Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

HAW HAMBURG

UKE HAMBURG

Bachelorarbeit

Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS gelingen? Ein Versorgungsplan

Tag der Abgabe: 19.12.2025

Vorgelegt von: Mareike Drynda
Matrikelnummer: [redacted]

Studiengang: Hebammenwissenschaft B.Sc.
Gutachterinnen:
Erstbetreuerin: Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax
Zweitbetreuerin: Greta Lando

Hinweise zum Sprachgebrauch

Da es in folgender Bachelorarbeit um Prozesse geht, die im biologischen Sinne Frauen weiblichen Geschlechts vorbehalten sind, werden (wie auch in der Literatur) die Begriffe „Frau“ und „Mutter“ verwendet. Menschen mit Uterus, die gebären, sollen sich hier miteingeschlossen fühlen. Ziel ist es, dass sich alle LeserInnen wertschätzend und (geschlechtsspezifisch) diskriminierungsfrei angesprochen fühlen.

Die Bezeichnung „Wochenbett“ bezieht sich auf die deutsche und in Deutschland praktizierte Form des Wochenbetts, das im internationalen Vergleich einzigartig ist. Alle Informationen aus den Studien, die sich auf die deutsche Wochenbettzeit und -betreuung übertragen lassen, wurde mit diesem Begriff übersetzt; für abweichende Konzepte wurde der Alternativbegriff „Postpartalzeit“ verwendet.

Abstract

Hintergrund und Ziel der Arbeit

Trotz gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Aufmerksamkeit für Geburtstraumata und maternale psychische Folgeerkrankungen sowie einer Prävalenz von 4% in Deutschland für die geburtsbezogene PTBS, wovon schätzungsweise rund 20% auf Dissoziationen sub partu zurückzuführen sind, fehlt es aktuell noch an konkreten, evidenzbasierten Handlungsempfehlungen hierzu explizit für Hebammen. Ziel dieser Bachelorarbeit soll es sein, ebensolche zu erarbeiten und zu visualisieren. Folgende Forschungsfrage dient dafür als Ausgangspunkt: *Wie können Schwangere / Gebärende / Mütter mit GB-PTBS / Dissoziationen in der Anamnese peripartal von Hebammen so trauma- und dissoziationssensibel betreut werden, dass mithilfe geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum einen ein vermehrtes Bewusstsein für Anzeichen dieser peripartalen Erkrankung bei Hebammen geschaffen und zum anderen eine Verbesserung des psychischen Zustands sowie des Geburtserlebens bei den Betroffenen erzielt wird?*

Methode

Es wurden mithilfe einer zweiteiligen Literaturrecherche Ergebnisse in Form eines Versorgungsplans zusammengefasst. Zusätzlich wurden zwei Expertinnen mit semistrukturierten Fragebögen befragt, um praktische Expertise und Evidenzwissen bestmöglich zu vereinen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse lassen sich in die Kategorien Prävention, Intervention und Nachsorge unterteilen. Das alle Bereiche verbindende Element ist der sogenannte „Trauma-Fokus“ aus Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation und Sensibilität. Für alle Kategorien lassen sich evidenz- und effektstarke Maßnahmen ableiten. Während die Prävention Dissoziations-Screening, Rückversicherung und traumasensible Geburtsvorbereitung auszeichnet, basieren die Interventionen primär auf Aktion und Skills. Die hebammengeleiteten Nachsorgegespräche sollen kontextualisieren, PTBS-Symptome frühzeitig erkennen und Hoffnung in Folgeschwangerschaften schöpfen lassen.

Schlussfolgerungen

Der Versorgungsplan ist eine praxis- und evidenzorientierte, aber dennoch oberflächliche Übersicht für Hebammen für den Umgang mit Frauen mit Dissoziationstendenz / GB-PTBS in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Interpregnancy-Care. Es sind weitere Studien notwendig, um Maßnahmen konkreter fassen und langfristige Outcomes beurteilen zu können. Auch dafür sollte der Anteil forschender Hebammen ausgebaut werden.

Inhaltsverzeichnis

I Tabellenverzeichnis

II Abbildungsverzeichnis

III Abkürzungsverzeichnis

1 Einleitung 1
2 Theoretischer Hintergrund 2
2.1 Warum es wichtig ist, zunächst über psychisches Trauma zu sprechen 2
2.2 Definitionen und Prävalenzen: (GB-)PTBS und Dissoziation 3
2.3 Folgen 4
2.3.1 Folgen peripartaler Dissoziation auf Wochenbett und Mutterschaft 4
2.3.2 Folgen einer GB-PTBS auf Geburt, Wochenbett und Mutterschaft 5
2.3.3 Folgen von Dissoziation und GB-PTBS auf weiteren Kinderwunsch 5
2.4 Prävention und Intervention – Vorbild „traumasensible Geburtshilfe“ 5
2.5 Versorgungslücke, Herleitung der Forschungsfrage und Ziel der Arbeit 6
3 Methodik 8
3.1 Grundlage der Arbeit 8
3.2 Vorgehen Literaturrecherche 8
3.3 Expertinnenwissen 11
3.4 Leitlinien sowie klinisch etablierte Screenings 12
4 Ergebnisse: Ein Versorgungsplan 12
4.1 Empfehlungen des Versorgungsplans – „(Inter-)pregnancy-Care“ 13
4.1.1 Routinemäßiges präpartales Screening auf Dissoziationstendenz 13
4.1.2 Traumasensible Geburtsvorbereitung 15
4.1.3 Hebammengeleitetes Geburtsnachsorgegespräch 17
4.2 Empfehlungen des Versorgungsplans „Geburtshilfe und Postpartum-Care“ 19
4.2.1 Empfehlungen im Bereich der Prävention 19
4.2.2 Empfehlungen im Bereich der Intervention 23
4.2.3 Empfehlungen im Bereich des (frühen) Wochenbetts 26
5 Diskussion 29
5.1 Diskussion der Ergebnisse 29
5.1.1 Diskussion der Ergebnisse aus Studien und Fachliteratur 29
5.1.2 Diskussion der Ergebnisse aus den Interviews (inkl. Abgleich mit Studien) 32
5.1.3 Beantwortung der Forschungsfrage 35
5.2 Diskussion der Methode 36

5.3 Implikationen 37
5.3.1 Implikationen für die Praxis 37
5.3.2 Implikationen für die Forschung 38
6 Fazit 40
Literatur 42
Anhang – Anhang 1 Evidenzbewertung Quellen Versorgungsplan 47
Anhang 1 Evidenzbewertung Quellen Versorgungsplan 47
Anhang 2 Interview-Fragebögen Expertinnen 49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Versorgungsplan (Inter-)pregnancy-Care 13
Abbildung 2: Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Ayers et al. (2016) 14
Abbildung 3: Übersicht Versorgungsplan Geburtshilfe und Postpartum 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe unsystematischer Literaturrecherche 8
Tabelle 2: Suchbegriffe systematischer Literaturrecherche 9
Tabelle 3: Zuordnung „Expertinnen-Kategorien – Evidenz“ 34

Abkürzungsverzeichnis

AGREE …… Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

AWMF …..Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

BFAG© … Berliner Fragebogen zu Auswirkungen von Traumatisierungen während der Geburt

CASP …… Critical Appraisal Skills Programme

City BiTS ……..…… City Birth Trauma Scale

DSM-5 …….. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (5. Auflage)

EPDS ……...…….. Edinburgh Postnatal Depression Scale

GB-PTBS ……. geburtsbezogene PTBS

MeSH Term ……...……. Medical Subject Heading Schlagwortbegriff

NICE …… National Institute for Health and Care Excellence

PCL-5 ……...…….. Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5

PDEQ …… Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

PPD …… Postpartale Depression

PTBS …….. Posttraumatische Belastungsstörung

RCT ……Randomized Controlled Trial

VE …… Vakuumextraktion

1 Einleitung

> *„Ich liebe mein Kind. Über alles. Aber die Geburt… ich wünschte, ich hätte sie nie erleben müssen“ (Mareike, 38 Jahre alt, Mutter zweier gesunder, toller Kinder, klinisch diagnostizierte GB-PTBS nach dem 2. Kind, Dissoziationen sub partu beim 2. Kind (geboren per VE), Autorin dieser Bachelorarbeit)*

Geburtstraumata treten regelmäßig auf [1, 8ff.], ob in der klinischen oder außerklinischen Geburtshilfe. Die Prävalenz für die geburtsbedingte posttraumatische Belastungsstörung (GB-PTBS) als maternale psychische Folgeerkrankung auf ein traumatisches Geburtserlebnis liegt in Deutschland bei vier Prozent [2], etwa 20% sind Studien zufolge auf Dissoziationen sub partu zurückzuführen [3,4]. Dennoch bleibt es eine unterdiagnostizierte Problematik mit erheblichen Auswirkungen auf das Geburtserleben, das Wochenbett, die Mutter-Kind-Bindung, die Mutterschaft und Folgeschwangerschaften. Auch wenn in den letzten Jahren ein Anstieg in der gesellschaftlichen Wahrnehmung traumatischer Geburtserlebnisse und ihrer Folgen zu verzeichnen ist, sind diese doch oftmals sehr einseitig beleuchtet und dem „Gewalt unter der Geburt“-Image verhaftet; eine objektive, wissenschaftliche, ergebnisoffene Betrachtung von psychischem Geburtstrauma und möglichen Folgen steht demnach genauso aus wie eine öffentliche Entstigmatisierung eben dieser. Daraus ergibt sich eine Versorgungslücke. GB-PTBS-Fälle müssen systematisch erfasst werden, um eine Chronifizierung der Beschwerden zu verhindern und Folgeschwangerschaften zu ermöglichen sowie zu positiven, physiologischen Erlebnissen zu machen. Dissoziationen sub partu dürfen nicht mehr verkannt bzw. fehlinterpretiert werden. Dafür brauchen Hebammen strukturierte, präventive und intervenierende, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, um Frauen in dieser zentralen Übergangsphase von Schwangerschaft und Geburt salutogenetisch zu unterstützen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zu GB-PTBS, Geburtstraumata und Dissoziationen sind vorhanden. Dennoch fehlt es an praktischen, in den Betreuungsbogen der Hebammen integrierbare Maßnahmen, die zum einen eine trauma- und dissoziationssensible Hebammenversorgung stärkt, zum anderen das Geburtserleben und psychische Wohlbefinden der Frauen verbessert. Dafür braucht es einen klaren, praxis- und familienorientierten Fokus auf peripartale Dissoziationen bei Schwangeren mit GB-PTBS in der Anamnese. Dies unterstreicht die Notwendigkeit und die Motivation zur Erstellung eines Versorgungsplans für Hebammen, der Evidenz und Praxis kombiniert und als Vorstufe zu perspektivisch zu erarbeitenden Standards für die. Der erste Schritt soll mit dieser Bachelorarbeit dafür getan werden.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Warum es wichtig ist, zunächst über psychisches Trauma zu sprechen

Einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegt – wie vom Terminus impliziert – immer ein Trauma zuvor [5]. In der Literatur finden sich indes viele Definitionen für Trauma. Pschyrembel, eines der führenden medizinischen Nachschlagewerke definiert es folgendermaßen:

> *„Belastendes Ereignis, das durch Konfrontation mit drohendem oder tatsächlichem Tod, ernsthafter Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit (z.B. sexuelle Gewalt) der eigenen Person oder anderer Personen gekennzeichnet ist. Ein solches Trauma kann zu psychischen Problemen/Störungen führen“ [6].*

Ein Trauma ist demnach eine existenziell bedrohliche Situation, der die betroffene Person mit mehr oder weniger Bewältigungsstrategien bzw. unterschiedlichem Ausmaß an Ohnmacht entgegentritt und die demnach eine mehr oder weniger dauerhafte Erschütterung des Selbstverständnisses nach sich zieht. Dies bedeutet auch: Nicht jedes Trauma hat Folgen. Inwieweit Bewältigung gelingt oder nicht, hängt stark von individuellen sowie Umfeldfaktoren ab, die zusammen einen Vulnerabilitätsindex ergeben; je größer die Vulnerabilität, desto wahrscheinlicher die Traumareaktion. In Zahlen: Schätzungsweise erleben in Deutschland 50% aller Menschen in ihrem Leben ein Trauma, aber nur ca. 30% von ihnen brauchen psychologische Hilfe und entwickeln eine PTBS [7].

Nun ist es wichtig, diese Definition und Informationen auf traumatische Geburtserlebnisse anzuwenden. Die australische Hebamme Deborah Pidd skizziert dies so:

> *„A traumatic childbirth experience refers to a woman’s experience of interactions and/or events directly related to childbirth that caused overwhelming distressing emotions and reactions; leading to short and/ or long-term negative impacts on a woman’s health and wellbeing“ [8,e472].*

Bezugnehmend auf den US-amerikanischen Professor mit Forschungsschwerpunkt „Perinatale psychische Störungen“ Cheryl Tatano Beck liegt ein psychisches Geburtstrauma immer „im Auge des Betrachters“ [8,9]. Für Hebammen bedeutet dies: Ob eine Schwangere / Gebärende / Mutter ihre Geburt als traumatisch empfindet, entscheidet allein sie; es obliegt nicht Kriterien oder Einschätzung des Fachpersonals. Das Trauma kann sub partu geschehen, aber auch von früheren Erfahrungen herrühren, die durch die Geburt getriggert werden. Ein grundsätzliches Verständnis für den Entstehungsprozess von Trauma sowie die Fähigkeit, dies auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett / Mutterschaft zu übertragen,

sollte demnach unerlässlich sein [7]. Sensibilität für Trauma sowie das Wissen um mögliche Folgen können somit in der Hebammenarbeit und für die betreuten Frauen einen langfristigen erheblichen Unterschied machen.

2.2 Definitionen und Prävalenzen: (GB-)PTBS und Dissoziation

> *„Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine Beeinträchtigung, die nach einem traumatischen Ereignis auftritt. Sie ist gekennzeichnet durch aufdringliche Gedanken, Alpträume und Flashbacks, die Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, negative Kognitionen und Stimmungen, Hypervigilanz und Schlafstörung. Die Diagnose wird nach klinischen Kriterien gestellt“ [6]*

Bei einer geburtsbezogenen PTBS (GB-PTBS) ist die Definition die gleiche, bloß ist das traumatische Ereignis klar definiert: eine traumatisch erlebte Geburt. Diese kann primär traumatisieren oder sekundär als Trigger eines vergangenen Traumas bzw. Reaktivator einer vorbekannten PTBS. Die Prävalenz für GB-PTBS liegt in Deutschland bei vier Prozent [2].

Eine Dissoziation definiert sich laut medizinischem Fachnachschlagewerk folgendermaßen:

> *„Teilweise oder vollständige Abspaltung psychischer Funktionen wie Bewusstsein, Gedächtnis und personale Identität, eigener Gefühle und Körperempfindungen, der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung. Die Dissoziation ist in milder Form ein nichtpathologisches Alltagsphänomen (z. B. automatisiertes Autofahren), aber auch ein Symptom psychiatrischer Störungen (z. B. PTBS, dissoziative Störung)“ [10].*

Eine Betrachtung aus neurologischer Perspektive zeigt dabei, dass die pathologische, traumatisch bedingte Dissoziation den grundlegenden Rückzugsmodus aus einer als unerträglich empfundenen Realität darstellt. Sie ist ein neurobiologisch fassbarer Schutz- und Abwehrmechanismus dar, der akut „hilfreich“ zu sein scheint, langfristig aber die konstruktive Traumabewältigung behindert, da er die intrapsychische Verarbeitung sowie Integration ins Gedächtnissystem verhindert. Somit existiert das zugrundeliegende Trauma mitsamt der dissoziativen, pathologischen „Coping-Strategie“ fort – und jede erneute Dissoziation verstärkt dieses pathologische Funktionssystem [11].

Prävalenzen zu Dissoziationen sind schwer zu beziffern. Laut Choi und Seng liegt die Prävalenz für Dissoziation sub partu in den USA bei 7,4% [12], wobei die Übertragbarkeit dieser Zahl kritisch zu betrachten wäre. Laut Thiel und Dekel (UK) sind 24% der untersuchten GB-

PTBS-Fälle auf Dissoziationen sub partu zurückzuführen [3] und gemäß Fonseca (Brasilien) geben 11,3% der befragten Frauen an, sub partu Dissoziationen erlebt zu haben [13]. Deutsche Zahlen stehen aus.

2.3 Folgen

Dissoziationen und GB-PTBS haben Auswirkungen unterschiedlichen Ausmaßes. Peripartale Dissoziationen wirken sich auf Geburt, Wochenbett und Mutterschaft aus genauso wie eine GB-PTBS dies tut; peripartale Dissoziationen sowie GB-PTBS haben zudem Einfluss auf den weiteren Kinderwunsch und Folgeschwangerschaft(en). Jeder Fall ist dabei individuell ausgeprägt und durch traumasensibles Handeln von Hebammen sowie weiterem Fachpersonal positiv beeinflussbar [1, S.312].

2.3.1 Folgen peripartaler Dissoziation auf Wochenbett und Mutterschaft

Laut mehrerer Studien ist Dissoziation sub partu ein bedeutender Risikofaktor für GB-PTBS [13,3]. Stress ist einer der Triggerfaktoren peripartaler Dissoziation, was Geburt zu einem sehr Dissoziations-affinen Setting macht [3]. Je höher die Schmerz-, Komplikations- oder Interventionsrate unter der Geburt ist, desto ausgeprägter gestaltet sich die Dissoziationstendenz [13]; und je stärker wiederum die Dissoziation peripartal ausgeprägt ist, desto wahrscheinlicher ist in der Folge eine GB-PTBS [14]. Ob es zu einer vorrübergehenden Belastungsreaktionen oder zum klinischen Vollbild einer GB-PTBS kommt, ist dabei individuell und multifaktoriell. Weitere Komorbiditäten können zudem Depressionen sowie weitere Angst- und auch Zwangsstörungen sein [1, S. 102-109].

Da Dissoziationen eine „Exit-Strategie“ des Gehirns in überwältigenden Situationen sind, können sie auch in der körperlich und seelisch fordernden Zeit des Wochenbetts auftreten. Unerträgliche Affekte werden gemäß Traumaschema durch Erstarren ausgehalten, wobei die Wahrnehmung sich verändert, mitunter Depersonalisierung bzw. Derealisation einsetzt und die Mutter nur bedingt handlungsfähig bleibt. Dies muss nicht, kann aber für das Neugeborene gefährlich werden und ist für die Mütter i.d.R. mit viel Scham und Schuldgefühlen behaftet [1, S. 103]. Auch das Bonding ist durch Dissoziation gestört [12]. Eine veränderte bzw. verminderte Selbstwahrnehmung als Folge von Dissoziation sorgt mitunter dafür, dass Schmerzen (beispielsweise an Geburtsverletzungen) kaum bis gar nicht wahrgenommen werden. Insgesamt kann der Start in die Mutterschaft durch peripartale Dissoziationen somit (erheblich) gestört werden, was das Ankommen sowie die Freude und Leichtigkeit am Muttersein negativ beeinflussen kann [1, S. 118ff.].

2.3.2 Folgen einer GB-PTBS auf Geburt, Wochenbett und Mutterschaft

Die Auswirkungen einer GB-PTBS auf die Peripartalzeit und Mutterschaft sind stark deckungsgleich mit denen der Dissoziation, schließlich ist letztere ein Symptom der PTBS. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien, wie Vermeidung oder Dissoziation, prägen mehr oder weniger den Alltag mit Kind, die Belastungsgrenze ist niedrig und das Leben durch typische Symptome, wie Flashbacks, Intrusionen oder Alpträume, erschwert [2]. Insgesamt fehlt es den Betroffenen oft an Leichtigkeit, Freude und Glück in ihrer neuen Rolle als Mutter, was zum einen für Schuldgefühle, zum anderen für Unverständnis seitens des Umfelds sorgt [1, S. 118ff.]. Somit ist auch hier nicht nur oftmals das Bonding gestört [12], sondern die gesamte Mutterschaft [15,14,4].

2.3.3 Folgen von Dissoziation und GB-PTBS auf weiteren Kinderwunsch

Die Vorstellungen hinsichtlich eines weiteren Kinderwunsches sind bei Müttern mit Dissoziationen oder GB-PTBS individuell sehr unterschiedlich. Während manche Frauen sich im Leben keine Schwangerschaft mehr vorstellen können [8], stehen andere dem Gedanken offener gegenüber. Manche haben eine ausgeprägte Geburtsangst [1, S. 103f.], auch wenn ein Geburtstrauma nicht zwangsläufig ein Folgetrauma bei der nächsten Geburt bedeutet [16]. Auch eine GB-PTBS muss sich, sofern sie professionell und gut behandelt wurde, in Folgeschwangerschaften nicht wiederholen [4]. Lediglich bei Frauen mit ausgeprägter Dissoziationstendenz, die in ihrer Kindheit Misshandlungen erfahren haben, ist die Wiederholungswahrscheinlichkeit für eine GB-PTBS in einer Folgeschwangerschaft hoch [16,14]. Persistieren die Symptome in einer Folgeschwangerschaft, ist davon auszugehen, dass sich die GB-PTBS chronifiziert [15].

Entscheidet sich die Frau für eine Folgeschwangerschaft, trifft sie i.d.R. bewusst die Entscheidung für mehr Kontrolle und hat ein höheres Sicherheitsbedürfnis, was sich mitunter in dem Wunsch nach einer primären Sectio äußert [15]. „it can't be like last time" [15] mag vermeidend klingen, demonstriert jedoch auch die Macht und Kraft der Folgeschwangerschaften und -geburten, „heilsam" [8] oder sogar „wiedergutmachend" [8] zu sein. Ein positives Geburtserlebnis wirkt protektiv [16]. Damit dies gelingt und nicht der gegenteilige Fall einer Retraumatisierung eintritt [15], ist es wichtig, dass Hebammen (und ggf. weiteres medizinisches Personal) vom vorangegangenen Trauma wissen [8].

2.4 Prävention und Intervention – Vorbild „traumasensible Geburtshilfe"

Dissoziationssensible Geburtshilfe bedeutet Prävention und Intervention zugleich. Das Wissen um Dissoziation (oder GB-PTBS) in der Anamnese der Schwangeren / Gebärenden

muss Maßnahmen hervorbringen, die einerseits präventiv (= vor Ausbruch des Phänomens) wirken, andererseits aber auch, nun intervenierend, die Früherkennung von Symptomen ermöglichen bzw. die Dissoziation erkennen, mildern und beenden lassen [17]. Gemäß „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ [18] ist zielgerichtete Intervention auch als sekundäre Prävention zu verstehen [18].

Die Gründe, weshalb dissoziationssensible Geburtshilfe notwendig ist, sind vielfältig. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Sensibilität für Dissoziationen sub partu die Rate an tatsächlich auftretenden Dissoziationen und folglich an GB-PTBS-Fällen senkt [13]. Die Zahl an GB-PTBS-Fällen ist klinisch unterdiagnostiziert [15]; auch wird davon ausgegangen, dass mehr Schwangere Misshandlungserfahrungen erlebt haben als tatsächlich angegeben [14,16]. Genau diese Faktoren bergen ein erhöhtes Dissoziationsrisiko sub partu [14,16,15,4]. Es braucht deshalb eine frauenzentrierte, multidisziplinäre Betreuung der Schwangeren / Gebärenden mit traumasensiblem Ansatz [8] präventiv für jede Betreuung [7]. Der Fokus auf Vertrauen, Sicherheit und Kommunikation [8] sowie Empathie und Selbstwirksamkeit [15] wirkt dabei nachweislich protektiv [16,1,15] und ist sehr gut in die Betreuungs- und Beziehungsarbeit der Hebammen integrierbar [15].

Hebamme und Traumafachberaterin Martina Kruse hat den Begriff der „traumasensiblen Hebammenarbeit“ geprägt. Sie betont, dass gerade die Haltung, allen Schwangeren / Gebärenden die Traumasensibilität zukommen zu lassen, Prävention darstellt [1, S. 311ff.]. Neben dem „Trauma-Fokus“ auf Sensibilität, Kommunikation, Vertrauen, Sicherheit und Kontrolle [7] betont sie, irritierendes Verhalten nicht als defizitär zu bewerten. Stattdessen sollen Wertschätzung, Unterstützung sowie Leichtigkeit die Betreuung prägen [1, S. 118ff.]. Dies lässt sich gut auf Dissoziationen übertragen. Schließlich können stressogen getriggerte Dissoziationen durch sensible Betreuung und das Bestreben, einen sicheren Ort zu schaffen, reduziert werden [3] und starke Gefühle, die in Schwangerschaft und Geburt vorkommen, besser und vor allem selbstständig ausgehalten werden. Betroffene verfügen dafür i.d.R. über bewährte Skills, um die die Hebamme nur wissen muss und an die sie ggf. erinnert [1, S. 318]. Egal, ob trauma- oder dissoziationssensible Hebammenarbeit, die Hebamme sollte Risikofaktoren (Dissoziationstendenz, GB-PTBS) und die subjektive Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt kennen, um adäquat handeln zu können [4]. An ihrer trauma- und dissoziationssensiblen Grundhaltung ändert dies jedoch nichts.

2.5 Versorgungslücke, Herleitung der Forschungsfrage und Ziel der Arbeit

„Hebammen nutzen evidenzbasiertes Wissen, um eine sichere Geburtshilfe in allen Umgebungen und Kulturen zu ermöglichen. Sie fördern das Vertrauen und stärken

die Ressourcen der Frauen, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Zeit des Stillens als gesunde Lebensprozesse zu erfahren“ [19,II c]

Aus dieser übergeordneten Handlungsempfehlung des Hebammenkodex geht ein eindeutiges, wenngleich holistisches Arbeitscredo für Hebammen hervor: evidenzbasiert, sicher, vertrauensvoll, empowernd und gesundheitsfördernd. Zudem ist, gemäß Absatz II b [19], dafür explizit Sorge zu tragen, dass während Schwangerschaft und Geburt keine Frau zu Schaden kommt. Dennoch entwickeln ca. vier Prozent aller Mütter eine GB-PTBS [2], ca. sieben bis zwölf Prozent dissoziieren sub partu [13,12] – Komorbiditäten sowie weitere (psychische) Erkrankungen seien im Rahmen dieser Arbeit bewusst ausgeklammert. Aus dieser Diskrepanz heraus entstammt zunächst die Wahrnehmung einer offensichtlichen Versorgungslücke. Denn: Wie gehen Hebammen konkret mit ebensolchen Schwangeren um, um auch ihnen ein sicheres und gesundheitsförderndes Geburtserleben zu ermöglichen? Es fehlen konkrete Handlungsempfehlungen.

Aus der Notwendigkeit, praktische Maßnahmen zur Erkennung, Prävention sowie Intervention von peripartalen Dissoziationen bei Schwangeren mit GB-PTBS in der Eigenanamnese für die Hebammenarbeit zu generieren, wurde mithilfe des PICO-Schemas (ohne Kontrollgruppe (C) folgende Forschungsfrage entwickelt: *Wie können Schwangere / Gebärende / Mütter mit GB-PTBS / Dissoziationen in der Anamnese (P) peripartal von Hebammen so trauma- und dissoziationssensibel betreut werden, dass mithilfe geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen (I) zum einen ein vermehrtes Bewusstsein für Anzeichen dieser peripartalen Erkrankung bei Hebammen geschaffen und zum anderen eine Verbesserung des psychischen Zustands sowie des Geburtserlebens bei den Betroffenen erzielt wird (O)?*

Ausgehend von dieser Forschungsfrage soll ein evidenzbasierter Versorgungsplan mit konkreten Handlungsempfehlungen für Hebammen entstehen, der sowohl den (Inter-)pregnancy-Bereich – die Zeit zwischen und während Schwangerschaften – abdeckt als auch die geburtshilfliche und (frühe) Wochenbettzeit. Gemäß des prägnanter als die Forschungsfrage formulierten Titels dieser Bachelorarbeit „*Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS gelingen* soll der zweiteilige Versorgungsplan anschaulichen Pocketcard-Charakter haben. So bietet er umfassende, kompakte Information und passt, aktuell noch theoretisch, in jede Kittel- / Kasaktasche.

3 Methodik

3.1 Grundlage der Arbeit

Traumatisierte Frauen mit (Z.n.) GB-PTBS und expliziter Dissoziationserfahrung (unter der Geburt) brauchen eine besondere, Dissoziations-sensible Hebammenversorgung peripartal, damit eine Folgeschwangerschaft und -geburt nicht nur gelingt, sondern im besten Fall ein gutes und gesundendes Erlebnis wird. Dazu zählen alle Ebenen der Prävention (Primär- bis Tertiär-) sowie Intervention. Noch gibt es keine solcher praxisorientierten, schnell anwendbaren sowie visuell nachvollziehbare Handlungsempfehlungen für Hebammen auf Basis aktueller Forschung. Deshalb ist zur Beantwortung der Forschungsfrage ein Versorgungsplan gewählt worden.

Um qualitativ hochwertige sowie praktisch umsetzbare Informationen zu bündeln, fußt der Versorgungsplan auf dreierlei Expertise: Zum einen einer Literaturrecherche bestehender Fachliteratur inklusive etablierter Screenings, klinischer Fragebögen und Leitlinien, zum anderen auf möglichst aktuellen Studien; nach Erstellung des Versorgungsplans ist dieser zwei Fachpersonen (einer Hebamme sowie einer Psychotherapeutin, die sich auch geburtstraumatisierten Müttern in Akuttherapien annimmt) zum Testen auf Praxistauglichkeit gegeben worden; ihre Expertise wird zudem jeweils per semistrukturiertem Fragebogen erhoben.

Aufgrund des noch jungen Forschungsfeldes der peripartalen Dissoziation sind im Bereich der Studien unterschiedliche Studientypen sowie zwei systematische Übersichtsarbeiten integriert und auch der zeitliche Rahmen mit maximal zehn Jahren (inklusive einer Ausnahme) relativ weitgefasst, jedoch der insgesamt geringen Studienmenge geschuldet. Bei der Darstellung des Versorgungsplans wird im Anschluss zur jeweiligen Handlungsempfehlung die zugehörige Evidenz zugeordnet.

3.2 Vorgehen Literaturrecherche

Zunächst wurde via unsystematischer Literaturrecherche zum Thema „Dissoziation – geburtsbezogene PTBS – Geburt – Folgeschwangerschaft“ durchgeführt. Ziel war es, neben einem ersten, schnellen Überblick, wichtige Problematiken und Zusammenhänge zu identifizieren und mögliche Präventions- oder Interventionsmaßnahmen zu finden, die für Hebammen (zukünftig) umsetzbar sind. Folgende Suchbegriffe wurden dafür verwendet:

Tabelle 1: Suchbegriffe unsystematischer Literaturrecherche

Psychische Erkrankung / Störungsbild	MeSH-Term: Posttraumatic stress disorder PTSD Postnatal PTSD

	Postpartum PTSD MeSH-Term: Dissociation Dissociative experience Dissociative reaction Dissociative episodes Out of body experience
(Folge-)schwangerschaft	MeSH-Term: Pregnancy Subsequent pregnancy Pregnancy after / following Gestation after / following MeSH-Term: Term Birth Birth Childbirth Labour
Pathophysiologie, Prävention & Intervention	MeSH-Terms: Risk Factors, Preventive Care Diagnosis Pathology Risk factors Prevention and control Intervention Standards Screening
Hebammenversorgung	MeSH-Term: Midwifery Maternal health care Midwifery care Midwierfy-led care Midwife service
Auswirkungen	Impact Effects

Durch die Ergebnisse dieser ersten Recherche konnten geeignete Ansatzpunkte für Dissoziationsspezifische Präventions- und Interventionsmaßnahmen sowie auch Hinweise für die Notwendigkeit von Dissoziations-sensiblen Handlungsempfehlungen für Hebammen abgeleitet werden. Basierend auf diesen ersten Zwischenergebnissen wurden im zweiten Teil der Suche, der systematischen Literaturrecherche, verschiedene Suchbegriffe kombiniert. Gesucht wurde auf der Datenbank PubMed. Die jeweiligen Suchbegriffe wurden mit den Boolschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert.

Tabelle 2: Suchbegriffe systematischer Literaturrecherche

Themenfelder	Suchstrings
Allg. Prävention von Dissoziation in a) Schwangerschaft / b) Geburt / c) Wochenbett	a) (prevention) OR (preventive care) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (pregnancy)

	b) (prevention) OR (preventive care) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (childbirth) OR (birth) OR (labour) c) (prevention) OR (preventive care) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (postnatal care) OR (postpartum) OR (postpartum care) OR (maternal care)
Allg. Interventionen bei Dissoziation in a) Schwangerschaft / b) Geburt / c) Wochenbett	(intervention) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (pregnancy) (intervention) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (childbirth) OR (birth) OR (labour) (intervention) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (postnatal care) OR (postpartum) OR (postpartum care) OR (maternal care)
a) Prävention / b) Interventionen bei (geburtsbezogener) PTBS	a) (prevention) OR (preventive care) AND (posttraumatic stress disorder) OR (ptsd) OR (postnatal ptsd) OR (postpartum ptsd) OR (childbirth related ptsd) b) (intervention) AND (posttraumatic stress disorder) OR (ptsd) OR (postnatal ptsd) OR (postpartum ptsd) OR (childbirth related ptsd)
Dissoziation / Trauma und Folgeschwangerschaft	(dissociation) OR (dissociative episode) OR (dissociative reaction) OR (dissociative experience) OR (peritraumatic experience) OR (traumatic experience) OR (trauma) AND (subsequent pregnancy) bzw. (pregnancy after) OR (pregnancy following) AND (dissociation) OR (dissociative episode) OR (dissociative reaction) OR (dissociative experience)
Screening	(screening) OR (testing) OR (standards) AND (dissociation) OR (traumatic response) OR (ptsd) OR (postnatal ptsd)
Hebammengeleitetes Nachsorgegespräch (nach Dissoziation)	(Midwifery care) OR (midwife-led care) OR (midwife service) OR (maternal health care) OR (midwife-led) OR (midwife consultation) AND (postpartum) OR (postpartum care) OR (postpartum period) (AND (following dissociation) OR (dissocation) OR (after dissociation) OR (birth trauma) OR (peritraumatic experience) OR (peripartum dissociation))
Kontrolle	(control) OR (focus) OR (safety) OR (skills) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes)

Unterstützung	(support) OR (strategies) OR (coping) OR (partner) OR (skills) AND (prevention) OR (preventive care) AND (dissociation) OR (dissociative experience) OR (dissociative reaction) OR (dissociative episodes) AND (childbirth) OR (birth) OR (labour)

Eingeschränkt wurde die Suche zeitlich auf die letzten zehn Jahr (bis 2015), mit einer Ausnahme (2011) aufgrund der spezifischen Informationsdichte und der weiterhin aktuellen Bedeutung ihrer Inhalte. Zudem wurden diejenigen Studien, die sich auf Totgeburten / stille Geburten / Aborte bezogen, ausgeschlossen, zum einen, weil sich Ebenen und Ausmaß einer posttraumatischen Belastung nach Verlust eines Kindes nicht vergleichen lassen mit der Situation mit lebendem Kind, zum anderen, weil sich die überwiegende Mehrheit der Studien auf lebendgeborene, reife Neugeborene bezog. Gesucht wurden zudem primär Randomized Controlled Trials (RCT) sowie Quer- und Längsschnittstudien, jedoch wurden auch jeweils ein Systematic Review sowie eine Metaanalyse eingeschlossen, da beide Übersichtsarbeiten, federführend von zwei Expertinnen (Susan Ayers und Deborah Pidd) verfasst, einen breitgefächerten Einblick ins Thema mit hoher Evidenz- sowie Kausalitätsdichte bieten.

Das Screening der Suchergebnisse wurde mit der gezielten Evidenzbewertung mithilfe des „Critical Appraisal Skills Programm"-Tools (CASP) abgeschlossen (detaillierte Evidenzauswertung je Studie s. Anhang). Zum Schluss wurden die Ergebnisse mit Fachliteratur (jeweils namhaft und stellvertretend: Martina Kruse für die (traumasensible) Hebammenperspektive und Kristina Lühr für die Psychotherapie-Sicht) abgeglichen und durch diese ergänzt.

3.3 Expertinnenwissen

Aufgrund der geringen Studienverfügbarkeit sowie der Tatsache, dass sich nicht alle Studien direkt auf Prävention bzw. Intervention von Dissoziationen unter der Geburt beziehen, soll zusätzlich das Wissen von zwei unterschiedlich spezialisierten Expertinnen diese Arbeit ergänzen sowie insbesondere den erarbeiteten Versorgungsplan „validieren". Im Rahmen eines semistrukturierten Fragebogens wurden die langjährige Hebamme Maja Häuser [20] sowie die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Maria Kellermann [21], die ebenfalls Akuttherapie für Mütter nach traumatischen Geburtserfahrungen anbietet, befragt. Während Erste diese Arbeit zusätzlich mit Hebammenwissen, das sich noch nicht in wissenschaftlichen Studien wiederfindet, ergänzt, gibt Zweite Einschätzung zu Praxistauglichkeit und Ausmaß aus Sicht der Psychologie bzw. Psychotherapie; eine Bereicherung in doppelter Hinsicht. Der Fragebogen findet sich im Anhang (s. Anhang 2).

3.4 Leitlinien sowie klinisch etablierte Screenings

Zum Heranziehen evidenz- und konsensbasierter Empfehlungen wurde die S3-Leitlinie „Posttraumatische Belastungsstörung“ [22] der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herangezogen. Zur Bewertung von Evidenzgrad und Aussagekraft der Empfehlungen diente das AGREE-Tool. Der überwiegende Teil der Informationen ist zwar auf die Arbeit von PsychologInnen sowie PsychotherapeutInnen zugeschnitten, jedoch diente der Leitfaden für Grundlagen und die grundlegende Bedeutung der Erkrankung PTBS. Hinsichtlich konkreterer, Hebammen-tauglicherer Informationen sei erwähnt, dass die angemeldete S3-Leitlinie „Peripartale Psychische Störungen“ [23] 2026 erscheinen soll. Diese Ankündigung spiegelt die Notwendigkeit von Präventions- und Interventionsmaßnahmen wider. Zudem wurde zur Orientierung an internationalen Standards die NICE-Guideline „Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance“ [24] konsultiert.

Fünf verschiedene Screenings dienen dem Erfassen bzw. Diagnostizieren von Dissoziationen bzw. GB-PTBS. Während Hebammen den EPDS-Fragebogen [25] bereits nutzen, sind PCL-5 [26], City Birth Trauma Scale [27], PDEQ [28] sowie der Berliner Fragebogen zur Auswirkung von Traumatisierung während der Geburt (BFAG©) [29] spezifischer. Der PCL-5 [26] dient als Art Self-Assessment-Fragebogen für PTBS gemäß der Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Störungen (DSM-5). Der City Birth Trauma Scale [27] basiert ebenfalls auf den DSM-5-Kriterien, dient jedoch primär der Erfassung von psychischen Geburtstraumata; beide fanden in vielen bis nahezu allen Studien Anwendung. PDEQ sowie BFAG© sind aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und Anwenderinnenfreundlichkeit denkbar für den Einsatz im Hebammenalltag. Der EPDS-Fragebogen dient primär der frühen Feststellung einer PPD-Tendenz bei Wöchnerinnen. Er sei hier vor allem aufgrund seiner Präsenz in verschiedenen Studien aufgeführt.

4 Ergebnisse: Ein Versorgungsplan

Die Ergebnisse zur Forschungsfrage sollen hier in Form eines zweiteiligen Versorgungsplans visualisiert und erläutert werden. Zunächst erfolgt die visuelle Darstellung des ersten Teils – (inter-)pregnancy-Care – des Versorgungsplans, anschließend folgen die jeweiligen Erklärungen und Evidenzbeurteilungen zu jeder Empfehlung. Im Anschluss folgt der zweite Teil „Geburtshilfe und Postpartum-Care“ mit gleichem Ablauf. Der Plan erhebt keine Ansprüche auf Vollständigkeit, die Bestandteile bauen nicht zwangsläufig aufeinander auf. Egal,

ob für Vorsorge-, Geburts- oder Nachsorgehebamme, die bedürfnisorientierten Empfehlungen sollen zu einer sensibilisierten Haltung verhelfen und Maßnahmen zur Verfügung stellen, aus denen individuell ausgewählt werden kann [4,13].

Etwas, das übergeordnet beiden Teilen gemein ist, ist der sogenannte „Trauma-Fokus“, ein Konglomerat aus Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation und Sensibilität, das in jedem Schritt der Betreuung Hebammen immer präsent sein soll. Nicht immer kann eine Schwangere / Gebärende ihr Trauma kommunizieren [13], weshalb es umso wichtiger ist, die traumasensible Grundhaltung in der Betreuung immer und präventiv für alle anzuwenden [1, S. 311]. Studien zeigen, wie wichtig es Frauen mit Traumaerfahrung ist, in einer Folgeschwangerschaft individuell und traumasensibel betreut zu werden, im Zentrum ihrer Schwangerschaft und Geburt zu stehen, ein Vertrauensverhältnis zur Hebamme zu haben, sich sicher zu fühlen und in Kommunikation auf Augenhöhe zu sein [8,13,16]. Solch ein empathischer und gleichzeitig transparenter Umgang stärkt die Selbstwirksamkeit der Frau [13], was zu einer positiv(er)en Selbstüberzeugung führt [30], was wiederum bei Frauen mit GB-PTBS in der Anamnese signifikant PTBS-Symptome reduzieren kann [30,31].

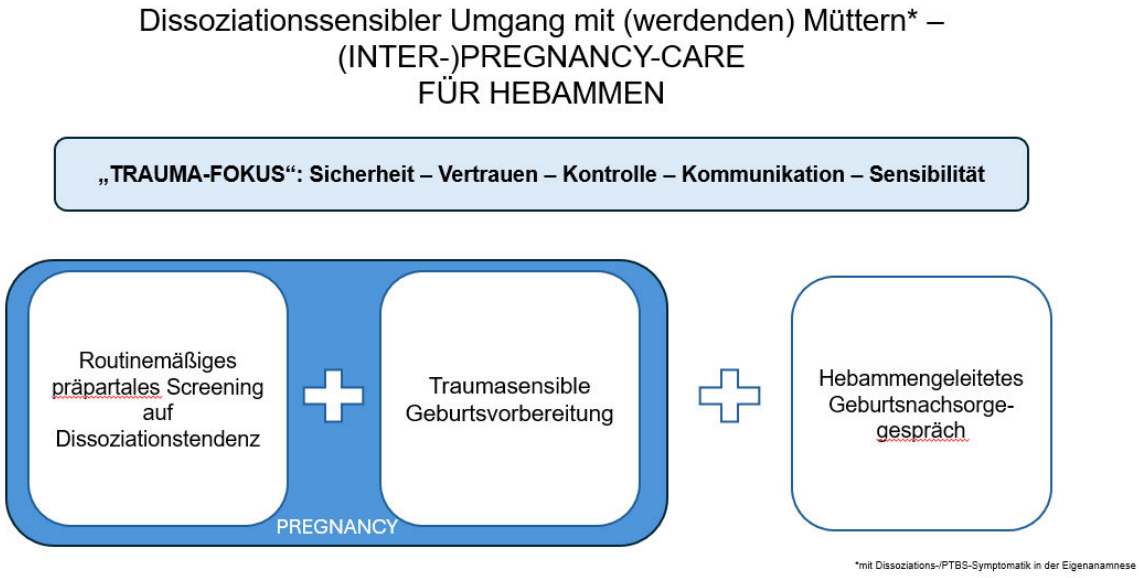


Abbildung 1: Übersicht Versorgungsplan (Inter-)pregnancy-Care

4.1 Empfehlungen des Versorgungsplans – „(Inter-)pregnancy-Care“

4.1.1 Routinemäßiges präpartales Screening auf Dissoziationstendenz

Empfehlung

Bei Schwangeren mit GB-PTBS soll ein routinemäßiges Screening auf Dissoziationstendenz nach standardisiertem klinischem Verfahren (mithilfe des PDEQ-Fragebogens) durchgeführt werden.

Hintergrund

Peripartale Dissoziationen treten häufig auf, ihre Prävalenz variiert je nach Studie zwischen sieben bis zwölf Prozent [12,13]; dabei sind gerade (werdende) Mütter mit GB-PTBS besonders häufig betroffen [15]. Nicht immer werden Dissoziationen erkannt, weder von der Betroffenen selbst noch vom Fachpersonal. Nicht selten werden sie verkannt, sprich als ‚besonders ruhiges Wehenveratmen' oder ‚In sich ruhen' falsch gelesen. Dabei handelt es sich um stressogen getriggerte Dissoziationen, die als Coping missinterpretiert werden und negative Konsequenzen für die mentale Gesundheit der Betroffenen haben [3]. Da peritraumatische Dissoziation eine der wichtigsten Prädiktoren für (den Erhalt von) GB-PTBS ist [30,3,4], ist ein routinemäßiges Screening eine einfach umsetzbare, wenig aufwendige, aber sehr hilfreiche Maßnahme [3,12]. So können Dissoziation, Retraumatisierung und weiteren Psychopathologien vorgebeugt werden [12] und es werden Vulnerabilitäts-, Geburts- und Postpartumfaktoren gleichermaßen berücksichtigt [4], s. folgende Abbildung.

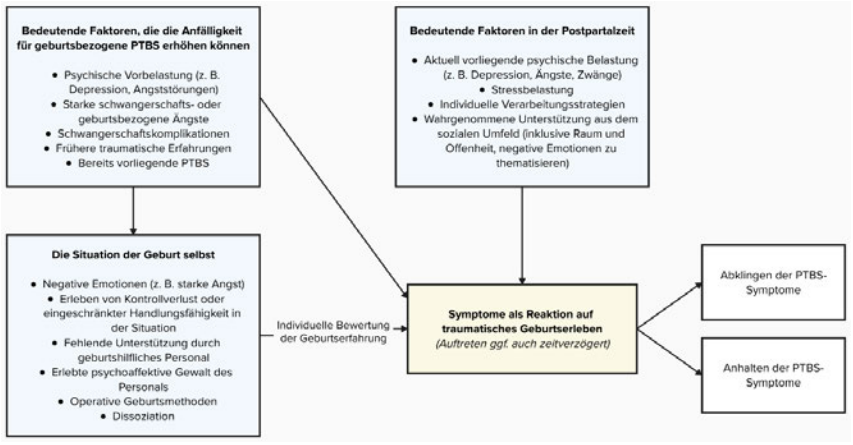


Abbildung 2: Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Ayers et al. (2016) [1, S. 105]

Durchführung

Das Screening kann jederzeit in der Schwangerschaft durchgeführt werden, die Studienlage gibt keinen präferierten Zeitraum vor. Es ist ratsam, dass bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Schwangeren besteht, da die preisgegebenen Informationen intim und das Thema gesellschaftlich noch schambehaftet ist. Zudem empfiehlt es sich, es vor dem Geburtsanmeldegespräch durchzuführen, um das Ergebnis zu jenem Zeitpunkt bereits vorliegen zu haben bzw. es noch in einen etwaigen Geburtsplan einzufügen [15,12].

Dafür soll die Schwangere den selbsterklärenden 10-Item-Fragebogen (s. Anhang) ausfüllen, er ist online in diversen Sprachen verfügbar. Eine festgelegte Bewertungsrelation scheint nicht verfügbar zu sein, jedoch lässt sich aus Studien ableiten, dass in Prozentangaben der mit JA beantworteten Fragen gearbeitet wird und ein Wert ab 50-60% als hoch (= hohe Dissoziationstendenz) einzustufen ist [3,30]. Der Auswertung sollte sich im besten Fall ein gemeinsames Gespräch darüber anschließen, was für individuelle Bewältigungsressourcen und -skills vorhanden sind.

Evidenz

Die Empfehlung basiert auf einer Längsschnittstudie [3], einer prospektiven Kohortenstudie [12] sowie einer Metaanalyse, alle drei von guter Qualität [4]. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell entstammt der Metaanalyse von Susan Ayers [4], findet aber auch in aktuellen Traumafachbüchern, wie „Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe“ (2024) von Martina Kruse und Katharina Hartmann (Hrsg.) [1] Anwendung. Eine quantitative Beobachtungsstudie [13] sowie eine weitere Längsschnittstudie [15] sprechen sich ebenfalls für das Nutzen des PDEQ zum Messbarmachen von peripartalen Dissoziationen aus, nicht jedoch für die Etablierung eines routinemäßigen Screenings.

4.1.2 Traumasensible Geburtsvorbereitung

Empfehlung

Jede Schwangere mit GB-PTBS in der Anamnese soll traumasensibel auf ihre bevorstehende Geburt vorbereitet werden. Dies impliziert Informationen zu Dissoziationstendenzen.

Hintergrund

Zu dissoziieren, ein Geburtstrauma erlebt oder eine GB-PTBS entwickelt zu haben, ist zumeist von negativen Selbstüberzeugungen, Scham, Schuldgefühlen und einem global defizitären Selbstbild begleitet [30]. Die betroffenen Mütter haben das Gefühl, keine Kontrolle über ihre vorangegangene Geburt gehabt zu haben [14,15]. Eine traumasensible Geburtsvorbereitung, im Sinne einer fokussierten Vorbereitung auf die Geburt sowie der Vorsorge allgemein, soll dabei zweierlei etablieren: Einerseits soll sie eine traumasensible Grundhaltung bewerben, die geprägt ist von Empathie, Empowerment, Bedacht um das Sicherheitsgefühl der Betroffenen sowie um ihr Gefühl, die Kontrolle zu haben [1, S. 316f.]. Detaillierte und handfeste Informationen, auch zu möglichen Interventionen, helfen ebenfalls dabei, sich gewappnet zu fühlen für etwaige Diskussionen mit Hebammen oder ärztlichem Personal während der Geburt [15]. Andererseits sollen sie auf einen praktischen Geburtsplan abzielen, der der werdenden Mutter das Gefühl von Kontrolle und Sicherheit gibt [15,8].

Denn ein positives Folgeerlebnis wirkt nachweislich protektiv auf die psychische Gesundheit und Hebammen sind in ihrer Schlüsselfunktion in der pränatalen Betreuung für diesen Präventionsbereich prädestiniert [16]. Praktische Informationen zu individuell hilfreichen Skills für den Fall von Dissoziationen sind ebenso hilfreich, da sie dem Personal präventiv ‚etwas an die Hand geben', um Dissoziationen abwenden bzw. im Akutfall diese hoffentlich unterbrechen zu können [4,12].

Durchführung

Zunächst ist es fundamental für die Hebamme, vom Trauma zu wissen [8]. Dafür sind Feingefühl, Offenheit und ggf. proaktives Abklären wichtig [7]. Die traumasensible Grundhaltung sollte zudem in jeder Vorsorge grundlegend präsent sein. Der Geburtsplan sollte schließlich folgende Teilbereiche abdecken, ist jedoch variierbar:

- Geburtsort [8]: Hebammen sollen ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile einer Hausgeburt, Beleggeburt oder Klinikgeburt sprechen. Die Studie erwägt zudem die Option der Alleingeburt, die hier aber ausgeklammert wird, da sie in Deutschland rechtlich verboten ist.
- Geburtsmodus [8,15]: Je nach vorangegangener Erfahrung variieren auch die Wünsche nach dem Geburtsmodus für die anstehende Geburt. Eine traumatische vaginale Geburt schließt den erneuten Wunsch nach einer vaginalen Geburt nicht zwangsläufig aus. Studien zeigen jedoch, dass der Wunsch nach einer elektiven primären Sectio steigt [8,15], das psychische Outcome ist dabei aber nicht zwangsläufig besser als bei Frauen, die einen erneuten vaginalen Versuch wagen [15].
- Unterstützung [15]: Primär geht es um die Wahl der Hebamme. Hier soll es um die Wahl zwischen Beleghebamme, Hausgeburtshebamme bzw. Wünsche an die Hebamme für die Klinikgeburt, aber auch um Doulas gehen. Als besonders wichtig stellen sich zum einen die 1:1-Betreuung durch eine, vertraute Hebamme heraus [12], zum anderen die Hebamme, die das vorangegangene Trauma anerkennt [15].
- „Negative Planning" [15]: Hier soll die Hebamme mit der Schwangeren klar herausarbeiten, was diese NICHT möchte. Auch hier geht es ums Antizipieren von etwaigen Entscheidungen, die im Stress der Geburt womöglich nicht den eigenen Wünschen gemäß getroffen werden könnten.
- Shared-decision-making [8]
- Hilfreiche Skills für den Fall von Dissoziationen [4,12]

Im Anschluss sollte die Hebamme die Schwangere darin bestärken, diesen bei der Geburt durchzusetzen und am besten bereits im Geburtsanmeldegespräch zu besprechen; ggf. sollte dies PartnerIn oder Begleitperson stellvertretend übernehmen [20].

Evidenz

Die Evidenz beruht auf primär zwei Arbeiten: einer Längsschnittstudie [15] sowie einem Scoping Review [8], beide guter Qualität. Während Erstere einen hochwertigen, tiefen Einblick in die GB-PTBS-Prozesse und Traumaauswirkungen auf Folgeschwangerschaften bietet, jedoch nur eine kleine Stichprobengröße aufweist, bietet das Review (22 Studien inkludiert) einen aktuellen, praxisnahen breiten Überblick. Eine Metaanalyse [4] sowie eine prospektive Kohortenstudie [12] ergänzen zudem den Bereich ‚Dissoziation sub partu'.

4.1.3 Hebammengeleitetes Geburtsnachsorgegespräch

Empfehlung

Hebammen sollen allen Müttern ein Geburtsnachsorgegespräch anbieten, das der Kontextualisierung der Geburtserfahrung sowie dem Füllen von Erinnerungslücken dient und damit das Vertrauen in eine positive Folgeschwangerschaft sowie -geburt stärken soll.

Dies dient im Bereich der Interpregnancy-Care für Hebammen der Prävention von Trauma und Traumafolgestörungen.

Hintergrund

Das professionelle Kontextualisieren persönlicher (womöglich traumatischer) Geburtserfahrungen, das Bearbeiten eigener Gedanken zur erlebten Geburt sowie das Füllen von Erinnerungslücken sind wichtige Bestandteile eines Mechanismus, der effektiv präventiv dabei hilft, GB-PTBS-Symptome zu reduzieren bzw. sie gar nicht erst aufkommen zu lassen [32,33]. Hebammen sind prädestiniert für diese Aufgabe, nicht nur aufgrund ihrer intensiven Kenntnisse von Geburtsprozessen, sondern auch wegen ihrer auf Betreuung, Beziehung und Vertrauen ausgerichteten Profession [33]. So wird neben einer positiveren Einstellung zu Folgeschwangerschaften und -geburten auch erreicht, dass Mütter gestärkter in ihre (weitere) Mutterschaft starten, weniger Schuldgefühle und ein insgesamt positiveres Selbstbild haben [31].

In den beiden durchgeführten Studien mussten zudem nur jeweils ein Drittel aller Mütter nach dem hebammengeleiteten Geburtsnachsorgegespräch psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, die Zufriedenheit mit der Maßnahme lag jeweils bei über 95% [33,31]. Dies verdeutlicht nicht nur die Sinnhaftigkeit der Empfehlung, sondern stärkt auch die Rolle der

Hebammen als psychosoziale BeraterInnen in der Postpartum-Zeit mit Fokus auf Geburtserfahrung [31]. Des konkreten Geburtsnachsorgegesprächs dient als Vorbild „EVA“, Entretien de vécu de l’accouchement“ (dt. Übersetzung: Interview zum Geburtserleben), von Valérie Avignon et al. [33], welches in seiner Grundstruktur auf dem Konsultationsmodell für Frauen mit traumatischer Geburtserfahrung der Hebamme Jenny Gamble und der Psychologin Debra K. Creedy basiert [34].

Durchführung

Anlehnend an EVA erfolgt das hebammengeleitete Nachsorgegespräch in zwei Schritten. Etwa zwei Wochen vor dem Gespräch lässt die Mutter der Hebamme ihrer Wahl die Geburtsdokumentation, bestenfalls inklusive aller CTGs, zukommen. Die Hebamme erfasst ihrerseits schriftlich via Fragebögen die Sozialanamnese der Mutter sowie ihre GB-PTBS- und etwaige Depressionssymptome [33]. Die Fragebögen sind dabei nicht weiter konkretisiert, jedoch könnten die EPDS- und BFAG©-Fragebögen [25,29] verwendet werden bzw. als Anregung für selbstformulierte Fragebögen dienen; eine formlose, offene Erfragung ist theoretisch ebenfalls möglich, aber vermutlich nicht vergleichbar aussagekräftig.

Im zweiten Schritt kommt es zum tatsächlichen Gespräch, das primär drei Ebenen dienen soll [33]:

- Die Mutter soll ihre Geburtserfahrung zunächst frei erzählen, Fragen sowie Zweifel äußern dürfen.
- Die Hebamme erklärt im Anschluss den Geburtsverlauf, wobei Hauptaugenmerk auf der Erklärung aller vorhandenen CTGs sowie dem Sinn hinter stattgefundenen Interventionen liegen soll. Selbstverständlich ist hier auch Raum für Fragen.
- Bezugnehmend auf die Fragebögen, klärt die Hebamme schließlich den aktuellen Unterstützungsbedarf der Mutter und verweist diese ggf. an PsychologInnen bzw. andere Anlaufstellen.

Evidenz

Die Empfehlung basiert primär auf einer aktuellen (2025), europäischen (Schweiz) Prä-Post-Interventionsstudie guter Qualität [33]. Die Basis des Nachsorgegesprächmodells „EVA“ basiert dabei auf einem RCT guter Qualität von 2009 [34]. Zusätzlich gestützt werden die Grundidee, Anwenderfreundlichkeit sowie langfristige Vorteile von einem qualitativ hochwertigen RCT von 2000 [31], welches zwar eine reduzierte Stichprobengröße, aber ein hochwertiges Studiendesign mit Follow-up-Sample sowie einer starken praktischen Relevanz bietet.

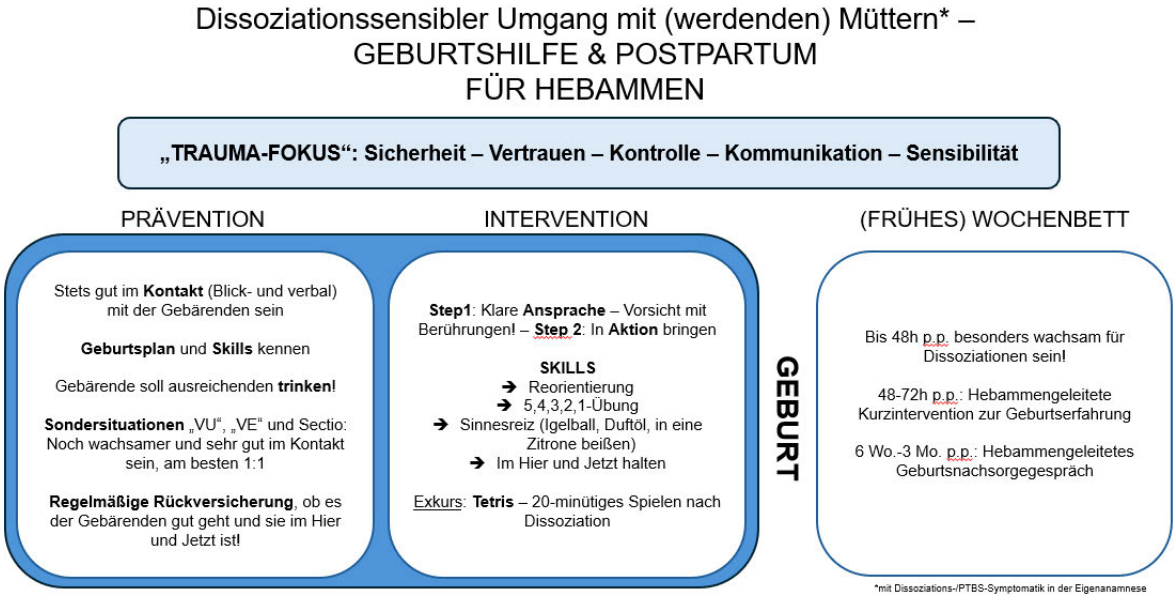


Abbildung 3: Übersicht Versorgungsplan Geburtshilfe und Postpartum

4.2 Empfehlungen des Versorgungsplans „Geburtshilfe und Postpartum-Care“

4.2.1 Empfehlungen im Bereich der Prävention

Empfehlung (a)

Hebammen sollen den Geburtsplan der Gebärenden mit Dissoziationstendenz / GB-PTBS in der Eigenanamnese kennen und respektieren.

Hintergrund

Kompakt gestaltete, individuelle Geburtspläne sind wichtige ‚Anker‘ für Gebärende und Hebamme, denn sie ermöglichen es, dass sich die Gebärende in der Kontrollfähigkeit ihrer Geburt gestärkt fühlt und die Hebamme effektiv individuell traumasensibel agieren kann [8]. So ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Gebärende die Geburt als positiv [16] bzw. sogar heilsam [8] erlebt. Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer GB-PTBS postpartal sinkt nachweislich [14].

Dissoziationen sind eng mit empfundenem Kontrollverlust verbunden [4]. Kontrollverlust wiederum begünstigt Retraumatisierung und die Verstärkung von vorhandenen bzw. die Rückkehr von bereits überstandenen GB-PTBS-Symptomen [8]. Insofern ist der Geburtsplan als Teil des Kontrollinstruments der Gebärenden und gleichzeitig als dissoziationssensibler Skill zu sehen, dem sich sowohl Gebärende als auch Hebamme bedienen können. Ein unbegründetes Abweichen davon kann nachweislich retraumatisierend wirken [4].

Durchführung

Wie bereits im Unterkapitel „Traumasensible Geburtsvorbereitung“ detailliert erläutert, enthält der Geburtsplan im besten Fall Informationen zu den Wünschen der Gebärenden hinsichtlich Geburtsmodus, Unterstützung, informierter Entscheidungsfindung, abgelehnten Interventionen sowie Skills bei Dissoziationen.
Sofern die Gebärende diesen noch nicht bei der Geburtsanmeldung eingereicht haben bzw. diesen nicht von selbst beim Erscheinen zur Geburt abgibt, soll die Hebamme proaktiv danach fragen. Hebammen fördern die Physiologie sub partu – gerade in diesem Sinne ist es wichtig, einem Geburtsplan offen gegenüberzustehen [15,4].

Evidenz

Der Empfehlung liegen eine Längsschnittstudie [15] sowie ein Scoping Review (22 eingeschlossene Studien) [8] und eine Metaanalyse [4] zugrunde, alle drei von guter Qualität und nahem Praxisbezug. Eine aktuelle Querschnittstudie mit hoher Stichprobenzahl und starkem thematischen Bezug sowohl zu GB-PTBS wie auch zu Unterstützung während der Geburt [16] unterstützt die Empfehlung ebenfalls.

Empfehlung (b)

Die Hebamme soll stets sehr gut im Kontakt (Blickkontakt und verbal) mit der Gebärenden sein und besonders bedürfnisorientiert agieren, um etwaigen Dissoziationen vorzubeugen.

Hintergrund

Empathische Kommunikation und vertrauensvoller Kontakt hat einen großen Einfluss auf ein positives Geburtserleben [16,15,12], vor allem bei denjenigen mit Dissoziationen / GB-PTBS in der Anamnese. Denn i.d.R. haben sie in der vorangegangenen Geburt eine erheblichen Kontrollverlust erlebt [16,14,13]. Um gemäß traumasensiblem Ansatz dissoziativen Episoden vorzubeugen, sollte ein enger Kontakt, bestenfalls ohne Hebammenwechsel, gewährleistet sein, da nur so sich zum einen die Gebärende sicher sein kann, Einfluss auf alle Entscheidungen zu haben, zum anderen die Hebamme sich bestmöglich auf die Gebärende

und ihre Dissoziationsanzeichen einstellen kann. Dies entspricht im Idealfall einer 1:1-Betreuung [12]. Die Gebärende sollte ggf. an ihre Skills erinnert und regelmäßig zu ausreichendem Trinken animiert werden, da nachgewiesen ist, dass ausreichendes Trinken Dissoziationen vorbeugt [35, S. 154].

Sollte es dennoch zu Dissoziationen kommen, hilft auch hier der enge Kontakt: Die Hebamme kann die Dissoziation schneller bemerken und unterbrechen, und sie kann durch empathische Begleitung den belastenden Moment positiv beeinflussen sowie die Verarbeitung erleichtern [1, S. 120].

Durchführung

Im besten Fall ist es möglich, eine 1:1-Betreuung umzusetzen [12]. Ist dies nicht möglich, sollten die Rahmenbedingungen für eine engmaschige Betreuung mit einfühlsamer Hebamme (mit Traumafachkompetenz) sowie viel Präsenz im Kreißsaal angestrebt werden.

Auch gilt es, sich als Hebamme regelmäßig rückzuversichern, ob die Gebärende wirklich gut mit der Geburtsarbeit zurechtkommt und in sich ruht. Nicht selten wird dies als Coping-Strategie erkannt, ist aber eine maladaptive Bewältigungsstrategie; die Gebärende hat längst dissoziiert und braucht dringend ausdauernde Unterstützung [3,13].

Evidenz

Zwei Fachbücher [1,35] sowie mehrere Studien liegen der Empfehlung zugrunde, allen voran die qualitativ hochwertige prospektive Kohortenstudie [12]. Die daraus stammenden Aussagen werden gestützt durch drei Längsschnittstudien [14,15,3], eine quantitative Beobachtungsstudie [13] sowie eine Querschnittsstudie [16].

Empfehlung (c)

Bei vaginalen Untersuchungen, vaginal-operativen Geburtsbeendigungen sowie Sectiones sollen Hebammen besonders wachsam und gut im Kontakt mit den Gebärenden sein.

Hintergrund

Vaginale Untersuchungen stellen für jede Gebärende einen heiklen, sehr intimen Moment dar. Erhebliche Anspannung ist meist die Reaktion und gleichzeitig hinderlich für die Untersuchung [7,36]. Invasiv und mitunter notwendig wird die Maßnahme im geburtshilflichen Kontext immer bleiben, doch gibt es Stellschrauben, um die Untersuchung weniger kon-

frontativ mit dem Trauma zu gestalten: Atmung, Zeit, Vertrautheit, (Blick-)Kontakt, Dissoziations-Awareness und das bewusste Nicht-Verwenden von Täter-Sprache gehören dazu [36].

Vaginal-operative Geburtsbeendigungen korrelieren ebenfalls mit einem hohen Maß an Ausgeliefertsein, was sich wiederum in Kontrollverlust und gesteigerter Dissoziationstendenz ausdrückt [7,4,15]. Hier sind enger Kontakt, Selbstwahrnehmung als ‚Anker' seitens der Hebamme sowie ein Nachgespräch nachweislich hilfreich [7].

Für manche Schwangere scheint nur die elektive primäre Sectio der sichere Geburtsmodus zu sein [15]. Nicht immer werden dabei die Anforderung an sich selbst als Gebärende sowie an das Ausmaß des Kontrollverlustes korrekt eingeschätzt [7]. Auch hier wirkt aber enger Kontakt in Form einer 1:1-Betreuung protektiv gegen Dissoziationen [12].

Durchführung

Eine 1:1-Betreuung sollte, im besten Fall grundsätzlich, in jedem Fall aber bei einer Sectio sowie einer vaginal-operativen Geburtsbeendigung gewährleistet sein. Bei vaginalen Untersuchungen ist darauf zu achten, dass der äußere sicher Ort [1, S. 316] gesichert ist und immer die gleiche, vertraute Hebamme untersucht, der Gebärenden die Zeit gelassen wird und auf zusätzliche Berührungen sowie Wortwahl extrem geachtet wird [7].

Evidenz

Ein Fachbuch [1], ein Fachartikel [36], beide von Expertinnen, hoher Qualität und Aktualität, sowie eine prospektive Kohortenstudie [12], eine Metaanalyse [4] und ein Scoping Review [8] begründen die Evidenz dieser Empfehlung.

Empfehlung (d)

Hebammen sollen sich regelmäßig rückversichern, ob bei der Gebärenden wirklich alles in Ordnung und sie im Hier und Jetzt ist.

Hintergrund

Dissoziative Episoden, wie Derealisation, Slow-Motion-Wahrnehmung oder Depersonalisation, sind nicht immer offensichtlich [13]. Mitunter wirken die Betroffen sogar so, als würden sie die Situation außerordentlich gut meistern (z.B. in sich ruhend, sehr fokussiert zu sein). Doch bei Menschen mit Dissoziationstendenz ist es ein schmaler Grat zwischen bewusster, klarer Ruhe und dem unwillkürlichen mentalen Rausbeamen aus der Situation. Letzteres

ist maladaptatives Coping, das stressogen getriggert wird [3], und bei einer (stressigen) Geburt häufig auftritt.

All dies bedeutet aber auch, dass Kenntnis der Prozesse, ein hohes Maß an Aufmerksamkeit sowie generelle Awareness dafür sorgen können, Stress proaktiv zu reduzieren und sich anbahnende Dissoziationen bestenfalls präventiv zu begegnen oder im Frühstadium zu unterbrechen. Dann bleibt das sogenannte „trauma response syndrom“ – eine Art im Traumakörpergedächtnis verankerte Kettenreaktion, wie gewöhnlich auf Trauma(-Trigger) reagiert wird [7] – aus und die Wiederholung einer GB-PTBS unwahrscheinlicher [4].

Durchführung

Es ist ratsam, zu Beginn der Betreuung, wenn bestenfalls die Wehenbelastung noch nicht so ausgeprägt ist, zu besprechen, wie die Ansprache / Kontaktaufnahme der Gebärenden am angenehmsten ist bzw. sie am wenigsten triggert. Es können auch präventiv gemeinsam Maßnahmen besprochen werden, wie die Reorientierung im Hier und Jetzt am besten gelingen kann – manchen Betroffenen hilft beim Anbahnen von Dissoziationen ein starker taktiler Reiz (z.B. Igelball), manchen ein scharfer Geschmack (z.B. Ingwerbonbon), wieder anderen eine kognitive Aufgabe (z.B. Rechenaufgabe) [1, S. 318]. Zudem sollte der Hebamme über den gesamten Betreuungszeitraum hinweg bewusst sein, dass eine starke Präsenz und erhöhte Aufmerksamkeit ihrerseits für eine gelungen traumasensible Betreuung – auch im Sinne der Vermeidung von Geburtskomplikationen, die i.d.R. überwältigend empfunden und psychisch folgenreich sind [12] – unerlässlich ist.

Evidenz

Die Expertise der Hebamme und Traumafachberaterin Martina Kruse fließt hier gleich mit zwei Werken ein [1,7]. Weiter wird die Evidenz mit zwei hochwertigen Studien begründet, zum einen einer quantitativen Beobachtungsstudie [13], zum anderen einer Längsschnittstudie [3].

4.2.2 Empfehlungen im Bereich der Intervention

Prävention und Intervention stehen in Wechselwirkung. Die Trennung in beide Bereiche dient primär der Verdeutlichung der Schwerpunkte der jeweiligen Maßnahmen.

Empfehlung (a)

Die Hebamme soll die Dissoziation erkennen, ansprechen und dann unterbrechen – dies gelingt i.d.R. dadurch, die Gebärende ‚in Aktion zu bringen‘ (körperlich und mental) und auf Skills zurückzugreifen.

Hintergrund

Eine peripartale Dissoziation ist eine sofortige, heftige emotionale Erstarrungsreaktion auf einen nicht aushaltbaren Moment [3,30]. Dabei zählt allein das subjektive Erleben [4,12], d.h. für Hebammen und weiteres Fachpersonal oder auch Begleitpersonen kann der Moment gar nicht bemerkt werden. Das wiederum bedeutet: Dissoziationen treten für Außenstehende häufig aus dem Nichts auf. Umso wichtiger ist es, diese permanent und als einer der Schlüsselfaktoren für GB-PTBS wahrzunehmen [4].

Im Falle einer Dissoziation bewährt es sich, gemäß Fachliteratur, die dissoziierende Person zunächst deutlich und klar anzusprechen, vornehmlich mit dem Vornamen. Ziel dabei ist die Reorientierung im Hier und Jetzt. Auch Angaben zum aktuellen Aufenthaltsort oder Datum helfen, in Sicherheit ins Jetzt zurückzukehren [7]. Anschließend sollten Skills angewandt werden, um die Gebärende im Jetzt zu halten. Dafür bringen Menschen mit Dissoziationserfahrungen i.d.R. für sie bewährte Skillsketten mit, also funktionierende und aufeinander aufbauende Skills. Es ist wichtig, dass sie selbst etwas tun, um nicht erneut abzudriften, denn nur so werden sie befähigt, ihre Emotionen und ihren Stress selbst regulieren zu können [1, S. 318f.]. Diese Form von Selbstermächtigung wirkt kurz- und langfristig Dissoziationen sowie GB-PTBS-Symptomen entgegen [31,30].

Durchführung

Für das frühzeitige Erkennen und somit rechtzeitige Unterbrechen ist eine engmaschige Betreuung (am besten 1:1) wesentlich [12]. Weiter ist es sinnvoll, frühzeitig über die individuell hilfreichen Skills Bescheid zu wissen; entweder stehen diese im Geburtsplan oder die Hebamme bespricht es mit der Gebärenden. Tritt eine Dissoziation ein, sollte zunächst eine klare Ansprache der Gebärenden erfolgen. Berührungen sind eher zu vermeiden, da sie triggern können. Besser wäre hier die Umkehr mit der Aufforderung „XX, drück doch mal meine Hand!“. Daraufhin können weitere Skills folgen; je nach Intensität und Fortschritt der Dissoziation kommen weniger oder mehr in Betracht [7].

Sollte die Gebärende über keine eigenen Skills verfügen, können beispielsweise folgende angeboten werden [1, S. 318]:

- Taktile Reize, wie Drücken eines Igelballs, Halten eines Eiswürfels
- Olfaktorische Reize, wie Duftöle (tendenziell eher scharfe, intensive Gerüche)
- Orale Reize, wie scharfe Bonbons, Brausepulver oder Zitrone
- Bewegung
- Kognitive Beschäftigung, wie kleine Rechenaufgaben, Länder aufzählen, von 20 rückwärts zählen

- Achtsamkeitsübung, wie die „5-4-3-2-1-Übung“ von Yvonne Dolan [35, S. 127], bei der die Gebärende zunächst fünf Sachen aufzählen soll, die sie sieht, dann die sie hört, riecht, fühlt; danach in gleicher Reihenfolge mit vier, dann drei usw. – solange, bis bei Hebamme und Gebärender das Gefühl da ist, dass die Gebärende wieder gut orientiert ist.

Selbstverständlich sind nicht in jedem Abschnitt der Geburt Kapazitäten für jede der aufgelisteten Skills vorhanden und mitunter verhindern auch passagere körperliche Einschränken die Umsetzung. Dennoch gibt es auch Momente, in denen sie gut umsetzbar sind – es gilt grundsätzlich, das auszuwählen, was in dem akuten Moment funktioniert.

Evidenz

Auch hier ist die Expertise der Hebamme und Traumafachberaterin Martina Kruse mit zwei Werken präsent [7,1]. Ein RCT [31], eine prospektive Kohortenstudie [12], eine quantitative Querschnittstudie [30] sowie eine Metaanalyse [4] stützen die Evidenz zusätzlich.

Empfehlung (b)

Hebammen sollen die Gebärende nach deren Dissoziation ca. 20 Minuten (bzw. mindestens zehn Minuten ununterbrochen) Tetris spielen lassen.

Hintergrund

Initial ist die Idee in Bezug auf Intrusionen nach Trauma entstanden. Eine 20-minütige spielbasierte Kurzintervention binnen vier Stunden nach Traumaexposition kann dabei Anzahl und Ausmaß an intrusiven Erinnerungen kurz- und langfristig reduzieren. Dahinter steht die Hypothese, dass Tetris (oder ein anderes Spiel mit ähnlich hohen visuellen Anforderungen) im Gehirn mit der Konsolidierung visueller Erinnerungen duelliert [37].

Weshalb hier nun der Transfer auf Dissoziationen stattfindet, liegt in der bereits stattfindenden Anwendung von Tetris in der allgemeinen PTBS-Behandlung [35, S.168,38]. Die Erklärung hierfür findet sich in der Wirkung des Videospiels auf den Hippocampus. Denn sowohl bei Intrusionen als auch bei Dissoziationen und weiteren PTBS-Symptomen ist die hippocampale Aktivität gestört [38]. Im gesunden Zustand schafft der Hippocampus die Voraussetzung für ein Abspeichern in ein explizites, versprachlichbares, kontextuell spezifiziertes Erinnerungsvermögen. Ist der Hippocampus durch Extremstress übererregt und folglich desintegriert in seiner Funktionalität, werden traumatische Erinnerungen primär über affektive Aspekte durch die Amygdala abgespeichert, d.h. abgetrennt von der kontextuellen Spe-

zifizierung. Grob erklärt dies auf neurobiologischer Ebene, weshalb es anschließend möglich ist, dass ein Einzelreiz (Geruch, Geräusch, Berührung) die Traumasituation außerhalb jeglicher räumlichen und zeitlichen Kontingenz triggern kann, sich folglich das Wahrnehmungsfeld einengt, nur noch Gefahr wahrgenommen wird und der Körper gemäß individueller pathologischer ‚Entzugs-Muster' entweder dissoziiert, Intrusionen erlebt o.ä. [11]. Spielen PTBS-Betroffene aber Tetris, beruhigen sich die Hirnareale zunehmend, der Hippocampus kehrt zu gesundem Volumen und normaler Aktivität zurück und die Symptome nehmen ab [38]. Zudem stellt die Maßnahme eine unterhaltsame Intervention dar, die niederschwellig („therapist-free" [37]) ist und dabei hilft, fokussiert und im Hier und Jetzt zu bleiben [37]. Auch aus diesen Gründen ist sie wie prädestiniert für den Einsatz bei Dissoziationen.

Durchführung

Sobald die Gebärende aus der Dissoziation zurück ins Hier und Jetzt gefunden hat und es die Phase der Geburt zulässt, soll sie 20 Minuten Tetris spielen (bzw. mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung) [37].

Evidenz

Der Empfehlung liegt primär ein Proof-of-Concept-RCT zugrunde [37], der eine innovative Idee ohne Nebenwirkungen zugrunde liegt, die sich aber auch durch eine lediglich kleine Stichprobenzahl auszeichnet. Den Effekt sowie die Übertragbarkeit auf sämtliche PTBS-Symptome stützt ein weiteres RCT [38]. Zudem ist die neurobiologisch erklärende Perspektive einleuchtend [11].

Insgesamt ist es ein Pilotprojekt mit handfester neurobiologischer Basis, das sicherlich weiterer Forschung bedarf. Dadurch, dass die Ergebnisse der Studien [38,31] erfolgversprechend klingen und das Spielen offensichtlich wirksam, sicher und verträglich ist, ist die Anwendung trotz noch (!) schwacher Evidenz empfehlenswert.

4.2.3 Empfehlungen im Bereich des (frühen) Wochenbetts

Empfehlung (a)

Hebammen sollen bis 48 Stunden p.p. besonders wachsam für Dissoziationen sein.

Hintergrund

Die Geburt ist geschafft, doch das ‚Mutter-Werden' beginnt gerade erst in den ersten Stunden postpartal. Diese Zeit ist sowohl physisch als auch psychisch stark herausfordernd [39].

Das subjektive Empfinden von überwältigendem Stress [4,12,3] durch die Mutter kann somit auch in dieser Zeit dissoziative ‚Bewältigungsmuster' triggern [3].

Peritraumatische Dissoziationen sind wichtiger Prädiktor für eine GB-PTBS [3,4]. Zudem ist das Risiko für Mütter mit GB-PTBS in der Anamnese höher, eine Folgegeburt als retraumatisierend zu empfinden, wenn sie Dissoziationstendenz haben [8,13]. Eine erhöhte Wachsamkeit seitens der Hebammen für Dissoziationen und erste weitere PTBS-Symptome ist somit ratsam.

Die ersten 48 Stunden p.p. sind insofern wesentlich, als dass sie nachweislich hauptausschlaggebend für die Entwicklung einer GB-PTBS drei Monate p.p. sind [14,13]. Je schneller Dissoziationen und erste weitere PTBS-Symptome bei den ohnehin psychisch belasteten Müttern einsetzen, desto wahrscheinlicher ist die gleiche Diagnose im Wochenbett [16].

Durchführung

Eine engmaschige, möglichst ungestörte, sehr bedürfnisorientierte, rückhaltgebende 1:1-Betreuung der Mütter in den ersten Stunden postpartal ist ratsam [12]. Sobald die Mutter den Kreißsaal verlässt, obliegt die Betreuung klinisch meist anderem Fachpersonal. Dieses muss über die psychische Vorerkrankung sowie die notwendige Betreuungsintensität und Dissoziations-Awareness ausreichend unterrichtet werden. Gehen Mutter und Kind ambulant nach Hause, sollte die Hebamme die ersten Tage von ihrem Recht auf zwei aufsuchende Wochenbettbesuche pro Tag Gebrauch machen. Neben der erhöhten Wachsamkeit greifen, im Falle einer (sich anbahnenden) Dissoziation, die Empfehlungen aus den Bereichen Prävention und Intervention.

Evidenz

Die Evidenz beruht primär auf einer aktuellen, hochwertigen Längsschnittstudie [14] mit moderater Stichprobenzahl sowie auf einer ebenso hochwertigen quantitativen Beobachtungsstudie von 2011 [13], die empirische Qualität sowie einen sehr engen Bezug zum Thema dieser Bachelorarbeit aufweist. Weitere Studien sowie eine Metaanalyse [3,8,12,4] stützen die (Herleitung der) Empfehlung zusätzlich.

Empfehlung (b)

48 bis 72 Stunden p.p. soll die Hebamme der Mutter eine Kurzintervention zur Geburtserfahrung in Form eines kurzen Gesprächs anbieten.

Hintergrund

Ein kurzes Gespräch von ca. 30 Minuten in Präsenz zwischen Hebamme und Mutter kann zu einem besseren Verständnis der Geburt und der dabei aufgekommenen Gefühle führen und damit langfristig zu einer positiveren Selbstüberzeugung, weniger Schuldgefühlen sowie einer signifikanten Reduzierung von PTBS-Symptomen führen; auch stellt sich zumeist eine positivere Einstellung zu Folgeschwangerschaften und -geburten ein [31]. Ein positives Empowerment stellt zudem explizit eine Protektion gegen Dissoziationen dar [30,31].

Wochenbetthebammen sind den Müttern sehr nah, es besteht i.d.R. ein Vertrauensverhältnis. Beziehungs- und Beratungsarbeit gehören seit jeher zur Wochenbettbetreuung dazu. Leila Asadzadeh und KollegInnen [31] stärken nun auch die psychosozial beratende Funktion der Hebamme im Wochenbett: Denn während zwei Drittel der Mütter angab, die Geburt subjektiv traumatisch erlebt zu haben, musste nur ein Drittel von ihnen schließlich an PsychologInnen verwiesen werden [31].

Durchführung

Im Rahmen eines Wochenbettbesuchs findet ein kurzes Gespräch zur Geburtserfahrung statt, dem kein fester Ablauf zugrunde liegt. Dieses sollte im Zeitraum von 48 bis 72 Stunden postpartal liegen und hat eindeutig nicht den Anspruch, die komplette Geburt intensiv und ausführlich durchzusprechen. Darauf soll die Hebamme achten. Es geht vielmehr um das erste Klären sich aufdrängender Fragen hinsichtlich der Geburt seitens der Mutter, um das Füllen von Erinnerungslücken und das Einordnen von Emotionen in Relation zu den Vorkommnissen sub partu. Die Hebamme soll hierbei offen für die subjektive Wahrnehmung der Mutter sein, mit ihrem Erleben arbeiten und dieses durch Fachwissen ergänzen. So klären sich erste, besonders stark aufdrängende Fragen und Themen zur Geburt und die Beziehung von Wochenbetthebamme und Mutter wird zusätzlich gestärkt [31].

Evidenz

Der Empfehlung liegt zentral ein RCT [31] sehr guter Qualität und Aktualität zugrunde. Eine hochwertige quantitative Querschnittstudie [30] ergänzt und stützt die Aussagen zusätzlich im Bereich der Auswirkung von Empowerment auf positivere Selbstüberzeugung.

Empfehlung (c)

Hebammen sollen – am besten im Zeitraum von sechs Wochen bis drei Monaten postpartal – allen Müttern ein Geburtsnachsorgegespräch anbieten, das der Kontextualisierung der Geburtserfahrung sowie dem Füllen von Erinnerungslücken dient und damit das Vertrauen in eine positive Folgeschwangerschaft sowie -geburt stärken soll.

Dies dient im Bereich der dissoziations- und GB-PTBS-sensiblen Wochenbettarbeit der Hebammen der Prävention einer erneuten GB-PTBS.

Hintergrund, Durchführung und Evidenz

Da sich diese Empfehlung mit der Empfehlung *„Hebammengeleitetes Geburtsnachsorgegespräch*“ deckt, können die Informationen zu Hintergrund, Durchführung sowie Evidenz dem gleichnamigen Abschnitt entnommen werden.

Dem soll lediglich ein Punkt hinzugefügt werden: Hat die Mutter sub partu dissoziiert bzw, wurde ihre Geburt vaginal-operativ beendet, empfiehlt sich im Follow-up eine Testung auf PTBS [4]. Die Testung an sich obliegt nicht der Verantwortung von Hebammen, doch können sie mithilfe von Awareness und Nachsorgegesprächen erste Indizien sammeln für die etwaige Notwendigkeit weiterer psychologischer Abklärung.

Die Evidenz zum Vorschlag eines obligatorischen Follow-ups stammt aus einem hochwertigen Scoping Review [8] mit über 50 inkludierten Studien der im Bereich perinataler maternaler Gesundheit sehr aktiv forschenden Psychologin Susan Ayers.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Diskussion der Ergebnisse aus Studien und Fachliteratur

Trotz Prävalenzen [2], zahlreicher Angaben von Betroffenen [15,13,3,12,8,4] sowie ersten konkreten Konzepten zu traumasensiblem Umgang mit Schwangeren, Gebärenden und Müttern mit GB-PTBS in der Anamnese [7,1,36], sind noch keine konkreten Maßnahmen für Hebammen für den dissoziations- und traumasensiblen Umgang mit dieser Klientinnengruppe bekannt. Aus diesem Mangel heraus ist die Idee zur Bachelorarbeit und zur Erstellung eines praktischen Versorgungsplans entstanden.

Forschung und Literatur zeigen dafür verschiedene Möglichkeiten für hebammengeleitete Maßnahmen in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf, wobei besonders letzteres starke Evidenz- und Effektstärke aufweist. Die Studien [31,33,3] weisen hochwertige Methodik, Konsistenz [v.a. 31 und 33] und Präzision auf; zudem kommt die aktuelle Prä-Post-Interventionsstudie (Avignon) aus der Schweiz und ist am ehesten vergleichbar mit der aufs deutsche Gesundheitssystem abzielenden Bachelorarbeit. Da sich postpartale Handlungsempfehlungen auch auf Interpregnancy-Prävention auswirken, sind sie beiden Bereichen zugeordnet.

Die Basis für alle Empfehlungen ist eine traumasensible Grundhaltung, der sogenannte „Trauma-Fokus“, der wissenschaftlich Evidenz hat und bereits in Psycho(traumato)logie und bei traumaspezialisierten Hebammen Anwendung findet. Hierfür sei das aktuelle Fachbuch von Hebamme und Traumafachberaterin Martina Kruse „Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe“ [1] besonders hervorzuheben, weil es Fachwissen präzise und anwendbar bündelt, evidenzbasiert vorgeht und die Hebammenperspektive vertritt. Der Fokus setzt sich dabei primär aus Vertrauen, Sicherheit (= Kontrolle), Kommunikation [8] sowie Empathie zusammen, was insgesamt die Selbstwirksamkeit [15] seitens der Schwangeren, Gebärenden bzw. Mutter steigert und so nachweislich traumaprotektiv wirkt [16,1,15]. Zudem lässt sich die propagierte Haltung sehr gut in die Betreuungs- und Beziehungsarbeit in allen Wirkungsfeldern der Hebammen integrieren [15].

Im Bereich der Schwangerschaft scheint zum einen ein präpartales Screening auf Dissoziationstendenz bei Frauen mit GB-PTBS bzw. Dissoziationserfahrung in der Anamnese angebracht [3], da diese einer der wichtigsten Prädiktoren für (den Erhalt von) GB-PTBS [30,3,4] ist. Zudem ist ein routinemäßiges Screening – empfohlen mit dem PDEQ-Fragebogen [28] – eine einfache, niederschwellige, aber sehr hilfreiche Maßnahme, um die Schwere der Tendenz zu kennen und adäquat präventiv aktiv werden bzw. intervenieren zu können [3,12]. Zum anderen ist eine traumasensible Geburtsvorbereitung ratsam, um einerseits vergangene Erlebnisse und Folgen anzuerkennen [4,8], andererseits den Frauen präventiv (mithilfe eines Geburtsplans) Sicherheit und Kontrolle über die Folgeschwangerschaft und -geburt zurückzugeben [14,15,8]. Folgende Punkte sollten darin integriert sein: Zum einen sollten der gewünschte Geburtsort [8] und -modus [8,15] erwähnt werden, denn die Rate an elektiven primären Sectiones steigt bei Schwangeren mit Dissoziationen / GB-PTBS in der Anamnese [8,15], wenngleich das Outcome nicht zwangsläufig besser als bei vaginalen Folgegeburten ist [7]. Zum anderen sollten ungewünschte Interventionen [15], Unterstützung sub partu [15] (beinhaltet den dringend angeratenen Bedarf nach einer 1:1-Betreuung [12]), den ausdrücklichen Wunsch nach Shared-decision-making [8] sowie hilfreiche Skills für den Fall einer Dissoziation [12,4] aufgeführt werden.
Insgesamt soll so bereits in der Schwangerschaft der Grundstein für ein positives Folgeerlebnis gelegt werden, das nachweislich protektiv auf die psychische Gesundheit der Frauen wirkt [16]. Hebammen sind ausdrücklich prädestiniert für diesen pränatalen Präventionsbereich und haben eine Schlüsselrolle inne [4,16].

Die Ergebnisse aus den Bereichen Prävention in der Geburtshilfe zeigen auf, dass es auch hier Trauma-Fokus, Kontrollbedürfnis der Gebärenden sowie Respektieren des Geburts-

plans besonders wichtig sind, um Dissoziationen präventiv zu begegnen und Retraumatisierung zu verhindern [8,15]. Dies belegen primär zwei hochwertige Längsschnittstudien sowie ein Scoping Review mit 22 eingeschlossenen Studien.
Ein hohes Maß an Rückversicherung hinsichtlich des Zustands der Gebärenden ist im stressigen Geburtssetting besonders wichtig, um stressogen getriggerte Dissoziationen gar nicht erst auftreten zu lassen bzw. frühzeitig zu erkennen (und nicht als in sich ruhendes Coping zu verkennen) [3]. Schließlich ist ein derartiges maladaptives Coping nicht immer offensichtlich [3,13]. Ein besonders sensibler Umgang mit der Gebärenden in Sondersituationen (= vaginale Untersuchungen, vaginal-operative Geburtsbeendigungen und Sectiones) ist zudem unumgänglich [36,7,4,15], auch um proaktiv Vertrauen und Empowerment zu fördern. Solche Situationen des starken Ausgeliefertseins ziehen häufig dissoziationsgetriggerte negative Selbstüberzeugungen mit sich [30], welche wiederum eine erneute GB-PTBS-Erkrankung wahrscheinlicher machen [30,31].

Der Interventions-Teil fußt primär auf Fachliteratur und wird in seiner Evidenz durch Studienergebnisse ergänzt. Die Ergebnisse aus dem hier genannten innovativen Exkurs „Tetris“ (= 20-minütiges Tetris-Spielen nach Trauma reduziert nachweislich Intrusionshäufigkeit) basieren auf einem RCT [37]; die Methodik ist demnach stark, doch aufgrund (noch) niedriger Konsistenz ist die Evidenzstärke aktuell als moderat einzustufen. Aufgrund des Innovationscharakters und der neurobiologischen Herleitung zur Übertragbarkeit des Effekts auf Dissoziationen soll diese dennoch als berechtigtes Teilergebnis aufgeführt sein.
Sollte es zu Dissoziationen kommen, helfen i.d.R. aus der Psychotherapie stammende, bewährte Skills, die individuell verschieden wirksam und bestenfalls im Geburtsplan aufgeführt sind [1, S. 318f.]. Sie stellen zudem eine Form von Selbstermächtigung dar, die wiederum nachweislich kurz- und langfristig Dissoziationstendenz sowie GB-PTBS-Symptomen entgegenwirkt [31,30].

Das Wochenbett liefert, wie bereits erwähnt, die evidenzstärksten Ergebnisse. Aufgrund der Auswirkungen von Dissoziationen in den ersten 48 Stunden postpartal auf eine GB-PTBS-Erkrankung drei Monate postpartal [14,13], ist eine besonders engmaschige, am besten 1:1-Betreuung seitens einer vertrauten Wochenbetthebamme in dieser Zeit ratsam [12]. Zwischen 48 bis 72 Stunden postpartal empfiehlt sich zudem eine hebammengeleitete Kurzintervention von etwa 30 Minuten, die zum Ziel hat, für ein besseres Verständnis der Geburt und der dabei aufgekommenen Gefühle zu sorgen und somit langfristig zu einer positiveren Selbstüberzeugung, weniger Schuldgefühlen sowie einer signifikanten Reduzierung von PTBS-Symptomen führt [31]. Ein ebenso hebammengeleitetes Geburtsnachsorgegespräch sechs Wochen bis drei Monate postpartal schließt sich dem an und hat nochmal mehr zum Ziel, mit etwas zeitlichem Abstand zur Geburt, Erinnerungslücken zu

füllen, zu kontextualisieren, die Geburtserfahrung emotional zu bearbeiten und bestenfalls Hoffnung in Folgeschwangerschaften zu schöpfen [33]. Insgesamt setzen alle drei Maßnahmen ein hohes Maß an Awareness und vertrauensvoller Beziehungsarbeit seitens der Hebamme voraus [7,8,15], die sich auszahlt: Denn positives Empowerment ist nachweislich eine effektive Protektion gegen Dissoziationen [30,31] und ihre Folgeerkrankung GB-PTBS [3,12,4].

5.1.2 Diskussion der Ergebnisse aus den Interviews (inkl. Abgleich mit Studien)

Die Auswertung umfasst zunächst das Sammeln der Antworten beider Interviews [20,21] (s. Anhang) zu den induktiven Kategorien. Bei den Freitextelementen lehnt sich die Kategorisierung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an, indem strukturierend der Inhalt jeweils analysiert und deduktiv Kategorien gebildet werden. Die Ergebnisse der Analyse werden im Anschluss kurz mit der Studien-Evidenz abgeglichen und wurden im Abschnitt „Versorgungsplan“ auch den Evidenzen zu den jeweiligen Empfehlungen zugeordnet [40].

Es sei betont, dass es sich hier um keine hundertprozentige qualitative Inhaltsanalyse handelt, da die Bachelorarbeit keinen empirischen Charakter hat und beide Interviews primär der fachlichen Einschätzung dienen, die die Evidenz aus den Studien um praktische Expertise ergänzen sollen, vor allem aus Hebammensicht (ausführlicheres Feedback).

Induktive Kategorien – Einschätzung der Expertinnen

Studien belegen die Wirksamkeit folgender Aspekte. Aufgrund der Evidenz erfolgt induktiv die Kategorisierung. Die Expertinnen wurden folglich um Einschätzung gebeten (Wie wichtig erscheinen ihnen die Aspekte? Würden sie etwas hinzufügen oder weglassen?)

H: Hebamme **P**: Psychologin

Grundsatz: „Trauma-Fokus“: Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation, Sensibilität
H&P: sehr wichtig

Kontaktgestaltung: Regelmäßige Rückversicherung / Reorientierung im Jetzt, verbaler und Blick-Kontakt, am besten 1:1-Betreuung
H&P: sehr wichtig

Sonderfokus auf Sondersituationen: vaginal-operative Geburtsbeendigungen, vaginale Untersuchungen
H&P: sehr wichtig

H: Solche Situationen kommen unweigerlich vor; daher ist es ratsam, diese vorab genau zu besprechen / zu üben, die Frau über ihre Rechte aufzuklären und Grenzen / Stoppzeichen abzusprechen

Geburtsplan

H&P: sehr wichtig

H: Ein Geburtsplan hilft insofern, als dass sich die Frau so im Vorfeld mit ihrer Geburt und ihren Wünschen auseinandersetzt. Verbindlichkeit ist hier aber enorm wichtig und unabdingbar, wenn dieser wirklich wirken soll.

Geburtsnachsorgegespräch (mit Fokus auf Geburtserfahrung, Trauma, Dissoziation)

H&P: sehr wichtig

H: Geteilter Meinung; es kommt auf den Zeitpunkt und die Motivation der Menschen, die das Gespräch führen an. Es sollte demnach nicht obligatorisch und zu keinem festgelegten Zeitpunkt sein, sondern individuell entschieden werden.

Ein Gesprächsangebot nahe am Geburtsgeschehen ist aus Hebammensicht für die Frauen sehr gut, um Emotionales zu klären.

Für weitere Fragen, die im Laufe der Zeit aufkommen, ist zu individuellem Zeitpunkt ein weiteres Gespräch sehr sinnvoll und aus Hebammenperspektive auch wichtig; je nach Bedarf / Motivation / seelischer Lage der Frau ist darauf zu achten, dass sie zu ihrem Schutz einen Beistand (PartnerIn, Begleitperson) dabeihat.

Deduktive Kategorien (aus beiden Interviews)

Folgende Kategorien wurden von den Ergebnissen abgeleitet:

- Bildung
    - Psychoedukation für Hebammen
    - Integration „Psychischer maternaler Gesundheit und typische Störungen“ ins Hebammenstudium
    - Fort- und Weiterbildungen für Hebammen im trauma- und dissoziationssensiblen Betreuungsbereich
- Beziehungsarbeit / Kontakt
    - Beziehungsaufbau und enger Kontakt über Schwangerschaft, idealerweise Geburt und Wochenbett hinweg
    - Am besten ist die 1:1-Betreuung
    - Zeit und Ruhe sind enorm wichtig
- Wissen um Störung, Trigger, Skills / Ressourcen, ggf. begleitende Psychotherapie oder psychiatrische Anbindung
- Empowerment (Selbstkompetenz fördern, Frau in Handlungsfähigkeit stärken)

- Achtsamkeit (Körperwahrnehmung und -arbeit, Atemübungen)
    - Achtsamkeit für Hebammen: Supervision für Hebammen zur Vermeidung von Überforderung
- Bonding intensiv fördern (ggf. in Form eines Bondingbads)
- Geburtsplan (Geburtsklinik intensiv miteinbeziehen, ggf. Anmeldegespräch höher Bedeutung zukommen lassen, Plan muss verbindlich sein; vulnerable Punkte des Geburtsplanungsgespräch schriftlich festhalten, enge Absprachen im geburtshilflichen Team)
- Geburtsnachgespräch nach traumatischer Geburt (kritische Punkte identifizieren, Strategien erarbeiten, Frau bestärken, eigene Grenzen zu benennen; ggf. in Begleitung von PartnerIn)

Zuordnung zu Ergebnissen aus Studien / Fachliteratur

Es folgt die Zuordnung der deduktiven Kategorien zu den in die Bachelorarbeit integrierten Studien und Fachliteratur.

Tabelle 3: Zuordnung „Expertinnen-Kategorien – Evidenz“

Kategorien	Evidenz (Studien / Fachliteratur)
Bildung	**Anmerkung**: Keine Ergebnisse oder Evidenz findet sich zu den sehr nachvollziehbaren Punkten zur Kategorie „Bildung“. Zwar lassen sich [1,15,4] deduktiv entnehmen, dass der Bedarf nach Fort- und Weiterbildung im traumasensiblen Bereich für Hebammen dringend notwendig ist, doch findet sich keine explizite Evidenz dazu. Auch das Thema „Supervision für Hebammen“ hat noch keine evidenzbasierte Basis.
Beziehungsarbeit / Kontakt, 1:1-Betreuung	[8,3,12 (1:1-Betreuung)
Skills, Trigger, Coping	[3,1,35]
Wissen um psychische Störungen in der Anamnese	[12,8,4]
Empowerment	[30,31,8]
Achtsamkeit	[35,7,1]
Bonding	[12,1]
Geburtsplan / In Kontrolle sein	[15,8,14,12]
Geburtsnachsorgegespräch	[33,31,16,13]

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass die Expertinnen aus ihren unterschiedlichen professionellen Perspektiven heraus mit den aus den Studien deduktiv erarbeiteten Kategorien nahezu vollständig einverstanden sind (es bestehen lediglich leichte Diskrepanzen zwischen Evidenz und Praxis bei den anvisierten Zeiträumen für Geburtsnachgespräche bzw. -Kurzinterventionen). Auch die wiederum deduktiv aus den Freitexten der Inter-

views erarbeiteten Kategorien finden nahezu alle ein evidenzbasiertes Äquivalent (mit Ausnahme einiger „Bildungsaspekte“, wie z.B. die (vermehrte) Integration psychopathologischer Inhalte ins Hebammenstudium). Insgesamt lässt sich aus der Zustimmung der Expertinnen zum Versorgungsplan somit einerseits praktische Umsetzbarkeit der Empfehlungen für Hebammen feststellen, andererseits auch, dass Evidenz und Forderungen aus der Praxis in diesem spezifischen, wissenschaftlich beleuchteten Aspekt größtenteils deckungsgleich sind. Die Umsetzbarkeit des Versorgungsplans sollte demnach, zumindest theoretisch, möglich sein.

5.1.3 Beantwortung der Forschungsfrage

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, die Forschungsfrage zu beantworten, wie Schwangere und Gebärende mit GB-PTBS / Dissoziationen in der Anamnese peripartal von Hebammen so trauma- und dissoziationssensibel betreut werden können, dass mithilfe geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum einen ein vermehrtes Bewusstsein für Anzeichen dieser peripartalen Erkrankung bei Hebammen geschaffen und zum anderen eine Verbesserung des psychischen Zustands sowie des Geburtserlebens bei den Betroffenen erzielt wird. Dafür sollte ein Versorgungsplan dienen, um bereits bei der Beantwortung und in der späteren Anwendung effektiv Evidenz und Praxis zu vereinen. Beides ist im wissenschaftlichen Rahmen einer Bachelorarbeit gelungen.

Mithilfe konkreter Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen für die Geburtshilfe, die ebenfalls in der Schwangerschaft Anwendung finden können, haben Hebammen praktische und gleichzeitig evidenzbasierte Hilfestellungen an der Hand, die zudem einfach umsetzbar und ohne Nebenwirkungen sind. Gleiches gilt für den „Trauma-Fokus“, der die hebammengeleitete Betreuung von Schwangerschaft über Geburt bis ins Wochenbett begleitet und bestenfalls allen Betreuten zukommt [8,7]. Dies ist für die Forschungsfrage besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass zum einen die Fälle von GB-PTBS und anderer geburtsassoziierter psychischer Störungen nach wie vor unterdiagnostiziert sind [15] und zum anderen gerade die Schwangeren / Gebärenden / Mütter mit (nicht zwangsläufig mitgeteilten) Misshandlungserfahrungen in der Kindheit von peripartalen Dissoziationen und ihren Konsequenzen betroffen sind [14,16] (und das bei einer Prävalenz für belastende Kindheitserinnerungen von über 25% in Deutschland [41]). Mit dem Fokus werden auch diejenigen erfasst, die sich ihrer Vorbelastung nicht bewusst sind oder keine klinische Diagnose, sehr wohl aber die Symptome haben. Konzepte zu hebammengeleiteten postpartalen Kurzinterventionen bzw. Geburtsnachsorgegesprächen tragen dem Präventionscharakter des Versorgungsplans ebenfalls Rechnung, da beide durch ein besseres Verständnis der erlebten Geburt und eine erfahrene Anerkennung der Emotionen zu dieser nachweislich zu einer

positiveren Einstellung zu Folgeschwangerschaften führen, GB-PTBS-Symptome reduzieren und die Tendenz zu postpartal auftretenden Dissoziationen senken können [14,13].

Insgesamt erlaubt die Mischung aus zehn Studien unterschiedlichen Studientyps, einem Scoping Review sowie einer Metaanalyse eine evidenzbasierte, deduktive Empfehlungsaufstellung in Form eines Versorgungsplans, der sich durch die Befragung zweier Expertinnen (sicher ist die niedrige Zahl von lediglich zwei befragten Fachpersonen als Limitation per se anzusehen) und der erneut deduktiv abgeleiteten, nahezu deckungsgleichen Kategorien validiert sieht. Somit sind im Versorgungsplan – der schriftlichen Darstellung der Beantwortung der Forschungsfrage – Evidenz- und Erfahrungswissen vereint.

5.2 Diskussion der Methode

Die Erstellung eines Versorgungsplans zur Beantwortung der Forschungsfrage hat sich als geeignet erwiesen. Dieser ermöglicht eine Übersicht über evidenzbasierte und anwendbare Maßnahmen für Hebammen, die es zum Ziel haben, Frauen mit Z.n. GB-PTBS / Dissoziationen trauma- und dissoziationssensibel zu begegnen, sie von Schwangerschaft über Geburt bis ins Wochenbett und darüber hinaus professionell zu begleiten und mithilfe von Präventions- sowie intervenierenden Maßnahmen zu unterstützen und zu befähigen, handlungsfähig zu bleiben. Das angestrebte Pocketcard-Format des zweiteiligen Versorgungsplans ermöglicht zudem, dass er perspektivisch in jede Kitteltasche passt und somit einfach zur Hand ist.

Die zweiteilige Literaturrecherche unter Einbeziehung von Fachliteratur, Expertinnenwissen sowie Leitlinien-Konsultation (wenngleich die einzige passende, deutsche AWMF-Leitlinie zu wenig spezifisch und somit kaum auf dieses Thema anwendbar war) war sinnvoll, um Evidenz und praktisches Expertenwissen zu vereinen bzw. auch evidenzbasierte Empfehlungen mit Erfahrung (zu Umsetzbarkeit) aus der Praxis abzugleichen. Durch die zweiteilige Literaturrecherche war es möglich, viele evidenz- und effektstarke Studien zu identifizieren. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass der Fokus zumeist entweder auf Dissoziationen und Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett liegt oder auf der Rolle der Hebamme. Dies stellt einerseits eine Limitation dar und ist gleichzeitig Ausdruck von Notwendigkeit zu mehr Forschung (s. Implikationen für die Forschung), andererseits soll das Vereinen beider Aspekte die Transferleistung dieser Bachelorarbeit darstellen.

Die Handlungsempfehlungen bleiben größtenteils oberflächlich. Ihre Notwendigkeit sowie die jeweils grobe Form der Maßnahmen sind evidenzbasiert, die konkrete Ausführung noch nicht. Auch hier bedarf es zukünftig weiterer Forschung. Limitationen in der Auswahl der Studien bezogen sich primär auf die Faktoren „Zeit“ (2015-2025, mit einer Ausnahme (2011) wegen hoher Informationsdichte mit noch heute gültigem Bezug), um möglichst aktuelle

Ergebnisse in den Empfehlungen zu verarbeiten, und „Lebendgeburt“, da sich die meisten Studien auf Lebendgeburten bezogen und sich das psychische Outcome von Müttern nach Totgeburt / Abort vermutlich nicht ausreichend vergleichen bzw. übertragen lässt. Strengere Ein- bzw. Ausschlusskriterien wären eventuell sinnvoll gewesen, um Outcomes besser differenzieren zu können; jedoch liegt der Fokus dieser Bachelorarbeit auf einem überblickartigen Versorgungsplan, der es Hebammen ermöglicht, zunächst grundsätzlich handlungsfähig in Bezug auf Dissoziationen und GB-PTBS zu bleiben, ohne sich zu sehr auf Details zu fokussieren und die Maßnahmen zu verkomplizieren.

Zudem ist insgesamt anzumerken, dass sich die in kleinem Teil miteinbezogene NICE-Guideline [24] nicht explizit auf Deutschland bezieht. Sie dient der Orientierung an internationalen Standards. Durch fehlende deutsche Studien zum Forschungsthema ist nur mit ausländischen Informationen gearbeitet worden. Bei der Interpretation der Ergebnisse gilt es deshalb stets zu beachten, dass sich gerade die Betreuungssysteme im Wochenbett international unterscheiden. Da jedoch die Konzepte als übertragbar erachtet worden sind und sich teilweise auch in deutscher Fachliteratur [1] finden, sind sie miteinbezogen worden.
Schließlich stellen die Expertinnen [20,21] die Schnittstelle dar zwischen Theorie und Praxis bzw. zwischen evidenzbasierten Ideen und deutscher Praxis. Auch sie festigen den Eindruck, dass die Konzepte übertragbar sind und unterstreichen nochmal mehr, dass Hebammen im hiesigen Forschungsthema eine Schlüsselrolle innehaben.

5.3 Implikationen

5.3.1 Implikationen für die Praxis

Hebammen sind Primärversorgerinnen und Gatekeeperinnen zugleich in der Postpartalzeit. Sie versorgen die Mütter und Neugeborenen, steuern aber dabei auch den Zugang zu Ressourcen; dabei muss zukünftig mehr die psychische Gesundheit mitbedacht bzw. auch das Zuständigkeitsgefühl für die mentalen Bedürfnisse gestärkt werden. Während die PPD als eine der häufigsten psychischen Erkrankungen postpartal gesellschaftlich anerkannt und Hebammen präsent ist, muss sich dieses Bewusstsein ausweiten auf weitere psychische Störungen sowie ihre Symptome, u.a. GB-PTBS und Dissoziationen [42]. Dafür müssen Barrieren, die zu der lückenhaften Versorgung führen, abgebaut, vermehrt Fort- und Weiterbildungen in dem Bereich angeboten sowie intensiv Netzwerkarbeit betrieben werden. Bereits im Hebammenstudium sollten psychische Bedürfnisse und Erkrankungen von Schwangeren, Gebärenden und Müttern sowie Psychotraumatologie einen höheren Stellenwert haben, um die Sensibilisierung für diesen Bereich von Anfang an zu gewährleisten [1,20,21]. Dabei geht es auch um die Absteckung von Grenzen der Hebammenarbeit, da

der Appel, sich intensiver mit psychischen Themen zu beschäftigen, keineswegs als Versuch, PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen zu ersetzen, missverstanden werden soll. Genau dafür braucht es verstärkt Vernetzung, um als Primärversorgerin, die im äußerst engen Kontakt zu den Müttern steht, aktiv weitervermitteln zu können, sobald die Problematik die eigene Kompetenzgrenzen überschreitet.

Dies ist nicht nur im Sinne der Mütter zu verstehen, sondern auch der Krankenkassen, die aus Kostengründen auf effektive Versorgung abzielt. Eine umfangreiche Kenntnis erlaubt präziseres Erkennen von Problematiken und entsprechend eine zeitnahe Weitervermittlung. Hierin ist ein Appell an die Politik und Gesellschaft zu sehen; es braucht die Zusammenarbeit von GesundheitsversorgerInnen, politischen EntscheidungsträgerInnen, Forschenden und der Gesellschaft allgemein, um zum einen eine flächendeckende Versorgung perspektivisch zu gewährleisten, zum anderen um den Umgang mit psychischen Störungen und Erkrankungen, in diesem Fall besonders postpartal, zu normalisieren. Aktive Entstigmatisierung ist notwendig, um den Grundstein legen zu können für mehr Sichtbarkeit, mehr Bedeutung und folglich mehr Genesung.

Traumatische Geburtserfahrungen und ihre Folgen wie GB-PTBS, Dissoziationen und psychische Belastung bei etwaigen Folgeschwangerschaften sind Anliegen der öffentlichen Gesundheit. Sie gehen alle an, besonders die Hebammen. Deshalb ist es wichtig, dass diese die Thematik überhaupt an sich ranlassen und die „Opferrolle“ verlassen. Sie sollten den aktiven Wunsch nach mehr Selbstbestimmung unter der Geburt (sei es mithilfe eines Geburtsplans, Doula oder viel aktivem Fragen) nicht nur tolerieren, sondern deren Vorteile erkennen und diese zu fördern. Die gängige Assoziation „Geburtstrauma ist gleichbedeutend mit Gewalt sub partu“ gilt es, zu überdenken. Denn Trauma ist vielfältig, kann initial weit zurückliegen, und die Geburt eines Kindes ist wiederum ein solch mächtiges Ereignis, dass dieses (ohne viel Zutun) schon triggern kann. Doch mit Haltung, aktiver Prävention und wenn nötig Intervention durch die Hebamme ist Müttern viel geholfen.

5.3.2 Implikationen für die Forschung

Trotz vorliegender Prävalenz für GB-PTBS [2], dem Wissen um einen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und Dissoziationen sub partu [3,12,13] sowie der meist zugrundeliegenden traumatischen Geburtserfahrung [7,8] sind einheitliche Definitionen und Bezeichnungen wünschenswert und notwendig, um sie in der Forschung quantifizieren zu können. Zwar ist jeder Fall individuell, doch trägt begriffliche und konzeptuelle Klarheit dazu bei, Bezüge und Konsequenzen aufzeigen und somit konkrete Präventions- bzw. Interventionsmaßnahmen rechtfertigen zu können.

Die postpartale Psyche ist ein weites Forschungsfeld, in dem bislang primär die PPD gut erforscht ist [42]. Die Forschung zu weiteren psychischen Störungen bzw. Erkrankungen sowie deren jeweilige Symptome in der Postpartalzeit sind jedoch ebenfalls empfohlen, um allen Schwangeren / Gebärenden / Müttern die individuell bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können, auch im Sinne des gesundheits- und physiologiefördernden sowie ressourcenstärkenden Ansatz und dem Prinzip der Salutogenese für Hebammen. Hebammen verpflichten sich dazu, bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zuzusichern. Sie achten die seelischen Bedürfnisse der Klientinnen, sie bilden sich fortlaufend weiter, arbeiten interdisziplinär und unterstützen die wissenschaftliche Forschung [19]. All diese Bestandteile des Hebammenkodex sind gleichzeitig Anerkennung und Rechtfertigung des Bedarfs nach kontinuierlicher Forschung im Bereich maternaler (psychischer) Gesundheit.

Angesichts der Komplexität der psychischen Erkrankung GB-PTBS bzw. des Symptoms Dissoziation ist es erforderlich, dass es zukünftig konkretere Definitionen zu Ablauf und Zeitpunkten von Interventionen gibt sowie relevante Outcomes (z.B. auf Bonding oder Stillen) untersucht werden. Als Ausblick dient hier die angemeldete und vermutlich 2026 fertiggestellte S3-Leitlinie „Peripartale Psychische Störungen“ [23], die für Hebammen in ihrer Betreuung wegweisend sein wird und bereits durch ihre Entstehung der Bedeutung des Beratungs- und Betreuungsfeldes Rechnung trägt. Auch braucht es mehr explizite Forschung zu peripartalen Dissoziationen, da dieser explizite Zusammenhang noch, an Studienzahlen bemessen, hinter der Erforschung von Dissoziation nach traumatischen (Geburts-)Erlebnissen oder GB-PTBS nach traumatischen (Geburts-)Erlebnissen liegt.
Gleiches gilt für den Zusammenhang zwischen Z.n. GB-PTBS und einem erhöhten Risiko für Geburtskomplikationen in der Folgegeburt aufgrund des als ‚überwältigend‘ wahrgenommenen Events und dem wiederum dadurch erhöhten Risiko einer psychischen Folgeerkrankung [12]. Zudem wäre es wünschenswert, weitere Forschung und Evidenz zum Thema ‚Geburtsplan‘ und dessen Präventionseffekten zu erreichen, um einen verbindlichen Einsatz dieses präventiven Mediums argumentieren und den Effekt nachweisen zu können [12]. Susan Ayers [4] Vorschlag, alle Frauen, die sub partu dissoziiert haben bzw. eine vaginal-operative Geburtsbeendigung hatten (Prädiktor für GB-PTBS) im Follow-up auf GB-PTBS präventiv testen zu lassen, sollte ebenfalls wissenschaftlich verfolgt werden, um durch Evidenz eine flächendeckende Implementierung anvisieren zu können. Abschließend ist dem hinzuzufügen, dass generell deutsche Forschung und auf Deutschland bezogene Zahlen und Daten wichtig wären, um die Umsetzung von Maßnahmen politisch besser begründen zu können.

Zudem benötigt die Forschung generell zukünftig mehr Berücksichtigung von Diversität (u.a. Ethnizität, Geschlechtsidentitäten) und deren Auswirkungen auf die maternale psychische Gesundheit, da z.B. Menschen of Color nachweislich ein erhöhtes Diskriminierungsrisiko im Gesundheitswesen haben [43] und explizit in der Geburtshilfe unter Entmenschlichung, fehlender physischer und psychischer Sicherheit sowie generell schlechtem Zugang zu Versorgung leiden (Daten aus UK; [44]).

Außerdem ist es selbstverständlich wünschenswert, dass die Hebammenarbeit auch wissenschaftlich mehr in den Fokus rückt, am besten durch mehr forschende Hebammen; dafür ist der Grundstein durch die Akademisierung des Hebammenberufs gelegt. So gerät der einzigartige Fokus auf Physiologie, die Perspektive sowie die professionelle Einschätzung von Umsetzbarkeit der Hebammen auch wissenschaftlich mehr ins Zentrum und, hoffentlich, in die Evidenz. Schließlich sind sie diejenigen, die die Maßnahmen durchführen.

6 Fazit

Das Thema traumatischer Geburtserfahrungen und maternaler psychischer Gesundheit hat gesellschaftlich in den letzten Jahren stetig mehr Aufmerksamkeit erfahren. Geburtsbezogene PTBS wird im Zusammenhang mit Geburtstrauma wissenschaftlich beleuchtet; der primäre Forschungsschwerpunkt auf Ursachen, Risikofaktoren und Ätiologie verdeutlicht den dabei vorherrschenden Primärpräventionsfokus. Die wissenschaftliche Forschung zu konkreten Maßnahmen der Sekundär- sowie Tertiärprävention, zur genaueren Erforschung einzelner Symptome (z.B. Dissoziationen) im peripartalen Gesamtkontext sowie zu den Auswirkungen auf die Familienplanung bedarf hingegen noch stärkerer Aufmerksamkeit. Daraus entstand die Idee zur Bachelorarbeit: eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Dissoziationen, Z.n. GB-PTBS und einer Folgeschwangerschaft, und zwar in Form eines Versorgungsplans mit konkreten evidenzbasierten und praktischen Handlungsempfehlungen für Hebammen zur folgenden Forschungsfrage:

> *Wie können Schwangere / Gebärende / Mütter mit GB-PTBS / Dissoziationen in der Anamnese peripartal von Hebammen so trauma- und dissoziationssensible betreut werden, dass mithilfe geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum einen ein vermehrtes Bewusstsein für Anzeichen dieser peripartalen Erkrankung bei Hebammen geschaffen und zum anderen eine Verbesserung des psychischen Zustands sowie des Geburtserlebens bei den Betroffenen erzielt wird?*

Die dafür durchgeführte zweiteilige Literaturrecherche ergab evidenz- und effektstarke Studien, die sich primär in die Bereiche „GB-PTBS / Dissoziation und ihre Folgen“ und „Rolle der Hebamme / hebammengeleitete Maßnahmen“ gruppieren; die Verknüpfung der Inhalte

zur Beantwortung der Forschungsfrage stellt somit die Transferleistung der Bachelorarbeit dar. Als Form diente der Versorgungsplan, da dieses visuelle Umsetzungsmedium, das Evidenz und Praxis gleichermaßen im Fokus hat, folgerichtig erschien. Zwei Expertinnen wurden zudem via semistrukturiertem Fragebogen zum Versorgungsplan befragt; ihre Expertise diente einerseits der „Validierung" des eben solchen, andererseits verkörpert sie aktives Praxiswissen. Die aus den Antworten der Freitextpassagen deduzierten Kategorien entsprachen zudem nahezu alle den aus den Studien herausgefilterten Kategorien, was nicht nur spiegelt, dass die Wissenschaft auf dem richtigen Forschungsweg ist, sondern auch dass der Versorgungsplan einen tatsächlichen Bedarf bedient und eine Antwort darauf veranschaulicht (im wissenschaftlichen Rahmen und Umfang einer Bachelorarbeit).

Inhaltlich konnte verdeutlicht werden, dass über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und darüber hinaus (sekundäre) Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Dissoziationen notwendig, sinnvoll und evidenzbasiert sind, wenn es um die Vermeidung einer erneuten GB-PTBS-Symptomatik geht. Interventionsmaßnahmen für die Geburtshilfe, wie Skills, Reorientierung oder auch Tetris-Spielen, sowie hebammengeleitete Kurzinterventionen / Geburtsnachgespräche in der Postpartalzeit dienen der (Sekundär- bzw.) Tertiärprävention, wobei vor allem die Wochenbett-Maßnahmen sich als evidenz- und effektstark erwiesen. Insgesamt gilt es aber zu erwähnen, dass die Bachelorarbeit Übersichtscharakter hat und die Handlungsempfehlungen oberflächlich sind. Es bedarf weiterer Forschung, um Zeitpunkte und Inhalte der jeweiligen Empfehlungen zu konkretisieren.
Auch sollte zukünftige Forschung den Aspekten Diversität und Interdisziplinarität mehr Aufmerksamkeit schenken. Unterschiedliche Personengruppen (sei es Ethnizität oder Geschlechtsidentität) haben unterschiedliche Risikoprofile, peripartal psychisch (wieder) zu erkranken; und in der Vernetzung unterschiedlicher professioneller Disziplinen liegt die große Chance einer adäquaten und effektiven Versorgung. Insofern wäre es, neben dem dringenden Bedarf der Vernetzung zwischen Hebammen und PsychologInnen / PsychotherapeutInnen, wünschenswert, wenn es zukünftig auch hierzu wissenschaftliche Evidenz gäbe.

Keine Mutter hat Schuld an den Gefühlen, die die Geburt ihres Kindes nach sich zieht; und an der etwaigen Dissoziation oder GB-PTBS auch nicht. Die gesellschaftliche Entstigmatisierung nicht nur maternaler psychischer Erkrankungen muss vorangetrieben werden, doch Wissenschaft und die Profession der Hebammen können mit gutem Beispiel vorangehen. Mit Offenheit, Sensibilität, „Trauma-Fokus" und evidenzbasiertem Fachwissen zu peripartalen Dissoziationen und GB-PTBS können sie Schwangeren und Gebärenden empathisch und stärkend begegnen und ihren Teil dazu beitragen, dass die nächste Geburt „heilsam" [8], wenn nicht sogar „wiedergutmachend" [8] erlebt wird. So kann Geburt bei Dissoziationen und GB-PTBS in der Anamnese gelingen.

Literatur

[1] Kruse, M. & Hartmann, K. (Hrsg) (2024) Trauma und Gewalt in der Geburtshilfe – Ein Handbuch für Fachkräfte, Stuttgart: Schattauer.

[2] Kittel-Schneider, S. (2021) Posttraumatische Belastungsstörung nach der Geburt. In: Bauer, Michael et al.: Referenz Psychische Störungen, Stuttgart: Thieme DOI: 10.1055/b-0041-181950.

[3] Thiel, F. & Dekel, S. (2020) Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. In: Archives of womens mental health, 23(2), 189-197. https://doi.org/10.1007/s00737-019-00978-0.

[4] Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., Wijma, K. (2016) The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. In: Psychological Medecine, 46, S. 1121-1134. Doi: 10.1017/S0033291715002706.

[5] Barnhill, J. (2023) Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In: MSD Manual. https://www.msdmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/anst-und-stress-bezogene-erkrankungen/posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung-ptbs (abgerufen am 17.12.2025).

[6] Steer, S., (o.J.) Trauma [psychisch]. In: Pschyrembel Online. https://www.pschyrembel.de/Trauma%20%5Bpsychisch%5D/P01KM/doc/ (abgerufen am 17.12.2025).

[7] Kruse, M. (2017) Begleitung traumatisierter Frauen während der Geburt. In: Die Hebamme 2017/30, 200-205.

[8] Pidd, D., Newton, M., Wilson, I., East, C. (2022) Optimising maternity care for a subsequent pregnancy after a psychologically traumatic birth: A scoping review. In: ElSevier Women and Birth 36 (2023), e471-e480. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.006.

[9] Beck, C. T. (2004) Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. In: Nursing Research, 53(1), 28–35. https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005.

[10] Steer, S., (o.J.) Dissoziation [psychisch]. In: Pschyrembel Online. https://www.pschyrembel.de/Dissoziation%20[Psychologie]/P0550 (abgerufen am 17.12.2025).

[11] Kapfhammer, H., Dobmeier, P., Ehrentraut, S., Rothenhäusler, H. (2001) Trauma und Dissoziation – Eine neurobiologische Perspektive. In: Psychotherapie (2001) 6/1, 114-129.

[12] Choi, K., Seng, J. (2016) Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes. In: J Midwifery Womens Health (2016) 61/1, 68-76. Doi: 10.1111/jmwh.12364.

[13] Fonseca Zambaldi, C., Botelho Suogey, E., Cantilino, A. (2011) Dissociative experience during childbirth. In: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, (2011),12, 1-6. Doi: 10.3109/0167482X.2011.626092.

[14] Brenner, I., Ginzburg, K., Golan, A., Igawa, M., Lurie, I., Reicher, Y. et al. (2024) Peripartum dissociation, sense of control, postpartum posttraumatic stress disorder and emotional adjustment to motherhood in adult survivors of childhood maltreatment. In: Archives of Women's Mental Health (2024), 27, 127-136. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01379-0.

[15] Greenfield, M., Jomeen, J., Glover, L. (2019) 'It can't be like last time' – Choices made in early pregnancy by women who have previously experienced a traumatic birth. In: frontiers in Psychology (2019), 10/56. https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2019.00056/full.

[16] Suarez, A. & Yakupova, V. (2023) Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support. In: Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023, 20, 6048. https://doi.org/10.3390/ijerph20116048.

[17] Böger, A., Lüdmann, M. (2022) Psychologie der Gesundheitswissenschaften, Wien: Springer Verlag.

[18] Fischer, G., Riedesser, P. (2016) Lehrbuch der Psychotraumatologie, 4. aktual. u. erw. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag. Doi: 10.36198/9783838581651.

[19] Geppert-Orthofer, U., Günther, D. (2024) Eine Ethik für Hebammen. https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/02/DHV_Ethik_fuer_Hebammen2022.pdf (abgerufen am 17.12.2025).

[20] Häuser, M. Fragebogen Expertinnen. 05.12.2025.

[21] Kellermann, M. Fragebogen Expertinnen. 05.12.2025.

[22] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. 155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf (abgerufen am 17.12.2025).

[23] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2019) S3-Leitlinie Peripartale Psychische Störung. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-032 (abgerufen am 17.12.2025).

[24] National Institute for Health and Care Excellence (2020) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#considerations-for-women-of-childbearing-potential (abgerufen am 17.12.2025).

[25] Cox, J., Holden, J., Sagovsky, R. (1987). The Royal College of Psychiatrists. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: British Journal of Psychiatry (1987), 150,782-786.

[26] Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr (2013) PCL-5, National Center for PTSD. https://www.zep-hh.de/files/zep/pdf/PCL-5-with-LEC_German.pdf (abgerufen am 17.12.2025).

[27] Ayers, S., Wright, D., Thornton, A. (2018) Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. In: Frontiers in Psychiatry (2018) 9,409 doi: 10.3389/fpsyt.2021.731537 (abgerufen am 17.12.2025).

[28] Marmar, C., Weiss, D.S., Schlenger, W.E. et al. (1994) Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater verterans. In: American Journal of Psychiatry (1994) 151, 902-907 https://www.psychologie.uzh.ch/dam/jcr:9a580e93-85b4-4b12-aa97-fb2778d9d855/PDEQ_Fragebogen.pdf (abgerufen am 17.12.2025).

[29] Sahib, T. (2016) Berliner Fragebogen zu Auswirkungen von Traumatisierungen während der Geburt – BFAG. In: Es ist vorbei - ich weiß es nur noch nicht. Hamburg: BoD - Books on Demand GmbH.

[30] Thompson-Hollands, J., Jun, J., Sloan, D. (2017) The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self. In: J Trauma Stress, 30 (2), 190-194. Doi: 10.1002/jts.22179.

[31] Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., Taremian, F. (2020) Effectiveness of midwife led brief counselling intervention on post traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. In: BMC Pregancy and Childbirth (2020) 20: 142. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1.

[32] Raeder, R., Clayton, N., Boeckle, M. (2023) Narrative-based autobiographical memory interventions for PTSD: a meta-analysis of randomized controlled trials. In: Frontiers of Psychology (2023) 14:1215225. Doi: 10.3389/fpsyg.2023.1215225.

[33] Avignon, V., Annen, V., Baud, D., Bourdin, J., Horsch, A. (2025) Evaluating a midwife-led consultation for women after a traumatic birth experience: Preliminary results. In: ElSevier Midwifery 144 (2025). https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104358.

[34] Gamble, J., Creedy, D. (2009) A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. In: Midwifery (2009) 25/2, e21-e30. https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.004.

[35] Lühr, K., Zens, C., Müller-Engelmann, M. (2024) Therapie-Tools. Posttraumatische Belastungsstörung, Weinheim: Beltz.

[36] Schuster, S. (2024) ‚Trauma-informed care' und die vaginale Untersuchung. In: Gynäkologie (2024) 2, 8-11. https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2024/02/Trauma-informed-care-und-die-vaginale-Untersuchung.pdf (abgerufen am 17.12.2025).

[37] Iyadurai, L., Blackwell, S., Meiser-Stedman, R., Watson, P., Bonsall, M., Geddes, J. et al. (2018) Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. In: Molecular Psychiatry (2018) 23/3, 674-682. Doi: 10.1038/mp.2017.23.

[38] Butler, O., Herr, K., Willmund, G., Gallinat, J., Kühn, S., Zimmermann, P. (2020) Trauma, treatment and Tetris: video gaming increases hippocampal volume in male patients with combat-related posttraumatic stress disorder. In: J Psychiatry Neuroscience (2020) 45/4, 279-287. Doi: 10.1503/jpn.190027.

[39] Hwang, W., Choi, S., An, H. (2022) Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. In: Korean Journal of Women Health Nursing (2022) 28/1, 8-17 Doi: 10.4069/kjwhn.2022.01.04.

[40] Mayring, P., Fenzl, T. (2019) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) (2022) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS: Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42, 633-648.

[41] Witt, A., Sachser, C., Plener, P., Brähler, E., Fegert, J. (2019) Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. In: Deutsches Ärzteblatt International (2019) 38, 635-642. Doi: 10.3238/arztebl.2019.0635 (abgerufen am 17.12.2025).

[42] Pawils, S., Kochen, E., Weinbrenner, N., Loew, V., Döring, K., Daehn, D. et al. (2022) Postpartale Depression – wer kümmert sich? Versorgungszustände über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Springer Nature Link (2022) 65, 658-667. Doi: 10.1007/s00103-022-03545-8 (abgerufen am 17.12.2025).

[43] Aikins, M., Bremberger, T., Aikins, J., Gyamerah, D., Yildirim-Caliman, D. (2021) Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. www.afrozensus.de (abgerufen am 17.12.2025).

[44] Rahman, S., Igwe, S., Nazmeen, B., Bazambanza, C., Black, B., Bignail, T. et al. (2022) Afrozensus 2020: Systemic racism, not broken bodies: An inquiry into racial injustice and human rights in UK maternity care. https://www.birthrights.org.uk/campaigns-research/racial-injustice/ (abgerufen am 17.12.2025).

Anhang – Anhang 1 Evidenzbewertung Quellen Versorgungsplan

Autor	Titel	Erscheinungs-jahr	Stichprobengröße	Art der Studie (+ Zeitraum der Datensammlung, sofern angegeben)	Wichtigste Ergebnisse	Validität der Ergebnisse (1. Fokussierte Fragestellung? 2. Definierte Einschlusskriterien (Relevanz, Raum, Population)? 3. Umfassende Recherche? 4. Qualitätsbeurteilung?	Übertragbarkeit des Outcomes auf die Population der BA	Klinische Relevanz & Anwendbarkeit der Ergebnisse	Besondere Stärken	Limitationen
Brenner, I. et al.	*Peripartum dissociation, sense of control, postpartum PTSD and emotional adjustment to motherhood in adult survivors of childhood maltreatment*	2024	n = 440 Frauen 48h p.p (T1), 295 Frauen 3 Monate p.p. (T2)	Längsschnittstudie (Datensammlung über 2,5 Jahre)	Höhere peripartale Dissoziationsfrequenz und -stärke ist mit geringerem Kontrollempfinden (Kontrolle ist Schutzfaktor); peripartale Dissoziation bis 48h p.p. stark ausschlaggebend für Entwicklung einer GB-PTBS 3 Monaten p.p.; je stärker Kindesmisshandlung in der Anamnese ist, desto wahrscheinlicher ist eine peripartale Dissoziation	1-4 JA	JA	JA	Studie zielt darauf ab, Wahrnehmung der Frauen (hinsichtlich Selbstwirksamkeit, Dissoziation, Misshandlung in der Kindheit, Anpassung ans Muttersein) zu erfassen -> Stärke der Fragebögen; hohe Stichprobenzahl; Längsschnittstudiendesign	Selbstberichte anstatt klinischer Diagnosen; nur an einem Standort Frauen rekrutiert + nur eine ethnisch-religiöse Gruppe (jüdisch); nur bedingt generalisierbar
Choi, K. und Seng, J.	*Predisposing and precipitating factors for dissociation during labor in a cohort study of posttraumatic stress disorder and childbearing outcomes*	2016	n = 594 (Erstgebärende)	Prospektive Kohortenstudie (sekundäre Datenanalyse; Daten von 2005-2009)	Prävalenz für Dissoziation sub partu liegt bei 7,4%; Vulnerabilität setzt sich aus indivueller Anlage, Risikofaktoren (wie z.B. vorangegangene Traumata, psychische Störungen) und Auslösern zusammen; Frauen mit Misshandlungserfahrungen in der eigenen Kindheit sowie mit (GB-)PTBS in der Anamnese, haben erhöhtes Risiko, sub partu zu dissoziieren, die Geburt als Retraumatisierung zu empfinden und Psychopathologien postpartal zu entwickeln	1-4 JA	JA	JA	Große Stichprobe; Verwendung validier Fragebögen; heterogene Teilnehmerschaft	Daten von 2005-2009
Greenfield, M. et al.	*'It can't be like last time' – Choices made in early pregnancy by women who have previously experienced a traumatic birth*	2019	n = 9	Längsschnittstudie (Grounded Theory Study; Datensammlung über 6 Monaten)	Frauen mit traumatischer Geburt in Anamnese treffen bewusste Entscheidungen für mehr Kontrolle und Sicherheit in Folgeschwangerschaften und -geburt (inkl. steigender Sectio-Rate); Zahl an Müttern mit GB-PTBS ist unterdiagnostiziert; persisitieren PTBS-Symptome in Folgeschwangerschaft ist Wahrscheinlichkeit für chronische PTBS hoch	1,2,4 JA 3 TEILWEISE	JA	JA	Tiefes Verstehen individueller Prozesse	Kleine Stichprobe (wenngleich Sättigungslevel nach Charmaz erreicht); nicht alle Frauen hatten klinische Diagnose einer GB-PTBS
Fonseca Zambaldi, C. et al.	*Dissociative experience during childbirth*	2011	n = 328	Quantitative Beobachtungsstudie	Es gibt dissoziative Erlebnisse sub partu, v.a. bei Frauen mit Angst, Depression oder früherem Trauma in der Anamnese; es gibt ebenso einen Zusammenhang zwischen Dissoziation und erhöhtem GB-PTBS-Risiko	1-4 JA	JA	JA	Pionierarbeit; dabei Arbeit mit validierten Fragebögen; empirische Qualität, hilfreich zur Implementierung von Hilfen sub partu für betroffene Mütter	Kein Längsschnitt; Rekrutierung nur an zwei Standorten; Befragung bis 72h p.p. (keine Spezifizierung warum)
Suarez, A. & Yakupova, V.	*Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support*	2023	n = 2579	Querschnittstudie	Klinische GB-PTBS-Diagnose ist wahrscheinlicher bei Frauen mit Geburtstrauma, v.a. mit Kindesmisshandlung in Eigenanamnese; es gibt keine statistische Korrelation zwischen Z.n. Geburtstrauma und Geburtstrauma in Folgeschwangerschaft; positive Geburtserfahrung und Unterstützung haben protektiven Charakter (gegen PTBS); Folgeschwangerschaft und -geburt können entweder heilend (wiedergutmachend) oder retraumatisierend wirken	1-4 JA	JA	JA	Große Stichprobe, Verwendung validierter Screening-Fragebögen	Keine Kriterien zur Erfassung von Geburtstrauma und weiteren Traumata in Anamnese; ggf. Bias zwischen erfüllten PPD-Kriterien und PTBS-Kriterien; Selektions-Bias; keine explizite Erfassung von Dissoziation
Thiel, F. & Dekel, S.	*Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health*	2019	n = 685 (56% Erstgebärende, 90% termingerechte Geburt, 64% vaginale Geburt, 51% Trauma in Anamnese vor Geburt	Längsschnittstudie	Peritraumatische Dissoziation ist ein zentraler Prädiktor für GB-PTBS; Stress unter der Geburt kann Dissoziation triggern; Vorschlag eines routinemäßigen präpartalen Screening auf Dissoziationen	1-4 JA	JA	JA (präpartales Screening auf Dissoziationen zumindest denkbar)	Längsschnitt; hohe Stichprobenzahl; Verwendung validierter Screening-Fragebögen	Anonyme Selbstbericht, keine klinischen Diagnose; keine Verifikation und Rückverfolgbarkeit möglich
Thompson-Hollands, J. et al.	*The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self*	2017	n = 169 (allgemeine Trauma-Stichprobe; 56% weiblich; alle sind Studienteilnehmer der Trauma-Behandlungsstudie von Sloan, Marx &Reich, 2016); Trauma sind im Durchschnitt mit 16 Jahren erlebt; TeilnehmerInnen haben primär Depessionserkrankung, generelle Angststörung; häufigstes Trauma durch Misshandlung in Kindheit	Quantitative Querschnittstudie	Zusammenhang zwischen peritraumatischen Dissoziationen und negativen Selbstüberzeugungen; peritraumatische Dissoziation als Prädiktor für PTBS-Symptomatik	1,3,4 JA 2 TEILWEISE	JA	JA	Moderate Stichprobengröße, Teilnehmer alle mit klinischer Diagnose; Verwendung validierter Fragebögen	Nicht geburtsbezogen; eingeschränkte Generalisierbarkeit

	Titel	Erscheinungs-jahr	Stichprobengröße	Art der Studie (+ Zeitraum der Datensammlung, sofern angegeben)	Wichtigste Ergebnisse	Validität der Ergebnisse (1. Fokussierte Fragestellung? 2. Definierte Einschlusskriterien (Relevanz, Raum, Population)? 3. Umfassende Recherche? 4. Qualitätsbeurteilung?	Übertragbarkeit des Outcomes auf die Population der BA	Klinische Relevanz & Anwendbarkeit der Ergebnisse	Besondere Stärken	Limitationen
II.	*Effectiveness of midwife-led brief counselling intervention on PTSD, depression, and anxiety after traumatic childbirth*	2020	n = 90 (270 gescreente Schw angere im 3. Trimenon, davon 90 mit traumatischer Geburt); homogene Gruppe von Low -risk-Frauen; klare Darstellung von Ausschlusskriterien	RCT	Hebammengeleitete Kurzintervention nach traumatischer Geburt reduzierte signif kant PTBS- (via PCL-5 gemessen!), Depressions- und Angstsymptome; überdies w eniger Schuldgefühle, positivere Selbstüberzeugung und Einstellung zu Folgeschw angerschaften sow ie besseres Angekommensein in der Mutterschaft (Ergebnis aus 3-Monats-Interview); 38,62% aller 90 Frauen gaben an, ihre Geburt als traumatisch empfunden zu haben -> nur 1/3 davon brauchte psychologische Hilfe -> das bew eist Notw endigkeit + Sinnhaftigkeit von psychologischen Interventionen in der Wochenbettbetreuung	1-4 JA	TEILWEISE (Zahlen nicht übertragbar auf deutsche Population; genereller Inhalt aber ja)	TEILWEISE (Klinisch relevant: JA; Anw endbarkeit: Übertragbarkeit von Anbindung an psychologische Hilfen ist nicht sicher gegeben)	Randomisierung; starke praktische Relevanz; Verw endung validierter Fragebögen, Follow -up-Sample; Ergebnisse zu verschiedenen psychischen Symptomen	Moderate Stichprobengröße; nur selbst auszufüllende Fragebögen, keine Interview s
	Evaluating a midwife-led consultation for women after a traumatic birth experience: Preliminary results	2025	n = 159 (T1), 81 (T1 und T2); nur Lebendgeburten	Prä-Post-Interventionsstudie	EVA (Entretien de vécu d'accouchement) - eine Hebammen-geleitete Nachsorgesprechstunde ca. 6 Wochen p.p. zur Kontextualisierung, Verarbeitung der (traumatischen) Geburt und zum Vertrauenschöpfen in zukünftige Geburten. Opt-in-Verfahren, das allen Frauen, die geboren haben, angeboten w ird (via Flyer bei Entlassung); Prozedere, grob: Datenerfassung bei T1 und T2 via EPDS, PCL-5; Zufriedenheitsbew ertung via MC und Freitext; Ergebnisse, grob: PCL-5: deutlich niedriger Score bei T2 (bis auf "Vermeidung"), EPDS: moderate Senkung von T1 zu T2 in 23,3% der Fälle hat Hebamme an Psychologin verw iesen; 91,5% der Mütter sind sehr zufrieden mit EVA; 96% empfehlen es w eiter -> Studie zeigt nicht nur Impact, sondern auch Akzeptanz, Zufriedenheit und w ahrgenommenen Nutzen der Intervention; ALLE zeigen w eniger PPD- und GB-PTBS-assoziierte Symptome	1-4 JA	TEILWEISE (Struktur, Inhalt sow ie zeitliche Einbettung vom EVA-Programm ins Wochenbett ist übertragbar; Zahlen nicht)	TEILWEISE (Klinisch relevant: JA, Anw endbarkeit: Initiierung des Programms über die Geburtsklin k eventuell nicht umsetzbar)	Innovative Praxisstudie; gute Umsetzbarkeit,; prospektives Design; Aktualität	Kleine Stichprobe, fehlende Kontrollgruppe; Follow -up fehlt für Prognose, gerade hinsichtlich verspäteter Symptome (Zeichen für chronische GB-PTBS); GB-PTBS hängt auch von Umfeldfaktoren (auch kulturelle) ab - diese w urden nicht berücksichtigt; Datenerhebung Ende des 1. Corona-Lockdow ns, ggf. Bias bzw . nicht-generalisierbare Bedingungen und Ausw irkungen
	Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play	2018	n = 71 (34 m, 37 w); Z.n. Autounfall-Trauma bis zu 6h her; Glasow Coma Scale = 15; Outcome-Assessment 1 Wo + 1 Mo danach via Telefon	Proof-of-Concept-RCT (Datensammlung über 10 Monate)	Spie basierte kognitive Intervention (Tetris) unmitte bar nach Trauma reduziert intrusive Erinnerungen. Es kann auch ein anderes Spiel sein, sollte aber hohe räumlich visuelle Anforderungen haben -> denn: Hypothese dahinter ist, dass das Tetris-Spiel im Gehirn mit der Konsolidierung visueller Erinnerungen duelliert; Relevanz für Geburtsnachsorge denkbar. Vorgehen: Gedanke an den schlimmsten Moment des Traumas + dann insges. 20 Minuten (davon mind. 1x 10 Minuten ohne Unterbrechung) Tetris spielen -> Kontrollgruppe: die Zeit über schre ben, Kreuzw orträtsel, lesen oder sprechen (handschriftlich oder digital); Ergebnisse: Interventionsgruppe nach 1 Wo signif kant w eniger (62%) Intrusionen als Kontrollgruppe + Intrusionen w eniger belastend; Feedback (zu Tetris): einfach, unterhaltsam, nicht belastend; "ablenkend", "man fokussiert", "hält Hirn im Jetzt", es isei eine "therapist-free"-Intervention	1 JA 2, 3 TEILWEISE 4 JA	JA	TEILWEISE (Klinisch relevant: JA; Anw endbarkeit: unklar)	Innovative Methode; Praxisbezug; gute Umsetzbarkeit; innovative Intervention ohne Nebenw irkungen	Nicht spezifisch für Geburt; kleine Stichprobe
	Optimising maternity care for a subsequent pregnancy after a psychologically traumatic birth: A scoping review	2023	22 Studien	Scoping Review	Notw endigkeit frauenzentrierter, multidisziplinärer, traumasens bler Betreuung von traumatisierten Frauen in Folgeschw angerschaft, und zw ar so früh w ie möglich; Bedeutung von Vertrauen, Sicherheit, und Kommun kation; Trauma-Definition: "Eine traumatische Geburtserfahrung bezieht sich auf Erfahrungen, Interaktionen und Ereignisse der Frau unter der Geburt, die für sie gefühlt überw ältigende Not ausgelöst hat und daraufhin kurz- bzw . langfristig negative Ausw irkungen auf ihre Gesundheit und ihr Woh befinden haben." (S. e472); Trauma liegt somit im "Auge des Betrachters" (kann somit auch von der Frau gefühlt w erden, obw ohl eine Fachkraft die Geburt als "normal" eingestuft hätte; Konsequenz-Range sehr w eit: von "nie w ieder schw anger w erden w ollen" bis, mehr oder w eniger ausgeprägten, "horrors of subsequent pregnancies" (S. e472) [Pan kattacken, Suizidgedanken, keine Vorsorge, Klinik nicht vorstellbar]; dauerhafte Angst / Stress hat w issenschaftlich bew iesen negativen Einfluss aufs Outcome von Mutter und Kind // je nach Studien hat Folgeschw angerschaft und -geburt (!) das Potenzial, "heilsam" oder "retraumatisierend" zu sein; für mehr "heilsame Geburten" ist es zw ingend notw endig, die Frauen darin zu unterstützen (1) und von der Geburtserfahrung zu w issen (2)	1-4 JA	JA	JA	Breiter Überblick; praxisnah; Ausblick	Heterogene Studienqualität (nur w estliche Populationen, oft kleine Stichprobenzahl; nur englischsprachige Literatur)
	The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework	2016	50+ Studien	Metaanalyse	Dissoziation, Kontrollverlust und negative Geburtserfahrungen sind Schlüsselfaktoren für PTBS nach Geburt; es gibt Vulnerabilitäts- (z.B. Kindersmisshandlungen, psychische Erkrankung) und Geburtsfaktoren (Modus, Interventionen, Kompl kationen, fehlende Unterstützung, negative Gefühle, Angst bei Geburt, Dissoziation) = subjektives traumatisches Empfinden und "subsequent traumatic stress"; Mütter sollten grundsätzlich nach der Geburt nach subjektivem Geburtsempfinden gefragt w erden	1-4 JA	JA	JA	Große Datenbasis; detaillierte Analyse und Bias-Analyse zu jedem Ergebnis-Punkt	Datenerhebung nur bis 2015; kaum kulturelle Varianz (dies aber genannt)

Anhang 2 – Interview-Fragebögen Expertinnen

Concepción, den 05.12.2025

Fragebogen Expertinnen

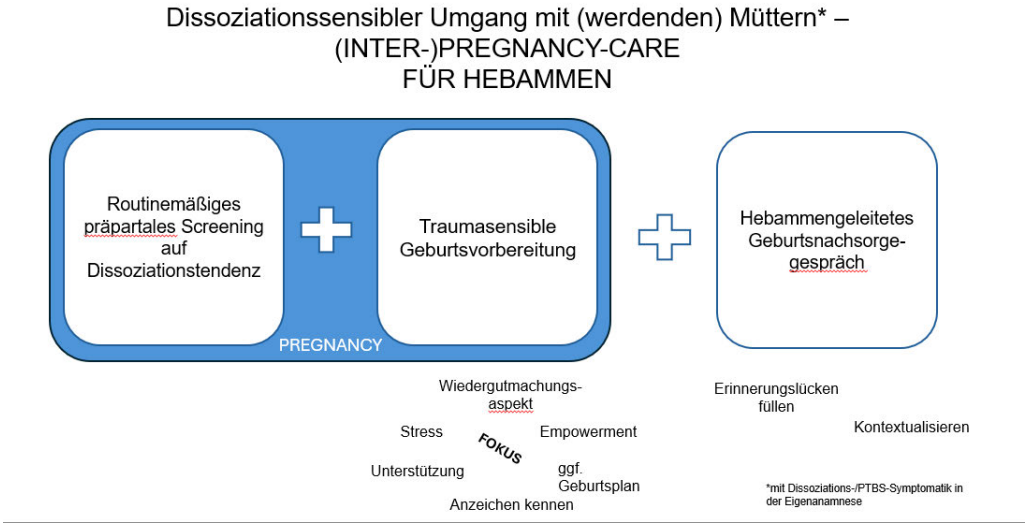
BA-Thema: *Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS (geburtsbezogene PTBS) gelingen? Ein Versorgungsplan*

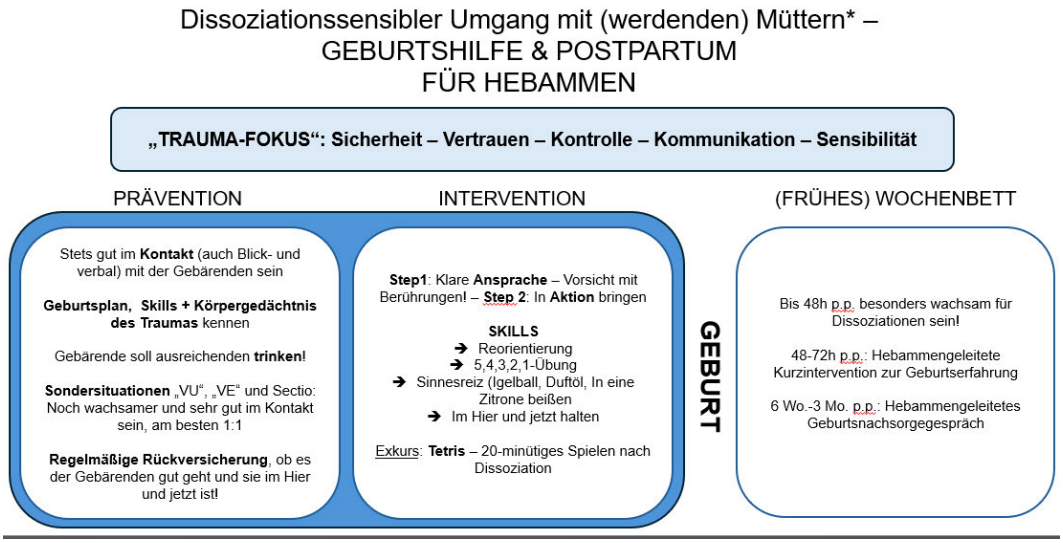
1) Was halten Sie im Bereich „Dissoziationssensibilität“ für Hebammen für besonders wichtig?

2) Wie sieht Ihrer Meinung nach die optimale Betreuung von Schwangeren / Gebärenden mit GB-PTBS in der Anamnese aus?

3) Studien belegen die Wirksamkeit folgender Aspekte. Wie schätzen Sie diese jeweils ein? Würden Sie etwas weglassen? Oder etwas hinzufügen?
    - Grundsatz: „Trauma-Fokus“: Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation, Sensibilität
    - Kontaktgestaltung: Regelmäßige Rückversicherung / Reorientierung im Jetzt, verbaler und Blick-Kontakt, am besten 1:1-Betreuung
    - Sonderfokus auf Sondersituationen: vaginal-operative Geburtsbeendigungen, vaginale Untersuchungen
    - Geburtsplan
    - Geburtsnachsorgegespräch (mit Fokus auf Geburtserfahrung, Trauma, Dissoziation)

4) Folgend sehen Sie den Versorgungsplan. Was halten Sie davon?





5) Zum Schluss: Gibt es noch etwas, was Sie aus Ihrer Sicht / Ihrer Profession zu diesem Thema hinzufügen möchten?

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Teilnahme!

Concepción, den 05.12.2025

Fragebogen Expertinnen

Antworten der langjährigen Hebamme Maja Häuser

BA-Thema: *Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS (geburtsbezogene PTBS) gelingen? Ein Versorgungsplan*

1) Was halten Sie im Bereich „Dissoziationssensibilität“ für Hebammen für besonders wichtig?

- Beziehungsaufbau zur Frau
- Wissen zu bestehender PTBS oder anderen psych. Problematiken aus der Anamnese
- Trigger kennen (abfragen)
- Ressourcen der Frau kennen, was hilft ihr? Wie ist sie bisher in schwierigen Situationen damit umgegangen? (in Anamnese erfragen)
- Frau ist begleitend in psychotherapeutischer Behandlung – eine solche ansonsten anbahnen und unterstützen
- Mit der Frau über die Thematik in Kontakt und Austausch bleiben, meint: nach dem aktuellen Befinden und Problematiken Fragen, Selbstkompetenz fördern, mäeutische Gesprächsführung, Frauen in Handlungsfähigkeit bringen und darüber stärken
- Am besten 1:1 Betreuung, idealerweise inklusive geburtshilfliche Betreuung, wenn möglich
- Schön wäre eine Kontaktmöglichkeit zwischen Hebamme und Therapeut b.B. und für Rückfragen etc.
- Zeit und Ruhe in den einzelnen Terminen
- Körperarbeit der Frau anbieten
- Atemübungen
- Kontaktaufnahme der Frau zum Kind fördern
- Körperwahrnehmung fördern, über spiegeln, Selbstkompetenz etc.
- Geburtsklinik/-personal in das Wissen um die Situation möglichst gut einbinden
- Dafür Anmeldegespräche ggf höher hierarchisch angesiedelt stattfinden lassen, Problematiken klar benennen und besprechen vor Ort, schriftlich festhalten
- Wenn möglich Geburtsplanungsgespräch mit für die Frau verlässlichen Zusagen zu einzelnen vulnerablen Punkten führen und schriftlich festhalten, Frau mit diesen Absprachen im Vorfeld, wenn möglich im geburtshilflichen Team ankündigen, vorstellen und Absprachen besprechen

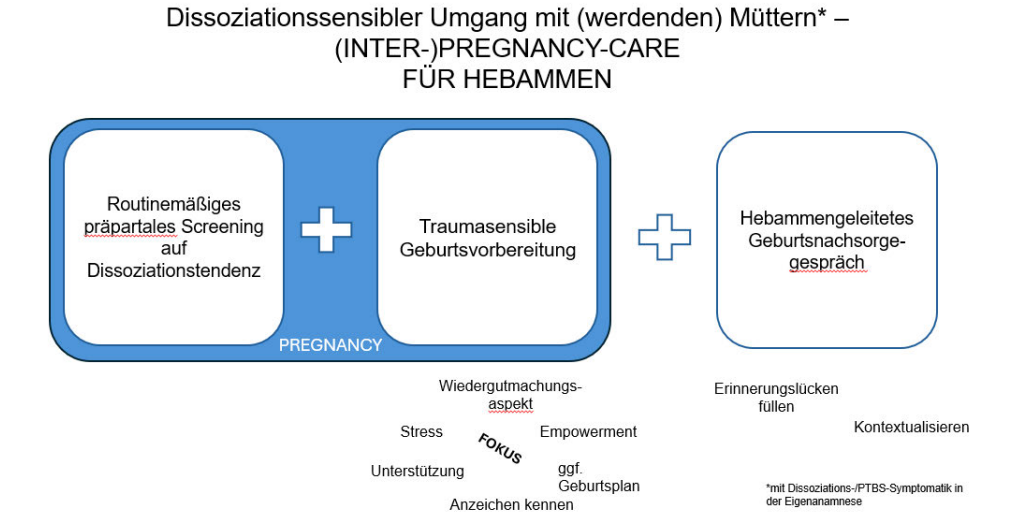
- wenn letzte Geburt Auslöser war, Geburt nachbesprechen, kritische Punkte identifizieren mit der Frau ggf mögliche Strategien erarbeiten
- Frau soll/darf eigene Grenzen klar benennen
  Die Frau motivieren und stärken diese auch bei anderen zu benennen und sie über ihre Rechte informieren
- Partner/Begleitperson einbinden. Motivieren die Wünsche der Frau beim Betreuungspersonal zu vertreten, wenn diese dazu nicht mehr in der Lage ist.

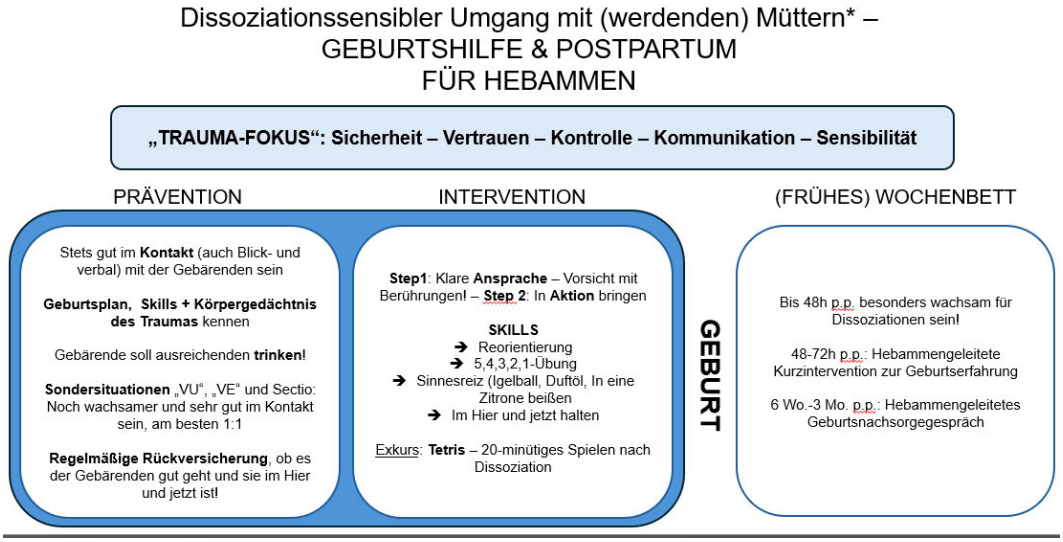
2) Wie sieht Ihrer Meinung nach die optimale Betreuung von Schwangeren / Gebärenden mit GB-PTBS in der Anamnese aus?
   s.o.

3) Studien belegen die Wirksamkeit folgender Aspekte. Wie schätzen Sie diese jeweils ein? Würden Sie etwas weglassen? Oder etwas hinzufügen?
   - Grundsatz: „Trauma-Fokus“: Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation, Sensibilität sehr hoch (10)
   - Kontaktgestaltung: Regelmäßige Rückversicherung / Reorientierung im Jetzt, verbaler und Blick-Kontakt, am besten 1:1-Betreuung (10)
   - Sonderfokus auf Sondersituationen: vaginal-operative Geburtsbeendigungen, vaginale Untersuchungen
     Da zu erwarten ist, dass solche Situationen auftauchen, im Vorfeld besprechen, über Rechte aufklären, Frau bestärken, ggf Situationen genau durchsprechen, ggf „üben“, Grenzen klären, Notausstieg – was ist möglich? Anschauen,
   - Geburtsplan hilft im Vorfeld damit sich die Frau auseinandersetzt, wenn dieser aber für Personal nicht „verbindlich“ bzw. für die Frau nicht verlässlich ist, hilft er auch nicht mehr als ein eigenes Bewusstsein schaffen,
     Verbindlichkeit wäre also großartig.
   - Geburtsnachsorgegespräch (mit Fokus auf Geburtserfahrung, Trauma, Dissoziation) hmmm, kommt auf das Gespräch, den Zeitpunkt und die motive der Person an, welche das Gespräch führt. Würde ich individuell anschauen. Ein Gesprächsangebot nahe am Geburtsgeschehen um inhaltliches zu klären, wäre für einige Frauen sehr gut. Für Emotionales--- sicherlich sehr unterschiedlich… weiß die Frau schon was sie sagen, wissen möchte, körperlich und seelisch Offene Situation der Frau pp, nicht ohne „Beistand“ für die Frau (Begleitperson, Partner*in), welche zu ihrem Schutz da ist, Zeitpunkt: was ist individuell richtig

Zu einem späteren Zeitpunkt total gut und wichtig. Aber auch hier Motivationen, Umfeld, Zeitpunkt, Rahmen.

4) Folgend sehen Sie den Versorgungsplan. Was halten Sie davon?





- Präventiv: auch verlässliches Geburtsplanungsgespräch, Teamvorstellung der Frau, verlässliche, traumasensible Absprachen, Grundhaltung und Betreuungskompetenz!!! Zeit und Ruhe für die Frau! (Als übliches Vorgehen im KH)
  VU u.ä. nur wenn wirklich nötig und nicht wenn Zeitplan oder Neugier dies verlangen!!!!
- Arbeitsroutinen überdenken
- Frau Raum lassen sich zu äußern und sich selbst zu vertreten.
- „Stopp“ und „nein“ akzeptieren (ggf ausgenommen echte Notsituationen)
- Frau Zeit lassen.

- Selbstermächtigung wahrnehmen, spiegeln und unterstützen, ernst nehmen.
- Als Hebamme „da sein“, sensibel auf Bedürfnisse der Frau.
- Wenig Personen im Raum. Jeder stellt sich vor, der da ist. Wer nicht wirklich gebraucht wird kommt nicht in den Raum.
- Wochenbett: ggf Körperarbeit, Bondingbad, andere stützende körperliche Maßnahmen, damit Frau wieder „Boden unter die Füße“ bekommt
- Bei Überforderung oder fehlender Kompetenz, erreichen der grenzen etc. Fachpersonen /Therapeut mit einbeziehen. Partner mit einbeziehen. Ressourcen adquieren, Hilfe – auch ganz praktische. Vorher erfragte Ressourcen ggf jetzt nutzen und einsetzen.

5) Zum Schluss: Gibt es noch etwas, was Sie aus Ihrer Sicht / Ihrer Profession zu diesem Thema hinzufügen möchten?
   -

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Teilnahme!

Concepción, den 05.12.2025

Fragebogen Expertinnen

Antworten von der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Maria Kellermann

BA-Thema: *Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS (geburtsbezogene PTBS) gelingen? Ein Versorgungsplan*

6) Was halten Sie im Bereich „Dissoziationssensibilität“ für Hebammen für besonders wichtig?

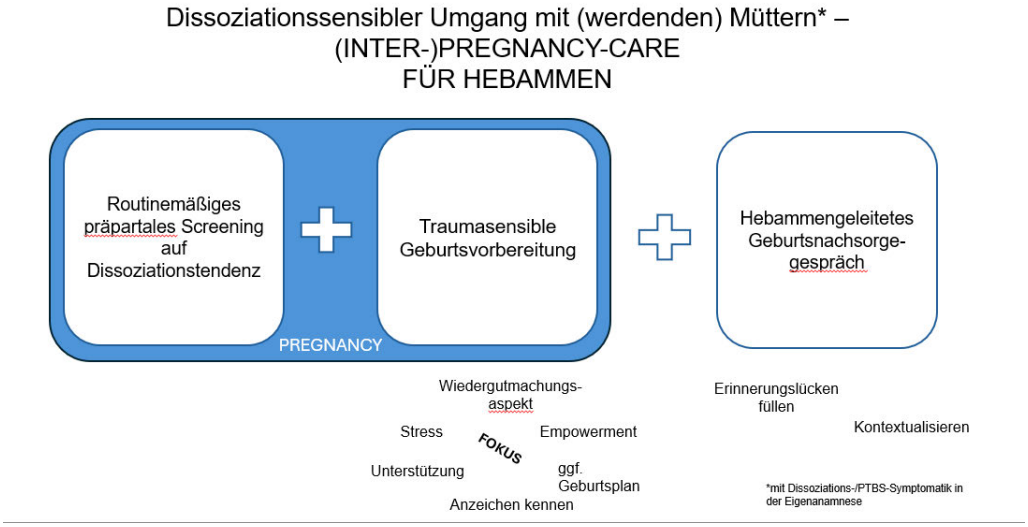
Nach meiner Einschätzung wäre eine Aufklärung über das Thema im Rahmen des Hebammen-Studiums sehr wichtig. Neben der Psychoedukation sowohl für die Hebammen, als auch für die betroffenen Mütter wäre es vielleicht hilfreiich, den Hebammen einen Raum zum Austausch zu bieten, in dem sie über eigene Ängste vor diesem "schweren" Thema und möglichen Überforderungsgefühlen sprechen können.

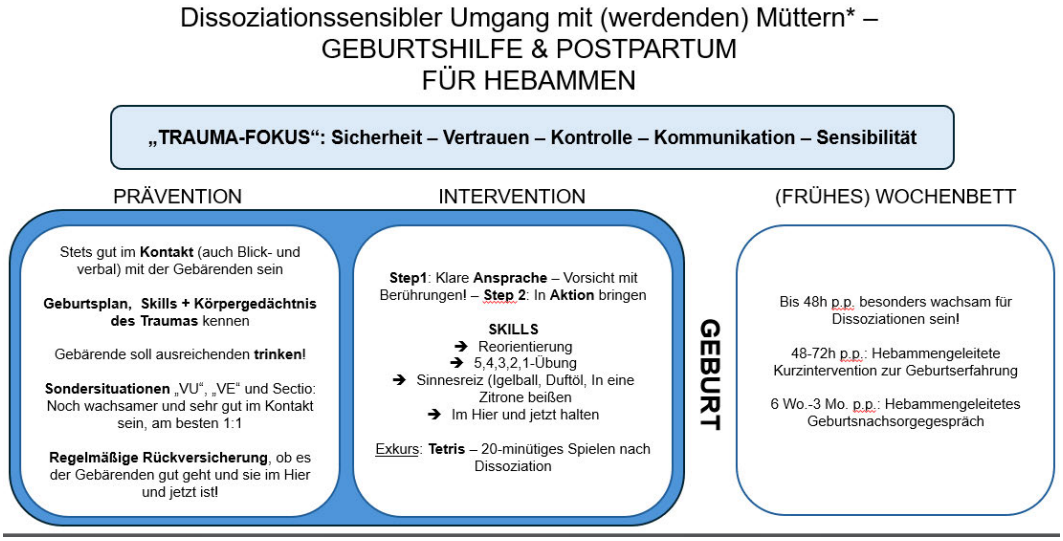
7) Wie sieht Ihrer Meinung nach die optimale Betreuung von Schwangeren / Gebärenden mit GB-PTBS in der Anamnese aus?

Ich würde zu viel Zeit für die Anamnese raten und einer ausführlichen Beratung zu möglichen Behandlungen. Dazu gehört auch Psychoedukation, damit die Frauen verstehen können, warum sie eine bestimmte Symptomatik zeigen.

8) Studien belegen die Wirksamkeit folgender Aspekte. Wie schätzen Sie diese jeweils ein? Würden Sie etwas weglassen? Oder etwas hinzufügen?
   - Grundsatz: „Trauma-Fokus“: Sicherheit, Vertrauen, Kontrolle, Kommunikation, Sensibilität Ja!
   - Kontaktgestaltung: Regelmäßige Rückversicherung / Reorientierung im Jetzt, verbaler und Blick-Kontakt, am besten 1:1-Betreuung Ja!
   - Sonderfokus auf Sondersituationen: vaginal-operative Geburtsbeendigungen, vaginale Untersuchungen Ja!
   - Geburtsplan Ja!
   - Geburtsnachsorgegespräch (mit Fokus auf Geburtserfahrung, Trauma, Dissoziation) Ja

9) Folgend sehen Sie den Versorgungsplan. Was halten Sie davon?





Finde ich sehr gut.

10) Zum Schluss: Gibt es noch etwas, was Sie aus Ihrer Sicht / Ihrer Profession zu diesem Thema hinzufügen möchten?

Nein.

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Teilnahme!

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Mareike Drynda, [redacted] dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Dissoziationssensible Geburtshilfe für Hebammen – oder: Wie kann Geburt bei Z.n. GB-PTBS gelingen? Ein Versorgungsplan“ selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg, den 18.12.2025

[redacted]

Mareike Drynda