



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Grenzüberschreitende geburtshilfliche Interventionen und postpartale Folgen am Beispiel einer postpartalen Depression –
Welche Handlungs- und Unterstützungspotentiale weisen die
Soziale Arbeit und das soziale Umfeld auf?

Bachelor-Thesis
Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)
Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von:
Carolin Steinau

Datum der Abgabe: 13.08.2020
Erstprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck
Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Susanne Dreas

4.2	Unterstützung durch die Soziale Arbeit.....	33
4.2.1	Beratungsstellen	33
4.2.2	Selbsthilfegruppen	33
4.2.3	Soziale Arbeit im Krankenhaus	34
	Zusammenfassung und Ausblick	36
	Anhang	41
	Literaturverzeichnis.....	43
	Eidesstattliche Erklärung.....	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfrage unter 9600 Wöchnerinnen - Abhängigkeit des Geburtserleben mit der Größe der Klinik, Picker Institut	13
Abbildung 2: Diagnosealgorithmus für unipolare Depression gemäß S3-Leitlinie.....	21

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
CTG	Kardiotokographie
DSM-5	fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DRG-System	diagnosis-related groups
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
HebG	Hebammengesetz
ICD 10	International Classification of Diseases (Diagnoseschema herausgegeben von der WHO)
KKP	Körperorientierte Krisenbegleitung
PDA	Periduralanästhesie
PPB	Postpartaler Blues
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Sectio	Kaiserschnitt
SPA	Spinalanästhesie
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

*„Nie haben die Massen nach Wahrheit gedürstet.
Von den Tatsachen, die ihnen mißfallen, wenden sie sich ab und ziehen es vor,
den Irrtum zu vergöttern, wenn er sie zu verführen vermag.
Wer sie zu täuschen versteht, wird leicht ihr Herr,
wer sie aufzuklären sucht, stets ihr Opfer.“*

-Gustave Le Bon-

Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema grenzüberschreitender geburtshilflicher Interventionen und deren daraus entstehenden Folgen für die Mutter. Heutzutage wird immer häufiger durch die geburtshilfliche Versorgung in den natürlichen Geburtsprozess mittels physischer Interventionen eingegriffen. Irrelevant dabei ist, ob es sich um eine Risikogeburt oder eine komplikationslose Geburt handelt. Eine Vielzahl an Interventionen wird standardmäßig durchgeführt, häufig ohne medizinische Indikation. Zur Risikominimierung möglicher Komplikationen werden Schwangerschaften und Geburten immer mehr pathologisiert und aus medizinischer Sicht betrachtet. Durch die übermäßigen geburtsmedizinischen Eingriffe kann das Geburtserlebnis, welches als der schönste Moment im Leben betrachtet werden sollte, als lebensbedrohliche Situation, die mit Gefühlen wie Machtlosigkeit und Ausgeliefertseins einhergehen, wahrgenommen werden. Dies kann gravierende nachgeburtliche Folgen für die Mutter mit sich ziehen. Die Geburtserfahrung kann sich ebenso negativ auf die Entwicklung des Neugeborenen auswirken.

Nicht nur die körperlichen Interventionen können verstörend für die Mutter sein. Mehrfach werden psychische Interventionen durch das geburtshilfliche Personal auf die gebärende Frau ausgeübt. Um das Leben von Mutter und Kind zu retten, kann es während der Geburt zu notwendigen, in den Prozess eingreifenden Handlungen kommen. Dabei spielt sowohl der Umgang mit der werdenden Mutter als auch der Einbezug bei Entscheidungen über notwendige Eingriffe eine essenzielle Rolle für den Erhalt einer selbstbestimmten Geburt. Frauen befinden sich unter der Geburt in einem psychischen und körperlichen Ausnahmezustand, für die es eine bedürfnisorientierte Behandlung bedarf. Es stellt sich mir die folgende Frage: Warum kommt es zu solchen Handlungen und Eingriffen in der geburtshilflichen Versorgung? Weiterhin wird im Kapitel 2 herausgearbeitet, worin die Ursachen für grenzüberschreitende Handlungen liegen.

Die vorliegende Arbeit behandelt folgende Fragestellungen: Warum kommt es zu solchen Handlungen und Eingriffen in der geburtshilflichen Versorgung? Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es demzufolge und welche Maßnahmen tragen dazu bei, etwaige grenzüberschreitende Empfehlungsdiskrepanzen vor/ während des Geburtsvorganges zu minimieren? Zur Beantwortung dieser Fragen, werden in Kapitel 2 mehrere Aussagen von differenzierten Autoren gegenübergestellt und miteinander verglichen. Im Zusammenhang mit den negativen Geburtserfahrungen erhöht sich das Risiko für die Entstehung einer postpartalen psychischen Erkrankung bei der Mutter. Diese werden aufgrund der fehlenden Aufklärung zu diesem Thema und dem gesellschaftlich vorgegebenen Bild, wie sich eine Frau nach der Geburt ihres Kindes zu fühlen hat, häufig erst spät oder gar nicht erkannt. Für eine optimale Mutter-Kind-Bindung ist die Bewältigung einer psychischen postpartalen Erkrankung unerlässlich. Es kann zu Beeinträchtigungen im Alltag und dem sozialen Umfeld kommen und ein starker Leidensdruck entstehen. Um die möglichen Auswirkungen in ihrem Ausmaß darzulegen, wird in dieser Arbeit auf die postpartale Depression aufgrund einer negativen Geburtserfahrung näher eingegangen. Darauf aufbauend, wird aus den gewonnenen Erkenntnissen der Expertenaussagen des zweiten Kapitels, in Kapitel 3 der Praxisbezug dargestellt. Hier liegt der Fokus auf den derzeitigen Unterstützungsangeboten für die betroffenen Frauen und deren Folgewirkungen. Hier sei es noch einmal hervorgehoben, dass diese positiv sowie negativ beleuchtet werden. Des Weiteren wird geprüft, inwiefern das Angebotsspektrum als ausreichend erscheint, um das Risiko einer psychischen Erkrankung, aufgrund der negativen Geburtserfahrungen, zu minimieren.

Es ist davon auszugehen, dass den meisten Menschen das Thema der grenzüberschreitenden Handlungen in der Geburtshilfe und den daraus entstehenden Folgen bislang nicht ausreichend bekannt ist. Es fehlt an Fachliteratur, die sich ausschließlich mit dem Thema und den Folgen negativer Geburtserfahrungen und möglicher Bewältigungsstrategien befasst. In einigen Fachbüchern wird das Thema nur kurz erwähnt. Wissenschaftliche Studien über die Auswirkungen negativer Geburtserfahrungen existieren bislang nicht. Andere Studien, die ein Hinweis auf die Veränderungen in der Geburtshilfe und deren Auswirkungen geben könnten, sind häufig veraltet. Einige Wissenschaftler, die sich mit den Auswirkungen befassen, beziehen sich auf Studien, die vor mehr als 20 Jahren erhoben wurden. Ungeachtet dessen haben sich in den letzten zehn Jahren einige wenige Initiativen und Aktionen, die über die Missstände in der Geburtshilfe aufklären und dem entgegenwirken wollen, gebildet.

Das Ziel dieser Arbeit ist, herauszufinden, welche Handlungs- und Unterstützungspotentiale in einzelnen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit liegen, um präventiv und aufklärend betroffenen Personen und Angehörigen beizustehen. Als Subjekt in dieser Gesellschaft spielt das soziale Umfeld, wie Ärzte/Ärztinnen, Hebammen/Geburtspfleger, Familie oder Angehörige eine ebenso wichtige Rolle zur Vorbeugung für die Entstehung einer psychischen Erkrankung. Infolgedessen werden in dieser Arbeit auch die Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten des sozialen Netzwerkes der betroffenen Personen thematisiert. Am Ende dieser Arbeit werden aufgedeckte Lücken im Versorgungssystem betroffener Frauen und Angehöriger benannt und Möglichkeiten der Verbesserung aufgezeigt.

Um das Thema anschaulich und nachvollziehbar darzustellen, ist die vorliegende Arbeit in vier Themenbereiche untergliedert. Der erste Teil befasst sich mit den grenzüberschreitenden Interventionen in der Geburtshilfe, um jene Befindlichkeiten der betroffenen Frauen unter der Geburt zu verstehen. Die geburtseingreifenden Interventionen, durch das geburtshilfliche Personal, können sich auf die Frauen unter der Geburt physisch oder psychisch auswirken. Im zweiten Teil werden die Ursachen für die grenzüberschreitenden Handlungen erforscht. Diese sind relevant, um den Handlungsbedarf und geeignete präventive Maßnahmen ermitteln zu können. Im dritten Themenfeld wird auf die postpartalen Auswirkungen eingegangen. Aufgrund der Bandbreite an möglichen psychischen Erkrankungen, erfolgt ein kurzer Überblick über die allgemeinen psychischen Folgen. Hauptaugenmerk wird auf die postpartale Depression gelegt und in Kapitel 3.2 ausführlich behandelt. Im vierten Themenbereich werden Lösungsansätze für mögliche Unterstützungs- und Präventionsmaßnahmen durch das soziale Umfeld und die soziale Arbeit ermittelt. Bevor auf die Verbesserungsmöglichkeiten in der peripartalen geburtshilflichen Versorgung eingegangen wird, soll sich der Blick auch auf bereits vorhandene Unterstützungspotentiale richten. Das soziale Umfeld gliedert sich auf in Ärzte/Ärztinnen und Hebammen/Geburtspfleger, Angehörige und andere unterstützende Institutionen und Angebote. Mögliche Handlungsfelder für die soziale stellen die Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und die soziale Arbeit im Krankenhaus dar. Diese werden in den einzelnen Kapiteln beschrieben. Abschließend werden die gesammelten Informationen zusammengefasst.

Resümierend erfolgt ein Ausblick über die möglichen Handlungsfelder in der sozialen Arbeit, die den Missständen in der Geburtshilfe entgegenwirken sollen. Unter Einbezug des sozialen Umfelds gilt es der Entstehung negativer Geburtserfahrungen und deren Folgen vorzubeugen. Die betroffenen Frauen und das soziale Umfeld sollen durch Aufklärung gestärkt und zum Empowerment befähigt werden.

1 Grenzüberschreitende geburtshilfliche Interventionen

Die Missstände in der Geburtshilfe in Deutschland haben ein verheerendes Niveau erreicht. Kreißsäle werden in Städten und Ländern geschlossen. Es herrscht ein Fachkräftemangel der Hebammen/Geburtspfleger, welcher überfüllte Kliniken zur Folge hat. Einige Frauen werden unter der Geburt vor dem Kreißsaal abgewiesen und müssen sich eine andere Klinik suchen, als die zuvor ausgesuchte und auf die sie sich eingestellt haben. Hebammen/Geburtspfleger versorgen zum Teil drei bis vier Frauen gleichzeitig, wobei eindeutig keine verlässliche Geburtsbetreuung gewährleistet sein kann. Psychische, physische und strukturelle Interventionen treten während des gesamten Prozesses der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf. Die Ursachen für grenzüberschreitende Handlungen sind vielfältig und reichen von schlechten Arbeitsbedingungen und marktwirtschaftlichen Denken bis hin zu Haftungsproblemen und Machtmissbrauch (vgl. Grieschat 2020, [Internetquelle]).

Grenzüberschreitende geburtshilfliche Interventionen können unter anderem grob durchgeführte oder überflüssige Untersuchungen sowie fehlende Mitwirkungsmöglichkeiten der Frau bei durchgeführten Untersuchungen oder Medikamentengaben sein. Ebenso zählen unangemessene, abwertende und beschuldigende verbale Äußerungen durch das geburtshilfliche Personal dazu. Diese Maßnahmen werden als Beziehungstaten mit entsprechendem Machtgefälle wahrgenommen. *„Das bedeutet: Es gibt Täter, die Macht ausüben und Opfer, die sich ohnmächtig fühlen und Handlungen über sich ergehen lassen (Jurgelucks 2004, S. 93)“*. Dieses Machtgefälle wird deutlich durch die Erfahrung der absoluten Kontrolle durch fremde Menschen (vgl. Jurgelucks 2004, S. 93f). Eine wichtige Rolle spielt dabei der Grad der erlebten Hilflosigkeit. Keine Möglichkeit zu haben über seinen eigenen Körper zu bestimmen, nicht entkommen zu können, sich nicht verteidigen zu können, verursacht das Gefühl von Ohnmacht und wird entsprechende Folgen für die Mutter und das Kind mit sich bringen (vgl. Franke 2020, S. 4).

Soet, Brack und Dilorio (2003) haben 103 Frauen nach ihren Geburtserfahrungen befragt. 34 Prozent der Teilnehmerinnen gaben an, die Geburt als traumatisch empfunden zu haben. Zwei der teilnehmenden Frauen (1,9 Prozent) entwickelten eine diagnostizierbare psychische Erkrankung. 31 Frauen (30,1 Prozent) wiesen einige Symptome von psychischen Störungen auf. Aus der Studie geht hervor, dass häufige medizinische Interventionen unter der Geburt, negative Äußerungen des Geburtspersonals, ungenügende Aufklärung von Maßnahmen, Ohnmachtsgefühle, langandauernder Geburtsprozess mit starken Schmerzempfindungen und Kaiserschnittgeburten hohe Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten sein können (vgl. Soet/Brack/Dilorio 2003,

S. 37). „Die Verletzung der Seele ging zu tief und die Umstände der Geburt bedrohten die Existenz (Jurgelucks 2004, S. 73).“

Creedy, Shochet und Horsfall (2000) fanden in ihrer Studie heraus, dass eine von drei Frauen (33 Prozent) negative Geburtserfahrungen gemacht hatte und diese nach vier bis sechs Wochen mindestens drei Symptome einer psychischen Erkrankung vorwiesen. 5,6 Prozent der Frauen erfüllten die Kriterien für eine ernstzunehmende psychische Störung. Vorgeburtliche Zustände konnten dabei als Hauptrisikofaktor ausgeschlossen werden. Das Ausmaß der geburtshilflichen Interventionen und unzureichenden Versorgung während des Geburtsprozesses war ausschlaggebend für die Entwicklung akuter Symptomatik (vgl. Creedy/Shochet/Horsfall 2000, S. 105). In der modernen Geburtsmedizin liegt der Fokus der geburtshilflichen Interventionen darin, das Leben eines Menschen zu retten. Gebärende Mütter gelten für Ärzte/Ärztinnen häufig als medizinische Notfälle, die überwacht, behandelt und teilweise sogar operiert werden müssen. Die zauberhafte Kunst der Hebammen/Geburtspfleger ist dadurch fast gänzlich verdrängt worden. Durch die übermäßigen medizinischen Eingriffe kann es für die Mutter und für das Kind zu postpartalen Traumatisierungen kommen (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 51).

Für Mediziner/Medizinerinnen ist die höchste Priorität, Mutter und Kind lebend durch eine Geburt zu bringen, denn „das Risikodenken beherrscht die medizinische Geburtshilfe (Ruppert/Assel 2014, S. 154).“ Gleichmaßen wird durch sämtliche Quellen, wie Ärzte/Ärztinnen, Hebammen/Geburtspfleger oder Ratgebern den werdenden Eltern suggeriert, dass eine Geburt geplant werden und es zu keinen unvorhersehbaren Situationen kommen kann. Zwischen dem Konflikt des Sicherheitsbedürfnisses und dem Streben nach einer reibungslosen und ruhigen Geburt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Erwartungen an die Geburt nicht erfüllt werden können (vgl. Sahib 2016, S. 18). Frauen haben durch die technokratische Geburtshilfe verlernt, auf ihr Körpergefühl zu achten. Bereits während der Schwangerschaft wird das Kind durch die Pränataldiagnostik ständig überwacht. Eine werdende Mutter achtet demnach nicht mehr auf ihr Körpergefühl, da es ihr durch die regelmäßigen Untersuchungen abgenommen wird. Die Schwangerschaft stellt die Vorbereitung auf die Geburt dar, die eine psychisch gesunde Frau mit einem positiven Gefühl zu sich selbst, ohne weitere Hilfe von außen gesund erleben kann. Durch den Verlust des eigenen Körpergefühls der gebärenden Frau ist sie auch während der Geburt auf umfängliche medizinische Fachbegleitung angewiesen (vgl. Ruppert/ Assel 2014, S. 144f).

Neumann und Maier (2019), ein Frauenarzt und eine Geburtsbegleiterin in einem Perinatalzentrum, weisen darauf hin, dass in Foren und Zeitschriften häufiger über negative Geburtserfahrungen als über positive Erlebnisse berichtet wird. Es ist jedoch unvorstellbar, dass es keine Frauen mit schönen Geburtserfahrungen gibt. Die negativen Berichte wirken sich auf die Frauen beängstigend und verstörend aus, was das Risiko eine Geburt negativ wahrzunehmen erhöht. Das geburtshilfliche Personal ist sich seiner Verantwortung der Mutter und dem Kind gegenüber bewusst, welche gewisse Schutzmaßnahmen beinhaltet, die im Vorfeld nicht vorhersehbar sind. Häufig können notwendige Eingriffe im Nachhinein durch Gespräche aufgeklärt und verstanden werden (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 114).

In den letzten 25 bis 30 Jahren haben Interventionen, die eingreifend in den natürlichen Geburtsprozess sind, erheblich zugenommen. Überraschenderweise ist die Anzahl der Eingriffe in der Schwangerschafts- und Geburtsgruppe ohne Auffälligkeiten besonders stark gestiegen als die in der Risikogruppe. Trotz der höheren Steigerung bei der Geburtengruppe ohne Komplikationen, werden bei Risikoschwangerschaften die meisten Interventionen durchgeführt. Es ist jedoch überraschend, dass wehenfördernde Mittel bei einer normalverlaufenden Geburt häufiger angewendet werden. Herauszufinden gilt es, welchen Mehrwert für die Geburtshilfe die Zunahme der Interventionen bringt. Es ist möglich, dass die Zunahme der Eingriffe im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt steht und für eine Verbesserung der Geburtsabläufe verantwortlich ist. Aktuell ist diese Begründung hoch umstritten. Seit 1988 gibt es keine Veränderungen in der Mütter- oder Säuglingssterblichkeit, sowie bei den Vitalwerten des Neugeborenen. Weshalb für Mutter und Kind scheinbar keine gesundheitlichen Fortschritte durch medizinische Interventionen entstanden sind. Der genaue Nachweis über Mehrwert oder Nachteil dieser Zahlen ist schwer zu erbringen. Grundsätzlich sollte es keine Rolle spielen, denn ohne Indikation, ohne vorherige Aufklärung und Einwilligung eines/einer Patienten/Patientin dürfen keine medizinischen Eingriffe durchgeführt werden. Dies gilt ebenso in der Geburtshilfe, auch dort sollte es zu keinem Machtmissbrauch durch geburtshilfliches Personal aufgrund der Hilflosigkeit einer gebärenden Frau kommen (vgl. Mundlos 2018, S. 74f). Kommt es zu Interventionen ohne notwendige Indikation, zum Beispiel Operationen und Eingriffe wie Dehnung des Muttermundes, Öffnen der Fruchtblase, voranbringende oder einleitende Medikamentenvergabe sowie weitere nicht notwendige Geburtseingriffe, kann davon ausgegangen werden, dass grenzüberschreitende geburtshilfliche Interventionen in den natürlichen Geburtsprozess vorgenommen wurden (vgl. dies. 2018, S. 78).

1.1 Physische Interventionen

Zu physischen Interventionen zählen Eingriffe, die ohne Einverständnis und ohne den Willen der Frau vorgenommen werden. Es ist ein Grundrecht der Frau auch unter der Geburt eigenständige Entscheidungen über geburtshilfliche Maßnahmen zu treffen. Trotzdem werden Maßnahmen während der Geburt durchgeführt ohne die vorherige Zustimmung der Frau und/oder ausreichender Aufklärung über die Behandlung. In einigen Fällen ist ein schnelles Eingreifen unabdinglich und im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass Ärzte/Ärztinnen und Hebammen/Geburtspfleger im Sinne der Gesundheit für Mutter und Kinde handeln (vgl. Hillebrandt 2019, S. 45). Selbstverständlich kann es zwingend erforderlich werden, unangenehme oder schmerzhaft Eingriffe für die körperliche Gesundheit von Mutter und Kind vorzunehmen. Das Erlebte kann zu einer völlig anderen Erfahrung gemacht werden, wenn dabei darauf geachtet wird, wie der Frau die notwendige Intervention nahegelegt, erläutert und wie diese durchgeführt wird (vgl. Franke 2020, S. 5).

Zu einer für die Frau unangenehmen physischen Intervention zählt unter anderem das in regelmäßigen Abständen Kontrollieren des Muttermundes in Form einer vaginalen Untersuchung während des Geburtsprozesses. Grund für diese Maßnahmen ist es, herauszufinden, wie weit die Geburt vorangeschritten ist. Aus medizinischer Sicht besteht dafür kein Anlass. Allerdings ist für die gebärenden Frauen die vaginale Untersuchung durch zum Teil wechselnde Personen beschämend, schmerzvoll und unangemessen (vgl. Ruppert/ Assel 2014, S. 158). Der Kristeller-Handgriff ist *„eine Methode, mit der durch wehensynchronen Druck auf das Gebärmutterdach in der Austreibungsphase die Geburt des Kindes beschleunigt werden soll (dies. 2014, S. 151).“* Leider kommt es noch immer häufig zur Anwendung des Kristeller-Handgriffes, obwohl dieser stark bedenklich ist, da es ein hohes Risiko für Mutter und Kind birgt. In England und Frankreich wurde diese Art von Eingriff bereits verboten (vgl. Mundlos 2018, S. 74). Dieser Eingriff ist für die Mutter sehr schmerzhaft und kann Hämatome verursachen. Zusätzlich kann es zu Rippenprellungen oder Frakturen sowie Schädigung der Gebärmuttermuskulatur kommen. Darüber hinaus erhöht sich das Risiko für das Ungeborene an Sauerstoffmangel durch vorzeitige Ablösung der Plazenta, steigender Hirndruck oder Schulterfehlstellungen zu leiden (vgl. Mundlos 2015, S. 44).

Ein Dammschnitt (Episiotomie) wird zwar nicht mehr routinemäßig durchgeführt, doch häufig kommt es kurz vor der Geburt doch noch zum Schnitt. Wird der Kopf nicht schnell genug geboren, so setzen Ärzte/Ärztinnen den Schnitt an und lassen den Damm nicht, wie natürlich vorgesehen, reißen. Es ist erwiesen, dass ein Dammriss besser verheilt,

da der Riss an der dünnsten Stelle entsteht und somit weniger Muskelgewebe betroffen ist. Allerdings ist ein Riss komplizierter zu nähen, was wiederum mehr Zeit für die Ärzte/Ärztinnen in Anspruch nehmen würde (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 156f). Die meisten Frauen, bei denen ein Dammschnitt durchgeführt wurde, haben zum Teil mehrere Wochen nach der Entbindung Probleme mit der Heilung der Damмнаht, welche zudem erhebliche Schmerzen verursachen kann (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 63).

Zum Einsatz eines vaginal-operativen Eingriffs (in Form einer Saugglocke oder Geburtszange) kommt es, wenn die Frau in der letzten Phase der Geburt nicht ausreichend Kraft für die Presswehen hat und sich der Zustand des Kindes verschlechtert. Beim Vakuumextraktor (Saugglocke) wird ein glockenförmiges Gerät, welches ein Vakuum erzeugt, an den Kopf des Kindes angesetzt. Beim Einsetzen einer Wehe zieht der/die Arzt/Ärztin an der Saugglocke, während die Frau versucht mitzupressen, damit der Kopf des Kindes schnell geboren werden kann. Neumann und Maier sind der Auffassung, dass diese Methode eine durchaus hilfreiche sein kann, wenn diese rechtzeitig eingesetzt wird. Weist ein Kind Folgeschäden auf, dann meist nicht im Zusammenhang mit der Saugglocke, sondern durch die zu lange Geburt und den dadurch entstandenen Sauerstoffmangel (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 66f). Dennoch birgt die Anwendung der Saugglocke Risiken. Nach der Entbindung entsteht beim Neugeborenen eine Schwellung am Kopf (Kephalhämatom), diese bildet sich meist nach kurzer Zeit zurück. Prellungen und Hautverletzungen können ebenfalls am Kopf des Säuglings auftreten. Die Blutruptur im Kephalhämatom begünstigt die Entstehung einer Neugeborenen-Gelbsucht in den ersten Tagen nach der Geburt. Ebenso besteht ein erhöhtes Risiko einer Gehirnblutung, wenn der Druck der Saugglocke nicht richtig eingestellt wurde. Einige Studien deuten darauf hin, dass die Geburtsbeendigung mit einer Saugglocke das Risiko für die Bildung eines Hirntumors erhöht. Letztendlich wurde dies nicht wissenschaftlich nachgewiesen (vgl. Befuss 2020, [Internetquelle]).

1.2 Psychische Interventionen

Für einen sicheren Geburtsprozess ist es notwendig, dass sich die Frau in einem geschützten Rahmen befindet. Dabei kommt es zählt nicht nur auf die räumliche Umgebung, sondern ebenso auf die geburtsbegleitenden Personen und deren Handeln und Äußerungen an (vgl. Sahib 2016, S. 25). Mit psychischen Interventionen ist vor allem die unsachgemäße Anwendung von Sprache gemeint. Durch das geburtshilfliche Personal kann es zu Äußerungen kommen, die für die Frau als abwertend und anmaßend empfunden werden kann. In einer qualitativen Studie von Jurgelucks (2004) wird deutlich, dass viele Frauen davon betroffen sind (vgl. Jurgelucks 2004, S. 55f). Dabei kommt es

zu Äußerungen wie: „*Jetzt stell dich nicht so an!*“ oder „*Du hast es dir doch selber ausgesucht!*“, welche zur Folge haben, dass sich die Frau unter der Geburt nicht wohl fühlt. Des Weiteren kann es zur Entwicklung von Versagensängsten, nicht einmal die Geburt des eigenen Kindes zu schaffen, kommen (vgl. Hillebrandt 2019, S. 44). Zusätzlich wird die unzureichende Betreuung der gebärenden Frau unter der Geburt als psychische Belastung empfunden. Unterdessen fühlen sie sich mit ihren Sorgen und Ängsten allein gelassen. Teilweise kommt es durch das Streuen von Ängsten, Erpressungen und Drohungen zur Manipulation von Entscheidungen bzw. Zustimmungen. Frauen werden unter Umständen durch das geburtshilfliche Personal zu Eingriffen überredet. Die Rechte und Wünsche der Frau bleiben dabei unberührt und die Selbstbestimmung geht verloren. Nicht selten werden Frauen angeschrien, ausgelacht und müssen Beleidigungen ertragen (vgl. Mundlos 2015, S. 35f).

Psychische Interventionen, die auf emotionaler Ebene angewendet werden, sind meist im Nachhinein umstritten und nur schwer zu beschreiben. Dies beginnt bei ignoranten Verhaltensweisen und steigert sich bis hin zu massiven Beleidigungen gegenüber Frauen und Begleitpersonen. Mundlos (2015) ist der Auffassung, dass psychische Gewalt fast immer in körperliche Gewalt übergeht und andersherum ebenso (vgl. Mundlos 2015, S. 33). Es ist bewiesen, dass es einen Zusammenhang zwischen den Handlungen des geburtshilflichen Personals und der positiven oder negativen Wahrnehmung der Geburt gibt. Respektloses Auftreten sowie ignoranten Verhalten durch Ärzte/Ärztinnen oder Hebammen/Geburtspfleger während der Geburt erhöhen die Ängstlichkeit bei den Frauen (vgl. Friedrich u. a. 1997, S. 63). Empfindungen, die von einer Frau während der Geburt wahrgenommen werden, sind subjektive Eindrücke, doch der objektive Blick von Außenstehenden, zum Beispiel Hebammenschülerinnen/Geburtspflegeschüler oder Begleitpersonen, stellen die grenzüberschreitenden Handlungen ebenso fest (vgl. Mundlos 2015, S. 35).

2 Ursachen für grenzüberschreitendes Handeln in der Geburtshilfe

Das Auftreten von grenzüberschreitenden Handlungen ist weit verbreitet und kommt auf der ganzen Welt vor. Das lässt darauf schließen, dass diese Handhabungen nicht ausschließlich einzelnen Kliniken oder Personen zuzuordnen sind, sondern ein gesellschaftliches Phänomen sein müssen. Aufgrund dessen ist ebenso ein Augenmerk auf die strukturellen Ursachen zu legen (vgl. Mundlos 2015, S. 34).

2.1 Strukturelle Ursachen

Ein Krankenhaus benötigt eine bestimmte Menge an Fallzahlen, um alle Kosten decken zu können. Seit der Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG-System), die die Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem bilden, benötigt jeder zu behandelnde Patient eine Diagnose, damit das Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten kann. Durch das Nichtvorhandensein von Diagnosen bei natürlich gebärenden Frauen mussten mehr als hundert Kreißsäle geschlossen werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kosten nicht ausreichend gedeckt werden konnten. *„Das Neugeborene wird schon vor seiner Geburt zum Fall und somit zum Teil eines Wirtschaftskreislaufs, der nicht auf Bedarf, sondern auf Ertrag ausgelegt ist (Bruns 2014, S. 1121).“* Bruns (2014) spricht im Artikel „Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt“ auch von nicht notwendigen Eingriffen während der Geburt, um mehr Kosten abrechnen zu können (vgl. ders. 2014, S. 1121). Aus wirtschaftlicher Sicht ist eine normale Geburt ohne geburtshilfliche Eingriffe ein Minus-Geschäft für die Kliniken. Einzelne Interventionen unter der Geburt werden von den Krankenkassen gesondert finanziert, so dass sich viele Eingriffe erst dann für die Klinik lohnen. Es ist davon auszugehen, dass wirtschaftliche Anreize für Operationen, Schnitte, Nähen und Narkosen gegeben werden. Darüber hinaus werden, um Kosten zu minimieren, Mitarbeiter eingespart. Mit dem Versuch, durch künstliches Voranbringen der Geburt, die beste oder auch rentabelste Nutzung von Räumlichkeiten und Mitarbeitern zu erreichen, können viele andere Aufgaben nicht mehr ausgeführt werden. Für sensible Aufklärungsgespräche über eingreifende Interventionen, Zustimmungseinholung bei der betroffenen Frau oder empathisches Auftreten gegenüber der Frau scheint es keine Zeit zu geben (vgl. Mundlos 2018, S. 77).

Der Zugang zur Hebammenausbildung für Männer ist erstmals 1985 in das Hebammengesetz (HebG) aufgenommen worden, weshalb im folgenden Absatz nur von Hebamme gesprochen wird (vgl. § 1 HebG 1985). Mit dem Wechsel der Geburten von der Häuslichkeit ins Krankenhaus, Mitte des 20. Jahrhunderts, haben sich die Zuständigkeitsbereiche zwischen Ärzten/Ärztinnen und Hebammen verschoben. Früher übernahmen

Hebammen die Leitung der Geburten. Ärzte/Ärztinnen wurden lediglich zu medizinischen Notfällen hinzugezogen. All die Erfahrung und das Wissen über die Geburt galten den Hebammen. *„In der geburtshilflichen Praxis der Klinik führt die überschneidende Kompetenz zwischen zwei nicht gleichgeordneten Professionen häufig zu Rivalitäten und Reibereien (Friedrich u. a. 1997, S. 52).“* Diskutiert wird dabei häufig über die Relevanz der Eingriffe in den Geburtsverlauf, zum Beispiel medizinische Eingriffe, um den Geburtsvorgang zu beschleunigen. Ein enormer Nachteil der institutionalisierten Geburtsmedizin besteht darin, dass aufgrund des Fortschreitens der technischen Überwachung das geburtshilfliche Wissen der Hebammen verloren geht (vgl. Friedrich u. a. 1997, S. 52). Geschuldet ist das dem Versuch der Risikominimierung bei einer Geburt. Ärzte/Ärztinnen stehen einer Geburt eher medizinisch gegenüber, während Hebammen an alten Traditionen ihrer Erfahrungen festhalten. Als Beispiel sei die unterschiedliche Auffassung zum Dammschnitt genannt: Hebammen nutzen altes Wissen, um den Damm zu schützen, während Ärzte/Ärztinnen vorsorglich einen Schnitt machen (vgl. Friedrich u. a. 1997, S. 61).

Mitte der Achtziger Jahre entstanden die ersten Geburtshäuser. In Geburtshäusern arbeiten Hebammen/Geburtspfleger ohne ärztliche Überwachung. In den vergangenen Jahren haben sich die Haftungsprämien für die Hebammen/Geburtspfleger jedoch massiv erhöht, so dass zahlreiche Geburtshäuser schließen mussten, da sie sich wegen des finanziellen Mehraufwandes nicht halten konnten. Mittlerweile gibt es 15 Krankenhäuser in Deutschland mit hebammenbegleiteten Kreißsälen als Alternative zu den Geburtshäusern. Es werden jedoch immer mehr Frauen als risikoschwanger eingestuft, so dass eine Geburt ohne ärztliche Kontrolle unmöglich ist (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 154). Immer häufiger kommt es zur Einstufung der Risikoschwangerschaft bei Frauen. So waren es 1990 noch 34 Prozent der Frauen, die als risikoschwanger eingestuft wurden, während 2013 sich die Zahl auf 76 Prozent erhöht hat. Diese Einstufung dient als Rechtfertigung für erhöhten Handlungsspielraum bei geburtshilflichen Maßnahmen und zeigt die Pathologisierung der Geburt (vgl. Mundlos 2018, S. 2f).

In der vom Picker Institut durchgeführten Umfrage im Jahr 2015 gaben 46 Prozent und somit fast die Hälfte der Hebammen/Geburtspfleger, die im Kreißaal arbeiten an, häufig drei Frauen unter der Geburt gleichzeitig zu betreuen. Etwa 13 Prozent der Hebammen/Geburtspfleger sorgen häufig sogar für vier Frauen gleichzeitig und 5 Prozent für mehr als vier. Eine weitere vom Picker Institut durchgeführte Umfrage im Jahr 2016 ergab, dass die in Krankenhäusern beschäftigten Hebammen/Geburtspfleger eine höhere Arbeitsbelastung haben als andere Berufsgruppen, die an der Patientenversorgung beteiligt sind. In Sachsen und Sachsen-Anhalt gaben mehr als die Hälfte der angestellten

Hebammen/Geburtspfleger an, sich nicht mehr ausreichend um gebärende Frauen kümmern zu können, so wie es notwendig wäre. Dies ist ein weiteres Merkmal für die hohe Belastung, der Hebammen ausgesetzt sind. In diversen Umfragen von Geburtsbegleitern innerhalb Deutschlands wurden Hebammen/Geburtspfleger befragt, wie sich ihre Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren verändert hat. Zusammenfassend berichteten die meisten beschäftigten Hebammen/Geburtspfleger aller Studien über einen signifikanten Anstieg des Arbeitsaufwandes (vgl. Albrecht u. a. 2019, S. 37- 40). Trotz der hohen Belastung setzt sich die Entwicklung in Richtung Zentralisierung der Kliniken fort. Aus dem Krankenhausbericht der AOK aus dem Jahr 2017 geht hervor, dass die Zahl der Geburten, für den Erhalt der geburtshilflichen Station, bei mindestens 500 im Jahr liegen müsste. Bei einer Festlegung dieser Mindestzahl würde es die Schließung für mindestens ein Drittel der noch 700 Kreißsäle bedeuten. Dabei geht es nicht nur um den hohen Kostenaufwand einer Geburt. Diejenigen, die einen Zusammenschluss der Kreißsäle befürworten, argumentieren mit dem Punkt Sicherheit für Mutter und Kind, da die Klinik im Notfall eine umfassende Versorgung bieten kann. Diesen Sicherheitsstandard können kleinere Kliniken nicht bieten. Dabei soll die häufige Anwendung geburtshilflicher Eingriffe die hohe Qualität der Einrichtung darstellen, denn ebenso wie bei anderen medizinischen Bereichen gelten auch hier die Mindestmengenbestimmungen für die Feststellung eines hohen Klinikstandards. Gegenargumente deuten jedoch auf die Entwicklung der letzten Jahrzehnte hin: diese zeigt, dass medizinischen Eingriffe eher angewendet werden, wenn der Zugang zu chirurgischen Geräten erleichtert ist, leider auch dann, wenn keine Notwendigkeit dafür besteht. Durch die Reduzierung der Kliniken entstehen weitere Anfahrtswege, welche bei den Frauen und Partnern bei Geburtsbeginn Stress auslöst, was wiederum dazu führt, dass frühestmöglich in die Klinik gefahren wird. Erwiesenermaßen kommt es bei frühzeitiger Aufnahme der Gebärenden in die geburtshilfliche Einrichtung zu häufigeren geburtseingreifenden Maßnahmen (vgl. Berndt 2020, [Internetquelle]). Neumann und Maier (2019) sehen den heutigen Krankenhausstandard als Fortschritt. Kreißsäle sind wohnlich eingerichtet, die Geräte nicht sichtbar, aber anwendbar bei Bedarf. Heutzutage ist es möglich, vom Partner zur Entbindung begleitet zu werden und ein unnötig langer Aufenthalt in der Klinik nach Entbindung ist auf Wunsch ebenfalls nicht notwendig. Der Wechsel des Personals während der Geburt wird als Nachteil einer Klinikgeburt empfunden. Dies entsteht in Abhängigkeit von der Dauer der Geburt sowie der Dienstpläne der Hebammen/Geburtspfleger. Zudem wird der Kreißsaal ein ungewohntes Umfeld bleiben, egal wie wohnlich dieser gestaltet wird (vgl. Neumann/ Maier 2019, S. 13).

Wie Mütter die Betreuung im Kreißaal erleben

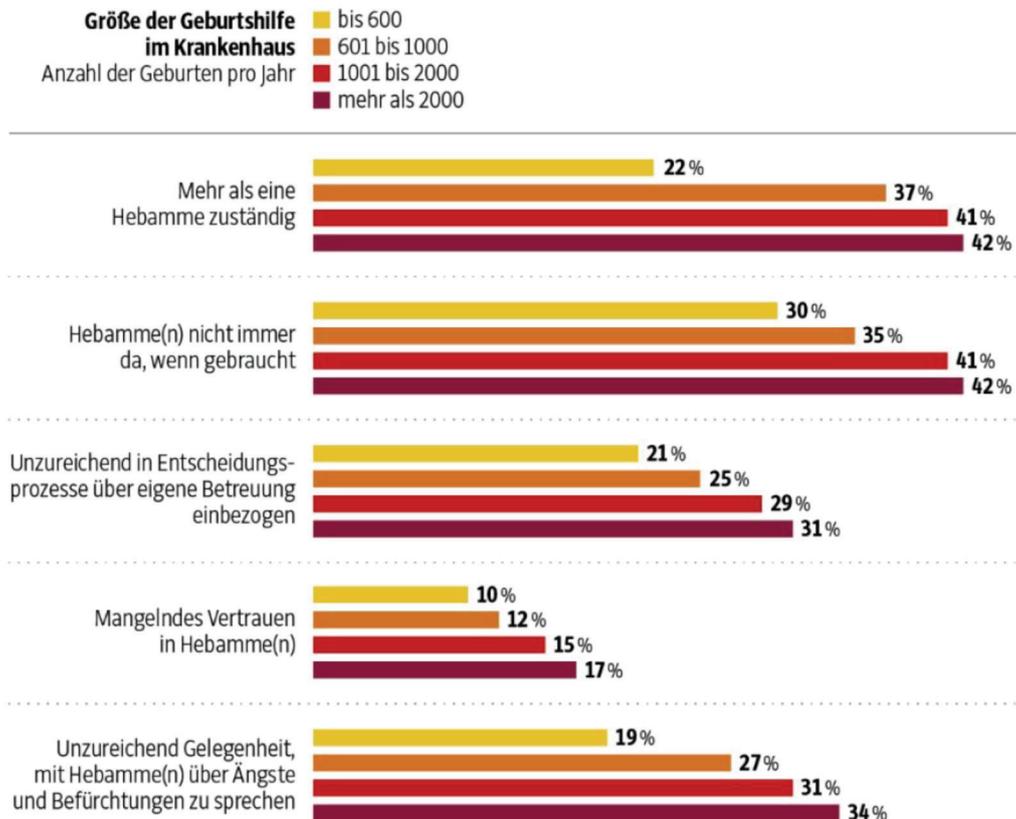


Abbildung 1: Umfrage unter 9600 Wöchnerinnen - Abhängigkeit des Geburtserleben mit der Größe der Klinik, Picker Institut

Quelle: (vgl. Berndt 2020, [Internetquelle])

Das Picker Institut führte eine Studie zum Wohlbefinden in den Kreißsälen während der Geburt abhängig von der Größe der Klinik. Dazu wurden 9600 Frauen nach der Geburt an 77 deutschen Kliniken befragt. Es stellte sich heraus, dass Frauen in großen Kliniken mit über 2000 Entbindungen pro Jahr mittelmäßige bis schlechte Erfahrungen gemacht haben im Vergleich zu Frauen in kleineren Kliniken. 34 Prozent der Frauen, die in großen Kliniken entbunden haben, gaben an, nicht genügend Gelegenheit erhalten zu haben, mit den Hebammen/Geburtspflegern über ihre Ängste und Befürchtungen zu sprechen. In einer kleinen Klinik betrug dieser Anteil nur 19 Prozent (vgl. Berndt 2020, [Internetquelle]). Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, fielen die Auswertungen für kleinere Kliniken auch in den Bereichen wechselnde und ausreichende Betreuung der Hebamme/Geburtspfleger, Einbezug der Entscheidung für geburtshilfliche Maßnahmen sowie Vertrauensbasis zur Hebamme/Geburtspfleger erkennbar besser aus (Abbildung 1).

Nach vielen Jahren berufliche Tätigkeit in der Geburtshilfe kann es beim klinischen Personal vorkommen, dass das emphatische Empfinden aufgrund der alltäglichen Arbeit gegenüber der gebärenden Frau verloren geht. Spürbar wird dies häufig durch die Hebammenschülerinnen/Geburtspflegeschüler, die versuchen sich für die Frauen einzusetzen, wenn sie grenzüberschreitende Maßnahmen im Kreißaal miterleben, denn sie identifizieren sich noch eher mit den gebärenden Frauen. Anmerkungen dergleichen, werden häufig nicht akzeptiert und es wird versucht das Handeln mit medizinischen und gesundheitlichen Gründen zu erklären, welches lediglich das Argument für die Angst vor rechtlichen Folgen darstellt (vgl. Franke 2020, S. 5).

2.2 Routinemaßnahmen als Ursachen

Heutzutage sind Kreißsäle gemütlich und schön eingerichtet und doch versteckt sich eine Vielzahl medizinischer Technik dahinter, welche für eine Geburt benötigt aber vor allem eingesetzt wird. Eine der Hauptroutinemaßnahmen während einer Geburt ist das Dauer-CTG-Schreiben. CTG steht für Kardiotokografie und ist „eine kontinuierliche Registrierung der fetalen Herzschlagfrequenz einschließlich der Wehen (Saling 2008, S. 190)“. Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung gehen 95 Prozent aller Frauen davon aus, dass das Schreiben des CTG's als Routinemaßnahme durchzuführen ist. Allerdings ist dies, so wie es Anwendung findet, aus keiner Richtlinie zu entnehmen (vgl. Böcken 2020, [Internetquelle]). Der Nutzen dieser Methode ist nicht hinreichend durch wissenschaftliche Erkenntnisse belegt. Die Bewegungsfreiheit der gebärenden Frau wird allerdings massiv eingeschränkt, wobei die meisten Frauen unter den Wehen einen starken Bewegungsdrang haben (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 158). Zusätzlich besteht ein erhöhtes Risiko, dass fehlerhafte Interpretationen zu unnötigen Interventionen führen (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 128). Die Kurven, die das CTG schreibt, haben wenig Informationsgehalt, da sie physiologische Vorgänge des Ungeborenen nicht berücksichtigen. Infolgedessen kommt es für das Kind zu risikoreiche Untersuchungen bis hin zum Notkaiserschnitt (vgl. Mundlos 2015, S. 40).

Die Geburtspositionen werden in Kliniken durch das geburtshilfliche Personal häufig vorgegeben. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um eine normal verlaufende Spontangeburt oder eine risikobehaftete, medizinisch unterstützte Geburt handelt. In der Austreibungsphase der Geburt müssen sich die Frauen noch immer häufig auf den Rücken legen. Diese Position ist nicht nur gebärungünstig, sondern birgt ebenso Risiken, wie schmerzhaftere, aber unwirksamere Wehen, Verletzungsrisiko des Dammes oder geringere Wahrnehmung der Presswehen. Beim Ungeborenen besteht das Risiko, keinen

oder unzureichend Sauerstoff zu bekommen oder es kommt zur Fehleinstellung des Kopfes in den Geburtskanal (vgl. Schmid 2011, S. 27).

Häufig werden Periduralanästhesien (PDA) bei der Aufnahme in den Kreißsaal direkt angeboten. *„Die Periduralanästhesie (PDA) ist (...) eine regionale Blockadetechnik, in deren Mittelpunkt das Rückenmark und seine unmittelbar zugehörigen Strukturen stehen (Larsen 1999, S. 301).“* Genau wie bei der Spinalanästhesie (SPA) ist es eine *„vorübergehende Unterbrechung der Nervenleitung durch Injektion eines Lokalanästhetikums“* und *„führt zu einer spezifischen sensorischen, motorischen und sympathischen Blockade und ermöglicht hierdurch eine Vielzahl chirurgischer Eingriffe (...) bei geburtshilflichen Eingriffen (Larsen 1999, S. 275).“* Durch die eingesetzte PDA erhält die gebärende Frau zunächst Entlastung, da sie den Schmerz der Wehen nicht mehr spüren kann. Allerdings führt das Narkotikum auch zum Spannungsverlust der Muskeln, woraufhin sich die Geburt verlängert. Durch die Betäubung des Rückenmarks wird die Wehenintensität nicht mehr wahrgenommen, weshalb die Frau nicht ausreichend mit den Wehen arbeiten kann, um einen Geburtsfortschritt zu erhalten. Dies wiederum führt zur Verlängerung des Geburtsprozesses, weshalb sich das Risiko für weitere geburtseingreifende Interventionen erhöht. Damit ist ein Teufelskreis losgetreten, der nicht selten in einem Kaiserschnitt endet (vgl. Mongan 2018, S. 215). Neumann und Maier sind der Meinung, dass alte Mythen über die PDA nicht mehr zutreffend sind. Heutzutage ist es möglich, durch gezielte Schmerzinjektion, die nur die empfindlichen Nerven (das bedeutet die Nerven, die den Schmerz leiten) zu betäuben und die Nerven für Motorik, die für Bewegung und Pressen verantwortlich sind, außen vor zu lassen. Den Grund, weshalb sich viele Frauen trotzdem gegen eine PDA entscheiden, sieht er in der Angst, sich von der Technik abhängig zu machen, sowie die Sorge möglicher Nebenwirkungen. Er nimmt an, dass die Frau durch eine PDA die selbstbestimmte Kontrolle der Geburt zurückerhält und das Risiko des Kontrollverlustes mit der Folge einer traumatisierenden Geburtserfahrung oder eines Kaiserschnitts reduziert (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 57f).

Um den Faktor „Zeit“ zu verringern, wird in gängiger Praxis versucht, die Geburt durch äußerliche Eingriffe zu beschleunigen. Bereits bei 22 Prozent der Frauen wird in den natürlichen Geburtsprozess mit der Einleitung der Geburt eingegriffen. Bei 40 Prozent der gebärenden Frauen werden wehenfördernde Mittel verabreicht, um die Geburt zu beschleunigen. Eine weitere Intervention, um die Wehentätigkeit voranzutreiben, ist das Öffnen der Fruchtblase (vgl. Mundlos 2018, S. 73). Bei Eingriffen in den natürlichen Geburtsprozess steigt das Risiko für weitere Interventionen wie PDA, Damm- oder Kaiserschnitt. Zudem ist die Dauer der Geburt bei einleitender Medikation im Schnitt länger, die Wehen kommen unregelmäßiger und werden als wesentlich schmerzhafter

beschrieben. Die Frauen sind bereits erschöpft und übermüdet bevor die Geburt überhaupt angefangen hat (vgl. Mundlos 2015, S. 40).

Kommunikationsprobleme, die aufgrund des mangelnden oder verfälschten Wissens der Mutter und Zeitmangel entstehen, sind keine Seltenheit. In Notfallsituationen ist eine ausführliche Aufklärung durch die Ärzte/Ärztinnen nicht umsetzbar. Aber auch in ruhigeren Momenten fehlt meist das fachliche Wissen, um alle geburtshilflichen Interventionen nachvollziehen zu können. Das geburtshilfliche Personal ist enormen Druck ausgesetzt. Die Verantwortung für die Gesundheit von Mutter und Kind liegt in den Händen des geburtshilflichen Personals, weswegen es schwerfallen kann, rücksichtsvoll auf jede Empfindung der Mutter einzugehen (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 115).

Aufgrund der meist nicht notwendigen Routinemaßnahmen kann es bei der gebärenden Frau zu Stress kommen. Wenn der Körper Stress hat, schüttet dieser Adrenalin aus. Dies dient evolutionär dazu, den Menschen zu befähigen, bei Gefahr fliehen zu können. Daraus resultierend sorgt Adrenalin dafür, dass die Muskeln in Armen und Beinen besser mit Blut versorgt werden. Folgend wird die Gebärmutter mit weniger Blut versorgt und führt mit einem Mangel an endogenen Morphinen (kurz Endorphin), zu starken Schmerzen. Endorphin und Oxytocin werden unter der Geburt vom Körper, der keinen Stress hat, ausgeschüttet und wirken sich schmerzstillend aus (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 158). Die Schmerzwahrnehmung ist generell von Person zu Person unterschiedlich stark ausgeprägt. Jedoch sollte sich jede Frau zwischen den Wehen ausruhen und versuchen zu entspannen. Anspannung und Unruhe des Körpers, entstanden durch Angst, erhöhen das Schmerzempfinden. Dies hat wiederum zur Folge, dass sich das Gefühl des Ausgeliefertseins verstärken kann. (vgl. Sahib 2016, S. 23). Ebenso wirkt sich die Angst vor der Entbindung nachteilig auf den Geburtsprozess aus. Gemäß Erfahrungsberichten ist das Erleben einer Hausgeburt viel intensiver und wirkt sich entspannend auf die gebärende Frau aus, was wiederum zu einer gelingenden Geburt beitragen kann (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 10). Zudem können die Häufigkeit und Intensität der Wehen durch Stress nachlassen oder gar wegbleiben. Routinemäßig werden dann wehenfördernde Mittel verabreicht, um die Wehen wieder zu reaktivieren. Werden diese dann zu heftig, kommt ein wehenhemmendes Mittel zum Einsatz. Beim ungeborenen Kind kann es durch den Eingriff in den natürlichen Geburtsvorgang zum Sauerstoffmangel kommen, welcher wiederum abfallende Herztöne verursachen könnte. Um die Geburt sicher zum Abschluss zu bringen, folgen weitere Routineeingriffe, wie der Einsatz einer Saugglocke, Zange oder letztendlich der Kaiserschnitt (vgl. Ruppert/Assel 2014, S. 158). *„Es drängt sich somit folgender Verdacht auf: Es ist das medizinische Geburtssystem selbst, das die meisten derjenigen Probleme erzeugt, für deren Lösung es angeblich*

geschaffen worden ist (dies. 2014, S. 158).“ Geburtseingreifende Maßnahmen, wie zum Beispiel Geburtseinleitung, Vergabe wehenfördernder Mittel, PDA oder der Kristeller-Handgriff, werden als Folge zu weiteren Interventionen führen. Daher ist im Allgemeinen die Anzahl der Geburtsinterventionen angestiegen (vgl. Mundlos 2018, S. 76f). Neumann und Maier (2019) sind der Auffassung, dass *„Jeder Eingriff – ob als Einsatz von Wehenmittel, Dammschnitt, Saugglocke, Kaiserschnitt durchgeführt – hat eine Indikation und wird nicht wahllos angewendet (Neumann/Maier 2019, S. 116).*“ Diese werden von der Frau und dem Partner als grenzüberschreitende Intervention empfunden, da diese Eingriffe nicht in die Vorstellung der sich ausgemalten Geburt passen. Die Reaktion der Eltern ist darauf emotional, während die Geburtshelfer/Geburtshelferinnen rational handeln müssen (vgl. der./dies. 2019, S. 116).

Ist die Geburt überstanden, sollte der Säugling der Mutter unverzüglich auf die Brust gelegt werden, um eine erste Mutter-Kind-Bindung zu gewährleisten. Leider wird das Kind nach der Entbindung häufig noch immer erst gewaschen und gewogen bevor es der Mutter übergeben wird. Dies kann die Entstehung einer postpartalen Depression begünstigen. Es ist bereits vorgekommen, dass eine Frau nach einer Kaiserschnittgeburt bezweifelt, nachdem sie ihr Kind zum ersten Mal gesehen hat, dass es ihr eigenes Kind ist. Grund dafür ist, dass die Geburt nicht bewusst wahrgenommen und das Kind teilweise erst Stunden später zum ersten Mal an die Mutter übergeben wurde (vgl. Nisipel/Windsor-Oettel 2001, S. 84).

Für das Jahr 2017 gab das Statistische Bundesamt insgesamt 762 343 Klinikgeburten in Deutschland an. Davon sind 0,3 Prozent mit der Zange und 5,9 Prozent der Geburten mit einer Vakuumextraktion (Saugglocke) beendet worden. Bei 30,5 Prozent wurde die Geburt per Kaiserschnitt durchgeführt (DeStatis 2020, [Internetquelle]). Die Kaiserschnitttrate in Deutschland ist damit ausgesprochen hoch. Im Vergleich liegt Schweden bei gerade mal 17 Prozent. Erklärung dafür können ökonomische und rechtliche Hintergründe sein und somit ebenso zu den strukturellen Ursachen zählen. Durch die häufig nicht ausreichende Betreuung aufgrund des Hebammenmangels in den Geburtskliniken ist eine Vaginalgeburt risikobehafteter als die Durchführung einer Sectio. Zudem ist eine Sectio besser planbar und nimmt weniger Zeit in Anspruch (vgl. Amaral-Garci u.a. 2016, S. 1040). Neumann und Maier verweisen auf Forschungen, die darauf deuten, dass Kinder, die per Kaiserschnitt auf die Welt kommen weniger traumatisiert sind als Kinder, die "natürlich" geboren wurden. Die Bewertungen dieser Untersuchungen sind unterschiedlich. Vor allem wird die Nachhaltigkeit dieser Studien in Frage gestellt (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 14).

3 Postpartale Auswirkungen

Die Folgen dieser Erfahrungen können für das weitere Leben und den Alltag der betroffenen Familien verheerend sein. Die negativen Auswirkungen betreffen sämtliche Beziehungsformen, wie die Mutter- oder Vater-Kind-Bindung sowie auf die partnerschaftliche Beziehung. In einigen Fällen können psychische Konsequenzen, wie zum Beispiel eine posttraumatische Belastungsstörung, postpartale Depression oder auch Angst- und Panikzustände, auftreten. Aufgrund der traumatisierenden Erlebnisse entscheiden sich einige Frauen dazu, keine weiteren Kinder zu bekommen, obwohl ein Kinderwunsch besteht. Es kann auch der Wunsch nach einem Kaiserschnitt beim nächsten Kind entstehen. Je nach Ausmaß der Interventionen unter der Geburt kommt es zu körperlich nachgeburtlichen Auffälligkeiten bei Mutter und Kind. Mögliche Verletzungen können sein: Hämatome, Probleme mit der Naht oder übermäßige Blutungen. In Folge des Kristeller-Handgriffs kann es zu Rippenfrakturen, Milz-, Leber- oder Uterusrissen kommen (vgl. Mundlos 2018, S. 75). Wenn es während des gesamten Geburtsprozesses gelingt eigene Entscheidungen zu treffen, nicht blind allem zu glauben, Dinge hinterfragt und sich im Vorfeld Wissen aneignet, um seine Unabhängigkeit zu wahren, hat dies einen entscheidenden Vorteil. Verläuft unter der Geburt etwas nicht nach Plan, passiert etwas Unvorhersehbares, kann man sich selbst dafür verantwortlich machen, da man sich unzureichend informiert oder die falsche Lektüre verwendet hat. Wenn die Mutter jedoch der Geburtshilfe voll vertraut, ihr eigenes Körpergefühl vernachlässigt oder ignoriert und sich auf das geburtshilfliche Personal und dessen Technik verlässt, könnte es für die Mutter, durch einen negativen Geburtsverlauf mit ungewollten Eingriffen, zu psychischen postpartalen Folgen kommen (vgl. dies. 2018, S. 80).

3.1 Allgemein postpartale psychische Störungsbilder

Das Risiko, im Leben an einer psychischen Erkrankung zu leiden, ist für die Mutter nach einer Geburt am höchsten. „Generell können nach einer Entbindung drei psychogene Störungsformen auftreten: postpartaler Blues (PPB), Depression und Psychose (Unger/Rammsayer 1996, S. 153).“ Unterschieden werden die drei Störungsbilder in Beginn, Dauer und Ausmaß der Symptomatiken. Bei einer postpartalen Depression zeigen sich erste Symptome in den ersten drei Monaten nach der Geburt, welche Monate anhalten können. Die auftretenden Anzeichen sind die gleichen wie bei anderen Formen einer Depression. Ob die drei Störungsbilder in irgendeiner Form zusammenhängen ist nicht klar. Es könnten unterschiedliche Ausprägungen der Symptomatiken eintreten. Das Forschungsinteresse an PPB ist in der Vergangenheit gestiegen, vor allem um eine

Risikoeinschätzung für Folgepsychosen, wie postpartale Depression und einer Psychose machen zu können (vgl. Unger/Rammsayer 1996, S. 153 f).

Der sogenannte Babyblues ist im Vergleich zu den anderen Störungsbildern nicht behandlungsbedürftig und steht im engen Zusammenhang mit der starken Hormonumstellung der Frau nach einer Geburt. Der Begriff „Babyblues“ wird umgangssprachlich verwendet und kommt aus dem Englischen. Zu den Symptomen gehören häufiger Wechsel zwischen Trauer und Freude, starke Sensibilität und teilweise Schlafstörungen. Sollten diese Symptome länger als drei Tage andauern oder andere Veränderungen hinzukommen, könnte das der Beginn einer Depression oder Psychose sein. Allerdings kommt das nur sehr selten vor (vgl. Rohde 2014, S. 16-19).

Eine postpartale Psychose kann bereits am ersten Tag nach der Entbindung auftreten. Die Symptome erscheinen sehr plötzlich und es kommt zu unrealistischen Gedanken, Angstzuständen und einer massiven Veränderung des Verhaltens der Mutter im Allgemeinen. Im Gegensatz zu einer Depression ist die Stimmung der Wöchnerin bei einer Psychose manisch bis hypomanisch. Hinzu können Symptome wie gesteigerter Antrieb, verringertes Schlafbedürfnis, Gedankenrasen und Größenwahn auftreten. Besteht die Vermutung, dass eine Frau an einer postpartalen Psychose leidet, muss diese umgehend einem/einer Arzt/Ärztin vorgestellt werden. Es kann während einer Psychose zu wahnhaften Gedanken, wie zum Beispiel, dass das Kind verwechselt sei oder man es der Mutter wegnehmen möchte, kommen. *„Typischerweise ist die Mutter unter dem Einfluss der psychotischen Symptome nicht mehr in der Lage, ihre Handlungen richtig einzuschätzen (Rohde 2014, S. 29).“* Dadurch besteht für das Kind aber auch für die Mutter selbst eine starke Gefährdung (vgl. dies. 2014, S. 28f).

Traumatisierende Erfahrungen während der Geburt können die Psyche verletzen und hinterlassen bei den Frauen Spuren: *„Depressionen, Angst, Alpträume, Entfremdungsgefühle sowie Schuld- und Schamgefühle quälen die betroffenen Frauen oft noch lange Zeit nach der Entbindung und stören die Lebensqualität und Beziehungen in der Familie empfindlich (Jurgelucks 2004, S. 93).“* Bleiben dissoziative Symptome, wie die Trennung von Gefühlen und Gedanken oder Erinnerungslücken über einen längeren Zeitraum bestehen, kann das zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen, die behandlungsbedürftig ist (vgl. Jurgelucks 2004, S. 93). Bei einer PTBS werden schlimm wahrgenommene Situationen als eindringliche Erinnerung immer wieder durchlebt. Die Erinnerungen treten plötzlich und häufig unerwartet auf. Die Gefühle wie Handlungsunfähigkeit, Ohnmacht und Not werden so stark wahrgenommen als wäre man erneut in dieser Situation. Um solche Flashbacks zu vermeiden fangen die Mütter an, gewissen

Situationen aus dem Weg zu gehen. Zum Beispiel erzählen sie nicht von der Geburt, halten sich von anderen Müttern fern und vermeiden Spielgruppen (vgl. Rohde 2014, S. 31f).

3.2 Postpartale Depression

Der Begriff Postpartal setzt sich aus den lateinischen Wörtern „post“ für „nach“ und „partus“ für „Entbindung“ zusammen und steht inhaltlich somit für „nach der Entbindung“. Rohde verwendet in ihrem Buch ausschließlich den Fachbegriff „postnatal“, welches für „nach der Geburt“, jedoch aus Sicht des Kindes steht. Allerdings setzt sich die Begrifflichkeit „postnatal“ ebenfalls umgangssprachlich durch, weshalb Rohde sich in ihrem Buch für diese Bezeichnung entschied (vgl. dies. 2014, S. 18). In dieser Arbeit wird der korrekte Fachbegriff „postpartal“ verwendet.

In den ersten drei Monaten nach der Geburt zeigen 19,2 Prozent aller Mütter Symptome einer Depression, womit diese die häufigste postpartale Erkrankung darstellt. Nur etwa 20 – 40 Prozent der betroffenen Frauen suchen sich fachmännische Hilfe (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 419). Innerhalb des ersten Jahres sind circa 10 – 20 Prozent aller Mütter von einer postpartalen Depression betroffen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit liegt die Dunkelziffer bedeutend höher, da nur die Frauen, die sich in Behandlung begeben, erfasst sind (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 45).

Eine postpartale Depression äußert sich bei Müttern von Kleinkindern bis zu sechs Monaten durch beispielsweise vermindertes Interesse am Kind. Dabei fehlt die verbale und visuelle Kommunikation mit dem Kind. Zusätzlich entstehen häufig Stillprobleme, welche den Druck, dem Kind nicht gerecht zu werden, erhöhen. Auch bei Kindern depressiver Mütter kommt es häufig zu Schlafproblemen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Entwicklungsverzögerungen. Bei älteren Kindern kann es zu Bindungsstörungen sowie zu kognitiven und sozialen Einschränkungen kommen. Das Risiko, im späteren Leben selbst an einer psychischen Erkrankung zu leiden, ist bei betroffenen Kindern höher als bei Kindern, deren Mutter nicht von einer postpartalen Depression betroffen ist (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Möhler (2013) beschreibt multiple Entwicklungsnachteile für die kindliche Entwicklung postpartal depressiver Mütter. Unter anderem können bei den Kindern Aufmerksamkeitsdefizite, Abweichungen von Stimmung und Antrieb sowie fehlende soziale Kompetenzen auftreten. Die möglichen Folgen können eintreten, müssen aber nicht. Es ist stark von der Ausprägung der positiven oder negativen Verhaltensweisen der Mutter abhängig (vgl. Möhler 2013, S. 123f).

3.2.1 Begriff und Diagnostik

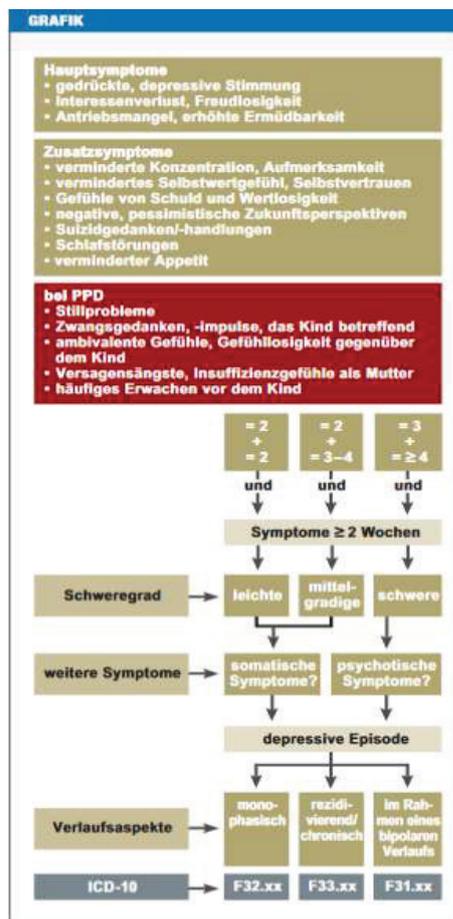


Abbildung 2:

Diagnosealgorithmus für unipolare Depression gemäß S3-Leitlinie

Quelle: Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420

Aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs mit der Geburt, abgrenzend zu anderen Depressionsformen, wird von einer postpartalen Depression (PPD) gesprochen. Gekennzeichnet ist diese durch den Beginn der Symptomatik meist vier Wochen nach der Entbindung des Kindes. Um die Diagnose Postpartale Depression stellen zu können, müssen mindesten zwei der Hauptsymptome und zwei bis vier der Zusatzsymptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen auftreten. (Abbildung 1) Wie in Abbildung 1 angegeben zählen zu den Hauptsymptomen depressive Verstimmung, Interessenverlust sowie Antriebslosigkeit einhergehend mit erhöhter Müdigkeit. Zusatzsymptome sind Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, gemindertes Selbstwertgefühl und Selbstzweifel, Konzentrationsschwierigkeiten bis hin zu Selbstmordgedanken (vgl. Sonnenmoser 2007, S. 82). Bei einer PPD können erschwerend Stillprobleme, Zwangsgedanken beziehend auf das Kind, Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind mit häufigen Versagensängsten als weitere Beschwerden hinzukommen (Tabelle 1). Anhand der Anzahl der Symptome kann der Schweregrad der Depression festgestellt werden. Eine depressive Episode kann unterschiedlich, das heißt monophasisch, also einmalig, rezidivierend, also wiederkehrend oder im Rahmen eines bipolaren Störungsbildes, also durch Hochs und Tiefs gekennzeichnet, verlaufen (Tabelle 1). Das ICD10 gilt für Mediziner als das anzuwendende Diagnosesystem. Im Kapitel V Abschnitt F werden die psychischen Störungen beschrieben. F3 sind die affektiven Störungen zugeordnet, die durch eine veränderte Stimmung, Antrieb oder Interessenverlust gekennzeichnet sind (vgl. Hautzinger/Thies 2009, S. 14f). Gemäß der Abbildung 1 ist die postpartale Depression den Kennzeichen F 31-32 zuzuordnen. F31 bezeichnet die Bipolare affektive Störung, wobei es zum Wechsel zwischen manischen oder hypomanischen Phasen sowie zu depressiven Episoden kommt. Die klassische Depression wird als F32 eingeteilt. Dabei lässt diese sich in eine leichte (F32.0) bis schwere Depression

(F32.2) unterteilen. Wenn die Depression wiederkehrend auftritt wird sie dem F33 zugeordnet (vgl. Hautzinger/Thies 2009, 63ff). Weder das DSM-5 noch ICD-10 hält eigene Diagnoseeinheiten für die postpartale Depression vor und wird daher der klassischen Kodierung für affektive Störungen zugeteilt (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420).

Abgrenzend zum Babyblues kann eine postpartale Depression jederzeit innerhalb eines Jahres nach der Geburt entstehen. Einige Wissenschaftler glauben, dass sich die Merkmale einer postpartalen Depression nicht von denen einer herkömmlichen Depression unterscheiden. Andere Forscher bezeichnen einige der Symptome einer PPD als „atypisch“ zu einer klassischen Depression, da diese sich gegenteilig ausprägen und weitere Auffälligkeiten hinzukommen (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 45f). Die postpartale Depression lässt sich in der Praxis in drei Typen unterteilen: „Insuffizienztyp“, „Zwangstyp“ und „Paniktyp“. Bei dem „Insuffizienztyp“ stehen Versagensängste, Schuldgefühle und das Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein, als Symptomatik im Vordergrund. Zusätzliche Symptome können unter anderem Konzentrationsstörung, Antriebsmangel, Schlafstörung, Appetitlosigkeit und noch einige weitere sein. Der „Zwangstyp“ kommt wesentlich seltener vor, ist jedoch aufgrund der starken „Schuld- und Schamgefühle mit einem enormen Leidensdruck verbunden“. Zu den Symptomen zählen Gedanken, dem eigenen Kind etwas anzutun, starke Scham- und Schuldgefühle, Panik vor Kontrollverlust und auffälliges Vermeidungsverhalten. In seltenen Fällen kann es auch zu Gedanken, sich selbst etwas anzutun, kommen. Beim „Paniktyp“ kommt es zum erstmaligen Erscheinen von Panikattacken im Zusammenhang mit depressiver Verstimmung (vgl. Rohde 2014, S. 21f). Die Ausprägung einer Depression kann stark variieren, wobei es sich um die leichte, mittlere und schwere Form einer Depression handeln kann (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 45).

Nach der Geburt macht sich eine Frau mit depressiver Symptomatik Gedanken über die Mutterschaft und ob sie den Anforderungen gerecht werden kann. *„Erste Anzeichen können auch Schwindelgefühle und innere Unruhe in Verbindung mit Herzklopfen sein (Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 46).“* Sie erlebt einen Zustand, als hätte sie versagt und könnte den Bedürfnissen ihres Kindes nicht gerecht werden. Häufig wird dieser Zustand mit Erschöpfung gleichgesetzt und gedacht, es wird wieder besser. Die eigenen Erwartungen und der gesellschaftliche Druck geben vor, dass die Zeit nach einer Geburt mit positiven Gefühlen einhergehen muss. Wenn das nicht zutrifft, werden die Gefühle, aus Scham als Mutter versagt zu haben, verleugnet. Es ist äußerst selten, jedoch besteht ein Risiko zum Suizid für die Mutter (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 420). Bei Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft psychotische Auffälligkeiten

wie zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten gezeigt haben, kann es durch die postpartale Depression zu erneuten gleichartigen Verhaltensweisen kommen. Diese können für einen Spannungsabbau sorgen oder den Wunsch „sich wieder zu spüren“ dienen (vgl. Rohde 2014, S. 21).

3.2.2 Ätiopathogenese und Risikofaktoren

„Prinzipiell kann jede Frau nach einer Entbindung an einer psychischen Störung erkranken, allerdings gibt es einige Faktoren, die das Risiko erhöhen (Rohde 2014, S. 43).“

Durch ein statistisches Verfahren haben sich 13 spezifische Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression ergeben, von denen zehn zumindest einen mittelstarken Einfluss haben. Darüber hinaus sind die Einflüsse der Risikofaktoren Familienstand, sozioökonomischer Status und ungeplante/unerwartete Schwangerschaft eher gering. Das größte Risiko zeigte sich durch psychiatrische Auffälligkeiten vor oder während der Schwangerschaft. Ebenso hoch ist das Risiko bei einer Frau, in eine psychische Krise zu geraten, die keine oder kaum Unterstützung durch ihr soziales Umfeld hat oder sich in einer belastenden Beziehung befindet. Eine weitere Studie bestätigt die Risikoerhöhung um 6 Prozent an einer postpartalen Depression zu erkranken, wenn die Frau häuslicher Gewalt ausgesetzt ist (vgl. Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, S. 421). Für Frauen, die als Kind selbst vernachlässigt wurden oder sexuellen Missbrauch erfahren mussten, erhöht sich das Risiko gleichermaßen, an einer postpartalen Depression zu erkranken (vgl. Möhler 2013, S. 121f).

Ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer psychischen Störung ist, hier Depression, das Vorkommen ein oder mehrerer großer Lebensereignisse, die häufig mit erheblichen Veränderungen einhergehen. Unter anderem können das auch positive Erlebnisse/Erfahrungen sein, die das Leben verändern, aber eine große Umstellung mit sich bringen. Auch wenn die Schwangerschaft und Geburt ohne Komplikationen verlaufen ist, kann eine Frau an einer postpartalen Depression erkranken. Die körperliche und psychische Umstellung nach der Geburt ist enorm und bedarf einer außergewöhnlichen Anpassung der Frau. Die Anfälligkeit (Vulnerabilität) für eine psychische Störung ist zu dieser Zeit erhöht (vgl. Rohde 2014, S. 43f). Ebenso zählt als Risikofaktor für das Auftreten einer Depression nach der Geburt die fehlende oder nicht ausreichende soziale Unterstützung, aber auch Probleme in der Partnerschaft, vor allem wenn die Problematiken bereits vor der Geburt bestanden haben (vgl. dies. 2014, S. 51).

Berechnungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) weisen darauf hin, dass die Zahl der Menschen, die an einer Depression erkranken in Zukunft weiterhin zunehmen wird. In der Vergangenheit haben die Familien generationsübergreifend zusammengelebt und gegenseitige Unterstützung erfahren. Heutzutage leben Familien zum Teil aus zum Beispiel beruflichen Gründen weit weg voneinander. Die jüngsten Forschungsergebnisse zur postpartalen Depression zeigen, dass depressive Symptome während der Schwangerschaft ein wichtiger Risikofaktor für Depressionen nach der Geburt sind (vgl. Rohde 2014, S. 53f). Eine frühere Studie hat ergeben, dass Frauen mit einem negativen Geburtserlebnis in der postpartalen Zeit eher zu Depressionen neigen, obwohl sie eine komplikationslose Schwangerschaft hatten. Daraus lässt sich schließen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten depressiver Verstimmungen und dem Eintreten einer unvorhergesehenen komplizierten Geburt besteht (vgl. Unger/Rammsayer 1996, S. 161). Langfristig können sich Geburtsängste für weitere Kinder entwickeln, welche zur Folge haben, dass kein weiteres Kind geboren oder bei erneuter Schwangerschaft um eine geplante Sectio gebeten wird (vgl. Rohde 2014, S. 91). Möhler geht davon aus, dass traumatische Geburtserlebnisse zu den risikoe erhöhenden Faktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression zählen. Es besteht allerdings auch eine Risikoerhöhung für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung, die häufig mit einer postpartalen Depression verwechselt wird (vgl. Möhler 2013, S. 123).

Wie auch bei anderen Störungsbildern, hängt eine Erkrankung nach der Geburt mit unterschiedlichen Einflussfaktoren zusammen. Es wird dabei von einer „multifaktoriellen Verursachung“ gesprochen. Auch bei einer postpartalen Depression sind die unterschiedlichen Faktoren von großer Bedeutung. Je mehr negative Faktoren auftreten, desto schneller beziehungsweise schwerwiegender kann eine Depression entstehen oder verlaufen (vgl. Rohde 2014, S. 43). In diesem Fall sprechen Fachkräfte von „Vulnerabilität“. Der Begriff steht für die Bedeutung der Verletzlichkeit, Verwundbarkeit und Anfälligkeit. Das Wort stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Wunde. Nach heutigem Kenntnisstand setzt sich die Vulnerabilität aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammen. Das können zum Beispiel die eigene Biografie oder Erfahrungen in der Familie sein. Eine erhöhte Anfälligkeit könnte aus der Vorgeschichte abgeleitet werden, wenn eine Person zum Beispiel in anderen extremen Situationen psychische Auffälligkeiten gezeigt hat. Wenn eine psychische Erkrankung, wie zum Beispiel Depression vor der Schwangerschaft diagnostiziert wurde, ist das Risiko, nach der Entbindung erneut (rezidivierend) zu erkranken, sehr hoch. Allerdings hängt das Rezidivrisiko von der Art der Erkrankung, der Häufigkeit, des Ausmaßes sowie der Behandlung ab (vgl. dies. 2014, S. 48f).

3.2.3 EPDS als Selbsttest

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ist ein Fragebogen, der als Selbsttest ausgefüllt werden kann, um herauszufinden, ob postpartale Auffälligkeiten vorliegen, für die es einer Behandlung bedarf. Das Screening-Instrument findet weltweit in der täglichen ärztlichen Praxis und in wissenschaftlichen Studien Anwendung. In einem Punktesystem werden die Antworten der zehn Fragen addiert. Mit der Gesamtzahl kann ermittelt werden, ob erste bestehende Symptome eine ernstzunehmende Problematik darstellen. Eine genauere diagnostische Abklärung sollte bei einem Wert über 12 oder 14 gemacht werden. Bei einem Gesamtwert über 20 ist sicher davon auszugehen, dass eine behandlungsbedürftige Störung vorliegt, die nicht ohne weitere Hilfe abklingen wird. Aus diesem Fragebogen kann jedoch keine Diagnose gestellt werden. Dies erfolgt ausschließlich durch einen/einer Arzt/Ärztin (vgl. Rohde 2014, S. 23f).

Der Fragebogen wurde 1987 von Dr. J. L. Cox für die Erfassung von postpartaler Depression entwickelt und bietet eine gute Grundlage für einen Gesprächsablauf, um das emotionale Befinden der Mutter auszuwerten. Nispel und Windsor-Oettel sind der Auffassung, den Fragebogen bei allen Wöchnerinnen und nicht nur bei Frauen mit depressiven Auffälligkeiten einzusetzen. Die Beantwortung des Fragebogens nimmt nicht viel Zeit in Anspruch und gibt schnelle Auskunft über mögliche Probleme. Er bietet die Möglichkeit, dass weniger betroffene Frauen durch das Sicherheitsnetz fallen (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 191).

Eine Beispiel-Frage lautet: „konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen“ mit den Antwortmöglichkeiten: „0 so wie ich es immer konnte“, „1 nicht ganz so wie sonst immer“, „2 deutlich weniger als früher“ und „3 überhaupt nicht“. Die Antworten beziehen sich auf die Gefühlszustände der vergangenen sieben Tage beziehungsweise auf die Anzahl der Tage nach der Entbindung, falls es weniger als sieben Tage sind (vgl. EPDS Fragebogen, siehe Anhang).

3.2.4 Behandlungsmöglichkeiten

Bei der postpartalen Depression sowie auch allen anderen Formen einer Depression, wird der „multimodale Therapieansatz“ als bestmögliches Verfahren angestrebt. Dabei werden unterschiedliche Behandlungsmethoden verknüpft. Für gewöhnlich kommt es bei Depressionen zu einer Kombination aus Psychotherapie, Pharmakotherapie (Behandlung mit Medikamenten) und dem Aufbau sozialer Kompetenzen. Die gängigsten Medikamente, welche bei allen Depressionsformen eingesetzt werden, gehören zur Kategorie „Antidepressiva“. Weitere Medikamente können als Unterstützung herangezogen

werden (z. B. Schlafmittel). In Ausnahmefällen kann die Gabe von Beruhigungsmitteln in Form von Tranquilizer notwendig sein. Da diese ein Abhängigkeitsrisiko bergen, sollte eine Anwendung nicht von langer Dauer sein (vgl. Rohde 2014, S. 67f).

Sollte eine Psychotherapie in Erwägung gezogen werden, muss sich um einen geeigneten Therapieplatz bemüht werden. Oftmals kommt es dabei zu langen Wartezeiten. Bei ausgeprägten Folgeerscheinungen nach einer traumatisierenden Geburtserfahrung ist es empfehlenswert, eine zeitnahe Psychotherapie anzustreben. Rohde (2014) empfiehlt als geeignete Therapieformen die Verhaltenstherapie beziehungsweise je nach Eignung eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (vgl. dies. 2014, S. 64). Aufgrund des fehlenden Bezugs zur Fragestellung dieser Arbeit werden an dieser Stelle die Therapieformen nur benannt und es wird nicht weiter auf diese eingegangen.

Diederichs (2016) hat eine körperorientierte Krisenbegleitung (KKP) für Frauen, die unter der Geburt psychische oder physische grenzüberschreitende Eingriffe erleben mussten, entwickelt. Unwichtig dabei ist, ob es um die subjektive Einstellung einer nicht perfekt abgelaufenen Geburt handelt oder ob überflüssige geburtseingreifende Maßnahmen durchgeführt wurden. Meistenteils suchen die Mütter die KKP auf, wenn aufgrund der nicht bearbeiteten negativen Geburtserfahrung der Leidensdruck für die Mutter zu stark wird und erste Anzeichen beim Neugeborenen im Sinne von Schrei- und Unruheepisoden entstehen. Weitere negativen Auswirkungen erstrecken sich auf die Mutter-Kind-Interaktion, sowie auf das soziale Helfersystem, im Sinne von Unverständnis für die Situation der Mutter (vgl. Diederichs/Weiffen 2016, S. 210). Wichtig für das soziale Umfeld ist zu verstehen, dass die Mutter einen Grund hat sich so zu verhalten und sie auf die Unterstützung des sozialen Netzwerkes angewiesen ist. Eine abwertende Einstellung der Mutter gegenüber wirkt sich kontraproduktiv auf die sichere Bindung aus. Wenn die Mutter von professioneller Seite dargelegt wird, dass sie keine Schuld an ihrer Situation hat, werden ihre Schuld- und Schamgefühle sowie die Überforderung der Verantwortung gegenüber ihrem Kind nachlassen. In der Krisenberatung wird ausführlich über die Geburts-erfahrungen gesprochen, dabei ist es wichtig den Zorn gegenüber dem geburts-hilflichen Personal und sich selbst gegenüber herauszulassen, um mit dem Thema abschließen zu können. Weiterhin wird innerhalb der Beratung auf das Thema Perfektion und Fehlerhaftigkeit eingegangen. Ziel ist es, sich seine Fehler einzugestehen, lernen damit umzugehen und verstehen, dass diese zum Leben dazugehören. Wenn das geschieht, kann der Vergebungsprozess beginnen. Nachfolgend kann eine verbesserte Mutter-Kind-Bindung entstehen und das psychische Wohlbefinden steigt (vgl. Diederichs/Weiffen 2016, S. 223f).

4 Präventions- und Unterstützungsmöglichkeiten

Frauen, die negative Geburtserfahrungen durch grenzüberschreitende Handlungen erfahren mussten, können sich Unterstützung suchen. Es kann eine entlastende Wirkung haben über die Geschehnisse mit einer außenstehenden Person zu sprechen. *„Viele Betroffene schämen sich für ihre –scheinbare - Gefühllosigkeit oder ihre schmerzlichen Gefühle und machen sich Vorwürfe, dass diese ihre Muttergefühle behindern oder überdecken. Wenn sie verstehen, dass es sich um eine natürliche Reaktion auf ein unnatürliches, überwältigendes Ereignis handelt, kann dies sehr erleichternd sein (Franke 2020, S. 12).“* In einigen Fällen besteht die Notwendigkeit, psychologische Hilfe für die Bewältigung der Geschehnisse in Anspruch zu nehmen (vgl. Hillebrandt 2019, S. 46).

Frauen, die in ihrem Leben bereits depressive Episoden oder eine postpartale Depression durchlitten, haben ein erhöhtes Risiko nach der Geburt eine postpartale Depression zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, sich bereits vor oder während der Schwangerschaft ausreichend zu informieren. Ebenso trifft das auf Frauen zu, die während der Schwangerschaft mit depressiven Verstimmungen zu kämpfen haben (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 174). Rohde empfiehlt, dass Frauen, die bereits in der Schwangerschaft depressive Symptomatiken aufweisen, sich rechtzeitig psychotherapeutische bzw. medikamentöse Hilfe und Unterstützung suchen (vgl. Rohde 2014, S. 54).

4.1 Unterstützung durch das soziale Umfeld

4.1.1 Arzt/Ärztin Allgemein und Gynäkologe/Gynäkologin

Bereits aus einer Studie von Neuhaus im Jahr 1994 ging hervor, dass vaginaloperative Entbindungen für die Frauen als Versagen empfunden werden und mit viel Enttäuschung einhergehen können. Mit diesem Wissen sollte durch eine ärztliche Betreuung im Wochenbett diesen Gefühlen entgegengewirkt werden. Eine weitere Erkenntnis für die positive Wahrnehmung des Geburtserleben ist, dass eine werdende Mutter während einer Geburt über alle geburtseingreifenden Entscheidungen aufgeklärt und in den Verlauf eingebunden werden müsste. Notfallentscheidungen sind dabei unberücksichtigt (vgl. Neuhaus 1996, S. 151). *„Ärzte müssten daher lernen, Grenzen zu respektieren und umfassend über erforderliche medizinische Maßnahmen informieren (Ruppert/Assel 2014, S. 149).“*

Bei der Bewältigung einer traumatisierenden Geburtserfahrung kann es hilfreich sein, im Nachhinein mit der/dem Hebamme/Geburtspfleger und/oder dem/der Arzt/Ärztin, die für die Geburt zuständig waren, ein Gespräch zu suchen. Auf diese Weise kann in Erfahrung gebracht werden, weshalb welche Maßnahmen oder Handlungen stattgefunden haben und welche Notwendigkeit diese hatten. Es kann weiterhin hilfreich sein, die verschiedenen Perspektiven zu kennen, denn in der Regel hat jeder Anwesende die Geburt anders wahrgenommen (vgl. Rohde 2014, S. 33).

Circa sechs Wochen nach der Geburt erfolgt routinemäßig die Nachsorgeuntersuchung der Frau durch den/die Gynäkologen/Gynäkologin. Nispel und Windsor-Oettel (2001) deuten darauf hin, dass, um postpartale Auffälligkeiten frühzeitig erkennen zu können, der Zeitraum von sechs Wochen zu lang ist, denn eine mit EPDS standardgemäße Testung als ärztliche Nachsorge würde sich als geeignetes Instrument anbieten. Die Entwicklung der postpartalen Depression kann zudem auch viel später, innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes, entstehen. Um auch diese Frauen unterstützen zu können, würden sich noch weitere Nachsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen/Gynäkologin als notwendig erweisen (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 195).

Abgesehen von geplanten Untersuchungen sind der/die Hausarzt/Hausärztin sowie der/die Gynäkologe/Gynäkologin ein/eine gute/guter Ansprechpartner/Ansprechpartnerin für eine erste Einschätzung über mögliche Behandlungsschritte. Sie können Auskunft darüber geben, wohin sich die betroffene Frau in solchen Fällen wenden kann und arrangieren, wenn nötig, einen zeitigen Termin bei einer psychiatrischen Praxis. Kommt es zu psychiatrischen Notfällen, kann der kassenärztliche Notdienst herangezogen werden. Der Kassenärztliche Notdienst ist *„für die regional gleichmäßige Verteilung der niedergelassenen Ärzte zuständig und organisieren die Notfall- und Bereitschaftsdienste in den Sprechstundenfreien Zeiten (Brokmann/Rossaint 2011, S. 7).“* Zugleich stehen psychiatrische Kliniken in Notfällen zur Verfügung. In der Klinik kann nach ersten Untersuchungen der weitere Werdegang, u. a. notwendige Maßnahmen, abgeklärt werden (vgl. Rohde 2014, S. 61f).

4.1.2 Geburtsvorbereitungskurs

Jede Geburt hat einen unterschiedlichen und unvorhersehbaren Verlauf. Das sollte immer und immer wieder in Vorbereitung auf die Geburt erwähnt werden. Durch die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs sollte das Gefühl der Angst reduziert werden. Frauen bekommen gezeigt, wie wichtig Entspannung sowie ruhige Atmung für die positive Wahrnehmung der Geburt sind. Damit soll kein Bild einer idealen Geburt dargestellt werden, sondern es sollte neugierig auf die Erfahrung machen (vgl. Neumann/

Maier 2019, S. 93). Im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses könnten nicht nur mögliche standardisierte Interventionen thematisiert, sondern sich auch mit den organisatorischen Vorgaben einer Klinik befasst werden, die den Handlungsspielraum von Hebammen/Geburtspfleger und Ärzten/Ärztinnen einschränken. Die Handlungen können zwar noch immer wie Angriffe erlebt werden, aber die Bewertung derer würde sich ändern. Die Frauen erfahren somit, dass diese Interventionen nicht aus Nachlässigkeit oder sogar Böswilligkeit durchgeführt wurden, sondern meist aus Notwendigkeit (vgl. Franke 2020, S. 5f).

„Prophylaxe durch Aufklärung“ im Rahmen der Geburtsvorbereitung stellt eine enorme Gelegenheit dar, das Risiko einer postpartalen Depression zu minimieren. Die/der Hebamme/Geburtspfleger bietet sich während des Geburtsvorbereitungskurses als möglicher/mögliche Ansprechpartner/Ansprechpartnerin bei postpartalen Problemen an. Für betroffene Frauen kann es dadurch leichter sein, den Zugang zu finden und sich rechtzeitig zu öffnen. Zudem ist es sinnvoll, geeignete Flyer mit Kontakt- und Informationsstellen für betroffene Frauen an die Hand zu geben. Dabei wird nicht nur das Thema bekannt gemacht, sondern auch sichergestellt, dass die Frau, aber auch der Partner, bei auftretenden Problemen die Einrichtungen kennen, an die sie sich wenden können. Nispel und Windsor-Oettel (2001) sprechen davon, dass die Themen postpartale psychische Probleme nicht ausführlich im Geburtsvorbereitungskurs besprochen werden sollten. Denn die Begriffe wie Depression und Psychose haben eine abschreckende Wirkung auf die werdenden Eltern. Sie empfehlen stattdessen auf die psychosozialen Risikofaktoren einzugehen, die eine Erkrankung begünstigen, wie zum Beispiel mögliche Veränderungen in der Beziehung durch eine neue Rollenverteilung nach der Geburt oder die gesellschaftlichen Erwartungen an eine gute Mutterschaft. Zusätzlich können Bewältigungsstrategien besprochen werden (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 184f).

Ein Geburtsvorbereitungskurs sollte als mentale Vorbeugung auf eine zu erwartende psychische Belastung dienen und Geburtsängste minimieren. Starke Ängste vor den Schmerzen unter der Geburt, können den Geburtsprozess beeinträchtigen. Ist die Frau darauf eingestellt starke Wehen zu bekommen, dann wird sie Wehen generell intensiver und schmerzhafter wahrnehmen. Schafft sie es jedoch sich von den Ängsten zu befreien und mit einer positiven Einstellung an die Geburt heranzugehen, besteht die Möglichkeit, die Schmerzen besser zu bewältigen. Aus diesem Grund bietet es sich an, bereits im Geburtsvorbereitungskurs über negative Gefühle zu sprechen und diese zweckgerichtet zu bearbeiten (vgl. Neumann/Maier 2019, S. 85).

4.1.3 Peri- und postpartale Betreuung der/des Hebamme/Geburtspfleger

Schwab und Möller (1996) fanden in ihrer Studie heraus, dass ein Zusammenhang zwischen einer guten Beziehung zur/zum Hebamme/Geburtspfleger und der allgemeinen Zufriedenheit des Geburtserlebens besteht. Ebenso wichtig ist es für die Mütter für ein positives Geburtserleben, sich nicht einsam oder verlassen zu fühlen. Diese Gefühle stehen im starken Zusammenhang mit Angst, welche sich negativ auf die Wahrnehmung des Geburtserlebnisses auswirken kann (vgl. Schwab/Möller 1996, S. 63f). *„Eine Risikoreduktion [an einer psychischen Störung zu erkranken] fanden sie bei Müttern, die nach der Entbindung intensive Unterstützung durch Hebammen bekamen (Hübner-Liebermann/ Hausner/Wittmann 2012, S. 421).“*

Aufgrund von Unaufgeklärtheit erhalten Frauen und ihre Familien noch immer nicht rechtzeitige und unangemessene Unterstützung. Die meisten Frauen, die nach einer Geburt unter depressiver Verstimmung leiden, wissen nicht woher die negativen Gedanken kommen und warum es ihnen schlecht geht. Diese Gefühle werden, aus Scham eine schlechte Mutter zu sein, verdrängt. *„Deshalb kommt den nachsorgenden Hebammen und GynäkologInnen entscheidende Bedeutung zu, wenn es darum geht, das Leid psychischer Störungen zu identifizieren und zu diagnostizieren (Jurgelucks 2004, S. 88).“* Nispel und Windsor-Oettel (2001) raten jeder/jedem Nachsorgehebamme/Geburtspfleger, sich behutsam nach dem Befinden der Mutter zu erkundigen, auch wenn es so scheint als wäre alles in Ordnung. Aufgrund der Erwartungen, eine glückliche Mutter sein zu müssen, werden die wahren Gefühle häufig unterdrückt beziehungsweise als solche nicht anerkannt. Oftmals liegen den betroffenen Frauen keine Kenntnisse über mögliche postpartale Problematiken vor und es ist schwierig, ihren Zustand mit der Geburt in Zusammenhang zu bringen. Viele Frauen gaben an, gehofft zu haben, von ihrer/ihrem Hebamme/Geburtspfleger nach ihren Gefühlen gefragt zu werden. Bei solch einem Gespräch gilt zu beachten, dass die/der Hebamme/Geburtspfleger der Frau verständnisvoll und empathisch gegenübertritt. Die Frau muss die Möglichkeit erhalten, ihre Gefühle ungehemmt und ohne Bewertung ausdrücken zu können, was eine befreiende und angstlösende Wirkung haben kann (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 186f).

Die Aufgaben der/des Hebamme/Geburtspfleger haben Grenzen, denn er/sie stellt keine Diagnosen und ist nicht für die Therapie zuständig. Ihre Themenbereiche liegen vor allem in der Begleitung, Beratung wie auch in der Aufklärung der Eltern. Weitere wichtige Bestandteile sind das Erkennen von Problemen sowie der Vermittlung von geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten (vgl. dies. 2001, S. 194). Wenn sich eine postpar-

tale Depression entwickelt hat, kann eine Betreuung durch die/des Nachsorgehebamme/ Geburtspfleger um einige Wochen verlängert werden (vgl. Rohde 2014, S. 85).

Vor einigen Jahren wurde im Rahmen der „Frühen Hilfen“ die von der Bundesstiftung Frühe Hilfen finanzierte Familienhebamme eingeführt. Diese ist für die Unterstützung von jungen Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes zuständig. Zu den Aufgaben zählen unter anderem die Förderung und Begleitung der Eltern im Hinblick auf eine positive Entwicklung des Kindes. Die Familienhebamme dient außerdem als Ansprechpartnerin bei Fragen zur Verpflegung und Erziehung des Kindes (vgl. dies. 2014, S. 85f).

4.1.4 Partnerschaft / Angehörige

Im Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt entstehen oftmals Einsamkeits- und Verlassenheitsgefühle bei der werdenden Mutter. Die Anwesenheit einer Begleitperson kann diesen Ängsten entgegenwirken und zu einem positiveren Geburtserleben beitragen (vgl. Schwab/Möller 1996, S. 69). Mundlos (2015) empfiehlt eine Doula, eine Frau, die selbst Kinder bekommen hat und unter der Geburt emotional zur Seite stehen kann oder eine gute Freundin, die bereits selbst Mutter ist und in die Geburtswünsche der werdenden Mutter eingeweiht ist, zur Geburt hinzuzuziehen (vgl. Mundlos 2015, S. 179). Eine werdende Mutter hat genaue Vorstellungen und Anforderungen an eine Geburt und an sich selbst. Ebenso macht sich der werdende Vater Gedanken über einen möglichen Ablauf der Entbindung. Es kann von Vorteil sein, sich mit seinem Partner oder der Begleitperson einen „Notfallplan“ zu erstellen für den Fall, dass die Geburt anders verläuft als geplant. Welche Rolle soll der Partner während der Geburt einnehmen und für welche Alternativen soll er sich einsetzen, wenn die Frau es nicht mehr klar ausdrücken kann. Gerade in Notfallsituationen fühlen sich die Begleitpersonen häufig überfordert und genauso handlungsunfähig wie die werdende Mutter selbst (vgl. Jurgelucks 2004, S. 75). Ein Geburtsplan kann dabei Abhilfe schaffen. Beim Eintreffen im Kreißaal wird der Geburtsplan der/dem Hebamme/Geburtspfleger übergeben, wodurch er/sie die Wünsche und Vorstellungen der werdenden Mutter erfährt. Dies soll keine Geburtsanleitung darstellen, kann jedoch dazu beitragen, absolut nicht gewünschte Interventionen zu vermeiden. Besonders hilfreich wäre es, wenn die Begleitperson darauf Acht gibt, dass die gebärende Mutter über jegliche Maßnahmen aufgeklärt wird und immer die Genehmigung für die Durchführung erteilt (vgl. Mundlos 2015, S. 180).

Ist die Unterstützung durch Partner, Familie und Freunden nach der Entbindung sichergestellt, gilt das als eine wichtige Vorbeugung (Resilienz) für die Entstehung einer Depression. Kann sich die Mutter darauf verlassen, dass bei der Versorgung des Kindes mitgewirkt wird, sie Zeit zum Durchatmen bekommt und die Verantwortung nicht allein trägt, kann das gegen depressive Symptomatiken wirken. Wesentlich für die Einschätzung der Relevanz der sozialen Unterstützung ist es, zu wissen, dass es natürlich ist nach einer Geburt an seine persönlichen Grenzen zu stoßen und Hilfe zu benötigen. Wenn durch das soziale Umfeld keine Unterstützung zur Verfügung steht, kann sich an Hebammen, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen gewendet werden. Eine weitere Hilfe könnte das Organisieren von Unterstützungsmöglichkeiten im Vorfeld durch den Partner sein. Ein weiteres Beispiel, um unterstützend zu handeln, wäre die väterliche Elternzeit in die ersten Monate nach der Entbindung zu legen (vgl. Rohde 2014, S. 52).

Einige Paare verlieren den Blick für ihre Problematiken und stehen dem hilflos und desorientiert gegenüber. Dabei gelingt es ihnen nicht, individuelle Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, um aus der Krise zu finden. Das soziale Umfeld kann aktiven Beistand leisten und sich überlegen, welche Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden können. Mögliche Hilfeangebote wären zum Beispiel wöchentlich einen Teil der Hausarbeit zu übernehmen, das Kind für kurze Zeit zu betreuen oder Mahlzeiten zu kochen. Angehörige und Freunde könnten, wenn der Partner es nicht kann, zusätzlich eine Einschätzung über die psychische Verfassung der Mutter geben (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 145). Ist die Belastungsgrenze durch die psychischen Probleme so hoch und ist die Frau selbst nicht mehr zurechnungsfähig, kann es passieren, dass die Angehörigen die Verantwortung für sie übernehmen und ggf. die Entscheidung für zum Beispiel einen stationären Aufenthalt treffen müssen. Zu solchen Situationen kommt es sehr selten, es ist jedoch notwendig über alle Eventualitäten informiert zu sein, so dass auch Angehörige mit in die Verantwortung gezogen werden können und entsprechend handlungsfähig sind (vgl. Rohde 2014, S. 121).

„Schuld und Trauer bilden ein fatales Paar, wenn keine Entlastung durch liebevolle Zuwendung von anderen Menschen erfolgt (Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 79).“

4.2 Unterstützung durch die Soziale Arbeit

4.2.1 Beratungsstellen

Bei Auftreten von depressiven Symptomatiken bereits während der Schwangerschaft, besteht die Möglichkeit sich an die Schwangerenberatungsstellen (z. B. Caritas, Diakonie, pro familia) zu wenden. Diese geben Auskunft über Unterstützungsmöglichkeiten vor und nach der Entbindung. Um einer postpartalen Depression entgegenzuwirken, können mögliche Maßnahmen besprochen werden, u. a. die Beantragung einer Haushaltshilfe bei der gesetzlichen Krankenkasse (vgl. Rohde 2014, S. 54f). Durch Unterstützungsmaßnahmen von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen können Belastungsfaktoren der Mutter und dem Partner verringert werden, wodurch eine sichere Eltern-Kind-Bindung gefördert, beziehungsweise sichergestellt werden kann (vgl. Brisch 2013, S. 120). Beratungsstellen, die sich auf Mütter beziehungsweise Eltern spezialisiert haben, sind ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit der postpartalen Betreuung. Für betroffene Frauen und Angehörige dienen Beratungsstellen als Informationsquelle, Unterstützung und schaffen Angebote. Mögliche Angebote können unter anderem Baby-Spielgruppen, Still-Gruppen oder Müttertreffs sein (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 195).

Der Verein „Schatten und Licht – Krise nach der Geburt“ stellt diverse Beratungsstellen und Angebote für betroffene Frauen auf ihrer Internetseite zur Verfügung. Jedoch sind entsprechende Hilfeangebote nicht in jedem Ort oder Landkreis vertreten. Sollte keine Hilfemöglichkeit in der nahen Umgebung vorhanden sein, so empfehlen Nispel und Windsor-Oettel sich dem/der Hausarzt/Hausärztin, Gynäkologen/Gynäkologin oder Hebamme/Geburtspfleger anzuvertrauen: Diese können Anregungen für den weiteren Werdegang geben und zu weiteren Fachkräften, unter anderem aus naheliegenden Fachbereichen, den Kontakt herstellen (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 156f).

4.2.2 Selbsthilfegruppen

Rohde (2014) berichtet ebenfalls vom „Schatten & Licht e. V. – Krise nach der Geburt“ die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Frauen mit peripartalen psychischen Störungen einen Raum zu geben, in dem sie sich Informationen zum Thema einholen, sich in Foren mit anderen betroffenen Personen austauschen oder in Form einer Selbsthilfegruppe in direkten Kontakt treten können. Dabei soll es durch die Unterstützung betroffenen Frauen und deren Angehörige ermöglicht werden, diese schwere Zeit besser zu überstehen (vgl. Rohde 2014, S. 88).

Aus der Studie von Jurgelucks geht hervor, dass sich viele Frauen, vor allem diejenigen die traumatische Geburtserfahrungen erleben mussten, wünschen würden, über die Geschehnisse während der Geburt in einem geschützten Rahmen sprechen zu können (vgl. Jurgelucks 2004, S. 87). Nispel und Windsor-Oettel (2001) haben, durch eine Studie mit 13 Selbsthilfegruppen zu postpartalen Erkrankungen mit 52 Teilnehmerinnen, herausgefunden, dass fast alle Teilnehmerinnen Selbsthilfegruppe äquivalent zu anderen Behandlungsformen empfanden. Ein Grund dafür könnte in der Solidarität und dem Verständnis, welches sich die Frauen gegenseitig schenken, liegen. Durch den Erfahrungsaustausch können sich neue Lösungsansätze entwickeln und Informationen über Literatur, Behandlungsmöglichkeiten, Experten oder Medikamente weitergegeben werden. Die Offenheit, die untereinander entstehen kann, bietet großes Heilungspotential. Die telefonischen Anfragen für Selbsthilfegruppen sind nicht selten, jedoch scheint die Hemmschwelle häufig noch zu hoch zu sein, denn eine persönliche Teilnahme wird gescheut (vgl. Nispel/Windsor-Oettel 2001, S. 149f).

Jede Schwangerschaft und Geburt verlaufen von Frau zu Frau unterschiedlich. Ebenso ist nicht jeder Mensch gleich, weshalb jede Behandlung je nach Hilfebedarf individuell angepasst werden sollte. Ist die Ausprägung der postpartalen psychischen Erkrankung leicht, kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ausreichend für die Bewältigung der Symptome sein. Wenn die Situation sich jedoch nicht ändert, ist es empfehlenswert, sich professionelle Unterstützung zu suchen (vgl. dies. 2001, S. 119).

4.2.3 Soziale Arbeit im Krankenhaus

Frauen, die ihr erstes Kind spontan und ohne Komplikationen entbunden haben, können mit dem klinischen Aufenthalt auf der Wöchnerinnenstation nach der Geburt besser umgehen. Im Gegenzug dazu wiesen Frauen die ihr erstes Kind per Sectio auf die Welt bringen mussten, einen erhöhten emotionalen Hilfebedarf im Wochenbett auf. Das bedeutet, eine intensivere Betreuung wäre für betroffene Frauen nach der Geburt auf der Wöchnerinnenstation von Vorteil (vgl. Ostkirchen u. a. 1996, S. 52).

Fast alle teilnehmenden Frauen der Studie von Jurgelucks (2004) halten eine umfassende Geburtsnachbesprechung für notwendig. Einige dieser Frauen haben sich nach einer gewissen Zeit eigenständig Hilfe gesucht und gaben an, dass es ihnen bei der Verarbeitung der Geburtserfahrungen geholfen hat. Jurgelucks geht davon aus, dass das Nachvollziehen des Ereignisses ein wichtiger Bestandteil für die Geburtsverarbeitung ist. Sie empfiehlt, dass jede Frau nach der Geburt ein solches Gespräch angeboten werden müsste. Der Zeitpunkt ist variabel und kann nach Bedarf von der Frau ausgewählt werden. Aus organisatorischer Sicht wäre das Anbieten auf der Wöchnerinnenstation

von Vorteil. Nachteilig wäre, dass die Geburtserfahrungen noch zu frisch sein können und die Frauen zu dieser Zeit nicht in der Lage sind, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Zudem können auch nach dem Klinikaufenthalt Fragen oder negative Gefühlszustände aufkommen (vgl. Jurgelucks 2004, S. 87). Eventuell würde sich für diese Arbeit ein/eine Krankenhaussozialarbeiter/Krankenhaussozialarbeiterin anbieten: Krankenhaussozialarbeiter/Krankenhaussozialarbeiterinnen sind für verschiedene Aufgabenbereiche einer/eines Patientin/Patienten zuständig, so zum Beispiel für psychosoziale-, soziale- und wirtschaftliche Beratung sowie für die ambulante und stationäre Nachsorge. Dabei unterstützt und berät der/die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin den/die Patienten/Patientin bei Angelegenheiten der Krankheitsbewältigung, gesetzlichen Betreuung, Haushaltshilfe oder zum Thema Langzeitpflege. Viele weitere Themenbereiche werden ebenfalls von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen in Krankenhäusern bearbeitet (vgl. Fritsch 2013, S. 15f).

Zusammenfassung und Ausblick

Psychische Folgen, die nach einer Geburt auftreten können, sind noch immer ein wenig bekanntes Phänomen. Frauen, bei denen sowohl ein unnötiges Maß an geburtshilflichen Interventionen durchgeführt wurde als auch Frauen, die unzureichende Versorgung/Betreuung unter der Geburt erlebt haben, entwickelten häufiger Symptome psychischer Auffälligkeiten. Hingegen dazu blieben Frauen, die ein hohes Maß an geburtshilflicher Betreuung und Aufklärung einzelner Interventionen erhielten, eher psychisch gesund. Diese Erkenntnisse sollten dazu führen, dass die geburtshilflichen Eingriffe während der Geburt sowie die Betreuung der gebärenden Frauen überdacht und entsprechend verbessert werden.

Anhand dieser Arbeit ist davon auszugehen, dass Frauen häufig noch immer nicht ausreichend in den Geburtsprozess einbezogen werden. Entscheidungen werden über ihren Kopf hinweg getroffen. Zum großen Teil wissen sie nicht welche Medikamente ihnen verabreicht oder zu welchem geburtshilflichen Mittel gegriffen wurde. Im Nachhinein beschreiben die Frauen, dass sie sich während der Geburt hilflos und ausgeliefert gefühlt haben. Durchaus gibt es Gegenargumente, die ihre Berechtigung haben. Argumentiert wird dabei, dass in Notfällen überlebenswichtige Entscheidungen und Maßnahmen getroffen werden müssen, die in der Eile nicht ausreichend kommuniziert werden können. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit ein aufklärendes Gespräch im Nachhinein mit der betroffenen Person zu suchen, um belastende Geburtserfahrungen besser verarbeiten zu können. Als weiteres Gegenargument wird das fehlende Wissen über Geburtsabläufe benannt, denn selbst wenn in ruhigen Situationen Interventionen besprochen werden können, fehlt es den Frauen und Angehörigen meist an medizinischem Wissen. Im Vorfeld wird sich lediglich mit der erhofften Traumgeburt auseinandergesetzt. Kommt es unter der Geburt zu Komplikationen, die eine medizinische Behandlung bedarf, fällt es der Frau schwer von ihrem Ideal loszulassen, während das geburtshilfliche Personal um die Gesundheit von Mutter und Kind bangt. Aus den Erkenntnissen in Kapitel 2.2 kann abgeleitet werden, dass das ein Grund für spätere psychische Problematiken sein könnte. Hilfreich wäre es, sich während der Schwangerschaft ausreichend über mögliche Maßnahmen, die unter einer Geburt durchgeführt werden, zu informieren. Diese Form der Aufklärung sollte unter anderem im Geburtsvorbereitungskurs eingebettet werden. An dieser Stelle sehe ich den gleichen Handlungsbedarf wie in Kapitel 2.2 erforscht. Durchaus ist es wichtig, sich eine Vorstellung von der Geburt zu machen, vor allem sich darüber im Klaren zu sein, was gewollt ist und was nicht. Dies kann im Vorgespräch bereits stattfinden, so dass sich das geburtshilfliche Personal auf die Wünsche

vorbereiten kann. Allerdings ist es ebenso wichtig, sich über mögliche Abweichungen in Form von geburtseingreifenden Maßnahmen, die während der Geburt entstehen können, zu informieren.

Mit der Nennung und Auflistung der geburtseingreifenden Maßnahmen wird nicht der Zweck verfolgt, dass alle Handlungen ausschließlich grenzmissachtend angewendet werden. Die meisten Eingriffe haben ihre Berechtigung und Notwendigkeit, um die Sicherheit der Mutter und des Kindes zu gewährleisten. Wichtig ist dabei die sachgemäße, im Sinne von menschenwürdige, Anwendung dieser Interventionen. Unabdingbar sind dabei die Aufklärung sowie die Einholung der Zustimmung über die durchzuführenden Eingriffe bei der gebärenden Frau. Um der aktuellen Situation in der Geburtshilfe entgegenzuwirken, könnte ich mir vorstellen, dass entsprechende Aufklärung in Form von Fortbildung auch beim geburtsbegleitenden Personal sinnvoll wäre. Dabei sollte nicht nur auf die grenzachtenden Interventionen eingegangen werden, sondern auch auf Möglichkeiten, wie die Sicherheit der Frau und des Kindes trotzdem gewährleistet werden kann. Zudem könnten Richtlinien für die geburtliche Nachsorge entworfen werden, für den Umgang mit betroffenen Frauen, wenn unter der Geburt Komplikationen aufgetreten sind, die eine geburtshilfliche Maßnahmen zu Folge hatten. Ich könnte mir vorstellen, so wie aus den Ergebnissen in Kapitel 4.2.3 zu entnehmen ist, dass eine nachgeburtliche Besprechung zum Verständnis der Geburtsgeschehnisse hilfreich sein könnte, um postpartalen Schwierigkeiten entgegenzuwirken. Wie bereits in der Arbeit beschrieben, sind die Studien, die die aktuelle Lage der betroffenen Frauen, die aufgrund grenzüberschreitender geburtshilflicher Interventionen in eine postpartale Krise geraten sind, nicht auf dem aktuellen Stand. Insgesamt sind die Studien über postpartale psychische Störungen veraltet und bedürfen einer neuen Erhebung. Wünschenswert wäre eine aktuelle Langzeitstudie um mit den aktuellen Forschungsergebnissen gezielt auf die Missstände in der Geburtshilfe aufmerksam zu machen und somit auch auf politischer Ebene etwas zu bewirken.

Anhand der Erkenntnisse über die Zustände in der Geburtshilfe sollte davon ausgegangen werden, dass Verbesserungen in der geburtshilflichen Versorgung unabdingbar sind. Die Darstellung der Ursachen in Kapitel 2 zeigen, dass die Schwierigkeiten auf struktureller Ebene liegen und ein hoher Änderungsbedarf in geburtshilflichen Einrichtungen besteht. Einige der nötigen Veränderungen hängen auf politischer Ebene fest, da die Notwendigkeit für Anpassungen nicht festgestellt wird. Zum Beispiel wirkt sich das neu eingerührte DRG-System finanziell negativ auf die Geburtshilfe aus. Eine natürliche Geburt gibt unzureichender Indikationen für die Anwendung medizinischer Instrumente her, die anschließend abgerechnet werden könnten. Generell herrscht ein Missstand in

der finanziellen Förderung der geburtshilflichen Versorgung, weshalb es zu regelmäßiger Unterbelegung von Hebammen/Geburtspflegern auf den Stationen kommt. Dies führt wiederum zu erhöhtem Stress beim geburtshilflichen Personal, da mehrere Geburten gleichzeitig betreut werden müssen. Eine gerechte Betreuung der Frauen unter der Geburt ist demnach nicht gewährleistet.

Mit dieser Arbeit wurde nachgewiesen, dass durch die negativen Geburtserfahrungen ein erhöhtes Risiko besteht an einer psychischen postpartalen Störung zu erkranken. Allerdings ist die Vulnerabilität für eine Frau, psychisch krank zu werden, nach einer Geburt grundsätzlich am höchsten. Das bedeutet, jede Frau kann nachgeburtlich aufgrund mehrerer Einflussfaktoren psychisch erkranken. Für mich stellt das für die Beantwortung der Fragestellung keinen Unterschied dar. Hieraus ergibt sich, dass der Hilfebedarf für betroffenen Frauen noch höher ist und es nicht nur zu postpartalen Problemen aufgrund von negativen Geburtserfahrungen kommen kann. Der Aufklärungs- und Unterstützungsbedarf sollte einen höheren Stellenwert in der geburtshilflichen Versorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit erhalten.

Eine für mich notwendige Erweiterung in der geburtshilflichen Versorgung ist die Sozialarbeit im Krankenhaus, welche die Wöchnerinnenstation miteinschließen müsste. Die Aufgaben, die die Krankenhaussozialarbeiter/Krankenhaussozialarbeiterinnen auf anderen Stationen ausüben, passen ebenso auf den Bedarf der Wöchnerinnen, zum Beispiel Beratung für Anträge für Sozialleistungen, für eine Haushaltshilfe und andere notwendige Hilfestellungen, worauf eine Mutter nach der Geburt Anspruch hat. Es könnte eine erste Risikoeinschätzung für mögliche postpartale Folgen durchgeführt werden. Der EPDS-Fragebogen könnte dabei als geeignetes Instrument dienen. Im Bedarfsfall wird die Mutter durch den/die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin zu möglichen Stellen, an die sie sich bei Erfordernis wenden kann, beraten. Aus der Klinik heraus bietet es sich an, ein Netzwerk für eine nachgeburtliche Versorgung zu spannen. Dabei könnte die/der Nachsorgehebamme/Geburtspfleger, der/die Gynäkologen/Gynäkologin, geeignete Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen eingebunden werden. Somit kann der Entstehung einer postpartalen Erkrankung entgegengewirkt, frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden.

Durch die theoretisch gewonnenen Fachkenntnisse in Kapitel 4, ist festzustellen, dass bereits unterstützende Maßnahmen zur Bewältigung psychischer Erkrankungen in Folge traumatisierender Geburtserfahrungen vorhanden sind. Allerdings scheint die Aufklärungs- und Bewältigungsarbeit bisher nicht ausreichend verbreitet zu sein. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen ist unzureichend nachhaltig, weshalb

betroffene Frauen häufig durch das Raster fallen und die Erkrankung unerkannt bleibt. Das nachgeburtliche Versorgungssystem sollte aus einem multiprofessionellen Team, zusammengesetzt aus Ärzten/Ärztinnen, Hebammen/Geburtspfleger und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen bestehen. Die einzelnen Berufsgruppen würden sich zu einem Netzwerk zusammenschließen, um die notwendige und ausreichende Hilfe leisten zu können.

Das Beratungsangebot und die -möglichkeiten müssen zusätzlich in den einzelnen Ländern vergrößert und ausgebaut werden, denn eine postpartale psychische Erkrankung ist nicht ortsabhängig und kann jede Frau betreffen. Jede betroffene Person sollte ohne größeren Aufwand Zugang zu Unterstützungsangeboten in dem örtlichen Umfeld haben. Die notwendige Aufklärung über postpartale Probleme müsste bereits in der Schwangerschaft durchgeführt werden, um sich frühzeitig Unterstützung suchen zu können. Viele Frauen wissen nicht was mit ihnen und ihrem Körper nach der Geburt passiert. Unter dem gesellschaftlichen Druck werden die unpassenden Gefühle nicht verstanden und unterdrückt. Es muss sich von dem Rollenbild der perfekten Mutterschaft, welches die Gesellschaft noch immer vorgibt, gelöst werden. Infolgedessen kann mit den Erwartungen an die nachgeburtliche Zeit besser umgegangen werden. Es ist für die Mutter wichtig zu erfahren, dass sie nicht die einzige ist, die in eine derartige Situation geraten ist und dass auch andere Frauen betroffen sind. Erste Aufklärungen sollten bereits durch den/die Gynäkologe/Gynäkologin im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge durchgeführt werden. In der Regel lässt sich jede Frau während der gesamten Schwangerschaft durch einen/eine Gynäkologen/Gynäkologin untersuchen. Aufklärende Informationen können zusätzlich durch den Geburtsvorbereitungskurs an die Frauen und den Partner weitergegeben werden. Es ist zusätzlich hilfreich, auch auf die Risiken, die in der Partnerschaft entstehen können, einzugehen. Dabei sollte der Partner beziehungsweise die Begleitperson miteinbezogen und auf die möglichen Warnhinweise hingedeutet werden. Dies stellt bei Auftreten möglicher Auffälligkeiten sicher, dass auch der Partner über nachgeburtliche Krisen informiert ist. Ein Vorteil daraus könnte sein, dass die Partner sich untereinander über das Thema austauschen können und die Schamgrenze, sich nach außen hin zu öffnen, sinkt.

Eine weitere Informations- und Unterstützungsquelle ist die/der Vor- und Nachsorgehebamme/Geburtspfleger. Bei Hausbesuchen vor und nach der Geburt kann das Thema gezielt angesprochen und bei Notwendigkeit hilfreiche Kontaktdaten für die Bewältigung der Krise vermittelt werden. Ziel sollte es sein, dass Frauen über die postpartale Zeit ausreichend aufgeklärt sind. Falls Symptome nach einer Entbindung auftreten, kann die Frau die Gefühle und Gedanken besser zuordnen und befindet sich in der Lage, sich im

Bedarfsfall geeignete Hilfe zu suchen. Eine zusätzlich entlastende Wirkung für die Mutter kann durch die Betreuung einer Familienhebamme im ersten Lebensjahr des Kindes erzielt werden. In Form der niederschweligen Hilfe werden erste Anzeichen einer psychischen Krise rechtzeitig erkannt. Mit dem Wissen, das eine Hebamme über einen längeren Zeitraum der Familie unterstützend zur Seite steht, stellt einen resilienten Faktor dar. Dies dient als vorbeugende Maßnahme für die Entstehung einer psychischen Störung. Ein weiteres hilfreiches Mittel, um eine postpartale Krise zu mindern, ist die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, die sich entsprechend der negativen Erfahrungen zusammengeschlossen hat. Ergebnisse aus Kapitel 4.2.2 belegen, dass viele Frauen eine Selbsthilfegruppe gleichwertig zu anderen Therapieformen empfinden. Der Besuch einer Selbsthilfegruppe ist eine erste Möglichkeit, seine Probleme ohne Psychotherapie in Verbindung mit Medikation zu lösen. Ich empfinde das als eine gute erste Anlaufstelle, mit dem Potential der Selbsthilfe. Sind der Leidensdruck und das Ausmaß jedoch zu hoch, ist eine Psychotherapie meist mit Einnahme von Medikamenten unumgänglich.

Abschließend stellt sich heraus, dass für die Bewältigung postpartaler Folgen aufgrund grenzüberschreitender Handlungen in der Geburtshilfe Unterstützungspotentiale vorhanden sind. Diese reichen jedoch längst nicht aus und benötigen dringend eine Überarbeitung, insbesondere auf politischer Ebene. Die Verbesserung des aktuellen Zustandes in der geburtshilflichen Versorgung muss sichergestellt werden. Eine wichtige und hilfreiche Erweiterung könnte dabei der Zusammenschluss von interdisziplinären Teams, bestehend aus Hebamme/Geburtspfleger, Arzt/Ärztin und Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin, sein. In der Praxis könnte durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein Beratungskonzept für betroffene Frauen und dessen Angehörige zur Prävention sowie Bewältigung grenzüberschreitender geburtshilflichen Interventionen erstellt werden. Inhaltlich würden alle Fachbereiche ihre Kenntnisse und Erfahrungen einbringen. Jede einzelne Profession hat wichtige Erfahrungen gesammelt, die für die Vorbeugung und dem Entgegenwirken grenzüberschreitender Handlungen in der Geburtshilfe notwendig sind. Weiterhin gilt es ein optimiertes Netzwerk zu bilden, um mit dem Wissen der einzelnen Fachbereiche ausführlich beraten sowie gegebenenfalls weitervermitteln zu können. Folglich wäre sichergestellt, dass die Frauen und deren Angehörige ausreichend aufgeklärt und das Risiko der Entstehung einer postpartalen Krise verringert wird.

Anhang



Fragebogen

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Hinweise zur Benutzung

1. Die Mutter wird gebeten, jeweils die Antwort anzugeben, die ihren Gefühlen in den vorangegangenen sieben Tagen am nächsten kommt.
2. Alle zehn Fragen müssen beantwortet werden.
3. Es sollte verhindert werden, dass die Mutter ihre Antworten mit anderen Personen bespricht.
4. Die Mutter soll den Fragebogen selbst ausfüllen, es sei denn, sie hat Sprachprobleme oder Schwierigkeiten beim Lesen.
5. Die EPDS kann sechs bis acht Wochen nach der Geburt verwendet werden, um ein Screening bei Wöchnerinnen durchzuführen. Geeignete Möglichkeiten bieten sich bei Untersuchungen des Kindes, Routineuntersuchungen in der Wochenbett-Zeit oder einem Hausbesuch.

Auswertung der EPDS

Jede Antwort ist mit einem Punktwert zwischen 0 und 3 versehen, der der Schwere des jeweiligen Symptoms entspricht. Die Gesamtpunktzahl wird ermittelt, indem die Punkte aller Antworten zusammengezählt werden.

Mütter, die eine Punktzahl über 12/13 haben, leiden wahrscheinlich an einer depressiven Erkrankung unterschiedlicher Ausprägung. Das Ergebnis der EPDS sollte aber nicht unabhängig vom klinischen Eindruck beurteilt werden. Die Diagnose muss durch eine sorgfältige klinische Einschätzung bestätigt werden.

Die EPDS zeigt an, wie sich die Mutter während der vergangenen Woche gefühlt hat. In Zweifelsfällen kann es sinnvoll sein, den Fragebogen nach zwei Wochen noch einmal ausfüllen zu lassen.

Angststörungen, Phobien und Persönlichkeitsstörungen werden durch die EPDS nicht erfasst.



Übersetzt nach: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782-786

© der deutschen Übersetzung: Nina Drexelius, nina.drexelius@t-online.de. Abdruck und kommerzielle Verwendung nur mit schriftlicher Genehmigung der Übersetzerin. Verwendung von Frauen zur Selbsteinschätzung und von Hebammen im Rahmen der Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt frei.

Fragebogen

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Hebammen forum

Sie haben kürzlich ein Baby bekommen. Wir möchten wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte markieren Sie jeweils die Antwort, die Ihren Gefühlen in den vergangenen sieben Tagen am nächsten kommt, nicht nur wie Sie sich heute fühlen.

1. Ich konnte lachen und die komische Seite des Lebens sehen:

So wie immer __0
Nicht ganz so wie sonst __1
Eindeutig nicht so wie sonst __2
Gar nicht __3

2. Ich habe mich auf Dinge gefreut:

So wie immer __0
Eher weniger als sonst __1
Auf jeden Fall weniger __2
Fast gar nicht __3

3. Ich habe mir die Schuld gegeben, wenn etwas schief gelaufen ist:

Ja, meistens __3
Ja, manchmal __2
Nicht sehr oft __1
Nein, nie __0

4. Ich war grundlos ängstlich oder besorgt:

Nein, gar nicht __0
Fast nie __1
Ja, manchmal __2
Ja, sehr oft __3

5. Ich hatte Angst oder Panik ohne richtigen Grund:

Ja, ziemlich oft __3
Ja, manchmal __2
Nein, nicht oft __1
Nein, gar nicht __0

6. Mir ist alles zu viel geworden:

Ja, die meiste Zeit bin ich überhaupt nicht zurechtgekommen __3
Ja, manchmal bin ich nicht so gut zurechtgekommen wie sonst __2
Nein, die meiste Zeit bin ich gut zurechtgekommen __1
Nein, ich bin so gut zurechtgekommen wie immer __0

7. Ich war so unglücklich, dass ich Schlafprobleme hatte:

Ja, meistens __3
Ja, manchmal __2
Nein, nicht sehr oft __1
Nein, gar nicht __0

8. Ich fühlte mich müde oder elend:

Ja, meistens __3
Ja, ziemlich oft __2
Nein, nicht sehr oft __1
Nein, gar nicht __0

9. Ich war so unglücklich, dass ich geweint habe:

Ja, meistens __3
Ja, ziemlich oft __2
Nur gelegentlich __1
Nein, nie __0

10. Ich habe daran gedacht, mir etwas anzutun:

Ja, ziemlich oft __3
Manchmal __2
Fast nie __1
Nie __0



Bund
Deutscher
Hebammen

Literaturverzeichnis

- Albrecht, Martin u. a.: Stationäre Hebammenversorgung. Berlin 2019.
- Amaral-Garci, Sofia u. a.: Haftpflichtregelungen auf Krankenhausebene können ärztliches Handeln beeinflussen und Kaiserschnittraten senken. In: DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.. Nr. 43.2. 26. Okt. 2016, S. 1035-1042.
- Befuss, Katharina: Geburt mit Saugglocke: Diese Spätfolgen könnten passieren. URL: https://praxistipps.focus.de/geburt-mit-saugglocke-diese-spaetfolgen-koennten-passieren_121879 [Stand 28.07.2020]
- Berndt, Christina: Alleingelassen in der großen Klinik. URL: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geburten-alleingelassen-in-der-grossen-klinik-1.3845943> [Stand 16.07.2020]
- Böcken, Jan: Zu viele Untersuchungen in der Schwangerschaft. URL: <https://www.berthelmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/juli/ueberversorgung-in-der-schwangerschaft/> [Stand 15.07.2020]
- Brisch, Karl Heinz: Schwangerschaft und Geburt. In: Bindungspsychotherapie - bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Band 1. Stuttgart 2013, S. 197-207.
- Brokmann, Jörg/Rossaint, Rolf: Repetitorium Notfallmedizin: Zur Vorbereitung auf die Prüfung "Notfallmedizin". 2. Auflage. Berlin Heidelberg 2011.
- Bruns, Alexandra: Das deutsche DRG-System: Die pauschale Geburt. In: Deutsches Ärztebl International. Heft 25. 20. Juni 2014, S. 1121.
- Creedy, Debra/Shochet, Ian/Horsfall, Jan: Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. In: Birth. Nr. 27. 24 Dez. 2001, S. 104-111
- DeStatis, Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung. Nr. 349. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/09/PD18_349_231.html [Stand 28.07.2020]
- Diederichs, Paula/Mathea, Sabrina/Weiffen, Anja: Traumatisches Geburtserleben und Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion. In: Harms, Thomas (Hrg): Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern. Grundlagen und Praxis. Gießen 2016, S. 209-225

Franke, Tara: „Das Schöne wurde mir genommen“ - wie Gewalterfahrungen unter der Geburt sich auf Bonding und Stillen auswirken. URL:

<http://www.geburtsallianz.at/wp-content/uploads/2018/05/das-schone-wurde-mir-genommen-dhz-2008.pdf> [Stand: 13.07.2020]

Friedrich, Hannes u.a.: Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Bern u.a. 1997.

Fritsch, Anne: Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus: Die Integration in klinische Behandlungsprozesse aus theoretischer und empirischer Sicht. München 2013.

Grieschat, Mascha: Offizielle Antwort auf die Bundestagspetition für eine umfassende #Geburtshilfereform - nach 2,5 Jahren - verkennt den Missstand!. URL: <http://www.gerechte-geburt.de/petition-2018/> [16.07.2020]

Hautzinger, Martin/Thies, Elisabeth: Klinische Psychologie: Psychische Störungen kompakt. Weinheim 2009.

Hillebrandt, Nele: Mama sein. #realtalk Was Babys wirklich brauchen. Der entspannte Weg ins Familienleben. Hannover 2019.

Hübner-Liebermann, Bettina/Hausner, Helmut/Wittmann, Markus: Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. In: Deutsches Ärzteblatt International. Heft 24. 15. Juni 2012, S. 419-424.

Jurgelucks, Christiane: Wie Frauen die Geburt ihres ersten Kindes per Kaiserschnitt erleben - Eine qualitative Studie. Masterthesis. Fachbereich Sozialpädagogik. Hamburg 2004.

Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin: für Schwestern und Pfleger. 5. Auflage. Berlin u. a. 1999.

Möhler, Eva: Eltern-Säuglings-Psychotherapie. München 2013.

Mongan, Marie: HypnoBirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt. 6. Auflage. Murnau 2018.

Mundlos, Christina: Gewalt unter der Geburt: Der alltägliche Skandal. Marburg 2015.

Mundlos, Christina: Gewalterleben von Müttern – ein Tabu mit großer Wirkung. In: Brock, Inés (Hrsg.): Wie die Geburtserfahrung unser Leben prägt : Perspektiven für Geburtshilfe, Entwicklungspsychologie und die Prävention früher Störungen. Gießen 2018.

- Neuhaus, Werner: Pränatale Erwartungshaltung und postpartale Zufriedenheit. In: Unger, Ulrike (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Empirische Studien. Opladen 1996.
- Neumann, Hans/Maier, Barbara: Geburt positiv erleben. Chancen und Grenzen moderner Entbindungsmöglichkeiten. Berlin 2019.
- Nispel, Petra/ Windsor-Oettel, Veronika: Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden. Freiburg 2001.
- Ostkirchen, Gabriele u. a.: Prä- und postpartale Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung von Primi- und Multiparae bei Spontangeburt und Kaiserschnittentbindungen. In: Unger, Ulrike (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Empirische Studien. Opladen 1996.
- Rohde, Anke: Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart 2014.
- Ruppert, Franz/Assel, Birgit: Frühes Trauma. Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Stuttgart 2014.
- Sahib, Tanja: Es ist vorbei - ich weiß es nur noch nicht: Bewältigung traumatischer Geburtserfahrungen. Berlin 2016.
- Saling, Erich: Kardiotokographie mit oder ohne Fetalblutanalyse. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde. Nr. 03. 19.03.2008, S. 190-193
- Schmid, Verena: Der Geburtsschmerz: Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung. 2. Auflage. Stuttgart 2011.
- Schwab, Reinhold/Möller, Ingeborg: Bedingungen des Geburtserlebens und der Zufriedenheit bei Wöchnerinnen, Ärzten/Ärztinnen und Hebammen. In: Unger, Ulrike (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Empirische Studien. Opladen 1996.
- Soet, Johanna/Brack, Gregory/Dilorio, Colleen: Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. In: Birth. Nr. 1. 07 Feb. 2003, S. 36-46
- Sonnenmoser, Marion: Postpartale Depression: Vom Tief nach der Geburt. In: Deutsches Ärzteblatt International. Heft 2. 10 Feb. 2007, S. 82-83

Unger, Ulrike/Rammsayer, Thomas: „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In: Unger, Ulrike (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Empirische Studien. Opladen 1996.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin