

Fragen oder nicht fragen? Vom achtsamen Umgang mit einem Tabu

Tara Franke



© Hebammenforum 2011

Viele Frauen, die Gewalt erlebt haben – sei es in sexualisierter, häuslicher oder anderer Form –, tragen mehr oder weniger anhaltende Folgen davon, die auch ihr Erleben von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit beeinflussen können. Daher stellt sich die Frage, inwieweit eine Art Screening in Form einer routinemäßigen Befragung nach solchen Traumata in der Hebammenbegleitung sinnvoll ist, um die betroffenen Frauen besser betreuen zu können.

Es lässt sich nicht mit einem Satz beantworten, ob es grundsätzlich sinnvoll ist, dass Hebammen¹ betreute Frauen nach Gewalterfahrung fragen. Zunächst muss nämlich differenziert werden zwischen vergangenen Gewalterfahrungen und aktuell erlebter Gewalt. Es gilt – wie bei allen Screenings – zu untersuchen, welchen Nutzen dies haben kann und welche Nachteile es birgt. Schließlich ist es erforderlich, sich Gedanken über notwendige Rahmenbedingungen für eine solche Befragung zu machen.

Gewalterfahrung in der Vergangenheit

Da Hebammen vorrangig die normale Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit begleiten und primär nicht therapeutisch tätig sind, ist es nicht sinnvoll, jede Frau auf eine mögliche Traumatisierung in der Biografie zu screenen. Hebammen haben nicht die fachlichen Kompetenzen, diese Diagnose sicher zu stellen oder therapeutisch tätig zu werden. Die Frage nach Gewalterfahrung wird zudem nicht von allen Frauen wahrheitsgemäß beantwortet, entweder weil sie sich jetzt nicht dazu äußern möchten oder weil sie sich nicht daran erinnern können oder wollen. Es ist also nicht möglich mit Sicherheit zu klären, welche der betreuten Frauen betroffen ist.

Die Frage nach traumatischen Vorerfahrungen ist immer auch eine therapeutische, denn sie lenkt den Fokus der Frau auf eine Lebensphase, die sie sehr belastet hat, und die zum jetzigen Zeitpunkt eigentlich nicht interessiert. Die an sich krisenhafte Lebensphase des Mutterwerdens ist nicht dafür geeignet, alte Wunden aufzureißen, sondern die Frau sollte diese Zeit so positiv und unbeschwert wie möglich erleben. Nur wenn ein akuter Leidensdruck besteht, die Frau beispielsweise aktuell von Erinnerungen an einen sexuellen Missbrauch gequält wird oder als deren Folge beispielsweise während des Wochenbettes eine Depression entwickelt, kann eine Klärung und eventuell eine Intervention sinnvoll werden.

Benötigt die Frau professionelle Hilfe, überweist die Hebamme sie an eine geeignete Ärztin, Psychologin oder die behandelnde Gynäkologin. In jedem Fall hat eine therapeutische Begleitung in dieser Lebensphase nicht die Aufgabe, das Erlebte aufzuarbeiten, sondern sollte nur der Stabilisierung dienen.

Und wenn ich es nicht weiß?

Leider belegen aktuelle Studien,² dass etwa jede dritte bis vierte Frau Gewalterfahrungen gemacht hat. Die Hebamme muss daher bei jeder Frau diese Möglichkeit erwägen und deren Grenzen und Selbstbestimmungsrecht unbedingt achten. Sie kann sinnvollerweise jede zu betreuende Frau fragen, was für sie in der Begleitung besonders wichtig ist und ob es Dinge gibt, die für sie besonders schwierig oder belastend sind. Es ist unwesentlich, woher diese besonderen Bedürfnisse kommen. Es geht jedoch darum gemeinsam zu erarbeiten, wie die optimale Betreuungssituation für diese Frau gestaltet werden kann, in der sie sich sicher fühlt und Vertrauen haben kann. Dazu gehört auch, Wünsche zu berücksichtigen und es zu akzeptieren, wenn die Frau – nach sachlicher Aufklärung – bestimmte Untersuchungen oder Interventionen ablehnt.³ So wird sie in ihrer eigenen Kompetenz gestärkt (sie weiß, was sie braucht und was gut für sie ist) und erlebt, dass ihre Grenzen und Bedürfnisse – anders als möglicherweise in früheren Situationen, in denen ihr Gewalt angetan wurde – geachtet und geschützt werden. Dies bewahrt traumatisierte Frauen so weit wie möglich vor einer Retraumatisierung und schützt ebenso nicht betroffene Frauen vor iatrogenen Traumatisierung.

Nicht aufdrängen und nicht tabuisieren

Es ist also nicht Aufgabe der Hebamme, das Thema Gewalt in die Betreuung einzubringen. Gleichzeitig geht es nicht darum, das Thema zu tabuisieren, denn es kann unter Umständen einer Frau Entlastung verschaffen, sich der Hebamme anzuvertrauen. Es kann Situationen geben, in denen die Frau von sich aus ihre traumatischen Vorerfahrungen anspricht oder mehrmals Andeutungen dazu macht, sodass es sinnvoll erscheint, dieses Thema offen anzusprechen.

In diesem Fall hört die Hebamme zu, zeigt Mitgefühl und klärt Verständnisfragen, soweit sie ihre Arbeit betreffen. Sie fragt nicht nach Details der erlebten Übergriffe, sondern ermuntert die Frau darüber zu sprechen, was heute für sie wichtig ist und wie sie sie unterstützen kann. Das offene Gespräch ermöglicht der Hebamme, gezielte Hilfe zu vermitteln oder mit der Frau ihre besonderen Wünsche und Bedürfnisse für die Betreuung zu besprechen. Beispielsweise kann es für die Frau wichtig sein, dass bei der Geburt kein männlicher Arzt anwesend ist, oder dass sie möglichst im Wasser gebären kann, weil sie sich davon einen gewissen Schutz vor fremden Zugriffen verspricht. Vielleicht hat sie für sich entschieden, dass ein primärer Kaiserschnitt vorgenommen werden soll, weil sie sich – auch nach eingehender Beratung über mögliche Alternativen – nicht in der Lage sieht, eine spontane Geburt zu bewältigen. Hier kann es helfen, das eigentliche Bedürfnis hinter diesen Wünschen zu kennen, um die Frau besser beraten zu können. Eventuell gibt es andere, sinnvollere oder ergänzende Strategien, um der Frau das Bedürfnis nach Schutz, Kontrolle, Vertrauen oder was auch immer sie braucht, zu erfüllen. In jedem Fall ist es wichtig, die besprochenen Betreuungsziele schriftlich festzuhalten und dafür zu sorgen dass alle Beteiligten (beispielsweise auch die betreuenden Ärztinnen im Kreißsaal oder und die Schwestern auf Station) darüber informiert sind und diese einhalten. In diesem Fall sollte die Hebamme auch klären, ob die Traumatisierung als Grund für diese Entscheidung unter ihnen bleibt, oder ob die anderen Betreuenden über die Vorgeschichte informiert werden sollten. Auch darüber, ob der Partner von dem Trauma weiß und in diese Gespräche involviert werden darf, sollte gesprochen werden. Wesentlich ist also nicht die Gewalterfahrung selbst, sondern welche Konsequenzen sich daraus für eine traumasensible Betreuung der Frau ergeben!

Aktuelle häusliche Gewalt

Auch wenn es unglaublich erscheint, konstatieren die Autorinnen des SIGNAL-Handbuches „Häusliche Gewalt gegen Frauen“: „Nach den Trennungsphasen gilt nach vorliegenden internationalen Studien die Schwangerschaft als Zeit der besonderen Gefährdung von Frauen.“⁴ Die Rate der gewalttätigen Übergriffe erhöht sich sogar mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft:⁵ Ziel ist es daher, das Thema zu enttabuisieren und der Frau möglichst frühzeitig Zugang zu den vorhandenen Hilfenetzwerken zu vermitteln. Bei akuter häuslicher Gewalt verhält es sich etwas anders als bei vergangenen Gewalterfahrungen. Verschiedene Empfehlungen^{1, 2} raten dazu, die in der Schwangerschaft betreute Frau nach aktuellen Gewalterfahrungen, beispielsweise durch den Partner, zu fragen, einige empfehlen mehrmaliges Nachfragen im Verlauf der Schwangerschaft und auch nach der Geburt³. Wird die Frage positiv beantwortet, kann die Hebamme Telefonnummern von Beratungsstellen oder Frauenhäusern weiter geben. Zudem kann das bloße sich Mitteilen einer unbeteiligten Dritten gegenüber die Frau entlasten und einen kleinen Schritt hin zur Befreiung aus der Misere bedeuten. Es muss hier darauf hingewiesen werden, dass dies meist noch nicht dazu führt, dass die Misshandelte den Täter verlässt, da die emotionale Bindung und die Verstrickungen innerhalb der gewachsenen ungesunden Beziehungsstrukturen komplex sind. Außerdem ahnen viele Frauen, dass eine Trennung die Gewaltbereitschaft des Täters erhöhen kann und die Frau mit ihrem (ungeborenen) Kind oder ihren Kindern dann besonders gefährdet ist. Der Rahmen für die Frage nach aktueller Gewalterfahrung ist nicht immer gegeben. Es hilft, wenn bereits in vorherigen Terminen ein Grundvertrauen aufgebaut werden konnte, und es muss gewährleistet sein, dass die Frau wenigstens für ein paar Minuten alleine mit der Hebamme oder

¹ Handlungsempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) „Häusliche Gewalt“ 2010

² „Gewalt an Frauen in der Schwangerschaft, Handbuch für die Geburts- und Kindermedizin“ Perttu, Sirkka und Kaselitz, Verena, Universität Helsinki 2006

³ „Domestic Violence and Pregnancy: Guidelines for Screening and Referral, Washington State Department of Health, Revision 2008

Ärztin ist. Gerade sehr kontrollierende Täter oder Täterinnen oder auch Familienangehörige verhindern dies manchmal gezielt.

Die Frage kann so gestellt werden, dass der Befragten keine direkte Betroffenheit unterstellt wird: „Wir wissen, dass leider recht viele Frauen in der Schwangerschaft Gewalt durch den Partner erleben, daher sprechen wir alle Frauen darauf an. Darf ich Sie fragen, ob sie sich in ihrer Partnerschaft sicher fühlen?“ Außerdem sollte ein Handlungsschema vorliegen, nach dem die Hebamme reagiert, falls die Frau die Frage verneint. Dazu gehört auf jeden Fall, der Frau Verschwiegenheit zuzusichern: „Sollten Sie von Ihrem Partner bedroht oder misshandelt werden, können Sie sich an uns wenden. Wir glauben Ihnen und wir achten die Schweigepflicht. Wir können Sie außerdem darin unterstützen, geeignete Hilfestellen für Ihre Sicherheit und die Ihrer Kinder zu finden.“ Dafür sollte die Hebamme oder Ärztin jederzeit entsprechende Adressen und Notfallnummern parat haben. Nicht immer ist es der Frau möglich, diese mit zu nehmen und vor dem Partner zu verstecken. Die Frau kann die Nummer dann auch auswendig lernen. Außerdem können Ärztin oder Hebamme die Frau über die Möglichkeiten polizeilicher und rechtlicher Interventionen aufklären, beispielsweise wie ein Täter dauerhaft der Wohnung verwiesen werden kann. Die Dokumentation von sichtbaren Folgen akuter Gewalt wie Wunden, Hämatomen und ähnlichem ist keine Aufgabe der Hebamme sondern ärztliche Tätigkeit. Will die Frau aber nicht zu einem Arzt gehen, kann die Hebamme sie trotzdem schriftlich festhalten, um eventuelle spätere gerichtliche Auseinandersetzungen zu unterstützen.

Da es nicht immer gelingen wird, die Frau alleine und direkt anzusprechen, können zusätzlich Poster und Notfallkärtchen mit allen wichtigen Telefonnummern und Internetadressen im Warteraum und in den Toiletten für Frauen aufgehängt und ausgelegt werden. In Großbritannien wird empfohlen, grüne Klebepunkte mit einer Erläuterung in den Toiletten auszulegen. Ein grüner Punkt auf den Urinbecher geklebt bedeutet: „Ich erlebe akut häusliche Gewalt und habe Gesprächs- oder Hilfebedarf“. In manchen Regionen legen Ärztinnen oder Hebammen, die mit einer Schwangeren zu tun haben, einen neutralen Zettel in den Mutterpass ein, auf dem neben den Telefonnummern von allgemeinen Institutionen wie dem Standesamt oder den örtlichen Krankenhäusern auch die örtlichen Notfall- und Beratungsnummern für Frauen aufgelistet sind.

Mut machen, aufklären, Stärken benennen

Hebammen und andere im Gesundheitsbereich Tätige können betroffene Frauen nicht retten, denn die Schritte aus der Gewaltbeziehung oder auf dem Weg der Heilung von vergangener Gewalt müssen alle Frauen selbst gehen. Doch die Hebammen können Mut machen, aufklären, die Stärken und Möglichkeiten der Frau aufzeigen und ihr immer wieder versichern, dass es Wege aus der Gewalt und Hilfsmöglichkeiten gibt. Sie haben das Recht und die Pflicht, ihre eigenen Grenzen zu achten und für ihre eigene Sicherheit zu sorgen. Sie können sich auch selbst Rat und Unterstützung bei entsprechenden Beratungsstellen holen. Hat die Hebamme sich im Vorfeld über das regionale Hilfsnetzwerk informiert, gibt ihr dies zusätzlich Sicherheit in der Beratung.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lebenssituationen, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin BMFSFJ 2004
- Hellernd H, Brzank P, Wieners K, Mascherwsky, Schneider U: Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Berlin BMFSFJ 2006
- The Royal College of Midwives (RCM): Domestic abuse in pregnancy. Position Paper No 19a, London 1999
- The Royal College of Midwives (RCM): The Right to Refuse Treatment. Position Paper No 20, London 1998

Autorin:

Tara Franke, Hebamme, Sexualpädagogin, Dozentin u.a. zum Schwerpunkt traumasensible Hebammenbegleitung.

Kontakt: Tara Franke,
Besselstr. 16, 32427 Minde
tara@herztoene.net

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit beschränken wir uns bei der Nennung von Gruppen auf die weibliche Bezeichnung. Gemeint sind jeweils Frauen und Männer – sofern sie davon betroffen sind. Die Redaktion

² BMFSFJ: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.

Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland - Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse, Berlin (2004)

³ The Royal College of Midwives 1998

⁴ BMFSFJ 2006, S. 25

⁵ McFarlane, J., Parker B., Soeken, K., Bullock, L. (1992) Assessing for abuse during pregnancy. Journal of the American Medical Association, 267:3176-3178.