9 ist der geplante Ablauf zusammengefasst. Die einzelnen Schritte folgen nicht unbedingt linear aufeinander, zum Teil handelt es sich um fortlaufende Prozesse.

Abbildung 9: Projektplan

Phase 1: Vorbereitung

Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Anmerkungen
Gründung der Fachgruppe	Landesvorstand und Beteiligte	Herbst 2012	Einzelnes Treffen
Konstituierung Fachgruppe	Drei Teilnehmerinnen der Fachgruppe (FG)	Bis Februar 2013	
Festlegung der Ziele	FG	Bis Februar 2013	

Phase 2: Konkretisierung

Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Anmerkungen
„Auffaktveranstaltung“ Hebammenkongress	Maria Zemp Martina Kruse	Bis Ende Mai 2013	Inklusive Auswertung
Öffentlichkeitsarbeit	FG	Ab Mai 2013, fortlaufend	
Entwicklung eines Rahmenkonzeptes	FG	Herbst 2013	
Entwicklung Rahmenvertrag	FG	Herbst 2013	Unterstützung durch externe Beraterin
Kontaktaufbau zum DHV	FG	Herbst 2013	DHV vertreten durch Fortbildungsbeauftragte
Entwicklung Curriculum	FG	Januar 2014 bis Juli 2014	
Abstimmung mit dem DHV	FG und DHV	Herbst 2013, fortlaufend	
Bewerbung der Fortbildung	FG und DHV	Herbst 2013, fortlaufend	

Phase 3: Durchführung und Evaluation			
Maßnahme	Verantwortlich	Zeitraumen	Anmerkungen
Durchführung	FG und DHV	Herbst 2014 bis Sommer 2015	
Evaluation	FG und DHV	Nach Ende des ersten Durchgangs	
Durchführung eines zweiten Durchgangs	FG und DHV	Herbst 2015	Modifizierung auf Grundlage der Evaluation. Eventuelle Erweiterung der Fachgruppe

Im Projektplan sind der jeweilige Projektschritt vermerkt, also das, was getan werden muss, die dafür Verantwortlichen, der Zeitrahmen, in dem der Schritt erledigt werden soll und falls erforderlich, weitere Erklärungen. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte näher erläutert. Das Projekt kann in drei Abschnitte unterteilt werden: Vorbereitung, Konkretisierung und Durchführung inklusive Evaluation.

Phase 1: Vorbereitung

Wie erläutert entstand die Idee zur Gründung der Fachgruppe aus einer Zusammenarbeit von Frau Zemp mit dem Landesverband der Hebammen. Der Kontakt mit den anderen Beteiligten der Fachgruppe wurde über diesen hergestellt. Zu Beginn der Zusammenarbeit ist noch nicht klar, ob die gleichen Ziele verfolgt werden. Die ersten Treffen haben folglich konstituierenden Charakter. Als erstes muss geklärt werden, ob es überhaupt zu einer längerfristigen Zusammenarbeit kommen kann. Die Teilnehmerinnen müssen sich, ihre beruflichen Haltungen, die bisher gemachten Erfahrungen und die individuellen Ideen, die sie mit der Fachgruppe verbinden, abstimmen, um zu sehen, ob eine Übereinstimmung und damit eine Arbeits- und Planungsgrundlage vorhanden ist. Findet sich eine gemeinsame Grundlage, so müssen zu Beginn weitere Punkte besprochen werden. Die Art, in der die Kooperation gestaltet wird gehört dazu: Es müssen Regeln aufgestellt werden, wie miteinander in der Fachgruppe umgegangen wird. Dies erscheint besonders wichtig, da die Beteiligten bisher noch nicht auf gemeinsame Arbeitserfahrungen aufbauen können. Es wird Wert auf eine offene Kommunikation gelegt, um Unstimmigkeiten und Missverständnisse zeitnah klären zu können. Es wird vereinbart, über die Treffen jeweils ein Protokoll anzulegen. Die Protokollantin wird je nach persönlichen Zeitkapazitäten benannt. Auf diese Weise werden

die Ergebnisse der Arbeitstreffen gesichert und können gegebenenfalls noch korrigiert werden. Am Ende dieses Arbeitsschrittes kann als Ergebnis festgehalten werden:

1. Die Fachgruppe „Traumasensible Haltung im Gesundheitswesen“ hat sich konstituiert.
2. Die Fachgruppe ist sich über ihre Ziele einig.
3. Die ersten Schritte zur Zielerreichung sind benannt.

Die drei Mitglieder haben eine verbindliche Zusammenarbeit in dieser Zusammensetzung beschlossen. Sie begreifen sich als eine unabhängig von Landeshebammenverband arbeitende Gruppe, die selbstständig ihre Ziele verfolgt. Gleichwohl wird eine enge Kommunikation mit dem Vorstand des Verbandes gepflegt und gewünscht. Die im ersten Treffen genannten Ideen zur Zusammenarbeit konnten weiter konkretisiert und zu Zielen formuliert werden. Die Definition von Zielen ist wichtig, da es sonst zu Unklarheiten und in der Folge zu Unstimmigkeiten kommen kann. Werden keine Ziele benannt, kann im Nachhinein auch nicht kontrolliert werden, ob das Projekt Erfolg hatte. „Ziele definieren die Soll-Werte und schaffen damit die Grundlage für die Erfolgskontrolle“ (Arnold 2009, S. 572). Wenn an dieser Stelle keine Klarheit über die Ziele der Fachgruppe geschaffen würde, so würde in der Folge wahrscheinlich jedes Mitglied eigene Ideen verfolgen und das Handeln könnte nicht aufeinander abgestimmt werden (vgl. ebd., S. 573). Das Oberziel²⁴, welches die Fachgruppe benennt, ist die Sensibilisierung von Berufsgruppen im Gesundheitswesen für die Auswirkungen von traumatischem Stress auf die jeweils betreute Person oder Personengruppe. An dieser Stelle wurde bewusst keine Einschränkung auf den Hebammenberuf vorgenommen. Die Fachgruppe sieht eine interdisziplinäre Bedeutung des Themas und möchte sich offen halten, die Arbeit später auf andere Berufsgruppen zu erweitern. Über die Sensibilisierung soll eine Verbesserung der Situation der Frauen in der Betreuung und damit eine Verminderung der Gefahr der Re-Traumatisierung erreicht werden. Um diese Ziele erreichen zu können, müssen Unterziele²⁵ festgelegt werden. Als erstes Unterziel wird von der Fachgruppe die Konzeption und Durchführung der ursprünglich vom Landesverband initiierten Fortbildung benannt. Dafür wird eine Kooperation mit dem DHV als bundesweite Vertretung der Hebammen angestrebt. Dies hat organisatorische, aber auch berufspolitische Gründe. Die Fachgruppe geht davon aus, dass die Unterstützung auf Bundesebene die Relevanz des Themas unterstreicht und eine andere Außenwir-

²⁴ Unter einem Oberziel versteht man ein übergeordnetes Ziel (vgl. Arnold 2009, S. 576).

²⁵ Unterziele sind die Mittel, um den Zweck – hier das Oberziel – zu erreichen (vgl. ebd.).

kung erreicht, als wenn der Landesverband der Hebammen in NRW die Fortbildung ausschreibt. Der Landesverband ist über diese Entwicklung informiert und einverstanden. Weiter kann über den DHV eine weitaus größere Anzahl von Hebammen erreicht werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Fortbildungsreihe zustande kommt. Die Kooperation mit dem DHV ist demnach das zweite Unterziel der Fachgruppe. Das dritte Ziele besteht darin, dass die Gruppe als kompetente Fachgruppe für das Thema Traumasensible Haltung von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden möchte. Auch dies dient dazu, die Relevanz des Themas hervorzuheben. Die einzelnen Personen der Gruppe werden sich bei künftigen Anfragen als Mitglieder der Fachgruppe vorstellen. Für den Mai 2013 hat Frau Zemp eine Einladung zum Hebammenkongress in Nürnberg. Sie ist gebeten worden, dort einen Vortrag und einen Workshop zum Thema Traumasensible Haltung anzubieten. Dies wird nun als erste Veranstaltung im Namen der Fachgruppe durchgeführt. Damit ist das nächste Unterziel klar: die Vorbereitung und Durchführung dieser Angebote. Die Vorbereitung dieser Veranstaltung stellt den Übergang in die nächste Phase dar.

Phase 2: Konkretisierung:

Vom 06. bis zum 08. Mai 2013 hat in Nürnberg der XIII. Hebammenkongress unter dem Titel „Das Normale ist etwas ganz Besonderes“ (DHV 2013a) stattgefunden. Im Namen der Fachgruppe hat Frau Zemp dort einen Vortrag halten und gemeinsam mit der Verfasserin der vorliegenden Arbeit einen Workshop gestaltet. Diese Veranstaltung auf dem Hebammenkongress wurde von der Fachgruppe als eine Art Auftaktveranstaltung begriffen, da bei dieser Gelegenheit erstmalig die geplante Fortbildungsreihe öffentlich beworben werden konnte. Ein nationaler Hebammenkongress ist eine gute Möglichkeit, ein breites Publikum anzusprechen, da dort Kolleginnen aus ganz Deutschland vertreten sind. Die Veranstaltung kann im Nachhinein als gelungen beurteilt werden. Der Vortrag fand im Plenum statt, der Workshop wurde von circa 70 Frauen besucht. Beide Veranstaltungen hatten eine gute Resonanz, zahlreiche Teilnehmerinnen zeigten großes Interesse an der geplanten Qualifizierung. Analog zu dem Projektplan ist der nächste planmäßige Schritt die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für die Fortbildungsreihe. Mit diesem wird die Fachgruppe an den DHV herantreten, verbunden mit dem Wunsch, die Reihe in Zusammenarbeit durchzuführen. Bis Herbst 2013 sollte dieser Schritt abgeschlossen sein. Bevor die Kooperation eingegangen werden kann, muss sich die Fachgruppe überlegen, welche Rechtsform die geeignete ist. Um hier zu Klarheit zu kommen, wird eine Beratung durch eine externe Firma in Anspruch genommen. Sobald mit dem DHV eine Übereinkunft getroffen werden kann, muss das Curriculum der Fortbildungsreihe erstellt werden. Hierfür wird die Zeit von

Januar bis Juli 2014 vorgesehen. Parallel dazu werden dann Abstimmungen über Ort und Zeitpunkte der einzelnen Module, Bewerbung und Finanzierung mit der Verantwortlichen des DHV notwendig.

Phase 3: Durchführung und Evaluation:

Der Beginn der Fortbildungsreihe ist für den Herbst 2014 geplant, so dass die Maßnahme im Sommer 2015 für die Beteiligten zu Ende ist. Im Anschluss wird der erste Durchgang evaluiert und das Konzept nötigenfalls modifiziert. Der Beginn des zweiten Durchgangs wird für den Herbst 2015 anvisiert.

8.2.1 Zielgruppe

Obschon die Fachgruppe langfristig eine Erweiterung auf andere Berufe aus dem Gesundheitswesen anstrebt, wird für den ersten Durchlauf der Fortbildungsreihe eine Einschränkung auf den Hebammenberuf vorgenommen. Der Grund ist nachvollziehbar: Zwei der drei Mitglieder der Fachgruppe sind Hebammen. Es wird die Kooperation mit dem DHV angestrebt, der größten berufsständische Vertretung der Hebammen in Deutschland angestrebt. Über die Zusammenarbeit mit dem Verband können circa 16.600 Hebammen (vgl. DHV 2013b) erreicht und angesprochen werden. Zu einem späteren Zeitpunkt kann über eine Öffnung der Fortbildungsgruppe für andere Berufe nachgedacht werden. Hebammen arbeiten in unterschiedlichen Kontexten, sie arbeiten im stationären oder ambulanten Bereich, betreuen Geburten oder verzichten in ihrer Berufstätigkeit auf diese Tätigkeit, arbeiten auf Wochenstationen oder im Kreißaal oder sie sind als Familienhebammen tätig. Egal welchen Schwerpunkt die einzelne Hebamme sich individuell gesetzt hat, der gemeinsame Nenner ist die Geburt eines Kindes. Sie alle sind Hebammen. Die Auswirkungen von traumatischem Stress auf Mutter und Kind ist für alle gleichermaßen von Bedeutung, wie die Ausführungen der vorangegangenen Kapitel gezeigt haben.

8.2.2 Finanzierung des Projektes

Die Fachgruppe ist ein Zusammenschluss von drei Fachfrauen. Sie bleiben in ihrer Tätigkeit selbstständig und bilden keine gemeinsame Gesellschaftsform²⁶. Das heißt,

²⁶ Hierunter wird die Rechtsform von gemeinsam wirtschaftenden Personen verstanden, zum Beispiel die Bildung einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (vgl. Gabler Kompakt-Lexikon 2010, S. 370).

sie verfügen über kein gemeinsames Vermögen, mit welchem sie wirtschaften können. Auch aus diesem Grund scheint die Kooperation mit dem DHV sinnvoll. Der Verband als Ausrichter der Fortbildung ist dann für die Bewerbung und die Anmietung von Tagungsräumen zuständig. Der tatsächliche pekuniäre Einsatz und damit die persönlichen Risiken für die Fachgruppe bleiben auf diese Weise überschaubar. Um das Projekt zu realisieren, bringen die drei Fachgruppenmitglieder einen zeitlichen Einsatz, der unvergütet bleibt. Dieser Aufwand ist als Finanzierungsleistung zu sehen. Im Folgenden wird versucht, diese Leistung am Beispiel der Verfasserin der vorliegenden Arbeit in Euro umzurechnen, um den Einsatz für das Projekt bewerten zu können. Für freiberuflich tätige Familienhebammen wird vom DHV ein Stunden-Honorar von 40 - 60 € vorgeschlagen (vgl. Klenk und Nieting 2011). Da die Verfasserin der vorliegenden Arbeit beruflich in diesem Arbeitsfeld tätig ist, wird der Mittelwert, also 50 € als Berechnungsgrundlage angenommen. Die Fachgruppe trifft sich in der Regel alle zwei Monate für ungefähr zwei Stunden. Weiterer Aufwand entsteht für Leistungen, die zwischen den Fachgruppentreffen erledigt werden müssen, zum Beispiel im Rahmen der Curriculumsentwicklung, Kontaktpflege und Vorbereitung der einzelnen Module. Auch dieser wird mit 50 € pro Stunde bewertet. Angenommen werden hierfür circa 40 Stunden. Diese vermutete Stundenzahl kann stark nach oben oder unten abweichen, da es sich lediglich um einen Schätzwert handelt. Die Fachgruppensitzungen finden abwechselnd in den unterschiedlichen Wohnorten statt. Das Kilometergeld wird mit 0,66 € pro gefahrenen Kilometer angesetzt. Dieser Betrag ist der gültigen Hebammengebührenverordnung NRW entnommen. Mit ihm werden sowohl die Kosten für die gefahrene Strecke als auch der benötigte Zeitaufwand vergütet (Hebammengebührenverordnung NRW 2013).

Tabelle 2: Berechnung unvergütete Arbeitsleistung

Anlass	Aufwand	Berechnung	Summe
Treffen	12 à 2 Stunden	24 x 50€	1200€
Fahrtkosten	6 Fahrten à 45 Doppelkilometer	6 x 90 km x 0,66€	356,40€
Häuslicher Arbeitsaufwand	40 Stunden	40 x 50€	2000€
Externe Beratung	1 Sitzung		80€
Literatur			200€
			<u>3836,40€</u>

Weitere anrechenbare Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme einer externen Beratung, diese betragen pro Person 80 €. Für anzuschaffende Literatur, die zur Vertiefung von Inhalten und als Unterrichtsmaterial benötigt wird, wird ein Budget von 200 € angesetzt. Wie in Tabelle 2 dargestellt ergibt sich so die Summe von 3836,40 €. Zu beachten ist, dass sich dieser Betrag nur auf eine Person, in diesem Fall für die Verfasserin der vorliegenden Arbeit bezieht. Der Aufwand für die anderen Teilnehmerinnen mögen davon abweichen, da die Vergleichshonorare für die aufgewendete Zeit je nach Ausgangslage unterschiedlich zu bewerten sind.

Diese Summe ist als Investition zu betrachten. Eine Refinanzierung findet auf unterschiedlichen Wegen statt:

- Bei erfolgreicher Durchführung der Fortbildungsreihe werden Honorare an die Mitglieder der Fachgruppe gezahlt. Die Höhe des Honorars steht zu diesem Zeitpunkt noch nicht fest. Ob diese die berechnete Investition decken können, erscheint bei den derzeit vom Verband gezahlten Tagessätzen eher unwahrscheinlich. Es ist nicht zu erwarten, dass mit der einmaligen Durchführung der Fortbildung ein Gewinn erwirtschaftet werden kann.
- Die berufliche Reputation steigt durch die Mitarbeit an der Fachgruppe. Die Teilnehmerinnen werden als fachkompetente Personen zu dem Thema wahrgenommen.
- Durch die Mitarbeit in der Fachgruppe und die damit verbundene Präsenz auf unterschiedlichen Veranstaltungen haben die drei Frauen die Möglichkeit, sich und ihre Arbeit zu präsentieren. Damit verbunden sind im Idealfall weitere – dann vergütete – Arbeitsaufträge.
- Es ist geplant, die Fortbildungsreihe nicht nur einmal durchzuführen. Wenn das Konzept erstellt ist, wird die Vorbereitung weiterer Durchgänge deutlich weniger zeitlichen Aufwand erfordern. Dadurch wird sich die Kalkulation zum Positiven verändern.
- Langfristig ist angedacht, das Konzept für andere Gesundheitsberufe zu modifizieren und sich damit einen neuen Markt für das Angebot zu erschließen.

Die Konzeption der Fortbildungsreihe ist zum derzeitigen Zeitpunkt als Investition in die Zukunft zu betrachten. Bei nur einmaliger Durchführung wird sich diese Investition finanziell nicht rechnen. Die Fachgruppe hat als Ziel die Sensibilisierung von Gesundheitsberufen für das Thema Trauma. Dies stellt neben den finanziellen Erwägungen ebenfalls eine starke Motivation dar und ist bei der wirtschaftlichen Beurteilung zu berücksichtigen.

8.2.3 Risiken

Jedes Projekt hat Risiken, die einkalkuliert werden müssen. An mehreren kann es zu Schwierigkeiten kommen. Diese werden mit möglichen Gegenstrategien nachfolgend erläutert.

Der DHV kann nicht als Kooperationspartner gewonnen werden.

Wie ausgeführt, ist der DHV als größte berufsständische Vertretung der Hebammen in Deutschland der Wunschpartner für eine Zusammenarbeit. Sollte dies nicht möglich sein, müsste das zu gänzlich neuen Planungen führen. In diesem Fall müsste überlegt werden, ob der Landesverband als Anbieter eintreten könnte oder ob die Fachgruppe die Fortbildung in selbstständiger Organisation durchführen möchte. Beides ist potentiell möglich, würde aber eine neue Strategie und Kalkulation erfordern. Es bestehen persönliche Verbindungen zwischen Mitgliedern der Fachgruppe und dem Bundesvorstand, so dass im Vorfeld ausgelotet wurde, wie die Chancen für die Kooperation stehen. Von Seiten des Vorstandes des DHV wurde bereits signalisiert, dass die Relevanz des Themas erkannt ist und damit auch ein hohes Interesse an der Zusammenarbeit besteht.

Es können nicht genug Interessentinnen für die Fortbildung gewonnen werden.

So, wie das Projekt geplant wird, trägt der DHV das finanzielle Risiko. Die Fachgruppe kann nach Absprache vorgeben, welche Teilnehmerinnenzahl sie für geeignet hält, der DHV muss sein Einverständnis geben. Von Seiten des DHV muss überlegt werden, wie die Teilnehmerinnengebühren gestaltet sein müssen, damit sich die Veranstaltung trägt. Melden sich nicht genügend Hebammen an, so wird die Fortbildung abgesagt. Damit würde sich die Investition der Fachgruppenteilnehmerinnen in keiner Weise rechnen. Als Gegenmaßnahme ist hier wiederum die Zusammenarbeit mit dem DHV als Anbieter zu sehen. Dadurch kann eine große Gruppe von potentiellen Interessentinnen angesprochen werden, die Chance auf ausreichend Teilnehmerinnen erhöht sich so. Für die Fachgruppe bleibt bei einem Nicht-Zustandekommen in erster Linie der dann vergebliche Einsatz an Zeit als Verlust.

Es treten innerhalb der Fachgruppe Differenzen auf.

Die Zusammenarbeit von Menschen an einem Projekt birgt immer das Risiko, dass es zu Konflikten kommt. Loffing und Budnik empfehlen bei der Auswahl der Teammitglieder Sorgfalt walten zu lassen. Sie befürworten, das Team unter folgenden Gesichtspunkten zusammenzustellen: Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sollen einerseits über fachliche und methodische Kompetenzen verfügen, andererseits über persönliche

Eigenschaften wie Durchhaltevermögen, Selbständigkeit, Verantwortungsbewusstsein und Wissbegier. Daneben erfordert die Arbeit in einer Gruppe auch immer Teamgeist, der an Punkten wie Kompromiss-, Kooperations- und Diskussionsfähigkeit offenbar wird (vgl. Loffing und Budnik 2005, S. 84). Die Zusammensetzung der Fachgruppe entspricht diesen Kriterien, die teilnehmenden Frauen verfügen sowohl über hohe fachliche als auch persönliche Kompetenzen. Ihre Kommunikationsfähigkeiten sind durch beraterische und therapeutische Ausbildungen geschult. Dennoch sind immer Konflikte möglich, die das Gelingen des Vorhabens in Gefahr bringen könnten. Als Gegenmaßnahme wurde zu Beginn der Zusammenarbeit bereits ein offener und transparenter Kommunikationsstil vereinbart. Die drei Frauen haben miteinander verabredet, Differenzen und Irritationen direkt anzusprechen. Sollten diese nicht innerhalb der Gruppe zu klären sein, so besteht bei allen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer externen Supervision.

Es kommt zu Zeitverzögerungen.

Die Teilnehmerinnen engagieren sich neben ihren sonstigen beruflichen Tätigkeiten für die Entwicklung der Fortbildung und in der Fachgruppe. Dies setzt ein hohes Interesse und Engagement voraus. Es kann passieren, dass die zeitlichen Ressourcen phasenweise oder längerfristig nicht ausreichen und der Zeitplan des Projektes dadurch gefährdet wird. Dem wird durch eine großzügige Planung vorgebeugt.

8.2.4 Öffentlichkeitsarbeit

Die Kooperation mit dem DHV hat für die Fachgruppe den Vorteil, dass der eigene Aufwand für die Öffentlichkeitsarbeit entsprechend geringer ausfällt. Der Verband verfügt über andere Möglichkeiten, ein breites Publikum anzusprechen und eine Veranstaltung zu bewerben als die Fachgruppe. Nutzbar und denkbar ist zum Beispiel die Gestaltung von Flyern. Diese können bei Veranstaltungen ausgelegt oder an Interessentinnen verschickt werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Information der Mitglieder über elektronisch oder per Post versendete Newsletter und das Einstellen der Ausschreibung auf der verbandseigenen Homepage. Im DHV sind 16 Landesverbände organisiert. Diese können gebeten werden, die Information an ihre Mitglieder und die jeweiligen Kreisverbände weiterzugeben. Über diese Wege kann fast die gesamte Zielgruppe erreicht werden. Die Fachgruppe ist dennoch nicht gänzlich von der Öffentlichkeitsarbeit entlastet. Sie werden die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel nutzen, um das Projekt zum Erfolg zu führen. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass sie bei jeder sich bietenden Gelegenheit von der geplanten Fortbildungsreihe berichten wer-

den. Der erste Anlass dazu bietet sich beim schon erwähnten Hebammenkongress in Nürnberg. Die Anbindung an den DHV bedeutet in diesem Fall auch eine finanzielle Entlastung. Müssten die Kosten für die Werbung von der Fachgruppe getragen werden, so wäre die Investition deutlich höher und damit auch das Risiko für die beteiligten Personen.

8.3 Inhaltliche Gestaltung der Fortbildungsreihe

Die inhaltliche Gestaltung ist der Schwerpunkt der Vorbereitungsarbeit. Wie im Projektplan dargestellt, gliedert sich diese Vorbereitung in zwei Schritte. Als erstes wird ein Rahmenkonzept erstellt, mit welchem an den DHV herangetreten und welches für die Ausschreibung und Werbung genutzt werden kann. Im zweiten Schritt muss dieser Rahmen mit Inhalt gefüllt werden. Es muss ein Curriculum für die Fortbildung entwickelt werden. Dieses erläutert Unterrichtsziele, -inhalte und -methoden. Auf diesem Weg soll eine optimale Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Qualifizierungsmaßnahme gewährleistet werden. In Abgrenzung zur herkömmlichen Unterrichtsplanung erhebt ein Curriculum den Anspruch, wissenschaftlich begründet zu sein (Schmidt und Klenk 2014).

8.3.1 Bezugswissenschaften

Die Abstimmung über die Inhalte der Fortbildungsreihe erfolgt innerhalb der Fachgruppe und ist in erster Linie geleitet durch die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychotraumatologie und Hebammenwissenschaften. In Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit sind die relevanten Elemente der Psychotraumatologie und der Bezug zur geburtshilflichen Themen ausführlich dargestellt worden, so dass an dieser Stelle darauf verzichtet werden kann. Die Soziologie als die Wissenschaft, die sich mit dem Thema Gewalt auf struktureller Ebene beschäftigt, stellt eine weitere Bezugswissenschaft für die Fortbildungsentwicklung dar. Dies wurde in Kapitel 2 ausführlich vorgestellt. Mit der Fortbildung soll bei den Teilnehmerinnen eine Reflektion des eigenen Verhaltens und unter Umständen eine Änderung in der Haltung den betreuten Frauen gegenüber erreicht werden. Hierfür werden Erkenntnisse der Kommunikationswissenschaften zu Grunde gelegt. Gewaltbetroffene Frauen reagieren unterschiedlich auf Stressoren. Was die eine als traumatisch empfindet, stellt unter Umständen für die andere lediglich ein stresshaftes Erleben dar, welches gut verarbeitet werden kann. Wie zuvor erläutert, werden das Erleben und die Verarbeitung durch den jeweiligen Kontext, die bisherigen Erfahrungen und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien beeinflusst. Im

dritten Interview wird das sehr deutlich: „Ja dass ich manche Sachen vielleicht weniger aus meiner Sicht äh, traumatisch empfinde, als die Frauen sie erlebt haben, weil ich dann für mich denke, och, ging doch schnell, ging doch relativ gut und für die Frau war es ein einziger Horrorfilm, der für sie abgelaufen ist, weil sie halt vielleicht viel zu schnell ihr Kind gekriegt hat oder weil sie halt eine Saugglockenentbindung oder ein Forceps oder sonstiges gekriegt hat, also, (...) da sind natürlich die Empfindungen ganz anderes. Und manche furchtbare Geburt, die ich als traumatisch empfunden habe, fanden Frauen im Nachhinein überhaupt nicht traumatisch, die waren einfach froh, dass sie ihr Kind gesund auf die Welt gebracht hatten, egal wie. Also da bin ich dann immer ein bisschen hin und her gerissen. Das kann eine Geburt sein ohne Geburtsverletzung, die eine Frau als traumatisch empfunden hat und das kann die Katastrophe in Tüten sein, die sie als NICHT traumatisch empfunden hat. Also das finde ich recht schwierig abzugrenzen. Es gibt nicht die eine Realität, sondern es gibt viele unterschiedliche Wahrheiten“ (I 3, Z. 62-6). Diese Sichtweise ist von Erkenntnissen der Salutogenese geprägt, die die Haltung der Fachgruppenfrauen wiedergibt und somit ebenfalls als Grundlage der Fortbildungsreihe dient. Gleichzeitig entspricht dies einer konstruktivistischen Sichtweise. Die Hebammen haben eigene Vorstellungen davon, welches Ereignis für die Gebärende traumatisch sein könnte, auch ihre Vorstellungen sind von ihren Vorerfahrungen geprägt. Die Vorstellung einer Realität entsteht in einem zirkulärem Prozess, bei dem das jeweils ‚Erkannte‘ die Grundlage für weitere ‚Erkenntnisse‘ ist (vgl. von Foerster und Pörksen 2008, S. 18 f). Das heißt, die Hebamme nimmt ihre eigenen Annahmen mit in die Arbeit, die dann davon beeinflusst wird. Dieses Handeln löst bei den betreuten Frauen Reaktionen aus, die von den Hebammen wieder in ihrem Kontext gedeutet werden und zu weiteren Handlungen oder Aussagen führen. Das Wissen um diese Abläufe führt dazu, dass der Konstruktivismus demzufolge als weitere Bezugswissenschaft zu betrachten ist. Er bildet die Grundlage der systemischen Sicht- und Arbeitsweise, wie sie unter anderem von Arist von Schlippe und Jochen Schweitzer²⁷ beschrieben wurde. Diese Sichtweise bildet zum einen die Basis für den Umgang mit den Fortbildungsteilnehmerinnen und zum anderen wird sie den traumasensiblen Umgang der Hebammen mit den ihnen anvertrauten Frauen prägen. Um den Adressatinnen der Fortbildungsreihe in angemessener und nachhaltiger Form

²⁷ Siehe hierzu das Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung (Schlippe und Schweitzer 2012)

Wissen vermitteln zu können, sind zudem pädagogisches Wissen und entsprechende Fähigkeiten und Methoden notwendig.

8.3.2 Aufbau

Der Aufbau der Fortbildungsreihe erfolgt logisch: Von der Schaffung einer gemeinsamen Basis, zu der ein einheitliches Verständnis des Gewaltbegriffes gehört, über das Erlernen von Grundlagen der Psychotraumatologie hin zu speziellen Aspekten der Psychotraumatologie wird das Wissen der Teilnehmerinnen zunehmend vertieft. Da die Fortbildung in mehreren Teilen erfolgt, haben die Hebammen die Möglichkeit, die Theorie zwischen den einzelnen Modulen in die Praxis zu transferieren. Neben der Vermittlung von Fachwissen ist ein wesentlicher Bestandteil die Entwicklung und Förderung eines eigenen Konzeptes zur Selbstfürsorge. Die Arbeit mit hochbelasteten Menschen ist sehr anstrengend, es besteht die Gefahr, dass die Helferinnen in die Traumadynamik mit hineingezogen werden. Stellvertretende Traumatisierung, Burn-Out-Syndrom oder Mitgefühlerserschöpfung können die Folgen sein, dies wurde in Kapitel 3.8 bereits dargestellt. Die Teilnehmerinnen sollen für den Wert der Fürsorge sich selbst gegenüber sensibilisiert werden, um dieser Entwicklung entgegen wirken zu können. Dazu gehört, ihnen entsprechende Methoden zu vermitteln. Hantke und Görges vergleichen Selbstfürsorge mit den Sicherheitshinweisen in einem Flugzeug: „Immer erst die Sauerstoffmaske auf das eigene Gesicht, erst dann die anderen versorgen“ (Hantke und Görges 2012, S. 158). Übertragen bedeutet das, die Hebamme sorgt zunächst für ihre eigene Sicherheit und Stabilität, dann erst für die der betreuten Frau. Dieser Lerninhalt ist nicht auf ein einzelnes Modul beschränkt, er findet sich in allen Einheiten. Ein weiteres Element der Fortbildung ist die Supervision. Darunter versteht man „die Bearbeitung von Schwierigkeiten und Problemen, die sich aus der beruflichen Interaktion (bspw. zwischen Therapeut und Patient) ergeben, verbunden mit dem Ziel, eine Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten im jeweiligen Tätigkeitsfeld des Supervisanden, aber auch seiner persönlichen Ressourcen, herbeizuführen“ (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. 2014; Einfügung i. Orig. enth.). Die Arbeit der Hebamme stellt immer Beziehungsarbeit dar, die Qualität ihrer Arbeit ist in hohem Maße davon abhängig, dass die Schwangere oder Gebärende Vertrauen zur Fachkraft aufbaut. Die Arbeit mit Frauen, die mit traumatische Erlebnisse in die Schwangerschaft hineingehen, erfordert, wie dargestellt, noch weit mehr die Aufmerksamkeit der Hebammen. Die Supervision dient auf der einen Seite der Qualitätssicherung, da sie es ermöglicht, Fälle aus der Praxis zu reflektieren, zum anderen unterstützt sie den Aspekt der Selbstfürsorge. Die Hebammen lernen mit

ihrer Hilfe die Grenzen ihres Handelns zu respektieren und die Betreuung der Frauen unter dem Gesichtspunkt der eigenen Gesunderhaltung zu betrachten.

8.3.3 Rahmen und Umfang

Die Erstellung der Konzeption und die Festlegung von Rahmen und Umfang erfolgen parallel. Die Fachgruppe hat sich zu Beginn vorgenommen, ihre Planungen am Bedarf auszurichten, ohne sich direkt Gedanken über die Machbarkeit machen zu müssen. Dies erfolgte erst in einem zweiten Schritt. Um die geplanten Inhalte angemessen umsetzen zu können, erscheinen fünf Module mit jeweils zwei Seminartagen sinnvoll. Innerhalb dieses Rahmens ist es möglich, das Wissen vertiefend zu vermitteln und gleichzeitig Raum für eigene Prozesse zu lassen. Je Unterrichtstag sind acht Unterrichtsstunden à 45 Minuten vorgesehen, so dass die gesamte Fortbildungsreihe einen Umfang von 80 Unterrichtseinheiten (UE) haben wird. Zwischen den Modulen ist ein Abstand von ungefähr zwei Monaten vorgesehen. Dies ermöglicht es den teilnehmenden Hebammen, das im Modul Gehörte in ihren jeweiligen Berufsalltag zu beobachten und Erfahrungen in der Traumasensiblen Haltung zu machen. Zwischen den Seminaren müssen ‚Hausaufgaben‘ bearbeitet werden. Diese können inhaltlicher oder selbst-reflektorischer Natur sein und dienen der Unterstützung des persönlichen Lernprozesses. Ein Abstand von zwei Monaten zwischen den Modulen hat noch einen weiteren Vorteil. Die Hebammen müssen für die Fortbildung freigestellt werden. Freiberuflich Tätige verdienen während dieser Tage kein Geld und müssen für eine Vertretung sorgen, der Fortbildungswunsch der angestellten Fachkräfte muss vom Arbeitgeber genehmigt und im Dienstplan berücksichtigt werden. Wird die Fortbildungsmaßnahme nicht vom Arbeitgeber unterstützt, so muss sie die Hebamme in ihrer Freizeit daran teilnehmen. Finden die zehn Fortbildungstage in einem zu kurzem, zum Beispiel monatlichen Abstand statt, so kann das zu einer Belastung führen, die unter Umständen in einer Nicht-Teilnahme mündet. Die Fachgruppe schlägt dem DHV eine Gruppengröße von 12 bis 20 Teilnehmerinnen vor. Diese Gruppengröße ist groß genug, um gemeinsames Lernen und Kleingruppenarbeit zu ermöglichen. Eine Fortbildungsgruppe ist so aber nicht zu groß, so dass jede Teilnehmende gesehen werden kann und der Gruppenbildungsprozess nicht zu sehr erschwert ist. Zum Abschluss der Fortbildung muss von jeder Teilnehmerin eine Abschlussarbeit präsentiert werden. Hierfür muss ein selbstgewähltes Thema aus dem Fortbildungscurriculum ausgearbeitet und den Ausbildungskolleginnen vorgestellt werden.

8.3.4 Die einzelnen Module

Nachdem bisher ein grober Überblick über die Schwerpunkte der Fortbildung gegeben wurde, werden in diesem Kapitel die einzelnen Module mit den jeweiligen Lernzielen und Lerninhalten vorgestellt.

Erstes Modul: Gewalt und die Folgen

Dieses Modul legt die Grundlage für die Fortbildung. Hier sind drei Schwerpunkte erkennbar (siehe Abbildung 10). Ein Teil des Moduls ist der Gruppenbildung vorbehalten. Die Teilnehmerinnen werden für zehn Tage in einen gemeinsamen Prozess gehen, der Entwicklung auf fachlicher und persönlicher Ebene bedeutet.

Abbildung 10: Modul 1 Gewalt und die Folgen

Ziele	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • Eine arbeitsfähige Gruppe hat sich gebildet • Die Teilnehmerinnen haben ihre Erwartungen an die Fortbildung geklärt 	Gruppenbildung Erwartungsabklärung Peergroup-Bildung
<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmerinnen kennen die Ursachen geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt • Die Faktoren von Gewalt im Kontext von gesundheitlicher Faktoren sind besprochen • Möglichkeiten der Stärkung von Frauen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung sind bekannt und eingeübt 	Klärung des Gewaltbegriffes Prävalenz von Gewalt Ursachen geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt Rad der Gewalt - Rad der Unterstützung Zusammenhänge Macht -Täter-Opfer
<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmerinnen haben ihre Beratungshaltung reflektiert • Sie kennen unterschiedliche Beratungsansätze und -methoden und haben diese eingeübt 	Rollenklärung Beratungshaltung/ -ansatz/ -methoden Empowerment als Möglichkeit der Stärkung
	Selbstfürsorge, Selbstreflexion Wahrnehmungs- und Achtsamkeitspraxis

Eine Gruppe besteht aus verschiedenen Individuen, die unterschiedlich geprägt sind, unterschiedliche biographische Erfahrungen mitbringen und – da sie sich für diese spezielle Fortbildung entschieden haben – alle einen Zugang zum Thema haben (vgl. Siebert 2008, S. 149). Die Teilnehmerinnen müssen im Gruppenprozess lernen, ihre verschiedenen Sichtweisen als Perspektiverweiterung zu verstehen. Sie entwickeln sich gemeinsam weiter, es kommt zu einer „Koevolution“ (ebd., S. 151). „Koevolution kommt zustande, wenn eine Übereinstimmung inhaltlich relevanter Perspektiven einerseits und unterschiedlicher, sich ergänzende Erfahrungen und Kenntnisse andererseits ausbalanciert werden“ (ebd.). Gruppenmitglieder kommen mit Erwartungen an Lerninhalte, Seminarleitung und andere Teilnehmerinnen in die Fortbildung. Manchmal sind auch narzisstischen Erwartungen von Bedeutung, Seminare können auch eine Bühne zur Selbstpräsentation sein (vgl. ebd., S. 152).

Der Prozess in der Gruppe hat folglich zwei Ebenen: eine inhaltliche und eine emotionale (vgl. ebd., S. 151). Vor allem im ersten Modul ist es wichtig, diese Aspekte zu beachten, damit am Ende der zwei Tage eine arbeitsfähige Gruppe entstanden sein wird. Ein fachlicher Schwerpunkt dieses Moduls ist das Thema Gewalt. Es muss ein gemeinsames Verständnis des Begriffes gefunden werden. Die Relevanz von häuslicher und geschlechtsspezifischer Gewalt wird am Ende der zwei Tage deutlich sein. Diese theoretischen Aspekte werden ergänzt durch sehr praxisbezogene Elemente wie beispielsweise das ‚Rad der Gewalt‘ (vgl. Hellbernd et al. 2004, S. 24) und das ‚Rad der Unterstützung‘ (vgl. ebd., S. 36), die der S.I.G.N.A.L. - Interventionsstudie entnommen sind. Durch diese kann ein guter Übertrag auf den eigenen Arbeitsbereich gelingen. Die Begleitung von Menschen mit traumatischen Erlebnissen in der Anamnese erfordert gute beraterische Kompetenzen. Als besonders brauchbar wird in diesem Zusammenhang der systemische Ansatz erachtet, da hier in besonderer Weise neben Wertschätzung und Empathie die Autonomie der Klientinnen anerkannt wird. Diese werden als Expertinnen ihrer Lebensrealität und ihres Körpers erachtet, das entspricht den Grundprinzipien der Traumasensiblen Haltung (siehe hierzu Kapitel 6.3). Am Ende des Moduls sollen die Teilnehmerinnen den Beratungsansatz verstanden und in Übungen erprobt haben. Durch alle Module zieht sich das Element der Selbstfürsorge. Die Hebammen sollen bei jedem Schwerpunkt lernen, sich selbst in Bezug auf die Thematik zu reflektieren, achtsam sich selbst gegenüber zu werden und dies durch Wahrnehmungsübungen zu schulen.

Zweites Modul: Grundlagen der Psychotraumatologie

Der Gruppenprozess ist nach den ersten zwei Tagen nicht beendet, er wird über den gesamten Fortbildungsverlauf fortgeführt. Der Schwerpunkt in diesem Modul liegt auf

den theoretischen Grundlagen der Psychotraumatologie (siehe Abbildung 11). Die Teilnehmerinnen bekommen daneben einen ersten Einblick in Methoden, wie sie die Gefahr von Re-Traumatisierungen verringern können und bei traumatischem Stress aktiv zur Verminderung von Stressreaktionen beitragen können, sogenannte Reorientierungs- und Stopp-Techniken. Sie lernen, wie sie mit Hilfe von kommunikativen Fähigkeiten Menschen in Ausnahmesituationen stabilisieren können. Ihnen werden Möglichkeiten vorgestellt, wie sie eine Betreuung, hier ‚Fall‘ genannt, unter traumasensiblen Gesichtspunkten analysieren können und damit mehr Sicherheit in der Fallführung erreichen können. Diese Standards der Fallführung wurden von Maria Zemp in Zusammenarbeit mit einer früheren Ausbildungsgruppe entwickelt und werden von ihr als Material zur Verfügung gestellt.

Abbildung 11: Modul 2 Grundlagen der Psychotraumatologie

Ziele	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • Der Gruppen- und Lernprozess wird fortgeführt 	Anknüpfung an das erste Modul: Eingetretene Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Die theoretischen Grundlagen der Psychotraumatologie sind vermittelt • Vorbeugemaßnahmen von Re-Traumatisierung bei medizinischen Interventionen und im geburtshilflichen Verlauf sind bekannt und eingeübt 	<u>Theorie der Psychotraumatologie:</u> Trauma-Ursachen Anatomische Grundlagen Traumareaktionen, traumatischer Stress Folgen einer Traumatisierung Dissoziation, Trigger und Flashback Re-Traumatisierung Stabilisierungstechniken Stopp-Techniken
<ul style="list-style-type: none"> • Grundprinzipien der Traumasensiblen Haltung sind bekannt und verstanden 	Vorstellung Traumasensible Haltung nach Maria Zemp (fünf Grundprinzipien) „implizite“ Selbstreflektion
<ul style="list-style-type: none"> • Traumasensible Kommunikation ist eingeübt 	Stabilisierende Kommunikation Drama-Dreieck
<ul style="list-style-type: none"> • Methode der Traumasensiblen Fallbeobachtung sind vorgestellt 	Standards der Fallführung
	Selbstfürsorge, Selbstreflexion Wahrnehmungs- und Achtsamkeitspraxis

Dieses Instrument beinhaltet verschiedene Aspekte. Die Teilnehmerinnen lernen das Bindungsverhalten und etwaige Bindungsstörungen zu beobachten, die Ressourcen der Frauen herauszuarbeiten und es werden biographisch relevante Daten der betreuten Frau beziehungsweise des Familiensystems ebenso wie bekannte traumatische Ereignisse erfasst. Weiter wird das Augenmerk auf die individuellen Stressmuster und Möglichkeiten zur Stressbewältigung gelenkt. Mit Hilfe eines Fragebogens kann beobachtet werden, wie sich im Betreuungsverlauf verschiedene relevante Punkte wie Sicherheit, Selbstbewusstsein, Stressbewältigung, Integration ins soziale Umfeld und Körperwahrnehmung verändern. Neben diesen auf die Schwangere oder Mutter bezogenen Wahrnehmungen werden die Hebammen aufgefordert, ihre eigenen Befindlichkeiten und damit die eigene Gesundheit im Blick zu behalten. Die Hebammen werden aufgefordert, dieses Instrument auf ihren eigenen Arbeitsalltag und ihr Arbeitsgebiet zu übertragen. Die fünf Prinzipien der Traumasensiblen Haltung (siehe Kapitel 6.3) werden im Laufe des Moduls vorgestellt.

Drittes Modul: Spezielle Aspekte der Psychotraumatologie

In diesem Modul wird die Theorie der Psychotraumatologie durch für Hebammen besonders wichtige Aspekte ergänzt (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12: Modul 3 Spezielle Aspekte der Psychotraumatologie

Ziele	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> • Der Gruppen- und Lernprozess wird fortgeführt 	Anschluss an Modul 2: Festgestellte Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> • Theorie der Bindungsmuster und -störungen ist erlernt 	Bindung und Bindungsmuster, Bindungsstörungen
<ul style="list-style-type: none"> • Die systemische Wirkung der Dynamik von Trauma und den Folgen auf die Familie und in den verschiedenen Generationen sind erfahren 	Trauma-Systeme Systemische Traumadynamik Systemische Stressdynamiken
<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Arbeit mit Systemen ist vermittelt 	Transgenerationale Traumatisierung Systemische Ordnung in Familiensystemen
<ul style="list-style-type: none"> • Der Bezug zwischen der eigenen Biographie und der Berufswahl ist 	Biographiearbeit, eigene Verortung zum Thema Trauma

hergestellt	Rückbezug auf die eigene Berufswahl
<ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmerinnen kennen ihre eigenen Bindungsmuster 	Selbstfürsorge, Selbstreflexion Wahrnehmungs- und Achtsamkeitspraxis

Insbesondere die Bindungstheorie und die verschiedenen Bindungsstile werden an dieser Stelle vorgestellt und erläutert. Die Teilnehmerinnen lernen Bindungsstörungen und deren systemischen Auswirkungen auf die Familie kennen (siehe hierzu Kapitel 3.5). Traumatische Reaktionen und Folgeerscheinungen beeinflussen niemals nur die einzelne Person, sondern haben Einfluss auf das gesamte umgebene System. Nicht selten finden Traumata im familiären Umfeld statt, sei es durch Existenztrauma (bedingt durch eine tödliche Bedrohung), Verlusttrauma (Verlust einer wichtigen Bezugsperson, bspw. durch eine frühe Trennung von der Mutter), Bindungstrauma (Verletzung einer emotionalen Bindung) oder Bindungssystemtrauma (diese betreffen das gesamte Bindungssystem, bspw. das inzestuöse Verhältnis zwischen Vater und Tochter, aus der ein Kind hervorgeht) (vgl. Ruppert 2012, S. 95). Die Fortbildungsteilnehmerinnen lernen in diesem Modul die aus traumatischem Stress resultierenden Auswirkungen auf das System kennen. Weiterer Schwerpunkt in diesen zwei Fortbildungstagen werden die transgenerationalen Effekte von Trauma sein (siehe hierzu Kapitel 3.6). Diese betreffen den ureigensten Arbeitsbereich der Hebammen, da diese im Rahmen ihrer Berufstätigkeit immer mit mindestens zwei Generationen befasst sind. Auch in diesem Modul wird der Bezug zwischen der eigenen Person mit ihren Erfahrungen und ihrer Arbeitsweise und beruflichen Haltung hergestellt. Für die Arbeit mit Familien ist es wichtig, die eigenen Bindungserfahrungen zu reflektieren, da diese unter systemischen Gesichtspunkten die Betreuungsarbeit beeinflussen können. Innerhalb dieses Seminars klären die Hebammen ihre eigene Verortung zum Thema Trauma. Dies ist notwendig, um eine Vermischung von eigenen Traumaanteilen mit der Betreuung zu vermeiden (vgl. Kruse 2013, S. 31f).

Viertes Modul: Selbstfürsorge und Supervision

Zwar enthält jedes Modul Anteile an Selbstreflexion und Selbstfürsorge, dennoch ist dies der Schwerpunkt dieser zwei Fortbildungstage (siehe Abbildung 13). Der theoretische Teil widmet sich den Auswirkungen von Trauma auf die helfenden Berufe. Die Teilnehmerinnen sollen in diesem Rahmen die Begriffe Burn-Out-Syndrom, Mitgeföhlerschöpfung und indirekte Traumatisierung kennenlernen und den Übertrag zu ihrem Berufsalltag herstellen. Dazu gehört, dass sie sich für die Entwicklung eines eigenen Konzeptes zur Selbstfürsorge Zeit nehmen. Die Arbeit mit traumatisierten

Menschen kann dazu führen, dass die Helferin den Kontakt zu sich selbst verliert und Gefahr läuft, in die Traumadynamik hineingezogen zu werden. Techniken zur Re-Orientierung im Hier und Jetzt sind nicht nur für traumatisierte Menschen nutzbar, sondern ebenso für die Helferinnen (vgl. Hantke und Görge 2012, S. 159, S. 246 f). Die Hebammen machen sich in diesem Modul ihre eigenen Ressourcen bewusst und lernen, diese aktiv zur Gesunderhaltung einzusetzen.

Abbildung 13: Modul 4 Selbstfürsorge und Supervision

Ziele	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> Fortführung des Gruppen- und Lernprozessen 	Anschluss an Modul 3.: Festgestellte Veränderungen
<ul style="list-style-type: none"> Auswirkungen von Traumadynamiken auf helfende Berufe sind in Theorie und Praxis erläutert 	Klärung der Begriffe Mitgefühlerschöpfung Indirekte Traumatisierung Burn-Out
<ul style="list-style-type: none"> Übungen zur Selbstfürsorge sind eingeübt Ein persönliches Konzept der Selbstfürsorge ist erarbeitet 	Konzept der Selbstfürsorge
<ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmerinnen haben Fälle aus der beruflichen Praxis unter traumasensiblen Aspekten reflektiert und supervidiert 	Fallsupervision
	Selbstfürsorge, Selbstreflexion Wahrnehmungs- und Achtsamkeitspraxis

Zur Selbstfürsorge gehört weiterhin, die Arbeitsbedingungen und die Strukturen näher zu betrachten, in denen gearbeitet wird. Auch diese tragen maßgeblich dazu bei, welche Qualität die Arbeit der Hebammen annehmen kann (vgl. ebd., S. 161). Der zweite Teil in diesem Modul ist der Supervision von Fällen vorbehalten, die die Hebammen aus ihrer Praxis zur Verfügung stellen. Die Besprechung in der Gruppe unter Moderation und Leitung durch eine erfahrene Supervisorin ermöglicht es sowohl der Hebamme, die den Fall einbringt als auch den übrigen Teilnehmerinnen das eigene Handeln zu reflektieren. Supervision dient der Qualitätssicherung und Vertiefung des Lernergebnisses. Ein Mitglied der Fachgruppe arbeitet freiberuflich als Supervisorin, so dass dieser Anteil von ihr übernommen werden kann.

Fünftes Modul: Integration, Netzwerkbildung und Abschluss

In diesem Modul wird der Fortbildungsprozess zu Ende geführt. Die Teilnehmerinnen präsentieren ihre Abschlussarbeiten. Dies dient der Sicherstellung des Lernerfolges. Die Hebammen zeigen, dass sie gelernt haben, sich mit Themen aus dem Bereich Trauma auseinander zu setzen und sich entsprechende Inhalte selbst zu erarbeiten. Die Hebammen sollen eigene Netzwerke aufbauen, um sich gegenseitig in der Arbeit mit Hilfe von kollegialer Beratung zu unterstützen. Sie lernen in diesem Modul weitere unterstützende Strukturen kennen, in die sie die betreuten Frauen vermitteln können. Durch das Nutzen dieser Netzwerke lernen sie ein weiteres Mal die Grenzen ihrer Arbeit kennen und respektieren. Neben der Beendigung des Gruppenprozesses und dem Abschied nehmen von den Fortbildungskolleginnen wird in diesen zwei Tagen die Fortbildung von den Teilnehmerinnen und auch von den Referentinnen evaluiert.

Abbildung 14: Modul 5 Integration, Netzwerkbildung und Abschluss

Ziele	Inhalte
<ul style="list-style-type: none"> Die Leitlinien der Traumasensiblen Haltung sind integriert Abschlussarbeiten zu Themen der Fortbildung sind präsentiert und bewertet Die Fortbildung ist schriftlich ausgewertet Netzwerke zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Erlernten sind gebildet 	Vorstellung der Abschlussarbeiten Ergebnissicherung Ausblicke Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> Der Gruppenprozess wird zu Ende geführt 	Abschied
	Abschluss der Fortbildung

Auch dies dient der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden von der Fachgruppe ausgewertet und für die Weiterentwicklung der Fortbildungsreihe genutzt.

8.3.5 Umsetzung der Ergebnisse aus den Interviews

Betrachtet man die Inhalte und die Lernziele, so wie sie hier vorgestellt werden, ist festzustellen, dass sich die in Kapitel 5.7.6 dargestellten Ergebnisse der Interviews in den Lerninhalten und Lernzielen wiederfinden. Die Relevanz des Thema Gewalt und

Trauma wird im ersten Modul deutlich, im zweiten und dritten Modul werden die grundlegenden und speziellen Aspekte von Trauma vermittelt. Der hohe Anteil an Selbstreflexion und Selbstfürsorge ermöglicht eine sorgfältige Rollenklärung. Einer stellvertretenden Traumatisierung wirkt so aktiv entgegen gewirkt. Dazu trägt auch bei, dass die Aufmerksamkeit der Hebammen auf die eigenen Arbeitsstrukturen und -bedingungen gelenkt wird. Drei Interviews können und sollen sicher nicht als repräsentativ gewertet werden. Sie geben lediglich erste Einblicke in die Bedürfnisse der Hebammen. Dennoch kann man sagen, dass die Ergebnisse der Interviews den Inhalten der Fortbildungsreihe und damit den Vorstellungen der Fachgruppe Traumasensible Haltung in Gesundheitsberufen entsprechen.

8.3.6 Methoden

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich die Lernziele und -inhalte der Fortbildungsreihe erläutert wurden, muss an dieser Stelle noch geklärt werden, auf welche Weise die Inhalte an die Teilnehmerinnen vermittelt werden können.

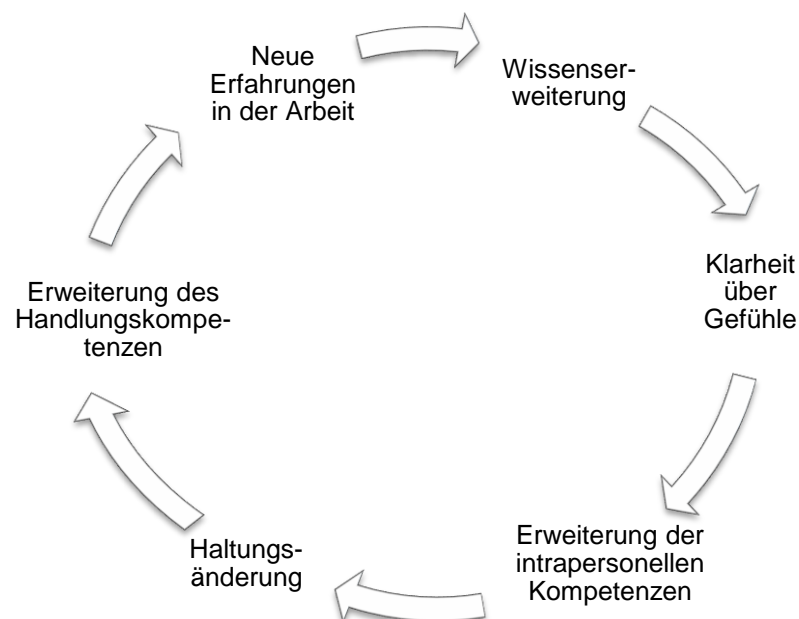
Heinz von Foerster hat das Bild von trivialen und nicht-trivialen Maschinen kreiert und auf Schüler, beziehungsweise auf den Lernprozess übertragen (vgl. von Foerster und Pörksen 2008, S. 55-58). Triviale Maschinen haben stets den gleichen inneren Zustand, sie funktionieren auf die immer gleiche Weise. Übertragen auf das Schüler-Lehrer-Verhältnis bedeutet das, der Lehrende kann Wissen stets auf die gleiche Art mit dem stets gleichen Ergebnis vermitteln. Nun sind Menschen keine trivialen Maschinen, jeder bringt verschiedene Lebens- und Lernerfahrungen mit und lebt in unterschiedlichen Kontexten. Das, was der Lehrende an Wissen an den Schüler weitergibt, wird aufgrund dessen persönlicher Struktur und seiner Erfahrungen jeweils unterschiedlich bewertet. Es bleibt unvorhersehbar, wie die neuen Informationen verarbeitet werden (vgl. ebd.). Hieraus kann der Schluss gezogen werden, dass die Lehrenden verantwortlich sind für den *Prozess* des Unterrichts, nicht aber für das *Ergebnis* ihres Unterrichts.

Es muss überlegt werden muss, welche Kompetenzen erworben werden sollen, um dem Ziel, hier die Umsetzung der Traumasensiblen Haltung, möglichst nahe zu kommen. „So gesehen steuern Methoden nicht den Lernprozess (der verläuft bei nicht-trivialen Maschinen immer selbstgesteuert), aber Methoden beeinflussen die Aufmerksamkeit der Lernenden“ (Siebert 2008, S. 141; Einfüg. i. Orig. enth.). Es müssen folglich Methoden gewählt werden, die die Teilnehmenden zum Lernen ‚aktivieren‘. Was darunter zu verstehen ist, erläutert Siebert. Es werden das Vorwissen und die Ressourcen der Lernenden genutzt und es wird an deren Vorerfahrungen mit dem jeweili-

gen Thema angeknüpft. Auf diesem Weg wird das Gehirn angeregt, neue neuronale Verknüpfungen zu erstellen. Weiter soll eine Verbindung von Wissen und Emotion entstehen: Emotionen sollen für das Lernen genutzt werden und es soll Kognition mit Emotion verankert werden. Ein dritter Punkt bezieht sich auf den Transfer von Wissen auf die Praxis. Unter aktivem Lernen versteht man eine Handlungsorientierung, so wird gewährleistet, dass das Wissen nicht zusammenhanglos bleibt, es werden praktische Anwendungsmöglichkeiten gesucht und geübt. Der Nutzen wird so direkt sichtbar (vgl. ebd., S. 142).

Für die Fortbildungsreihe ergeben sich so Ideen, um einen möglichst großen Lernerfolg bei den Hebammen zu erreichen. Die Themen und Lerninhalte sollen an die Erfahrungswelt der Teilnehmerinnen anknüpfen. Auf der einen Seite sind damit die beruflichen Erfahrungen gemeint. Die Vermittlung von Inhalten muss jederzeit im Bezug zum Arbeitsalltag und zu den da vorgefundenen Schwierigkeiten und Situationen stehen. Auf der anderen Seite bietet werden die Hebammen ermuntert, „biographieorientiert“ (ebd., S. 143) zu lernen. Die Beziehung zwischen dem Thema Trauma und der eigenen Person beziehungsweise der individuellen Lebenserfahrung und damit auch der persönliche Bezug zum Thema Trauma stellen eine große Ressource im Lernprozess dar. In den vorangehenden Kapiteln wurde erläutert, dass die Selbstreflexion eine wichtige Möglichkeit darstellt, wie die Teilnehmerinnen zu verschiedenen Aspekten der Fortbildung Klarheit gewinnen können. Hierzu gehört zweifelsohne auch, Klarheit über die Emotionen zu gewinnen, das Thema Trauma auslöst.

Abbildung 15: Veränderungskreislauf



Wird das theoretische Wissen in diesem Bereich erweitert, so ist dies in der Regel immer auch mit unterschiedlichen Gefühlen verbunden. Diese sollte sich jede Teilnehmerin zugänglich machen, da sie zu mehr Klarheit in der eigenen Haltung und zu einer Erweiterung der intrapersonellen Kompetenzen führen. Dies wird mit in die Arbeit mit Schwangeren hinein genommen werden. Die Erfahrungen, die dann gemacht werden, erweitern wiederum das spezifische Wissen. Es entsteht ein Veränderungskreislauf, der in Abbildung 15 graphisch dargestellt wird. Dieser wird noch durch einen weiteren Aspekt ergänzt. Die dritte Anforderung des aktivierenden Lernens bezieht sich auf den Praxistransfer. Die Teilnehmerinnen müssen unmittelbar erfahren, wie sich ihr erweitertes Wissen auf ihren Arbeitsalltag anwenden lässt. Sie müssen innerhalb der Fortbildung praxisbezogene Fähigkeiten erwerben, die ihnen im Arbeitsalltag zur Verfügung stehen. Als Beispiel seien hier zum Beispiel die bereits erwähnten Stopp- oder Umleitungstechniken genannt, die in schwierigen Situationen von den Hebammen angewendet werden können. Die Teilnehmerinnen können mit praktischen Methoden, die sie leicht erlernen und im Rahmen der Seminare einüben können, ihren Handlungsspielraum erweitern und somit den praktischen Nutzen der Fortbildung sehen. Resultierend daraus kann man sagen, dass ein Methodenmix am ehesten zum Erfolg führen wird. Die Referentinnen werden ihr Wissen in einem Diskurs und einem gemeinsamen Prozess mit den teilnehmenden Hebammen weitergeben und gemeinsam weiterentwickeln. Selbstlernphasen werden abwechseln mit Gruppendiskussionen und Kleingruppenarbeit. Neue Medien werden genauso zum Einsatz kommen wie kreative Methoden und Literaturstudium. Eine Besonderheit stellt das Lernen in sogenannten Peer Groups²⁸ dar. Hier können die Teilnehmerinnen in einer selbstgewählten kleineren Gruppe die Lerninhalte diskutieren, auf ihren Arbeitsbereich anwenden und weiterentwickeln. Wünschenswert ist, dass solche Peer Group Treffen jeweils zwischen den Modulen stattfinden. Auf diese Weise können die Hebammen selbstorganisiert mit eigenen Schwerpunkten und Interessen weiter arbeiten und den Lernerfolg vertiefen. Da die geplante Fortbildungsreihe überregional angeboten wird, ist nicht sicher, dass diese Treffen in der angedachten Form durchführbar sind. Es ist den Teilnehmerinnen finanziell und organisatorisch nicht zuzumuten, dafür weite Fahrten in Kauf zu nehmen. Sollte es nicht möglich sein, solche Treffen außerhalb der Seminartage zu organisieren, so

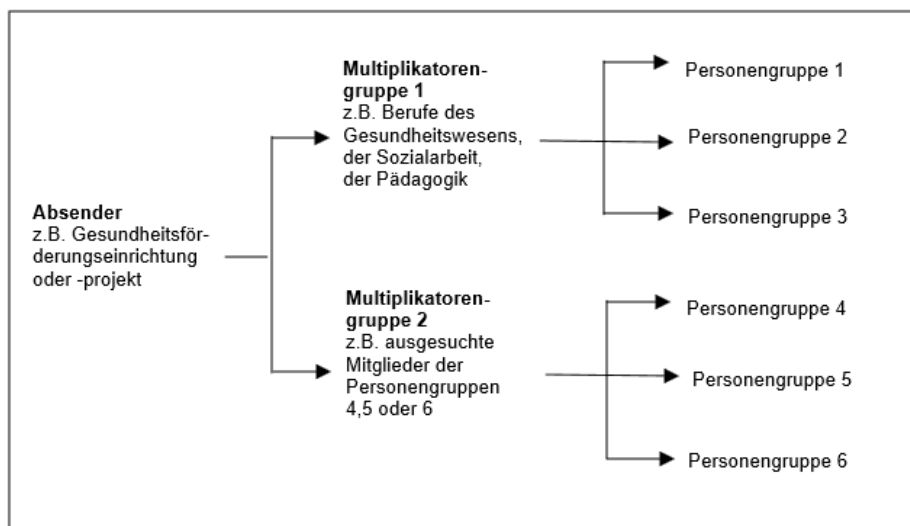
²⁸ Unter einer Peer Group versteht man eine „soziale Gruppe von gleichaltrigen Jugendlichen, in der das Individuum soziale Orientierung sucht und die ihm als Bezugsgruppe dient“ (Kirchgeorg 2014). Der Begriff wird häufig synonym für eine Personengruppe mit gleichen Interessen verwandt, also zum Beispiel die Teilnehmerinnen einer Fortbildungsreihe.

wird den Teilnehmerinnen während des Moduls Zeit zur Verfügung gestellt, um trotzdem den gewünschten Effekt zu erlangen.

8.4 Multiplikatorinnen-Schulung

„Multiplikatoren (sind) Personen oder Institutionen, die empfangene Informationen an mehrere Personen und Institutionen weiterleiten und dadurch vervielfältigen“ (Lehmann und Sabo 2003, S. 154; Erg. durch Martina Kruse). Diese Wirkweise ist in Abbildung 16 dargestellt. Die Fachgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, die Hebammen für die Relevanz des Themas Trauma zu sensibilisieren. Als Referentinnen der geplanten Fortbildungsreihe haben sie innerhalb der Fortbildung eine Art Expertinnen-Status. Es ist nicht das Ziel der Fachgruppe, diesen Status zu erhalten. Dies wird mit der nun vorgestellten Idee deutlich.

Abbildung 16: Wirkweise von Multiplikatoren



(Lehmann und Sabo 2003, S. 154)

Über die Vermittlung von Wissen soll die Arbeit der einzelnen Hebamme traumasensibel verändert werden, so kann eine Verbesserung der Situation von traumatisierten und gewaltbetroffenen Frauen erreicht werden. In Deutschland gibt es circa 21.000 Hebammen (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2014). Diese alle zu qualifizieren ist im Rahmen des bisher angedachten Konzeptes nicht möglich. Mit der Entwicklung der Fortbildungsreihe wird deshalb noch ein weiterer Gedanke verfolgt. Die Fachgruppe möchte Kolleginnen motivieren, das gewonnene Wissen als Multiplikatorinnen weiterzugeben. Verschiedene Wege sind dazu möglich. Die einzelne Hebamme wird ihr Wissen und ihre Erfahrungen mitnehmen in ihr Team und ihr Arbeitsumfeld. Ihre veränder-

te Haltung und Arbeitsweise wird die Arbeit ihres Teams quasi zwangsläufig wandeln. Im Sinne einer systemischen Sichtweise wird jede Veränderung zu einer weiteren Veränderung führen. Die Fachgruppe sieht noch eine zweite Variante, wie die nun qualifizierte Kollegin als Multiplikatorin wirken kann: Sie kann als Referentin in die Fortbildungsarbeit mit einsteigen. Es ist angedacht, dass je zwei Referentinnen verantwortlich zeichnen für die jeweilige Fortbildungsreihe. Eine weitere interessierte und geeignete Hebamme kann als werdende Referentin im Kurs hospitieren und erhält die Möglichkeit Erfahrung in der Fortbildungsarbeit zu sammeln. Auf diese Weise kann ein Referentinnen-Pool aufgebaut werden, der langfristig zunächst unter Anleitung, später selbstständig, Qualifizierungen durchführen kann. Auf diesem Weg können perspektivisch mehr Fortbildungen durchgeführt und zahlenmäßig eine größere Anzahl Hebammen traumasensibel geschult werden. Um diese Idee umzusetzen, muss noch einmal gesondert geprüft werden, welche Kompetenzen die jeweilige Hebamme noch vertiefen muss, um der angestrebten Tätigkeit angemessen nachkommen zu können. Pädagogische Fähigkeiten, das Anleiten und Moderieren von Methoden, Präsentation und die Steuerung von Gruppenprozessen sind Fähig- und Fertigkeiten, die es zu entwickeln gilt. Hierfür ist ein gesondertes Konzept zu entwickeln, welches nicht Gegenstand der hier vorliegenden Projektarbeit ist.

9 Projektverwirklichung

Die Fachgruppe ist mit ihrer Fortbildungsidee auf großes Interesse gestoßen, sowohl von Seiten des nordrheinwestfälischen Landes- als auch Bundverbandes der Hebammen. So kann an dieser Stelle berichtet werden, dass die Fortbildungsreihe in ihrer hier vorgestellten Form stattfinden wird. Der DHV wird wie geplant als Anbieter fungieren, der Start des ersten Moduls ist für den 27. Oktober 2014 terminiert. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit sind alle Termine mit dem gewünschten Tagungshaus abgesprochen, die Finanzierung ist geklärt, die Fortbildung wird bereits online beworben und Flyer sind in der Entwicklung. Der erste Durchgang wird von zwei Frauen der Fachgruppe, Maria Zemp und der Verfasserin der vorliegenden Arbeit, verantwortlich geleitet. Die dritte Teilnehmerin der Fachgruppe, Laila Bardowicks, wird an den Seminaren entsprechend der in Kapitel 8 geschilderten Idee hospitierend teilnehmen und im nächsten Durchgang eine verantwortliche Rolle übernehmen. Die Referentinnen arbeiten, wie gewünscht, auf Honorarbasis für den DHV.

10 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Bedeutung des Themas Trauma für die Hebammenarbeit herauszustellen und zu klären, welche Aspekte zur themenspezifischen Qualifizierung vermittelt werden müssten. Dies konnte erreicht werden. Im ersten Teil der Arbeit wurden die theoretischen Grundlagen zum Thema Trauma erörtert und auf den Arbeitsbereich der Hebammen übertragen. Es konnte herausgestellt werden, wie wichtig für Hebammen das Wissen um die Entstehung von traumatischen Ereignissen und um Traumafolgen ist. Die geführten Interviews machten gleichzeitig deutlich, dass in diesem Bereich Defizite beim Fachpersonal vorhanden sind, die die traumasensible Betreuung der Frauen gefährden können. Bei der Auswertung der Interviewtranskripte wurde klar, dass die Hebammen von zwei Seiten Berührung mit dem Thema haben. Sie sind einerseits beruflich in Kontakt mit traumatisierten Frauen und andererseits selbst Betroffene. Zwei der drei befragten Hebammen haben Geburten begleitet, die sie als traumatisch erlebt haben. Beide berichten übereinstimmend, dass sie institutionell keine Möglichkeit gesehen haben, für sich Unterstützung zu erhalten. Es kann kritisiert werden, dass drei Interviews keine aussagekräftige Größe darstellen. Das war allerdings auch nicht beabsichtigt. Mit den ausgewerteten Befragungen wird lediglich ein Einblick in die Arbeits- und Belastungssituation der Hebammen gegeben. Das Ergebnis macht klar, dass eine Fortbildungsreihe beide erwähnten Aspekte beinhalten muss. Das Fachpersonal muss befähigt werden, traumasensibel mit den ihnen anvertrauten Menschen umzugehen. Genauso wichtig ist es aber, ihnen die Grenzen ihres Handelns zu verdeutlichen und ihnen Möglichkeiten und Methoden zu zeigen, wie sie für ihre eigene Gesundheit sorgen können. Der dritte Teil stellt das Ergebnis dieser Überlegungen dar. Er schildert die Entwicklung und Konzipierung der Fortbildungsreihe „Traumasensible Haltung in der Hebammenarbeit“, stellt die Lerninhalte und -ziele vor und beschreibt die gewählten Methoden. Das Ziel, welches mit der Fortbildungsreihe verfolgt wird, ist die Sensibilisierung einer Berufsgruppe für das Thema Trauma und die Folgen. Damit einher geht die Verbesserung der Betreuungssituation der Frauen und die Verminderung von Re-Traumatisierung. Zum jetzigen Zeitpunkt kann noch nicht ausgewertet werden, ob diese Ziele erreicht wurden, da der Beginn der Seminare noch in der Zukunft liegt. Dies darzustellen wird eventuell Gegenstand einer späteren Untersuchung sein.

Quellenverzeichnis

Agentur der Europäischen Union für Grundrechte FRA (2014) Gewalt gegen Frauen – eine EU-weite Erhebung. Im Internet veröffentlicht unter http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-factsheet_de.pdf; abgerufen am 10.3.2014.

Ainsworth M D S, Wittig B (1969) Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: Grossmann K E, Grossmann K (Hg.) (2003) Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 112-144.

Arnold U (2009) Sozialmarketing. In Arnold U, Maelicke B (Hg.) Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 3. Aufl., Baden-Baden: Nomos.

Barre F, Stenz G, Gross M (2008) Fortbildungspflicht der Hebammen. Evaluation der Umsetzung in NRW und konzeptionelle Empfehlung. Im Auftrag des Ministeriums Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.

Bayerische Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (BayHebBO) in der Fassung vom 28. Mai 2013, §7, Abs.1.

Bayrischer Hebammenlandesverband BHLV e. V. (2011) Empfehlungen für den Einsatz von Familienhebammen. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.bhlv.de/medien/empfehlungen-fuer-den-einsatz-von-familienhebammen.pdf>; abgerufen am 01.02.2014.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) Berlin in der Fassung vom 09.11.2011, § 6.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Land Brandenburg (HebBOBbg) in der Fassung vom 11.06.2008, § 7.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger im Lande Bremen (BerufOHebA) in der Fassung vom 13.06.2012, § 6.

Berufsordnung für die hamburgischen Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) in der Fassung vom 14.12.2007, § 3.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) Hessen in der Fassung vom 03.10.2010, § 2, Abs. 5.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger Mecklenburg-Vorpommern (HebBO) in der Fassung vom 14.12.1992, § 6.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW) in der Fassung vom 15.12.2009, § 2, Abs. 2.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO NRW) in der Fassung vom 15.12.2009, § 7.

Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebBVO) in der Fassung vom 08.03.2005, § 7.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. BDP (2014) Stichwort Supervision. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.bdp-verband.org/psychologie/glossar/supervision.shtml>; abgerufen am 16.02.2014.

Bibliographisches Institut (2013a) Stichwort Gewalt. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gewalt>; abgerufen am 28.12.2013.

Bibliographisches Institut (2013b) Stichwort Trauma. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>; abgerufen am 30.12.2013.

Bibliographisches Institut (2013c) Stichwort Haltung. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung>; abgerufen am 10.01.2014.

Bibliographisches Institut (2013d) Stichwort Multiplikator. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.duden.de/rechtschreibung/Multiplikator>; abgerufen am 02.02.2014.

Bloemeke V J (2003) „...Es war eine schwere Geburt...“ Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können. München: Kösel.

Bode S (2004) Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bode S (2009) Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby J (2010) Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 6. Aufl., München: Reinhardt.

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

Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in der Fassung vom 22.12.2011, § 3, Abs. 4.

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004) Unsicheres Verhütungsverhalten junger Mädchen. Eine Sekundäranalyse der Studie Jugendsexualität 2001. In: BZgA (Hg.) Jugendliche Schwangere und Mütter. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Köln: BZgA, S. 36-40.

Bundeszentrale für politische Bildung (2013) Das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/gesetze/grundgesetz/>; abgerufen am 28.12.2013.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung vom 01.11.2013, Artikel 1631, Abs. 2.

Dahlberg L L, Krug E G (2002) Violence: a public health priority. In: WHO (Hg.) World report on violence and health. Genf: WHO, S. 1-22.

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

Deutscher Hebammenverband DHV e.V. (2013a) XIII. Hebammenkongress. Im Internet verfügbar unter <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=1467>; abgerufen am 26.01.2014.

Deutscher Hebammenverband DHV e.V. (2013b) Geschichte des DHV. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.hebammenverband.de/verband/geschichte/>; abgerufen am 01.02.2014.

Deutscher Hebammen Verband DHV e.V. (2014) Familienhebammen. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.hebammenverband.de/familie/familienhebammen-fruehehilfen/>; abgerufen am 02.01.2014.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2013) ICD-10-WHO Version 2013, F. 43.1. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f40-f48.htm>; abgerufen am 31.12.2013.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (2013) Positionspapier. Psychotraumatologische Versorgung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Version 1/2013. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.degpt.de/DeGPT-Positionspapier%201.2013.pdf>; abgerufen am 30.12.2013.

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

Erfmann A (1998) Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf Schwangerschaft und Geburt. Diplomarbeit Fachhochschule Kiel. Zum Teil überarbeitete Fassung vom 26.02.2001.

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

Fischer G, Riedesser P (2009) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4., aktual. und erw. Aufl. München: Reinhardt.

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

Foerster H v, Pörksen B (2008) Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker. 8. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Friedrich J (2007) Betreuung von sexuell traumatisierten Frauen. In: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 4., aktual. Auflage, Stuttgart: Hippokrates, S. 45-49.

Gabler Kompakt-Lexikon Wirtschaft. 4.500 Begriffe nachschlagen, verstehen, anwenden. 10., vollst. überarb. und erw. Auflage, Wiesbaden: Gabler.

Galtung J (1993) Kulturelle Gewalt. In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (Hg.) Der Bürger im Staat Heft 2/1993.

Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V (2005) Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005. Inkrafttreten am 1. Januar 2006.

Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (HebG) in der Fassung vom 22.05.2013, § 4.

GESINE-Netzwerk Gesundheit. EN – Intervention gegen Häusliche Gewalt (2013) Wir über uns. Im Internet verfügbar unter http://www.gesine-interventi-on.de/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=1&lang=de; abgerufen am 08.01.2014.

Glaesmer H, Reichmann-Radulescu A, Brähler E, Kuwert P, Muhtz C (2011) Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. Wissensstand und theoretischer Rahmen und deren Bedeutung für die Erforschung transgenerationaler Folgen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland. In: Trauma & Gewalt, Heft 4/2011, S. 330-342.

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

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

Hantke L, Görges H-J (2012) Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.

Harder U (2007) Schulterdystokie, verzögerte Schultergeburt. In: Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 4., aktual. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, S. 361-371.

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

HebammenBerufsverordnung (HebBVo) Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 26.03.2003, § 2, Abs. 3.

Hebammengebührenverordnung Nordrhein-Westfalen. Anlage zu §1 Absatz 1. Veröffentlicht im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen – Nr. 37 vom 29. November 2013.

Hellbernd H, Brzank P, Wieners K, Maschewsky-Schneider U (2003) Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt55>; abgerufen am 09.02.2014.

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

Herman J L (2003) Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann.

Heynen S (2003). Erzwungene Schwangerschaft und Mutterschaft durch eine Vergewaltigung. In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV), Jg. 6, Heft 1/2, 98-125.

Hitzler R (1999) Gewalt als Tätigkeit. Vorschläge zu einer Handlungstypologischen Begriffsklärung. In: Neckel S, Schwab-Trapp N (Hg.) Ordnungen der Gewalt. Beiträge zu einer politischen Soziologie und des Krieges. Opladen: Leske und Budrich, S. 9-19.

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

Joachim I (2006a) Grundlagen(wissen) für die Arbeit mit Überlebenden sexualisierter Kriegsgewalt. In: medica mondiale e. V., Griese K (Hg.) (2006) Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. 2., aktual. Aufl. Frankfurt a. Main: Mabuse, S. 175-183.

Joachim I (2006b) Belastungen und Risiken durch die Konfrontation mit dem Trauma sexualisierter Kriegsgewalt in der Arbeit. In: medica mondiale e. V., Griese K (Hg.) (2006) Sexualisierte Kriegsgewalt und ihre Folgen. Handbuch zur Unterstützung traumatisierter Frauen in verschiedenen Arbeitsfeldern. 2., aktual. Aufl. Frankfurt a. Main: Mabuse, S. 184-203)

Josten A (2012) Fortbildungspflicht für Hebammen. In: Landesverband der Hebammen NRW (Hg.), Teuerle S Fortbildungspflicht für Hebammen. Empfehlungen des Landesverbandes der Hebammen NRW e. V. zur Umsetzung, Köln.

Kamiske G F, Brauer J-P (2011) Qualitätsmanagement von A bis Z. Wichtige Begriffe des Qualitätsmanagement und ihre Bedeutung. 7., aktual. und erw. Ausgabe, München, Wien: Hanser.

Kirchgeorg M (2014) Stichwort: Peer Group. In: Springer Gabler Verlag (Hg.) Gabler Wirtschaftslexikon. Im Internet veröffentlicht unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/14589/peer-group-v6.html>; abgerufen am 27.02.2014.

Kirchner S (2006) Gewalt in der Geburtshilfe. In: Deutsche Hebammenzeitschrift, Leseprobe DHZ 10/2006. Im Internet veröffentlicht unter http://www.deutschehebammenzeitschrift.de/dhz/leseprobe/gewalt_in_der_geburtshilfe; abgerufen am 16.01.2014.

Klenk M, Nieting A (2011) 5 – Punkte – Papier zum Thema Familienhebamme. Im Internet verfügbar unter <http://www.bhlv.de/medien/5-punkte-papier-familienhebamme.pdf>; abgerufen am 05.04.2014.

Kruse M (2013) „Väterlich klar und mütterlich herzlich“ – Hebammenbetreuung: Erwartungen und Erfahrungen traumatisierter Frauen. Studienarbeit . Steinbeis Hochschule Berlin, Institute for Public Health and Healthcare, Nordrhein-Westfalen.

Landesverband der Hebammen NRW (2012) Qualifizierung zum professionellen Umgang mit Gewalt und Traumatisierung im Setting der Familienhebamme. Fortbildungsausschreibung. Im Internet veröffentlicht unter [http://www.hebammen-nrw.de/cms/fortbildung/kalender/ansicht/?tx_szfbcakal_fbkafront\[event\]=1691&cHash=e7f9e03ccfd51bbc0c1cb903824dd950](http://www.hebammen-nrw.de/cms/fortbildung/kalender/ansicht/?tx_szfbcakal_fbkafront[event]=1691&cHash=e7f9e03ccfd51bbc0c1cb903824dd950); abgerufen am 20.01.2014.

Landesverband der Hebammen NRW (Hg.), Teuerle S (2012) Fortbildungspflicht für Hebammen. Empfehlungen des Landesverbandes der Hebammen NRW e. V. zur Umsetzung, Köln.

Landesverordnung über die Berufspflichten und die Berufsausübung der Hebammen und Entbindungspfleger (HebBO) in der Fassung vom 14.03.1995, § 8.

Landesverordnung über die Berufspflichten der Hebammen und Entbindungspfleger (HebBVO) in der Fassung vom 16.10.2009, § 7.

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

Lehmann M, Sabo P (2003) Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4., erw. und überarb. Aufl. Schwabenheim a.d. Selz: Peter Sabo, S. 154-156.

Loffing C, Budnik S (2005) Projekte erfolgreich managen. Mit dem richtigen Plan zum Ziel. Stuttgart: Kohlhammer.

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

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

medica mondiale e. V. (2013) Geschichte. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.medicamondiale.org/ueber-uns/geschichte/?size=0&L=1%252527>; abgerufen am 23.12.2013.

medica mondiale e. V (2014) Projekte. Im Internet veröffentlicht unter <http://www.medicamondiale.org/projekte/?size=0&L=1%20onfocus%3DblurLink%28this%29%3B%20accesskey%3D2>; abgerufen am 11.01.2014.

Merton R K, Kendall P I (1993) Das fokussierte Interview. In: Hopf C, Weingarten E (Hg.) Qualitative Sozialforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 171-204.

Müller U, Schröttle M, Glammeyer S (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Hauptstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im Internet veröffentlicht unter www.signal-intervention.de/download/Materialienband_Inhalt.pdf; abgerufen am 02.01.2014.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hg.) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2013) Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln.

Niedersächsisches Gesetz über die Ausübung des Hebammenberufs (NHebG) in der Fassung vom 20.02.2009, § 2

Pross C (2009) Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart: Klett-Cotta.

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

Reddemann L (2009) Vorwort. In: Pross C (2009) Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 11-13.

Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Art. 22, Abs. b.

Robert Koch-Institut (2008) Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 42. Berlin: Robert Koch-Institut.

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

Sächsisches Hebammengesetz (SächsHebG) in der Fassung vom 09.07.1997, § 8.

Schlegel L (2002) Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. 2. Aufl. Freiburg: Herder.

Schmidt J, Klenk J (2014) Stichwort Curriculum. In: Springer Gabler Verlag (Hg.) Gabler Wirtschaftslexikon. Im Internet veröffentlicht unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/122434/curriculum-v6.html>; abgerufen am 02.02.2014.

Siebert H (2008) Konstruktivistisch lehren und lernen. Augsburg: Ziel.

S.I.G.N.A.L. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. (2013a) Leitfaden. Im Internet verfügbar unter <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt50>; abgerufen am 08.01.2014.

S.I.G.N.A.L. - Intervention im Gesundheitsbereich gegen Gewalt an Frauen e.V. (2013b) Schwerpunkte. Im Internet verfügbar unter <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt13>; abgerufen am 08.01.2014.

Sperber M (2001) Schwangerschaft nach Vergewaltigung. Standortbestimmung zur doppelten Traumatisierung und Ansätze zur Bewältigung. Diplomarbeit Fachhochschule Nürnberg.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2014) Gesundheitspersonal nach Berufen. Im Internet veröffentlicht unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html>; abgerufen am 27.02.2014.

Switala B (2007) Helfersyndrom, Stress und Burn-out-Syndrom. In: Bund Deutscher Hebammen (Hg.) Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen. Stuttgart: Hippokrates, S. 357-380.

Thüringer Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vom 24.11.1998, § 6.

United Nations Security Council (2008) Resolution 1820. S/Res/1820 (2008).

Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg über die Berufspflichten der Hebammen und der Entbindungspfleger (HebBO) in der Fassung vom 25. November 1992, § 6.

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

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, in Kraft getreten am 01.08.2007, § 7, Abs. 1.

Weinberger S (2004) Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim und Basel: Juventa.

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

Wirtz U (2005) Seelenmord. Inzest und Therapie. Stuttgart: Kreuz.

Zemp M (2013) Hebammen im Einsatz für traumatisierte Frauen. Niederschrift des Vortrags gehalten beim XIII. Nationalen Hebammenkongress vom 06.05. bis 08.05.2013 in Nürnberg.

