

**Dammschnitt
Bagatelle oder Körperverletzung -
Hilfe fürs Kind oder Routine-Intervention?**

**GreenBirth e.V. - Onlinebefragung
3. - 31. Oktober 2017**

Auswertung

Irene Behrmann M.A. Erz. Wissenschaften, Pränatalpsychologin

Traute Schumacher, Pränatalpsychologin, tiefenpsychologisch orientierte Regressionstherapeutin

Wir danken zwei betroffenen Frauen für ihren Impuls und
die Ausarbeitung der Befragung.

Kontakt: Geschäftsstelle GreenBirth e.V., Altenceller Weg 58, 29331 Lachendorf.
Tel. 05145-284289 – Email: info@greenbirth.de – www.greenbirth.de

Auswertung der Befragung und Gegenüberstellung zu einer Dissertation an der Universitätsklinik Großhadern, München 2005, - zu Aspekten der Pilotstudie des Gesamtverbandes gesetzlicher Krankenkassen (GKV) 2011 und zu Empfehlungen von Geburtshaltungen auf der Basis ethnomedizinischer Forschung, zum Schutz des Dammes im Rahmen der Ausbildung von Hebammen.

Inhaltsverzeichnis

I. Entstehung und Überblick	2
II. Online-Befragung	2
II.1 Einladungstext zur Online-Befragung	2
II.2 Resonanz	3
II.3 Erhaltene Antworten bei der Online-Befragung	3
III. Auswertung unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien und geburtshilflichen Erfahrungswissens von Hebammen	18
III.1 Dissertation von Gudrun Nitsche zu den Folgen von Episiotomien (Dammschnitten) 2005	19
III.2 Pilotstudie des Gesamtverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) 2011, Gebärhaltungen - Dammschnitte	22
III.3 Ausschnitte aus Interview mit Lehrhebamme und Dozentin Dr. Christiane Schwarz zu Gebärhaltungen und Dammschnitten 2015	23
IV. Zusammenfassung - Forderungen	24
V. Erläuterungen	29
VI. Literaturverzeichnis	30
VII. Anhang: Online-Fragebogen	31

I. Entstehung und Überblick

Im Jahr 2016 wandten sich zwei Frauen an GreenBirth e.V., weil sie einen traumatisierenden Dammschnitt erlebt hatten. Unabhängig von einander stellten die Frauen in unterschiedlichen Bundesländern eine Strafanzeige wegen Körperverletzung gegen die verantwortliche Person im Kreißaal. In beiden Fällen war es die bei der Geburt anwesende Gynäkologin. Die Strafanzeigen wurden mit der Begründung zurückgewiesen, dass es nicht im öffentlichen Interesse (Erläuterung s. Kapitel V) liege, den angezeigten Tatbestand strafrechtlich zu verfolgen. Wegen extrem belastender gesundheitlicher und psychischer Folgen durch den Dammschnitt, möchten die betroffenen Frauen dazu beitragen, dass es Frauen künftig nicht mehr so wie ihnen selbst ergehen muss. Die gemeinsamen Überlegungen führten zu der Idee, weitere betroffene Frauen anonym online zu befragen. Den Frauen sollte außerdem die Möglichkeit gegeben werden, bei Bedarf in einem nichtanonymen Anhang persönlich Kontakt zu GreenBirth aufzunehmen. Die Ergebnisse werden in Teil II dargestellt.

In Teil III nehmen wir Bezug auf die Dissertation von Gudrun Nitsche, auf Teile der 2011 veröffentlichten GKV-Pilotstudie und auf Empfehlungen vorteilhafter Geburtshaltungen durch die Vertreterin der Hebammenwissenschaften und Lehrhebamme Dr. Christiane Schwarz.

Bei der Auswertung gehen wir den folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie geht es Frauen, die von einem Dammschnitt betroffen sind wirklich?
2. Lässt sich die medizinische Aussage aufrechterhalten, der Dammschnitt sei als Standard- oder „Nebeneingriff“ in Kauf zu nehmen (Dtsch Ärztebl. s. Erläuterung Kapitel V) – vor dem Hintergrund der Aussagen betroffener Frauen, wissenschaftlicher Studien und geburtshilflichen Erfahrungswissens?

II. Online-Befragung

II.1 Einladungstext zur Online-Befragung

Dammschnitt – Anonyme Befragung

Das Thema „Dammschnitt“ ist intim und schambesetzt. Mit dieser Umfrage möchten wir dich als betroffene Frau ermutigen, nicht weiter zu schweigen, sondern dich zu dem Erlebten zu äußern und über evtl. persönliche Folgen des Eingriffs zu berichten. Wenn der Eingriff ohne deine Zustimmung und ohne medizinische Indikation durchgeführt wurde, ist er nicht als „Standard- oder Nebeneingriff“, sondern als Körperverletzung zu betrachten. Die Befragung enthält 10 Punkte.

Ziel der Befragung:

Wir möchten erreichen, dass das Thema „Dammschnitt“ aus der Tabuzone heraus kommt und mit der Zeit darüber öffentlich geschrieben und gesprochen wird.

Wenn du ähnlich empfindest und mit jemandem über das Erlebte sprechen bzw.

rechtliche Schritte erwägen möchtest, bieten wir dir am Ende der anonymen

Befragung drei Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme an. Du bekommst dann in jedem Fall eine Nachricht von uns. Wir respektieren deine Privatsphäre und sorgen für den

Schutz deiner Daten. Du brauchst sie uns nur dann mitzuteilen, wenn du per Email informiert werden möchtest. Danach werden alle persönlichen Daten gelöscht. Die Befragung wurde von betroffenen Frauen in Zusammenarbeit mit GreenBirth e.V. entwickelt. Deine Antwort geht an GreenBirth e.V., hier werden die ausgefüllten Fragebögen gesammelt und ausgewertet.

So geht es: Den Fragebogen öffnen und auf dem eigenen Desktop speichern. Ausfüllen und senden an info(ät)greenbirth.de oder die angegebene Postadresse.

II.2 Resonanz

1702 Personen hatten den Aufruf auf der GreenBirth-Homepage verfolgt. Die Verbreitung erfolgte über Facebook. Der Fragebogen musste entweder am PC ausgefüllt und per Email zugesandt werden, dann war er nur bedingt anonym, oder er musste ausgedruckt werden, um ihn anonym per Post zurückzusenden, was im digitalen Zeitalter einen Mehraufwand bedeutet.

Uns liegen die Antworten von 21 Frauen vor. Eine weitere Frau, die uns ihren ausgefüllten Fragebogen bereits zugesandt hatte, zog diesen zwei Tage später wieder zurück. Sie hatte Alpträume bekommen und fürchtete als betroffene Kreißsaal-Mitarbeiterin berufliche Nachteile. 8 Frauen sandten den Fragebogen anonym per Post zu. Per Email, nicht anonym, erreichten uns 13 Antwortbögen. Damit ist die Befragung nicht repräsentativ. Dennoch vermitteln die Antworten ein deutliches Bild vom individuellen Geburtserleben jeder Frau und dessen Verarbeitung.

II.3 Erhaltene Antworten bei der Online-Befragung

Im Folgenden listen wir die erhaltenen Antworten auf die jeweiligen Fragen wörtlich auf. Zur besseren Übersicht haben wir diese teilweise thematisch geordnet. Die Originalantworten sind jeweils kursiv gehalten. Daran schließen wir jeweils Erläuterungen und/oder Zusammenfassungen an.

1. Wann und wo war die Geburt deines Kindes?

Klinik	Ort (freiwillig)	Jahr
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>1974</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>1981</i>
<i>x</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>1992</i>
<i>x</i>	<i>Thüringen</i>	<i>2011</i>
<i>x</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>2011</i>
<i>x</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>2013</i>
<i>x</i>	<i>Bayern</i>	<i>2014</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>2014</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>2015</i>
<i>x</i>	<i>Bayern</i>	<i>2016</i>
<i>x</i>	<i>Bayern</i>	<i>2016</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>2016</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>2016</i>
<i>x</i>	<i>Niedersachsen</i>	<i>2016</i>
<i>Fortsetzung nächste Seite</i>		

Klinik	Ort (freiwillig)	Jahr
x	Keine Angabe	2016
x	Keine Angabe	2016
x	Bayern	2017
x	Bayern	2017
x	Brandenburg	2017
x	Niedersachsen	2017
x	Niedersachsen	2017

21 Frauen berichten von ihren Klinikgeburten. Bei einer Teilnehmerin begann die Geburt im Geburtshaus. Der Zeitraum erstreckt sich von 1974 bis 2017.

2. Kannst du dich noch erinnern, was du während deiner Schwangerschaft über das Thema Dammschnitt erfahren hast?

Informationen zum Dammschnitt im Geburtsvorbereitungskurs:

Ja, wurde gut informiert

Im Geburtsvorbereitungskurs: häufig nicht nötig, kann durch geeignete Position vermieden werden.

Wird durchgeführt, wenn es „notwendig“ ist. Ich habe mir keine Gedanken darüber gemacht und bin nicht davon ausgegangen, dass ich so etwas benötige.

Kurze Information während des Geburtsvorbereitungskurses.

Dass die Hebammen heutzutage keinen mehr machen (nur in Notfällen), sondern lieber „reißen lassen“- und wenn ein Schnitt durchgeführt werden würde, so wäre er nicht schmerzhaft, da man diesen auf Wehenhöhepunkt macht.

Alternative zum Riss, vermeidbar durch guten Dammschutz der Hebamme. Unumgänglich bei Saugglocke, leichter zu nähen als Riss, der heilt eher schlechter. Vereinfachung für Ärzte... (unleserlich)... reißen lassen.

Meine Hebamme erzählte von Kaffeewickeln, Dammmassage, richtiger Geburtsposition, ich dachte damals noch, dass ich im Geburtshaus entbinden werde und hatte mich total auf die Hebamme verlassen.

Dass er eigentlich nicht mehr gemacht wird.

Dass ggf. ein Dammschnitt gemacht wird, weil ein Dammriss sehr schlecht verheilt.

Ja, im Geburtshaus. Da ging es darum, dass dort Dammschnitte seltener gemacht werden.

Lieber lässt „man“ heute reißen, nur wenn nötig – und weh tut es nicht.

Im Geburtsvorbereitungskurs sagte meine Hebamme, dass diese heutzutage vermieden werden und, dass man den Damm eher reißen lassen würde.

Wenig oder keine Information:

Nicht viel, Thema wurde nicht behandelt.

Geburtsvorbereitungskurs: nichts/Bücher: nur selten..., wenn er gemacht würde, nicht schlimm...

Ich wurde nicht aufgeklärt, habe im Internet viel gelesen.

Nichts.

Nicht viel.

Nicht viel. Ich wurde nicht aufgeklärt. Ich dachte, dass Dammschnitte selten gemacht werden.

Keinerlei Information.

Sonstige Antworten:

Ich bin selbst Ärztin und weiß Bescheid, war dagegen, aber dachte, ich werde gefragt. Durch die erste Geburt mit Dammschnitt kannte ich das Thema.

Aus den Antworten geht hervor, dass Informationen aus unterschiedlichen Quellen bezogen werden: Hebammenkursus, Internet, Bücher, Ausbildung, Erfahrung beim ersten Kind. Ein Drittel (7 Frauen) geben an, wenig oder keine Informationen erhalten zu haben. Eine Frau fühlt sich gut informiert.

Zur Häufigkeit des Dammschnitts: Die Informationen aus Vorbereitungskursen beinhalten mehrheitlich, dass der Dammschnitt selten gemacht werde und eigentlich nicht mehr üblich sei.

Voraussetzungen für die Durchführung eines Dammschnitts: Nur wenn notwendig; bei Saugglockeneinsatz; als Alternative zum Dammriss, da der Schnitt besser heile.

Bagatellisierende, abwehrende Informationen: Häufig nicht nötig; könne durch richtige Position und Dammschutz vermieden werden; heutzutage nicht mehr üblich; weh tue es nicht.

Zum Heilungsprozess konträre Informationen: Eine Frau erfährt, der Dammriss würde schlechter heilen. Die übrigen Aussagen betonen, der Dammriss heile leichter.

Vorstellungen der Frauen: „Ich habe nicht gedacht, so etwas zu benötigen“; „dachte, ich werde gefragt; habe mich total auf die Hebamme verlassen“; „dachte, der Dammschnitt würde selten gemacht“.

3. Wurdest du unter der Geburt auf den bevorstehenden Dammschnitt vorbereitet?

Ergebnis:	17 Frauen:	<i>Nein</i>
	3 Frauen:	<i>Ja</i>
	1 Frau:	keine Angabe

4. Hast du einem Dammschnitt zugestimmt?

Ja	Nein	schriftlich Ja	schriftlich Nein	Bemerkung
	x		<i>Keine Ahnung</i>	
	x		x	
	x		x	
-	-	-	-	<i>Keine Angaben</i>
	x			<i>Nicht, dass ich es wüsste.</i>
	x			<i>Wurde nicht gefragt.</i>
	x		x	
	x		x	<i>Wie soll ich zustimmen in der Pressperiode?</i>
x			x?	<i>Könnte aber sein, dass es im Vorfeld in Klinikunterlagen abgehandelt war.</i>
x		x		<i>Bei der Anmeldung im Krankenhaus habe ich einem Dammschnitt zugestimmt, sofern er notwendig ist.</i>
x			x	
	x		x	
	x		x	
	x	x		<i>Gezwungenermaßen, da Standard-Klinikformular.</i>
	x		x	
	x		x	
x			x	
	x		x	
	x		x	
	x		x	
	x		x	<i>Naja? Ich hatte vor der Geburt angegeben, dass ich keinen Dammschnitt möchte und, dass ich aufrecht entbinden möchte. Während der Geburt hieß es aber, dass ich auf dem Rücken liegen soll und die Ärztin sagte, dass sie einen Dammschnitt machen wird, weil es ihr zu lange dauert. Ich sagte, dass es mir gut geht und ich es lieber gern noch weiter versuchen möchte. Sie gewährte noch einen Pressversuch, dann schnitt sie.</i>

Zusammenfassung der Antworten, ob einem Dammschnitt zugestimmt wurde (Mehrfachnennungen):

- 4 Frauen hatten zugestimmt, jedoch nicht schriftlich.
- 2 Frauen hatten zugestimmt, weil Dammschnitt Bestandteil eines Klinikformulars war.
- 1 Frau vermutet, dass bei ihr ein Hinweis im Klinikformular enthalten war.
- 13 Frauen hatten weder mündlich noch schriftlich zugestimmt.
- 1 Frau lehnt ausdrücklich einen Dammschnitt ab und beschreibt detailliert die Missachtung ihres Willens durch die Ärztin.
- 1 Frau äußert, keine Ahnung zu haben.
- 1 Frau macht keine Angabe.

5. Hast Du erfahren, warum bei dir ein Dammschnitt durchgeführt wurde?

5.1 Wenn ja, wie lautete die (medizinische) Begründung?

Größe des Kindes:

Ich habe angefangen zu reißen, der Kopf des Kindes war zu groß, 37 cm.

Mir wurde nichts gesagt, nur, dass meine Tochter zu groß war.

Hebamme meinte nach der Geburt, „weil sich das Kind groß angekündigt hat“.

Operative Intervention: Vakuumextraktion aus Beckenboden.

Unklare Angaben:

Angeblich wäre der Damm ohne den Schnitt gerissen.

Angeblich war das Kind in Gefahr, in der Akte habe ich aber nichts gefunden.

Die Hebamme hatte etwas dazu gesagt. Ich muss gestehen, ich habe es mir nicht gemerkt. Ich war glücklich, dass mein Baby gesund war, dass die Geburt vorüber ist und dass es mir gut geht.

Nicht sofort. Nur, weil ich mit einer Klage gedroht habe. Die Hebamme sagte, schlechte Herztöne und der Arzt, weil mein Damm straff war.

5 Frauen bekamen mehrdeutige bzw. gegensätzliche Antworten.

1 Frau hat die Aussage der Hebamme vergessen.

Zusammenfassung zu 5.1. zur (medizinischen) Begründung:

12 von 21 Frauen erhielten keine Begründung für einen Dammschnitt.

3 Aussagen: das Kind sei zu groß gewesen.

Bei einer Geburt war mit der Saugglocke interveniert worden.

5.2 Wenn nein, was vermutest du war der Grund für den Dammschnitt?

(Mehrfachnennungen)

Vermutete oder tatsächliche Erschwernisse lagen beim Kind:

Er lag quer im Geburtskanal.

Das Kind lag mit dem Gesicht nach oben.

Sie war sehr schwer und groß.

War notwendig, da das Baby ansonsten nicht durch passte und die Kräfte schwanden.

Fehlende oder nicht schlüssige Vermutungen:

Sie wollten mir „helfen“, da ich keine Kraft mehr hatte... Jedoch war ich „überall“ gerissen, trotz Schnitt.

Unter der Geburt wurde irgendwann mal was von „ich mache jetzt einen Dammschnitt“ gesagt, das war aber mehr als Info am Rande ohne Möglichkeit

erwähnt. Da meine Tochter mit „Kristellern“ und Pumpe aus mir herausgezerrt wurde, sollte er wohl als Sollbruchstelle dienen.

Absolut keine Ahnung (2 Nennungen)

Dass ggf. ein Dammschnitt gemacht wird, weil ein Dammriss sehr schlecht verheilt.

Unklare/fehlende Vermutungen:

Nein (2 Nennungen)

Fragezeichen (2 Nennungen)

Keine Angabe (8 Nennungen)

Zeitdruck, Beschleunigung der Geburt und andere Vermutungen:

Keine Zeit oder die Hebamme war in ihrer Routine und wusste nicht, wie der Damm geschützt/erhalten werden kann.

"Training" der Assistenzärztin oder baldiger Feierabend der Hebamme (machte nicht mal mehr die U1). Ich war 2,75 Stunden in der Klinik von Eintreffen bis Geburt, nach 40 min Austreibungsphase sollte der Wehentropf ran (Wehen alle 2-3 min, aber eher unter 1min), als ich das ablehnte, wurde 10 min später der Dammschnitt empfohlen. Dachte, dem Kind geht es schlecht. Hatte aber lt. Geburtsbericht "nur" 1er Dips in den Wehen. Kind hatte Apgar 9/10/10)

Angeblich schlechte Herztöne, aber das CTG war verrutscht und mein Kind hatte APGAR 9/10/10 und pH 7,35. Die Hebamme schien unerfahren und ungeduldig zu sein. (Es war auch spät abends.)

Ungeduld, lange Geburt, Routineeingriff, es wurde noch nicht mal angekündigt.

Meine Hebamme, die mich im Wochenbett betreute, war entsetzt, als ich von der Geburt berichtete und sie war sich sicher, dass der Dammschnitt nur gemacht wurde, um die Geburt zu beschleunigen, denn in dieser Nacht waren alle Kreißsäle besetzt und es gab viele Blasensprünge. Auch ich kam erst spät in einen Kreißsaal. Außerdem bekam ich Wehenmittel, was wahrscheinlich nicht nötig gewesen wäre. Ich hätte mir gewünscht, dass ich im Stehen hätte entbinden dürfen und mein Damm Zeit bekommen hätte, sich zu dehnen. Die Geburt lief sonst völlig ohne Komplikationen und ich war ganz ohne Angst und vertraute auf meinen Körper. Der Dammschnitt war sicher nicht nötig.

Zeitdruck (Schichtende, Kaiserschnitt bei anderer Pat. anstehend), Personalmangel (für mehrere Geburten gleichzeitig). Schlimmer war noch die 2malige Kristellerhilfe, die gegen meine ausdrückliche Ablehnung gemacht wurde. Resultat hoher Scheidenriss, fast verblutet, 1 Std. Nähversuch ohne richtige Betäubung, dann OP in Vollnarkose.

Routine:

Routine ("Werkzeug" war bereits bei Verlegung in den Kreißsaal zurecht gelegt), Zeitersparnis.

Routine.

Wird in H. offensichtlich routinemäßig gemacht. (keine Freundin ohne...) Als ich nachgefragt habe, waren Hebamme/Arzt erstaunt, dass ich das hinterfrage.

Abschließende Bemerkung:

17 von 21 Frauen sind auf Vermutungen angewiesen, weil sie über die Notwendigkeit eines Dammschnitts nicht sachgerecht informiert wurden und beim Personal keine Handlungsorientierungen erkennbar waren.

5.3 – 5.5 Zur Dammversorgung und 5.6 Wo war dein Baby in dieser Zeit?

Wurdest du genäht?		Mit örtlicher Betäubung?		Mit Narkose?		Wo war dein Baby in dieser Zeit?
Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	
x		x			x	<i>auf meinem Bauch</i>
x		x <i>bis auf den letzten Stich, der war sehr schmerzhaft</i>			x	<i>auf meiner Brust</i>
x		x			x	<i>bei mir auf dem Bauch</i>
x		x		/		<i>an meiner Brust</i>
x		x			x	<i>Auf meinem Oberkörper</i>
x						<i>Keine Ahnung (Betäubung) bei mir auf der Brust</i>
x		x			x	<i>? Ich glaube auf meinem Arm</i>
x		x			x	<i>Auf meiner Brust</i>
x		x			x	<i>Auf meinem Bauch/Brust (Die PDA hatte noch gewirkt)</i>
x		/		x		<i>untersucht, gewaschen, angezogen, dann zu mir</i>
x		x		-	-	<i>Bei mir auf der Brust</i>
x		x		x		<i>auf meinem Bauch, während ich vor Schmerz geschrien habe, fast verblutet, 1 Std. Nähversuch ohne richtige Betäubung, dann OP in Vollnarkose.</i>
x		x			x	<i>beim Papa</i>
x		x			x	<i>bei meinem Mann</i>
x			x		x	<i>separat gelegt im Kreißsaal oder schon im Säuglingszimmer</i>
x		x			x	<i>ich weiß es nicht mehr</i>
x		x			x	<i>weiß ich nicht</i>
x		x			x	<i>Beim Papa im gleichen Raum auf dem Arm</i>
x		x			x	<i>Bei meinem Mann</i>
x		x		-	x	<i>Bei der Hebamme</i>
/		/			x	<i>Mein Mann wurde mit dem Kind nach draußen gebracht. Durch die Gewalteinwirkung wurde im inneren Scheidenbereich eine Ader oder so was verletzt (hoher Scheidenriss), daher haben die genäht wie die Wilden, nachdem sie die Plazenta noch rausgezerrt hatten. An der hochgestellten PDA wäre ich fast erstickt.</i>

Ergebnis (Mehrfachnennungen):

Bei 9 Frauen lag das Kind während der Wundversorgung auf der Brust der Mutter. Eine dieser Frauen schreibt, sie habe währenddessen vor Schmerz geschrien, danach sei noch eine OP in Vollnarkose gemacht worden.

Bei 7, evtl. 8 Frauen wurden durch die Dammversorgung Mutter und Kind voneinander getrennt.

6 Frauen haben Erinnerungslücken und können nur unsichere Angaben darüber machen, wo ihr Kind während der Wundversorgung war.

5 Kinder sind während der Wundversorgung auf dem Arm ihres Vaters.
1 Kind war auf dem Arm der Hebamme.

Anmerkungen zur Bedeutung für den Bondingprozess:

Der Dammschnitt hatte für mehr als die Hälfte der Mütter und Kinder Trennungserlebnisse zur Folge. Wegen der erforderlichen Wundversorgung wurde das Bonding zwischen Mutter und Kind gestört. Ein Kind muss auf dem Bauch seiner Mutter aushalten, die „vor Schmerz geschrien“ hat. Das wirft ein Licht auf die für das Kind überfordernde Situation, auf dem Bauch seiner schreienden Mutter liegen zu müssen und danach wegen der OP von ihr getrennt zu werden.

6. Welche Gefühle zum Dammschnitt hattest du damals, gleich nach der Geburt und im Wochenbett?

Es tat 8 Wochen weh, hatte 5 Monate Probleme.

War eklig.

Oh nein! Warum?

Es hat sehr dolle gespannt.

War nicht nötig, Köpfchen war bereits fast geboren, entwürdigend, große Hilflosigkeit, bis zum Nähen lag ich über 1 Std unbedeckt im Kreißsaal, der Arzt musste nacheinander die Frauen in den anderen Zimmern nähen.

Dass ein Dammschnitt extrem/unbeschreiblich schmerzhaft ist, warum sie zweimal geschnitten hat (hatte nochmal nachgeschnitten), fühlte mich unwohl/unsicher/verstört/alleine.

Hätte gerne darauf verzichtet, wusste aber, dass es bei meiner Geburt nicht vermeidbar war.

Kein Gefühl, ich hatte auch keine Schmerzen.

Unverständnis.

Mit so heftigen Schmerzen und Beeinträchtigungen hatte ich nicht gerechnet.

Unendliche Schmerzen, ohne zu wissen, was überhaupt passiert ist. Als mich eine Ärztin zur Nachsicht geholt hatte, wurde mir nur gesagt, dass sie mich nicht im Bett untersuchen könne, dafür wären die Verletzungen zu tief. Damals wusste ich noch von nix und dachte, ich bin ein Jammerlappen wegen der Schmerzen.

Während der Geburt war ich entsetzt darüber, da ich dachte, der Kleine ist mit der nächsten Wehe da. Im Wochenbett hatte ich großen Ärger damit, da sich ein

Hämatom an der Stelle bildete und ich zwei Wochen nicht sitzen konnte und schlimme Schmerzen hatte. Außerdem sind seit der Naht die Schamlippen nicht mehr symmetrisch.

Hass, Wut, Schock. Ich hatte explizit gesagt, dass ich keinen möchte und war mir sicher, dass sie dann auch nicht schneiden.

Ich hatte Tage, da wollte ich wegen der massiven Schmerzen (+Scheidenriss) nicht mehr leben. Wut, Enttäuschung, Hass, Fassungslosigkeit, fühlte mich wertlos, da ich nicht gefragt, bzw. meine Ablehnung nicht toleriert wurde, taub.

Wochenlange Schmerzen, mehr als beim Dammriß beim ersten Kind.

Nicht so schlimm wie beim ersten Kind, ich war vorbereitet.

Gleich nach der Geburt war ich traurig, dass ich nicht fähig war, ohne Dammschnitt zu gebären. Es kam mir unnatürlich vor. Im Wochenbett vermutete meine Hebamme, dass der Dammschnitt gemacht wurde, um den Kreißaal frei zu machen. Daraufhin fühlte ich mich als Opfer. Ich fühle mich nicht „operiert“, sondern verletzt, ja sogar wie zerstört, da die Narbe bleibt und ich Angst habe, dass sie bei der nächsten Geburt reißt. Außerdem fühle ich mich wie ein Objekt, meine Wünsche wurden nicht gehört.

Ich warnte andere Schwangere, musste mir aber immer anhören, dass ich mich doch nicht beschweren soll, ich soll doch froh sein, dass nichts Schlimmeres bei der Geburt passiert ist und es dem Kind gut geht. Schon im Wochenbett war klar, dass die nächste Geburt unbedingt ohne Ärzte erfolgen soll. Ich fühlte mich den Ärzten schutzlos ausgeliefert und unterlegen.

Ich habe nicht verstanden, was mit mir passiert ist. Die Geburtshelfer haben nicht gesagt, welche Eingriffe und warum sie gemacht wurden. Ich fand es extrem respektlos. Nach der Geburt hatte ich starke Schmerzen.

Ich war unendlich wütend, weil ich nicht gefragt wurde und niemand etwas gesagt hat. Außerdem war die Narbe schlecht genäht und ich hatte viele Schmerzen und Probleme.

Ich fühlte mich vergewaltigt. Es waren 5 oder 6 Schnitte und taten extrem weh (ich weiß nicht, was da betäubt wurde). Die Wunde heilte auch sehr schlecht und mir graute davor, meinen verstümmelten Körper zu sehen.

Abschließende Bemerkung:

Die Spannbreite der Gefühle unmittelbar nach der Geburt reicht von Akzeptanz (1 Nennung) bis hin zu Entsetzen, Unverständnis, Wut- und Hassgefühlen. Unbedeckt eine Stunde liegen gelassen zu werden oder Gefühle wie bei einer Vergewaltigung verdeutlichen, dass es hier teilweise um aufwühlende und demütigende Erlebnisse geht, die nicht sofort verkraftet werden können.

7. Welche Gefühle hast du heute, wenn du an die Geburt und den Dammschnitt denkst?

Froh, dass letztendlich alles so über die Bühne ging, hätte mit weniger erfahrenem Arzt sicher im Kaiserschnitt geendet.

Alles gut, ich kann mich nicht beklagen.

Alles gut und sieht auch wieder „hübsch“ aus. Keine Schmerzen mehr.

Ich habe es akzeptiert.

Ach, vorbei, ist vorbei und ich kann nichts ändern.

Habe das hingenommen ohne es zu hinterfragen. Wenn ich heute darüber spreche, spüre ich die Narbe. Wegen des eingeschränkten Sex bin ich oft traurig.

Heute weiß ich, wenn eine Hebamme sehr gut ausgebildet ist (das wird sie in der heutigen Zeit nicht mehr sein außer sie besucht spezielle FoBi) weiß sie als professionelle Person, was zu welchem Zeitpunkt unter der Geburt zu tun ist, um den Damm der Frau zu schützen/erhalten ohne weitere gesundheitliche Folgen.

Ist mir relativ egal, weil ich dank der ganzen Medikamente nicht mehr so viel weiß.

Schrecklich war es, Angst, Wut.

Schmerzen und Angst.

Wut, weil ich so übergangen wurde, Hilflosigkeit, da ich nichts dagegen tun kann. Gedankengang "das passiert mir sicher nicht wieder".

Ich fühle mich eher traurig, ängstlich, immer noch etwas verstört. Aber ich habe es schon etwas überwunden. Sollte ich aber jemals die Geburt verarbeiten und evtl. noch ein Kind bekommen, dann nie wieder mit Dammschnitt.

Der blanke Horror. Das gebrochene Steißbein hat niemand auch nur annähernd erwähnt.

Unverständnis.

Ich bin sprach- und fassungslos, wie es sein kann, dass mir ein routinemäßiger Dammschnitt zugemutet wurde, ohne dass mit mir darüber in irgendeiner Weise gesprochen wurde. Ich denke, es gab nur die Info, dass dann + dann die Fäden gezogen werden müssen bzw. dass selbst auflösende Fäden verwandt wurden. (Catgut??)

Es macht mich noch heute sehr wütend und ohnmächtig. Ich empfinde es als Körperverletzung und fühle mich nicht respektiert.

Ich bin auf die Hebamme sehr wütend. Und ich fühle mich immer noch „geschändet“. Für mich war die Geburt sehr traumatisch.

Insgesamt habe ich gute Erinnerungen an die Geburt (insb. durch das Geburtshaus). Der Dammschnitt war für mich eine schockierende Erfahrung, dass mich jemand einfach aufschneidet, ohne zu fragen.

Noch dieselben Zweifel, ob ich mir einen Anwalt nehmen soll, es kam einer Vergewaltigung gleich und hat mein Leben zerstört. Ich habe keine Suizidgedanken (keine Sorge).

Es war so unnötig und hat mich einer komplikationslosen Geburt beraubt. Mein Körpergefühl hat(te) extrem gelitten.

Ich habe immer noch dieselben Gefühle wie nach der Geburt. Das Thema lässt mich nicht los. Ich bin daher in Hebammen- und Hausgeburtsverbände eingetreten um die Hebammen und die natürliche Geburt ohne Ärzte und nach den Wünschen der Frau zu unterstützen und mit Informationen versorgt zu werden was man noch zur Unterstützung beitragen kann. Ich versuche wieder schwanger zu werden. Meine größte Angst ist es, dann keine Hausgeburtshebamme zu finden und im Krankenhaus entbinden zu müssen.

Abschließende Bemerkung:

8 Frauen äußern aufgrund des zeitlichen Abstands zum Dammschnitt, dass sie sich damit abgefunden hätten. Sie suchen Erklärungen, wie etwa folgende Aussagen zeigen: „ohne diesen erfahrenen Arzt wäre es in einem Kaiserschnitt geendet“ oder „relativ egal, weil ich dank der ganzen Medikamente nicht mehr so viel weiß“. Beide Aussagen klingen nach Selbstbeschwichtigung. Bei 13 Frauen sind die Eindrücke noch sehr lebendig und es wird deutlich, wie nachhaltig negativ sich diese Intervention auswirkt.

8. Was/wer hat dir geholfen, mit der Situation umzugehen?

Viel reden mit meiner Tante!

Meine Familie.

Mein Mann (2 Nennungen).

Niemand (5 Nennungen).

Geburtsverlaufsbericht angefordert, viele Infos gesammelt, Bericht mit vertrauter Person durchgegangen, ausführlichen Bericht über meinen Unmut an die Beschwerdestelle des Klinikums geschrieben.

Mein Freund und meine Familie haben mir geholfen, indem ich darüber reden durfte/konnte, Verständnis.

Hebammen, Ehemann, Gynäkologin.

Eine Verhaltenstherapie, Traumatherapie, Tabletten, eine ganz tolle Physiotherapeutin, die auch Ärztin ist, eine Traumahebamme.

Die "Sache" war der Rede nicht wert. Mir wäre nicht im Traum eingefallen, eine Erklärung zu fordern.

Ich habe rechtliche Schritte eingeleitet.

Meine Hebammen, die Zeit. Irgendwann habe ich den Damm auch massiert/die Narbe. Das hat geholfen, sie zu akzeptieren.

Eigentlich nichts. Ich fühle mich immer noch als Opfer. Und ich kann kaum darüber sprechen, da es von meiner Umwelt nicht so angesehen wird. Man solle doch froh sein, dass es die Medizin gibt usw. Es tut mir gut, hier darüber zu schreiben und ich finde es toll, dass es diese Umfrage dazu gibt. Vielen Dank dafür.

Hatte zunächst Hebamme, die wenig Verständnis zeigte und Druck ausübte, weil Stillen nicht geklappt hatte. Ich sollte mit Säugling in Psychiatrie. Hab mit Frauenarzt andere Hebamme organisiert, hat zugehört, ermutigt. Hab mir wegen PTBS [posttraumatische Belastungsstörung] Psychologin gesucht.

Psychologin.

Ich habe mich über den normalen Geburtsablauf sehr genau informiert. Die Zeit half etwas. Die zweite Geburt zuhause war heilsam (ging noch schneller mit noch kürzeren Wehen ...) und absolut unkompliziert.

Keine Angabe

Abschließende Bemerkung:

Auch bei diesen Antworten zeigt sich eine große Spannweite. Fünf Frauen finden niemanden, mit offenem Ohr. Eine Frau, die den übrigen Fragebogen sorgsam ausfüllt, lässt diese Antwort aus. 15 Frauen finden Gehör oder suchen aktiv nach einer psychologischen, medizinischen und in einem Fall einer juristischen Aufarbeitung.

9. Spürst du bis heute körperliche und seelische Folgen des Dammschnitts? Möchtest du die Folgen hier genauer beschreiben?

Nach 2 Jahren ist es nicht vergessen, ich habe gelernt, damit zu leben.

Bin einfach unglücklich, dass ich nicht gefragt worden bin. Hatte die Schere gesehen und wurde nicht gefragt. Das fand ich verkehrt.

Ich habe Probleme beim Sex (Schmerzen) und Probleme wenn ich meine Tage habe, einen Tampon zu benutzen.

Nein.

Ja, körperlich und seelisch, immer noch Schmerzen, auch seelisch noch nicht richtig überwunden – werde noch jedes Mal, wenn ich daran denke, traurig und ich habe das Gefühl, dass ich die Geburt auch insgesamt nicht verarbeitet habe (noch nicht ganz).

Nicht wirklich, alle 2-3 Monate leichtes Ziehen.

Ich habe 2 Korrekturoperationen hinter mir: tauber Intimbereich, fast täglich Schmerzen, unangenehmer Druck beim Sitzen, ziehen beim Gehen, keine Lust mehr auf Sex, total. Verzogener/schiefer Intimbereich, extreme Wetterfühligkeit.

Ich habe eine unschöne Narbe am Damm, die sehr dünn ist. Meine Vagina hat dadurch einen schlechteren Schutz vor Bakterien, vor dem Austrocknen und das Scheidengewölbe drückt nach außen, da kein Halt. Seelische Folgen keine.

In Zusammenhang mit Kristellern + Scheidenriss + Naht mit unzureichender Betäubung: konnte Kind zunächst nicht lieben, posttraumatische Belastungsstörung, Partnerschaft extrem belastet, Sexualität erschwert, weiterhin Brennen beim Wasserlassen, knotig abgeheilt, nässt.

Die Narbe stört und manchmal schmerzt sie auch, insbesondere beim Sex.

Ja, seelische Folgen. Körperlich spüre ich nichts mehr davon.

Keine Veränderung zu früher. Die ersten Monate waren etwas schmerzhaft beim Sex oder langem sitzen. Jetzt ist wieder alles gut.

Ich hatte bis zwei Jahre nach der Geburt regelmäßig das Gefühl, zu eng "zusammengetackert" zu sein. Die Narbe hatte eine Wulst und war schmerzhaft, auch beim Sex. Zum Glück hat meine Hebamme sie behandelt und seitdem ist es

besser. Manchmal spüre ich sie noch, aber sie gehört zu mir. Auch die Wut darüber habe ich nicht vergessen.

Nach der Geburt ist die Naht aufgegangen und ich hatte eine Infektion. Die Narbe ist heute immer noch schmerzhaft und ich brauche eine Korrektur.

Ja, spüre ich. Die Narbe schmerzt bei Wetteränderungen. Seelisch hadere ich damit und mit der Geburt insgesamt immer noch. Zudem wurde unter der Geburt auch meinem Sohn Gewalt angetan, da ein Arzt sich auf meinen Bauch lehnte und ihn versuchte mit heraus zu schieben. Dadurch waren beim Kind Halswirbel eingeklemmt und er hatte 4 Monate lang Schmerzen und schrie fast nur, bis ich dann aus lauter Verzweiflung zum Osteopathen ging und dieser die Blockade löste.

Hatte lange Zeit Schmerzen beim Sex.

Die Naht tut noch weh und spannt, ist nicht "gut" genäht (Aussage von 2 verschiedenen Hebammen). Angst vor Geschlechtsverkehr wegen der Naht und des Dammschnitts.

Lange konnte ich mich nicht einmal selbst dort berühren, nach zwei OPs sind die Schmerzen fast weg. Ich zucke aber immer noch und mag es nicht wirklich, dort berührt zu werden.

Ich fühle nichts.

Ich habe eine leichte Gebärmutter- und Blasensenkung. Glücklicherweise bisher ohne neg. Auswirkungen. Vermutlich die Folge von angeleitetem Powerpressen und durch den Schnitt geschädigten Nerven. 3,5 Jahre nach der Geburt musste ich erst mit Hilfe einer auf den Beckenboden geschulten Physiotherapeutin lernen, meinen Beckenboden wieder wahrzunehmen. Aufgrund des erlittenen Traumas hatte ich diese Gewebe aus meinem Bewusstsein ausgeklammert und sozusagen nicht mehr "angesprochen" (Erklärung der Physiotherapeutin).

Es hat Jahrzehnte gedauert, bis mir die Ungeheuerlichkeit des routinemäßigen Vorgehens ins Bewusstsein kam. Ich weine, wenn ich daran denke. Wieso kann Mann mit mir so etwas machen - einfach so? Das tut mir weh und macht mich auch wütend. Ich erinnere mich, dass es beim Schneiden so war: "Jetzt pressen Sie mal ordentlich, dann tut der Schnitt nicht weh." Dass er wehtat, war also mein eigenes Versagen - ich hab nicht stark genug gepresst. Nach der 2. Geburt empfand ich das Nähen als extrem schmerzhaft. Ich zuckte bei jedem Stich zusammen. Der Gyn sagte, es sei unmöglich, dass mir das weh tut, obwohl er ja gemerkt hat, wie ich zuckte. Er tat so, als sei das Anstellerei. Er nannte dafür irgendeinen abstrusen Grund. Aber es war mir nicht möglich, nicht zu zucken. Es tat so weh.

Abschließende Bemerkung:

Bei diesen Antworten wird die Nachhaltigkeit des Erlebten besonders deutlich. Thematisch geht es um körperliche Schmerzen, seelisches Leiden, Unglücklichsein, Verletzung der Würde, Berührungsempfindlichkeit, Angst vor Schmerzen beim Intimverkehr, eine Narbe ging wieder auf und entzündete sich, zwei operative Korrekturen waren erforderlich.

10. Was würdest Du heute der Ärztin/dem Arzt/der Hebamme, die/der den Dammschnitt durchgeführt hat, sagen?

Dieses Mal (beim 2. Kind) war es ok.

Ich würde nochmal eine Geburt bei dieser Hebamme machen wollen. Habe mich wirklich gut aufgehoben gefühlt und danke ihr für die schöne Erfahrung bei dieser Geburt.

Ich würde gerne eine Erklärung haben.

Eine Aufklärung wäre schön gewesen.

Bitte frag mich doch.

Sie hat es sehr gut gemacht, aber ich hätte mir etwas mehr Infos zur Pflege und Heilung gewünscht.

Bin dem Oberarzt dankbar, dass er das so durchgezogen hat, während die jüngere Assistenzärztin und die Hebamme auf die Bremse gegangen wären, was unweigerlich im Kaiserschnitt geendet hätte.

Dass ich nicht erst beim Nähen darauf hingewiesen wollen werden würde, dass geschnitten wurde.

Dass er/sie einen Dammschnitt nicht ohne vorherige eindeutige Rücksprache durchzuführen hat. Mein drittes Kind bekam ich ganz ohne jegliche Interventionen.

Ich würde sie gerne fragen, ob sie die Patientenrechte nicht kennen und ob ihnen bewusst ist, was sie Frauen damit antun.

Die Hebamme sollte sich noch einmal fortbilden, um den richtigen Dammschutz für die nachhaltige Gesunderhaltung der Frau zu lernen. Das ist leider durch das verloren gegangen, da jeder in der Geburtshilfe macht, was er will und nicht das macht, was für die Frau notwendig ist.

Dass sie sich mal überlegen sollte, was für Schäden so ein „kleiner Schnitt“ machen kann. Ich würde sie auch fragen, warum sie Hebamme geworden ist. Und was sie denken würde, wenn jemand sie ohne Ankündigung mal verletzen würde.

Sie hätten mit mir sprechen müssen! Sie hätten mich besser nähen müssen! Das war unendlich schmerzhaft und auch noch stümperhaft gemacht.

Dass sie die Frauen nicht wie Objekte behandeln soll und sie und ihre Wünsche achten soll und als Ärztin während einer Geburt nur im Notfall anwesend sein und eingreifen soll.

Sie haben kein Recht, ohne Erlaubnis in meine Vagina zu schneiden. Ich zeige Sie wegen Körperverletzung an.

Arzt war ein Mann: soll sich Gedanken über Entwürdigung machen, in die Rolle der Frau versetzen. Es ist nicht mehr zeitgemäß, routinemäßig diesen Eingriff durchzuführen. Hebamme: hat ihren Beruf verfehlt, wenn ich mir ihr Vorgehen und ihren Umgang mit mir im Kreißsaal ansehe.

Bei mir hat es kein Arzt durchgeführt, sondern eine Hebamme - ich würde sagen, dass sie mich hätte fragen können und sie nicht zwei Mal hintereinander (mit kurzer Pause) schneiden soll – vor allem dann nicht, wenn sie mich so furchtbar hat schreien hören nach dem ersten Schnitt.

Dass sie einen bleibenden großen Schaden angerichtet hat und mich um das Geburtserlebnis und meine Sexualität betrogen hat.

Bevor ich dem zustimme, müssen definitive Gründe vorliegen. Außerdem müssen vorher andere Geburtspositionen ausprobiert werden. Außerdem: scharfes Skalpell/Schere verwenden und gefälligst auf 1x schneiden!!!

Ich könnte nicht aufhören, vor Wut zu toben, ihn zu schlagen, zu schütteln und anzuschreien. Du arrogantes Arschloch, wie kannst du so unmenschlich und ohne jedes Gefühl sein und handeln?

Dass jeder hoffentlich irgendwann seine gerechte Strafe bekommt, ich wünsche Ihnen die gleichen körperlichen und seelischen Qualen. Was fällt Ihnen ein, über mein Leben zu entscheiden?

Abschließende Bemerkung:

Die Spannbreite der Antworten reicht von Anerkennung und Dank über Vorschläge für eine Fortbildung, zu heftigen Schuldvorwürfen bis hin zu Rachegefühlen: „...dass jeder hoffentlich irgendwann seine gerechte Strafe bekommt...“.

Sehr deutlich wird bei dieser Frage, dass die betroffenen Frauen versucht hatten, eine Beziehung zu den Personen im Kreißaal aufzubauen. Darin mag auch die überwiegend tiefe Enttäuschung begründet sein, dass sie im Kreißaal mit Bedingungen konfrontiert worden waren, mit denen sie nicht gerechnet hatten.

11. Zusatzfrage: Ich möchte noch Folgendes loswerden

Ich kann verstehen, dass der Dammschnitt für einige Frauen schwerwiegende Auswirkungen hatte. Besonders wenn die Geburt anders geplant gewesen ist. Ich bin jedoch bei der Geburt als auch rückwirkend betrachtet sehr zufrieden mit der Entscheidung gewesen und habe keine langfristigen Spätfolgen erkennen können.

Mein Bewusstsein heute ist anders als damals. Ich dachte, das ist normal und gehört dazu. Dass solche Schnitte Routine sind, wusste ich nicht, habe auch mit niemand darüber gesprochen.

Ich habe mich lange mit dem Thema beschäftigt und fände es sehr wichtig, dass Frauen aufgeklärt werden und ihr Einverständnis geben müssen. Auch werden so viele Dammschnitte schlecht/falsch versorgt. Ich denke, das muss an die Öffentlichkeit.

Die Hebamme hatte mich unter der Geburt alleine gelassen und mir nicht geglaubt, dass bereits die Geburtswehen eingesetzt haben – sie war so gut wie nie im Raum und war nicht für mich da. Sie kannte mich also nicht und konnte aus diesem Grund nicht beurteilen, ob ich einen Dammschnitt brauche oder wann der „richtige“ Zeitpunkt wäre.

Hätte ich nicht nachgefragt, wäre es wohl genauso „verheimlicht“ worden wie die Nutzung der Saugglocke.

Danke für die Befragung. Das Thema ist schambesetzt und muss viel öffentlicher besprochen werden. Mir tut es gut, das als Körperverletzung zu betiteln.

Ein Dammschnitt ist für mich Körperverletzung. Sie darf nur im Notfall oder auf ausdrücklichen Wunsch der Frau erfolgen. Wenn noch Zeit für eine Betäubung bleibt, dann finde ich den "Notfall" sehr fraglich.

Ich weiß, dass der Dammschnitt eines der geringsten Übel an meinem Erlebten ist. Er ist jedoch ein Teil davon und hat mich viel Kraft und Überwindung gekostet, dass es annähernd so ist, wie es jetzt eben ist.

Ich finde es super, dass ihr euch für dieses Thema einsetzt! Gewalt unter der Geburt wird einfach totgeschwiegen. Und das ist sehr ärgerlich. Die Geburtskultur in Deutschland leidet sehr darunter. Meines Erachtens ist es Körperverletzung und verletzt auch die Würde der werdenden Mutter.

Ich möchte den Gedanken loswerden, dass ich selber Schuld daran bin, dass Mann so mit mir umgeht.

Dammschnitte werden zu oft ohne Grund gemacht und verharmlost. Das muss sich ändern!!! Egal, was es für Komplikationen bei der Geburt gibt, müssen die Geburtshelfer die Frau respektieren und mit Würde behandeln!!!

Danke, dass es diese Umfrage gibt. Mich beschäftigt die Frage, was ich tun kann wenn ich wieder in die Situation komme. Wie kann man vorbeugen? Woher weiß ich, dass ich mich doch irgendwie durchsetzen muss und wann dann doch ein Dammschnitt oder eine andere Maßnahme notwendig ist. Unter der Geburt ist man den Ärzten so schutzlos ausgeliefert. Man ist nicht in der Lage, zu diskutieren. Man hat keine Zeit zu überlegen oder Rat zu holen und man hat nicht das Wissen, ob eine Maßnahme wirklich erforderlich ist oder nicht. Ärzte können einem viel erzählen. Und schließlich will man in dieser Situation bloß nichts falsch machen, schließlich geht es um das Leben des Kindes. Das können die Ärzte ausnutzen. Das ärgert mich sehr.

Abschließende Bemerkung:

Die Zusatzfrage gibt Aufschluss über die Erwartungen der Frauen zur Geburt und zur Klinik. Ärzte und Hebammen werden nur von zwei Frauen als kompetent beschrieben, alle andern Frauen fühlten sich nicht genug respektiert, nicht gut betreut oder sogar ausgeliefert.

III. Auswertung unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien und geburtshilflichen Erfahrungswissens von Hebammen

Die Befragung wurde 1702-mal aufgerufen. Es gehört Überwindung dazu, auch den Schritt zur Beteiligung zu gehen. Solange die einzelne betroffene Frau das Gefühl hat, dass bagatellisiert wird, was sie erlebt hat, fühlt sie sich nicht ernst genommen. Dadurch nimmt das persönliche Leiden vielleicht sogar noch zu. Einzelaktionen wie Briefe an Kliniken, abgewiesene Strafanzeigen und fehlendes Verständnis in der Familie zeigen, wie das Bedürfnis nach Erklärungen oder Anteilnahme ins Leere läuft. Welchen Nutzen kann dann eine Befragung haben?

Die Frauen, die an der Befragung teilgenommen haben, ermöglichen uns einen persönlichen Einblick in das „Was“ und „Wie“ des Erlebten. Das berührt, macht betroffen, erinnert an selbst Erlebtes. Befragung und Auswertung verbinden sich mit dem Anliegen, schwangere Frauen zu stärken, um ihnen solche Erlebnisse zu ersparen.

Mit zwei Studien und Erfahrungen von Lehrhebammen wollen wir dazu beitragen, dass sich werdende Eltern und das Personal im Kreißaal über vorhandenes wissenschaftliches und erfahrungsbezogenes Wissen informieren können.

Vor diesem Hintergrund werten wir die Dissertation von Gudrun Nitsche 2005 aus und ziehen die GKV-Pilotstudie von 2011 mit dem Fokus auf Geburtshaltungen und Dammschnitte hinzu. Des Weiteren fügen wir einen Auszug aus einem Interview mit Dr. Christiane Schwarz, Lehrhebamme, hinzu.

III.1 Dissertation von Gudrun Nitsche zu den Folgen von Episiotomien (Dammschnitten) 2005

Zusammenfassung: Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Großhadern der Universität München änderte nach Abschluss einer Studie von Gudrun Nitsche (Nitsche 2005) ihre Indikation (Erläuterung siehe Kapitel V) für Dammschnitte. Eine Dissertation als randomisierte Studie konzipiert (gilt als die hochwertigste Studienanordnung im Wissenschafts-betrieb) erbrachte eindeutige Ergebnisse zugunsten der Absenkung der Dammschnittrate (um 36 % !) wenn eine „restriktive Indikation“, angewandt wurde, d.h. ein Dammschnitt nur dann erfolgte, wenn die Situation des Kindes ihn erforderlich machte.

Zurzeit der Studie 2003-2004 lag die Dammschnittrate bei Erstgebärenden an der Klinik Großhadern bei „fast 90 %“. Zum Vergleich: Zur selben Zeit lag die Rate bei allen Geburten in Deutschland bei 60 %. 2005, nach Auswertung der Studie, gelang es in Großhadern, die Rate bei allen Gebärenden auf 20 % und in den Jahren danach sogar auf unter 10 % abzusenken. Das ergab die Nachfrage im dortigen Kreißaal im Dezember 2017.

Zur Dissertation von Gudrun Nitsche 2005:

Im Zeitraum von 18 Monaten (2003-2004) wurden 146 Frauen gebeten, freiwillig an einer Studie teilzunehmen. Untersucht werden sollte, wie Dammschnitte sich auf Kontinenz (urodynamische Parameter) und auf die Wiederaufnahme sexueller Aktivitäten mit evtl. auftretenden Beeinträchtigungen wie Schmerzen (Dyspareunie) auswirken.

Zu der Studie kam es aufgrund mehrerer Faktoren, welche die Autorin in ihrer Einleitung erwähnt, u. a.:

- 1) Kritik und Beschwerden von Wöchnerinnen nach einem Dammschnitt. Dazu schreibt die Autorin: „Während die Episiotomie aus kindlicher Indikation oft ihre Berechtigung hat ..., gerät die mütterliche Indikation immer häufiger unter Kritik. Ein Grund dafür sind die von Wöchnerinnen mit Episiotomie geäußerten Beschwerden im Dammbereich nach der Entbindung ... Dabei kann der Nutzen eines routinemäßigen Einsatzes der Episiotomie, hinsichtlich der Vermeidung von Dammrissen III. Grades, Wundheilungsstörungen, Schmerzen und Deszensus [Senkung], sowie der Erhalt der langfristigen Beckenbodenfunktion bislang in keiner Studie hinreichend bewiesen werden ...“ S. 9.
- 2) Die Handlungsorientierung der GeburtshelferInnen im Kreißaal führe ohne hinreichende Begründung zu häufigen Dammschnitten: „'Der entscheidende Faktor', der die Häufigkeit der Episiotomie beeinflusst, ist die Einstellung und Intention des Geburtshelfers. Sie wird gebildet von ihrer persönlichen Meinung

über Vor- und Nachteile der Episiotomie, von der Erwartungshaltung ihrer Gebärenden und der Technik und Intensität, mit der versucht wird, „den Damm zu halten“, S. 10.

- 3) Es fehle an einschlägigen Studien, um prophylaktische oder routinemäßige Dammschnitte zu rechtfertigen: Die Autorin erläutert: „eine umfassende Literaturübersicht der gesamten englischsprachigen Literatur seit 1860 (habe) keine wissenschaftlichen Beweise für die angeblichen Vorteile von routinemäßig durchgeführten Episiotomien erbracht... Die aktuelle Diskussion – welche sich in der Literatur der letzten Jahre widerspiegelt – zeigt jedoch, dass die Vorzüge der Episiotomie mindestens zum Teil fraglich oder nicht hinreichend bewiesen sind und zum Teil als widerlegt gelten können.“ S. 8.

Als Ziel für die Studie formuliert die Autorin, dass das Handeln der GeburtshelferInnen bei der Durchführung von Dammschnitten (restriktiv oder liberal) künftig evidenz-basiert erfolgen solle. Dazu wurden die Geburtshelfer während der Geburt genau instruiert, unter welchen Bedingungen sie schneiden dürfen und wann nicht. Es erfolgten mehrere Monate nach der Geburt Nachuntersuchungen bei den Probandinnen, um die Funktionen des Beckenbodens zur Kontinenz zu messen. Bei der zeitgleich durchgeführten Befragung konnten Beschwerden, Schmerzempfindungen sowie sexuelle Beeinträchtigungen in Skalen eingeordnet werden.

Zum Ablauf der Studie:

Die Frauen wurden im Losverfahren den Gruppen A und B zugeordnet.

Gruppe A (76 Frauen): Bei diesen Frauen wurde ein Dammschnitt durchgeführt, wenn eine am Befinden des Kindes orientierte Indikation vorlag = „restriktive Indikation“.

Gruppe B (70 Frauen): Diese Frauen erhielten nach Einschätzung des Personals einen Dammschnitt, wenn eine kindliche und/oder mütterliche Indikation vorlag: „liberale Indikation“.

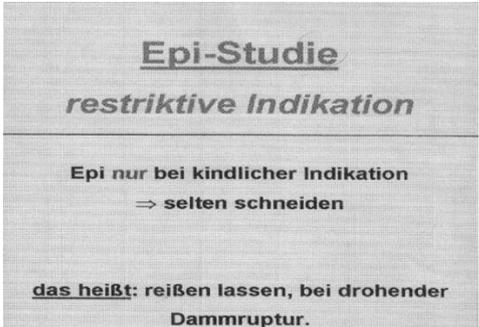
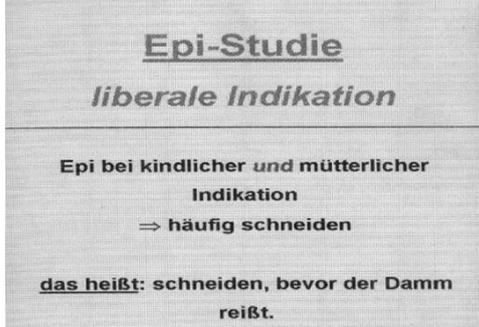
<p>Die Anweisungen für Frauen der Gruppe A lauteten:</p>  <p>Epi-Studie <i>restriktive Indikation</i></p> <hr/> <p>Epi nur bei kindlicher Indikation => selten schneiden</p> <p><u>das heißt:</u> reißen lassen, bei drohender Dammruptur.</p>	<p>Die Anweisungen für Frauen der Gruppe B lauteten:</p>  <p>Epi-Studie <i>liberale Indikation</i></p> <hr/> <p>Epi bei kindlicher und mütterlicher Indikation => häufig schneiden</p> <p><u>das heißt:</u> schneiden, bevor der Damm reißt.</p>
---	--

Abbildung S. 104

Einige Ergebnisse:

„Der restriktive Einsatz der Episiotomie für fetale Indikation führte zu einer Reduzierung der Episiotomierate um 36 % [Differenz zwischen 77% in der liberalen Gruppe und 41% in der restriktiven Gruppe]... Im Gruppenvergleich der perinealen Traumen [den Damm betreffend] ergaben sich hoch signifikante Unterschiede. Die Reduktion der Episiotomierate in der restriktiven Gruppe war gefolgt von einer fast dreifach höheren Rate an minimal perinealen Traumen (Perineum intakt oder Dammriss 1. Grades) verglichen mit der liberalen Gruppe. Weiter ging eine Reduktion der Episiotomierate in der restriktiven Gruppe auch mit einem dreifachen Anstieg der Rate an intakten Dämmen (29 % versus 10 %) einher... Hinsichtlich der Schmerzmedikation erwies sich die restriktive Indikation als deutlich komplikationsloser“, S. 29.

„Keine Studie ausreichender Qualität konnte bislang belegen, dass die Episiotomie das Risiko für einen höhergradigen Dammriss (DR III/IV) reduziert“, Tabelle S. 62.

„Es mehren sich die Hinweise, dass die Episiotomie keinen prophylaktischen Wert aufweist, möglicherweise einer Inkontinenz und Senkung sogar Vorschub leistet“, S. 19.

Was folgt aus der Dissertation?

Die große Überraschung der Münchner Studie besteht darin, dass bei der restriktiven Anweisung „reißen lassen bei drohender Dammruptur“ bei Gruppe A im Ergebnis dreimal mehr Frauen unverletzt blieben. Der Anteil der Frauen, die keinen Dammschnitt erlitten, war um 36 % gesunken. Die Schmerzmedikation war „deutlich komplikationsloser“. Das Argument der Prophylaxe wurde dadurch entkräftet, dass die Häufigkeit größerer Dammsrisse in Gruppe A gegenüber der Gruppe B gleich hoch war.

Die Anweisung: „Nicht schneiden...Reißen lassen bei drohender Dammruptur“(Gruppe A) beinhaltet äußerste Zurückhaltung. Damit geben die Geburtshelfer die Kontrolle über den Geburtsprozess weitgehend aus der Hand. Es wirkt paradox, dass durch Unterlassen des Schneidens bedeutend mehr Frauen unverletzt blieben, d.h., auch keinen Dammriss erlitten, wie erwartet worden war.

Schneiden ermöglicht dem Personal im Kreißsaal, etwas tun zu können. Eine Geburt geschehen zu lassen, erfordert eine Haltung des Respekts vor der ihr innewohnenden Urkraft. Die Geburt nicht kontrollieren zu wollen und stattdessen dem naturgemäßen Geburtsgeschehen zu vertrauen, erfordert eine veränderte Haltung dem Geburtsgeschehen insgesamt gegenüber.

Sind Überwachung und Kontrollen, Machen-wollen und Tun-müssen die einzigen Handlungsmöglichkeiten, die dem Personal im Kreißsaal zur Verfügung stehen? Anders ausgedrückt: Was ist die Aufgabe des Personals, wenn es nicht überwacht, kontrolliert, medikamentös oder operativ interveniert?

Die Münchner Studie zeigt sehr überzeugende andere Handlungsmöglichkeiten auf. Die konnten allerdings erst sichtbar werden durch Verzicht auf verbreitete Handlungsnormen und -routinen.

Für gebärende Frauen ist ein Dammschnitt leichter zu akzeptieren und zu verarbeiten, wenn sie die Gründe dafür nachvollziehen können, sie informiert wurden und zugestimmt haben. Sonst trägt der Eingriff Züge von Willkür unter Missachtung von

Patientenrechten. Zeitdruck, Personalmangel, Missachtung des ausdrücklich erklärten Willens hinterlassen Gefühle von Demütigung, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Das verletzt die Würde der Frauen.

Bei der Dissertation von Gudrun Nitsche ist nicht untersucht worden, in welcher Geburtshaltung die Frauen ihre Kinder geboren haben. Dieser Faktor ist aber von großer Bedeutung. Darum ziehen wir zur Bewertung unserer Online-Befragung nachfolgend noch zwei weitere Quellen hinzu, die GKV-Pilotstudie von 2011 und ein Interview von Dr. Christiane Schwarz (Schwarz 2015).

III.2 Pilotstudie des Gesamtverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) 2011, Gebärhaltungen - Dammschnitte

Diese Erhebung wurde erstellt vom Gesamtverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Zusammenarbeit mit dem Verein „Qualitätssicherung außerklinischer Geburtshilfe e.V.“ (QUAG), dem Deutschen Hebammenverband (DHV) und dem Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD). Verglichen wurden erstmals in Deutschland klinische mit außerklinischen Geburten. Dabei wurden insgesamt ca. 90 000 Geburten von ausschließlich gesunden Müttern und Einzelkindern in Schädellage betrachtet. Davon fanden ca. 30 000 Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE) bundesweit statt und ca. 60 000 Geburten in Kliniken Hessens (GKV-Pilotstudie 2011).

Zwei Parameter, die uns im Zusammenhang mit der Online-Befragung interessieren, zeigen signifikante Unterschiede zwischen Kliniken und von Hebammen geleiteten Einrichtungen (HgE), nämlich die Dammverletzungen und die Gebärpositionen.

Häufigkeit von Dammverletzungen	
Kliniken	70,2 %
Hebammen geleitete Einrichtungen (HgE)	58,8 %

„Eine Geburt mit intaktem Damm konnte signifikant häufiger in der HgE erreicht werden, höhergradige Dammrisse waren in beiden Settings gleich selten“, S. 25.

Die größten Unterschiede wurden in Bezug auf Gebärpositionen gefunden.

Gebärposition	Hebammen-Einrichtung (HgE)	Klinik
Horizontal	23,7 %	86,1 %
Vertikal	36,0 %	4,7 %
Wassergeburt	22,1 %	4,5 %
Anderes	18,2 %	4,7 %

Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass die in den 1970-1980er Jahren weltweit erhobenen ethno-medizinischen Studien¹ bei freiberuflich geburtshilflich tätigen Hebammen zu Umdenken und entsprechend veränderten Angeboten für schwangere Frauen führten. Währenddessen stagnierte offensichtlich die diesbezügliche Weiterentwicklung an Kliniken zugunsten von Techniküberwachung und Personaleinsparungen.

Die Lehrmeinung in den Hebammenwissenschaften zum Thema Gebärhaltung und Dammschnitt entnehmen wir den folgenden Ausführungen der Lehrhebamme und Dozentin Dr. Christiane Schwarz im Rahmen eines Interviews 2015 (Schwarz 2015).

III.3 Ausschnitte aus Interview mit Lehrhebamme und Dozentin Dr. Christiane Schwarz zu Gebärhaltungen und Dammschnitten 2015

Interview mit der Dozentin für eine Gesundheitszeitung (Schwarz 2015):

„Drei von vier Frauen bringen ihr Kind in Rückenlage zur Welt. ‚Das ist alles andere als ideal‘, findet die Hebamme und Hebammen-Lehrerin Christiane Schwarz aus Hannover. Sie erklärt, welche Geburtshaltungen für Mutter und Kind besser sind. Frauen haben vielfältige Möglichkeiten, die Geburt ihres Babys zu gestalten: Sie können wählen, ob ihr Kind im Geburtshaus, zu Hause oder in der Klinik zur Welt kommt. Auch während der Entbindung sollten sie mitentscheiden können, welche Gebärposition für sie am angenehmsten ist - sei es Stehen, Hocken oder Liegen.

Die Rückenlage hat erhebliche Nachteile: ‚In dieser Position kann sich das Becken nicht bewegen, und der Geburtskanal ist enger. Deshalb hat die Frau mehr Schmerzen, und die Geburt dauert im Vergleich auch länger...‘

‚Jede Schwangere muss selbst spüren und mit der fachkundigen Unterstützung der Hebamme herausfinden, was ihr gut tut... Alles was statisch und unveränderbar ist, ist schlecht bei einer Geburt. Variabilität ist das Maß aller Dinge‘.

Vertikale Gebärpositionen sind besser als horizontale

...Außerdem werde bei aufrechter Haltung die Gebärmutter stärker durchblutet, so dass die Sauerstoffversorgung des Kindes besser sei und die Risiken geringer würden. Außerdem seien seltener Dammschnitte nötig, weil das Baby nicht plötzlich "befreit" werden müsse.

Vierfüßlerstand: ‚Diese Haltung garantiert zum einen gute Bewegungsmöglichkeiten und zum anderen können Rückenschmerzen so gemildert werden. Außerdem wird der Damm entlastet, so dass es seltener zu Rissen kommt‘.

Wassergeburt: ‚In einer Geburtswanne zu entbinden hat eigentlich keine Nachteile, nur Vorteile. Deshalb ist es mein Favorit unter den Gebärhaltungen. Die Frauen sind

¹ Schiefenhövel, W. 1995: „Am auffälligsten und für die Mehrheit der Fachleute wohl auch am akzeptabelsten geschieht die Informationsübermittlung seitens der Ethnomedizin für den Bereich der Geburtsmechanik, vor allem der vertikalen Gebärhaltung. Bisweilen werden Zweifel geäußert, ob Stehen, Knien, Sitzen und Hocken wirklich so verbreitete Körperhaltungen bei Gebärenden sind. Es ist jedoch unbestreitbar, daß in den Ethnien, von denen man verlässliche Zeugnisse hat, aufrechte Gebärpositionen bevorzugt werden; so haben die sorgfältigen Studien von F.R. und F. Narrol ... und J.E. Roberts (1980) ergeben, dass vertikale Gebärhaltungen in den verschiedensten Kulturen überwiegen. Auch die in diesem Band zusammengefaßten ethnographischen oder ethnomedizinischen Berichte (die keiner diesbezüglichen Vorauswahl unterworfen waren!) zeigen dasselbe Resultat...“.

im Wasser völlig frei in ihrer Beweglichkeit und empfinden die Geburt im nassen Element meist als weniger anstrengend. Außerdem wirkt das angenehm warme Wasser schmerzlindernd und hilft Dammsrisse zu vermeiden’.

Gebären auf Küchenarbeitshöhe

Da ca. 86 % der Frauen in Kliniken in liegender Position gebären und 60 % eine PDA gelegt bekommen, seien die meisten schwangeren Frauen zu Passivität verurteilt. ‚Für einen möglichst reibungslosen Ablauf des Klinikbetriebes ist es praktischer, die Schwangeren in 'Küchenarbeitshöhe' - ähnlich wie im OP - vor sich zu haben. Das ist bequem für die beteiligten Helfer, denn so ist es leichter, mehrere Geburten gleichzeitig zu betreuen‘, merkt Schwarz kritisch an. ‚Geburtshelfer können bei liegenden Frauen beispielsweise besser einen Dammschnitt durchführen‘.“

IV. Zusammenfassung - Forderungen

Die Befragung der von einem Dammschnitt betroffenen Frauen führt zu Überlegungen, was in Kliniken zu verändern und zu reformieren ist. Die Startsituation ins Familienleben gelingt, wenn Eltern und Baby nach der aufregenden Geburtsphase schnell Tritt fassen, um die Aufgaben in den neuen Rollen zu meistern.

Belastend ist jedoch, wenn die Mutter mit den ihr zugefügten Verletzungen hadert, wenn die Mutter-Kind-Bondingphase durch Wundversorgung oder OP gestört wurde, wenn die Mutter sich als Frau beschädigt, verletzt, nicht ernstgenommen, entwürdigt und gedemütigt fühlt und auch der Vater durch eigenes Ohnmacherleben geschockt oder gar sekundär traumatisiert ist.

Kinder sind höchst verletzlich: vorgeburtlich, bei der Geburt und in der Bondingphase. Sie brauchen Schutz durch Sicherheit und Nähe zur Mutter, hilfsweise zum Vater. Die mütterliche Gesundheit während und nach der Geburt ist vom Schutz und großer Umsichtigkeit ihr gegenüber abhängig. Die größte Umwälzung im Leben einer Frau geschieht durch die Geburt ihres ersten Kindes. Dieses Ereignis macht aus der Frau unumkehrbar eine Mutter. Mütter fühlen ihre große Verantwortung, wenn sie ihr Baby im Arm halten. Die hormonelle Ausschüttung von Oxytocin ist in der Stunde der Geburt besonders hoch. Dieses Hormon dient der Bindung und einem liebevollen Fürsorgeverhalten.

Werden Mutter und Kind bei diesem lebensgeschichtlich bedeutsamen Übergang gestört, behindert, durch Zeitdruck und andere klinische Maßnahmen beeinträchtigt, fühlt sich die Mutter im Nachhinein um ein gutes Geburtserlebnis betrogen. Sie spürt Unzufriedenheit, Versagen, Schuldgefühle und Frustration. Das Kind spürt die Missempfindungen der Mutter und reagiert darauf.

Die immense Zahl von unter der Geburt verletzten Frauen (über Dammverletzungen weit hinaus gehend durch Kaiserschnitte, vaginal-operative Eingriffe und Frühgeburten) würde sich verringern durch respektvolle, achtsame, wertschätzende Begleitung in der Schwangerschaft und mit ausreichend Geduld und Zeit für Frauen und Kinder, welche gemeinsam die Geburtsarbeit leisten. Die einseitige Gewichtung der Überlebenssicherheit muss durch Qualitätsstandards ergänzt werden, welche die grundlegenden Bedürfnisse nach Schutz und Unterstützung von Mutter und Kind befriedigen und Sozialerfahrungen ermöglichen, die bei einer Geburt für Mutter und Kind von existentieller Bedeutung sind.

Geburten stellen nur selten ein medizinisches Problem dar, lt. WHO ca. 10-15 %. Die Geburt ist für Mutter Kind und Vater die bedeutende Grundlage für ein langfristiges soziales, achtsames und fürsorgliches Miteinander. Die ganzheitliche Gesundheit der Mutter sollte hohe Priorität haben, sie im Auge zu haben ist für die Zukunft des Kindes eine wichtige Basis und eine gesellschaftlich unverzichtbare Aufgabe. So wie wir als Gesellschaft in die Lebensphase der gealterten Individuen investieren, muss dasselbe auch für die Jüngsten am Lebensanfang gelten.

Forderungen gegenüber Kliniken:

Da der Evidenz-basierte Nachweis geführt wurde,

- dass durch die „restriktive Indikation“, die sich am Kind orientiert, die Zahl der durch einen Dammschnitt verletzten Frauen sinkt und die Zahl unverletzter Frauen steigt,
- dass durch eine „restriktive Indikation“ schwere Dammverletzungen nicht häufiger auftreten,
- dass sich kein Nutzen prophylaktischer Maßnahmen bei „liberaler Indikation“ nachweisen ließ,

ist zu fordern, bundesweit die „restriktive Indikation“ für einen Dammschnitt zum Standard zu machen.

Schlussfolgerungen für werdende Eltern:

- Frauen sind über die Indikationsstellung zum Dammschnitt von der Klinik, in der sie entbinden wollen, zu informieren.
- Frauen sollten mit Hinweis auf die Münchner Studie die „restriktive Indikation“ (orientiert ausschließlich am Kind) bei Anmeldung in der Klinik verlangen können.
- Die Frau muss mit ihrem Wunsch, sich während der Geburt bewegen zu können und/oder in aufrechter Haltung zu gebären, ernst genommen und respektiert werden.
- Das Klinikpersonal ist deutlich aufzustocken. Aufgrund von Personalmangel einen Dammschnitt durchzuführen, um Geburten zu beschleunigen, ist eine Körperverletzung. Ohne eine Zustimmung der Frau muss diese zur Anzeige gebracht werden können mit strafrechtlichen Folgen für das Klinikpersonal.
- Vorzugsweise vertikale Geburtshaltungen, Beweglichkeit und individuelle Begleitung 1:1 (eine Hebamme begleitet eine Frau) muss Ziel von Personalpolitik und Finanzierungsmodellen sein, um vermeidbaren Geburtsverletzungen vorzubeugen.
- Falls die Mutter eine Wundversorgung braucht, ist das Baby vorrangig dem Vater zu übergeben.
- Die Haltung zu einem möglichen Dammschnitt ist von Frau zu Frau verschieden. Auch werden die Folgen sehr unterschiedlich erlebt. Darum müssen Frauen über einen Dammschnitt aufgeklärt werden. Insbesondere ist

einer „restriktiven Indikation“, die nachweislich zu unter 10 % Dammschnitten führt, Vorrang zu geben.

Aus kinderrechtlicher Sicht ist zu fordern:

- Um dem Kind einen bestmöglichen Übergang und ein Ankommen auf der Welt zu erleichtern, sollte die Mutter auf Bewegung und aufrechte Geburtshaltungen hingewiesen werden, damit sich die Geburtszeit verkürzt.
- Es ist durch nichts zu rechtfertigen, Frauen in liegende oder halb liegende Position zu nötigen, möglichst bewegungslos, um das CTG – dessen Aussagefähigkeit zur Gefährdungslage des Kindes ohnehin zu 50 % falsch interpretiert wird (siehe Erläuterungen zu Falschmessungen, Kap. V) – besser ablesen zu können.
- Es muss Priorität haben und dafür gesorgt werden, dass die Kinder nach der Geburt bei ihrer unverletzten Mutter sein können.
- Babys tragen die Folgen, wenn sie nach der Geburt von der Mutter getrennt werden, weil diese unnötigerweise verletzt wurde. Sie brauchen in der sensiblen Phase der Atmungsumstellung und Orientierung beim Ankommen auf die unbekannte Welt den Schutz der ihnen vertrauten Mutter.
- Kinder haben das Recht, direkt nach ihrer Geburt auf eine körperlich und seelisch unverletzte Mutter, die sie versorgt.

Frauenperspektive:

- Mütter sind Frauen. Sie haben ein Kind geboren und stehen vor der Aufgabe, Mutter und Partnerin zu sein. Wie kann das gut gelingen, wenn sie an Leib und Seele verletzt aus einer Geburt hervorgehen? Mit einem unerlaubten oder unerwarteten Dammschnitt wurde nicht nur die Mutter, sondern auch die Würde der Frau verletzt.
- Eine Partnerschaft gerät schnell in eine Krise, wenn Erschöpfung, Schmerzen (u.a. auch beim Geschlechtsverkehr), Depressionen, Versagensgefühle und ein kaum zu beruhigendes Kind zusammentreffen. Enttäuschungen gegenüber der Klinik und auch gegeneinander sind zu verarbeiten, vermengt mit Schuld- und Versagensgefühlen. Wie soll das gelingen, wenn zudem die gesellschaftliche Erwartung besteht, dass jede Mutter sich über ihr "gesundes Kind" zu freuen hat?
- Angesichts hoher Dammschnittraten ist über Leitlinien durchzusetzen, dass die restriktive Indikation Standard wird. Da es keine wissenschaftlichen Studien gibt, welche einen prophylaktischen Nutzen bei routinemäßigem bzw. liberalem Schneiden nachweisen, ist in diesen Fällen von Körperverletzung zu sprechen. Wenn nicht ausdrücklich von einer Frau zugestimmt wird, muss die Möglichkeit einer strafrechtlichen Verfolgung gegeben sein.
- Das Klinikpersonal ist zu verpflichten, die Frau bei Anmeldung diesbezüglich ausdrücklich zu informieren und ihre Unterschrift einzuholen. Eine Frau kann bei der Anmeldung in der Klinik auf die restriktive Indikation hinweisen und verlangen dürfen, ihren Wunsch diesbezüglich aufzunehmen.

- Der Befragung können wir entnehmen, dass die Frauen mehrheitlich gewünscht hätten, informiert und um Erlaubnis gefragt zu werden. Basis dafür ist, dass der Frau Informationen gegeben werden und ihr Recht auf Selbstbestimmung vor der Durchführung eines Dammschnitts geachtet wird. Auffallend ist: lediglich zwei Frauen schreiben von positivem Erleben und Akzeptanz gegenüber dem Dammschnitt, einhergehend mit der Aussage, gut informiert worden zu sein.
- Die langfristigen Folgen von Dammschnitten für die Frauengesundheit sind unter dem Blickwinkel vermeidbarer Verletzungen und nicht nachgewiesener Vorteile stärker als bisher in den Blick zu nehmen.

Schlussbemerkung

Zwei betroffene Frauen wandten sich hilfesuchend an GreenBirth e.V. Die Abweisungen ihrer Strafanzeigen als nicht im öffentlichen Interesse liegend bedeuten für sie, in ihrem Erleben missachtet zu werden, die Verletzung ihrer Würde und Nichtanerkennung ihres nachfolgenden körperlichen und seelischen Leidens. Sie hätten sich demzufolge mit dem abzufinden, was sie erlebt haben.

Die Aussagen weiterer Frauen, die an der Online-Befragung teilnahmen zeigen, welche Faktoren für die Ausführung eines Dammschnitts ursächlich waren: Zeitdruck, Uhrzeit, Personalmangel, Informationsdefizit, Einschätzung des Personals, Ungeduld, Übergehen des Willens der gebärenden Frau. Eine Frau erlebte eine vaginal-operative Geburt, zwei Frauen gaben an, das Kind sei sehr groß gewesen. Mehrere Erinnerungen waren ungenau oder widersprüchlich.

Mit dieser Befragung wollen wir dazu beitragen, das Thema Dammschnitt aus der Tabuzone herauszuholen.

Folgende Schwierigkeiten sind zu überwinden:

Unterschätzung der individuellen Folgen:

Die Familien unterschätzen die individuellen Folgen für die Mutter/die Frau, mögliche Auswirkungen auf den Bondingprozess zum Kind sowie die Partnerschaft. Oft bleiben Frauen unverstanden und mit ihrem Erleben alleine.

Leidensdruck:

Der enorme Leidensdruck dieser Frauen wird nicht wahrgenommen: Mit Aussagen wie „Ich konnte mein Kind nicht lieben“ – „ es gab Zeiten, da wollte ich nicht mehr leben“ - „zwei Korrekturoperationen waren nötig“ - „ich verspüre noch heute Wut und Hass“- „mein Genitalbereich fühlte sich taub an“ - deutet sich an, was einzelne Frauen aushalten und ertragen müssen.

Unsichtbare Wunden:

Seelische Wunden sind unsichtbar. Sie treten nur zutage, wenn die Frauen sich trauen auszusprechen, was sie bewegt: körperliche Beschwerden beim Wasserlassen, Sitzen, Stehen. Berührungsempfindlichkeit und Schmerzen im Intimbereich schränken die Sexualität ein. Das bedeutet Verlust an Lebensqualität. Partnerkonflikte – bis hin zu Trennungen – können die Folge sein.

Unterstützung und Anerkennung beim Tatbestand einer Körperverletzung:

Der Schritt, eine Strafanzeige zu stellen, hängt auch davon ab, ob dafür Unterstützung vom Partner, einer Fachperson, Hebamme oder Ärztin kommt.

V. Erläuterungen

Dammschnitt (Episiotomie): Einschnitt in die Vagina mit einer Schere. „Median“ bedeutet, dass mittig Richtung Rektum, und „mediolateral“ oder „lateral“, dass seitlich, meist während des Höhepunkts einer Wehe ins Muskelgewebe geschnitten wird. Nach der Geburt des Kindes kann eine Wundversorgung, mit örtlicher oder Vollnarkose erforderlich sein.

Dammschnitt als Standard- oder „Nebeneingriff“: „Für die normale Geburt verlangt die Rechtsprechung derzeit keine spezielle Aufklärung, da sie einen natürlichen Vorgang darstellt. Vergleichbares trifft für die vaginal operative Entbindung und die Episiotomie zu. Letztere wird in den meisten Fällen ohne Einwilligung vorgenommen, da sie als Standardeingriff oder „Nebeneingriff“ gilt, in den die Schwangere durch den Abschluss des Behandlungsvertrages einwilligt, obwohl es nur wenige medizinische Indikationen mit gesichertem Nutzen für Mutter und Kind gibt.“ Faridi, Andree et al: Dtsch Ärztebl. 2002; 99: A42-48 [Heft 1-2]

Dammschnitt – Indikationen: Seit 2005 in randomisierter Studie nachgewiesen und veröffentlicht (Nitsche 2005): „Restriktive Indikation“: Es wird selten geschnitten, orientiert am Befinden des Kindes. „Liberale Indikation“: Es wird häufig geschnitten, orientiert am Geburtsverlauf, Klinikroutine, Faktor Zeit/Uhrzeit bei wenig Personal und nach Einschätzung des Personals.

Falschmessungen des CTG: „Kernaussage: Aus als normal eingestuften FHF-Mustern kann man in aller Regel auf das Wohlbefinden des Feten schließen. Bis zu 50% der als pathologisch eingestuften FHF-Muster spiegeln physiologische Veränderungen wider, diese werden falsch pathologisch bewertet.“ Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG-Leitlinienprogramm 2014, S. 5; s. auch Literaturnachweis.

Geburtshaltung: Steiß – Beweglichkeit bei der Geburt: „Die Beweglichkeit des Steißes ist bei einer liegenden/halb liegenden Geburt nicht gewährleistet. Die Knorpel des Steißes werden hormonell bedingt für die Geburt gelockert, um sich nach hinten biegen zu können. Dadurch weitet sich der Raum für das Baby, wenn es den Geburtsweg passiert. Die Unwissenheit des Personals im Kreißaal und die Aufforderung, sich zur Geburt hinzulegen, führt dazu dass die Frau auf ihrem Steiß liegt. Der kann nun nicht so beweglich reagieren, wie es bei aufrechter Haltung möglich wäre. Somit erschwert die Frau ihrem Kind unabsichtlich den Weg, gut auf die Welt zu kommen.“ Mündlich, Eva-Maria Müller-Markfort, Dipl. Hebamme, Hausgeburtshilfende 2018.

Öffentliches Interesse: Juraforum Lexikon (Auszug) Definition für „öffentliches Interesse“: „...Im Strafprozess versteht man in der Regel unter dem Rechtsbegriff „öffentliches Interesse“ bzw. „besonderes öffentliches Interesse“ das Interesse der Allgemeinheit an einer Strafverfolgung... nach herrschender Ansicht liegen das „öffentliche Interesse“ und das „besondere öffentliche Interesse“ in der Regel im Ermessen der Staatsanwaltschaft, da sie die Herrin des Verfahrens ist...“
<https://www.juraforum.de/lexikon/oeffentliches-interesse#iii-das-oeffentliche-und-das-besonderes-oeffentliche-interesse-im-strafprozessrecht>

VI. Literaturverzeichnis

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DGGG-Leitlinienprogramm 2014.

http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/015_D_Ges_fuer_Gynaekologie_und_Geburtshilfe/015-036d_S1_CTG_Schwangerschaft_Geburt_2017-07.pdf

Faridi, Andree et al.: Anale Inkontinenz nach vaginaler Geburt: Ein Argument für den Kaiserschnitt auf Wunsch? In: Dtsch Ärztebl. 2001; 99: A42-48 [Heft1-2]

GKV-Pilotstudie zum Vergleich von ca. 60 000 klinischen Geburten im Bundesland Hessen mit ca. 30 000 außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bundesweit. GKV Pilotstudie 2011:

<http://www.quag.de/downloads/VergleichGeburtenGKV-SV.pdf>

Nitsche Gudrun: Einfluss der restriktiven Indikationsstellung zur Episiotomie bei drohender Dammruptur auf Harnkontinenz, Dyspareunie und auf urodynamische Parameter bei Primiparae 6-12 Monate postpartal. Dissertation 2005

Schiefenhövel, Wulf S. 424. In: Wulf Schiefenhövel, Dorothea Sich und Christine E. Gottschalk-Batschkus im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. VWB Verlag 3. Auflage 1995. Schiefenhövel 1995.

Schwarz, Christiane: Interview 10.12.2015 durch Nicola Wilbrand-Donzelli, t-online.de- http://www.t-online.de/leben/familie/schwangerschaft/id_65761150/die-richtige-geburtsposition-vertikal-oder-horizontal-.html

VII. Anhang: Online-Fragebogen

Dammschnitt - Anonyme Befragung 3. bis 31.10. 2017

So geht das Ausfüllen: Unter „Werkzeuge“ im Menü dieser pdf kannst du den Button „Ausfüllen und unterschreiben“ aktivieren. Auf X klicken für die Ja/ Nein Fragen, auf [Ab klicken für Texteingaben. Bitte keine Endloszeilen, du kannst mehrzeilig schreiben. Beim Schließen auf speichern gehen und anschließend an info@greenbirth.de als Anhang versenden.

1. Wann und wo war die Geburt deines Kindes? Monat/Jahr

Klinik () Geburtshaus () Zuhause () Ort (freiwillig)

2. Kannst du dich noch daran erinnern, was du während deiner Schwangerschaft über das Thema Dammschnitt erfahren hast?

3. Wurdest du unter der Geburt auf den bevorstehenden Dammschnitt vorbereitet?
Ja () Nein ()
4. Hast Du einem Dammschnitt zugestimmt? Ja () Nein ()
4.1 schriftlich? Ja () Nein ()
5. Hast Du erfahren, warum bei dir ein Dammschnitt durchgeführt wurde?
5.1 Wenn ja, wie lautete die (medizinische) Begründung?

5.2 Wenn nein, was vermutest du, war der Grund für den Dammschnitt?

- 5.3 Wurdest du genäht? Ja () Nein ()
5.4 Mit örtlicher Betäubung? Ja () Nein ()
5.5 Mit Narkose? Ja () Nein ()
5.6 Wo war dein Baby in dieser Zeit?

6. Welche Gefühle zum Dammschnitt hattest du damals, gleich nach der Geburt und im Wochenbett?

7. Welche Gefühle hast du heute, wenn du an die Geburt und den Dammschnitt denkst?

8. Was/wer hat dir geholfen, mit der Situation umzugehen?

9. Spürst du bis heute körperliche und seelische Folgen des Dammschnitts?
Möchtest du die Folgen hier genauer beschreiben?
-

10. Was würdest du heute der Ärztin/dem Arzt/der Hebamme, die/der den Dammschnitt durchgeführt hat, sagen?
-

Ich möchte noch Folgendes loswerden:

----- Hier endet die anonyme Befragung -----

Unser Angebot

Wenn du möchtest, bieten wir dir drei Möglichkeiten zur Wahl an, wie du – auch anonym – über deine Erlebnisse in Austausch mit anderen Frauen treten kannst. Das Angebot ist kostenlos. Bitte deinen Wunsch ankreuzen.

1. Ich bin an einem telefonischen Austausch mit Betroffenen interessiert.

Ja ()

(Einmalige Telefonkonferenz mit maximal drei anderen betroffenen Frauen, Leitung: GreenBirth-Fachfrau)

2. Mich interessiert ein Austausch mit Frauen, die Erfahrungen mit rechtlichen Schritten haben. Ja ()

(Einmalige Telefonkonferenz mit maximal drei anderen betroffenen Frauen, Leitung: Frauen mit Erfahrungen)

3. Ich möchte mich an eine Fachperson von GreenBirth wenden können.

Ja ()

(GreenBirth sendet dir eine Emailadresse und den Namen einer Fachfrau/Therapeutin/Hebamme mit entsprechender Qualifikation. Du kannst für ein Einzelgespräch zu ihr Kontakt aufnehmen. Ob sich daraus mehr entwickelt, bestimmst du selbst.)

4. Ich bin an einer Auswertung der Umfrage interessiert.

Ja () nein ()

Wir können den von dir gewünschten Kontakt aufnehmen, wenn du uns deine Emailadresse gibst. Vornamen/Pseudonym und Email:

Die ersten beiden Ziffern deiner PLZ kannst du für den Fall angeben, dass du evtl. weitergehenden Kontakt wünschst.

Meine PLZ beginnt mit (0-9) ____

Bitte den ausgefüllten pdf-Fragebogen per Mail senden an info@greenbirth.de oder per Post an die

Geschäftsstelle GreenBirth e.V., Altenceller Weg 58, 29331 Lachendorf.

Rückfragen: Geschäftsstelle GreenBirth Tel. 05145-284289.

Einsendeschluss: 31.10.2017

Wir danken dir fürs Mitmachen

Irene und Desiree von GreenBirth e.V.