



Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur
Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft (M.A.)

Thema:

Dammschnitt - Einschnitt ins Liebesleben
Auswirkungen eines Dammschnittes auf die Sexualität aus der weiblichen
Perspektive

Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Arts

Name, Vorname: Semmler, Susann

Matrikelnummer: 18293

Anschrift: Theodor Rumpel Weg 1, 22307 Hamburg

E-Mail-Adresse: susann.neukirch@gmx.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Harald Stumpe

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Ulrike Busch

Abgabedatum: 01. Juli 2014

Danksagung

Besonderen Dank schulde ich meinem Erstprüfer Herrn Prof. Dr. Harald Stumpe, der mich durch die stetige Diskussionsbereitschaft mit vielseitigen Denkanstößen bereichert und bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt hat. Bedanken möchte ich mich ebenfalls bei meiner Zweitprüferin Frau Prof. Dr. Ulrike Busch.

Großer Dank gebührt meinem Ehemann Maik Semmler, ohne den diese Arbeit und Studie erst gar nicht realisierbar gewesen wäre, für die vielen Hinweise und umfangreichen Hilfestellung.

Auch möchte ich mich im Besonderen bei Sandra Kortenjann, Julia Granzow und Marcel Semmler bedanken, die mit ihrer Unterstützung und mit ihrem Interesse beim Entstehen dieser Arbeit mitgewirkt haben. Außerdem danke ich herzlich meinen Eltern und meiner Schwester, die mich vor allem moralisch sehr unterstützt haben.

Nicht zuletzt gilt auch der direkt am Forschungsprozess beteiligten Mütter ein großes Dankeschön für ihre Offenheit und ihre Einwilligung, mir als Interviewpartnerinnen zur Verfügung zu stehen.

Abstract (Deutsch)

Der Dammschnitt – noch im 20. Jahrhundert als geburtsförderlicher Eingriff angesehen – gerät zunehmend aufgrund möglicher negativer Auswirkungen in differenzierten Lebenslagen der betroffenen Frauen in die öffentliche Diskussion. Diese Masterthesis beschäftigt sich dahingehend mit den Auswirkungen eines Dammschnittes auf die Sexualität. Neben Basisinformationen bezüglich des Dammschnittes, werden die Vor- und Nachteile dieser Intervention konstruktiv diskutiert. Basierend auf einer intensiven Literaturrecherche wurden die Sichtweisen von drei betroffenen Frauen mit Hilfe der qualitativen Forschungsmethode der leitfadengestützten Interviewbefragung ermittelt.

Die hierbei gewonnenen Erfahrungsberichte hinsichtlich der negativen Auswirkungen eines Dammschnittes auf die Sexualität, insbesondere bezogen auf den Geschlechtsverkehr, konnten vergleichend mit der Fachliteratur teilweise verifiziert werden. Andere Belastungsaspekte wie Harn- und Stuhlinkontinenz oder auch Gebärmuttersenkung und rektovaginale Fisteln wurden hingegen nicht bestätigt.

Die Erkenntnisse aus der Literatur und die Ergebnisse aus den durchgeführten Interviews belegen somit, dass die Dammschnitterfahrungen von betroffenen Frauen und ihren Partnern die Sexualität in unterschiedlicher Intensität beeinflussen können. Abschließend werden die Rolle der Hebammentätigkeit und der Stellenwert der Beratungs- und Aufklärungsarbeit betrachtet und daraus resultierend weiterführende Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Abstract (Englisch)

The episiotomy – a procedure which was thought of as advantageous for the delivery until the late 20th century – hit the headlines in the recent years due to its possible negative effects on the sexuality of women. Against this backdrop, the master thesis at hands analyzes the consequences of an episiotomy on the sexuality of the persons affected. Besides the general description of the episiotomy, the advantages and disadvantages of the procedure are briefly discussed. Based on an extensive theoretical research, a structured guideline interview is developed and three interviews with affected women are conducted in order to generate insights about their point of view.

The experiential reports of the three women show that the episiotomy does have various negative effects on the sexuality. Nevertheless, various other aspects like i.e. the urinary and anal incontinence, the descensus of the uterus as well as rectovaginal fistulae are not mentioned. Hence, the statements of the literature can only be partly verified.

Taking the aspects of the literature as well as the experiential reports into account, it can be said that an episiotomy does have negative effects on the sexuality of a couple. Anyhow, the intensity to which the effects are negative is varying for the different women. The master thesis is concluding with a discussion about the roles of the midwife as well as the educational work and with the development of recommendations for action.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Abstract (Deutsch)	III
Abstract (Englisch).....	IV
Inhaltsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	7
2 Basisinformationen zum Dammschnitt als Geburtsverletzung	10
2.1 Dammschnitt - Begriffsbestimmung	10
2.2 Schnittführungen der Episiotomie	11
2.3 Eine Diskussion über Vor- und Nachteile der Episiotomie	14
2.4 Prävention vs. Intervention	17
2.4.1 Prävention vor der Geburt	17
2.4.2 Prävention während der Geburt.....	18
2.4.3 Juristische Perspektive.....	20
2.5 Häufigkeit und Epidemiologie des Dammschnittes	22
3 Auswirkungen auf die Sexualität nach einem Dammschnitt	24
3.1 Psychische und physische Leiden	25
3.1.1 Libidoverlust und psychische Schmerzen	26
3.1.2 Physische Schmerzen	27
3.2 Inkontinenz	29
3.2.1 Harninkontinenz	29
3.2.2 Stuhlinkontinenz.....	31
3.3 Rektovaginale Fisteln	32
3.4 Gebärmuttersenkung.....	33
3.5 Beratung, Behandlung- und Therapiemöglichkeiten	34
3.5.1 Hilfe zur Selbsthilfe.....	34
3.5.2 Rückbildungsgymnastik und Physiotherapie.....	36
3.5.3 Chirurgische Behandlungen	36
4 Methode und Dokumentation des Forschungsprozesses	38
4.1 Interviewformen	38
4.2 Bedeutung des Interviewleitfadens	39
4.3 Auswahl und Gewinnung der Interviewpartnerinnen	39
4.4 Durchführung der Interviews.....	40
4.5 Kategorienauswahl	41
4.6 Auswertungsmethode.....	41
5 Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung	43
5.1 Dammschnittenerleben während und nach der Geburt.....	44
5.2 Sexualeben nach dem Dammschnitt.....	45
5.2.1 Physische Komplikationen.....	47
5.2.2 Psychische Komplikationen	49
5.2.3 Sichtweise des Partners	51
5.3 Dammschnittprävention und Beratung	54
5.4 Persönliche Einstellung zum Dammschnitt	59

5.5	Verbesserungswünsche	61
5.6	Vergleichende Betrachtung der theoretischen Grundlagen mit den Untersuchungsergebnissen.....	62
6	Schlussbetrachtung	68
	Literaturverzeichnis.....	74
	Anhang.....	82
	Eidesstattliche Versicherung.....	88

1 Einleitung

Im Jahre 2012 wurden laut Statistischem Bundesamt 673544 Lebendgeburten in Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland registriert (destatis 2013). Eine Schwangerschaft mit anschließender Geburt stellt in vielerlei Hinsicht ein einschneidendes Erlebnis in differenzierten Lebensbereichen dar. Die Nächte und somit auch die Ruhe-, Schlaf- und Erholungsphasen der Eltern werden kürzer, wodurch das Sexualleben in den Hintergrund tritt. Einige Frauen fühlen sich nach einer erlebten Schwangerschaft recht wohl und können sich verhältnismäßig schnell an die neue Lebenssituation gewöhnen. Andere Frauen hingegen reagieren mit Unzufriedenheit und einem entsprechenden ablehnenden Verhalten auf die Veränderungen an ihrem eigenen Körper.

Ist es unter der vaginalen Geburt zu einem Dammschnitt gekommen, können die Anpassungen der betroffenen Frauen an die veränderte Lebenssituation deutlich erschwert und das negative physische und psychische Befinden verschärft werden. Es können sich demzufolge neben anatomischen Veränderungen am weiblichen Körper, auch Umstellungen und Neuerungen hinsichtlich der Paarinteraktion ergeben, welche sich in unterschiedlicher Intensität auch auf die Sexualität auswirken können.

Im 20. Jahrhundert wurde der Dammschnitt, im medizinischen Fachdiskurs auch als Episiotomie beschrieben, aufgrund der häufigen Durchführung als Fortschritt in der Geburtshilfe angesehen. Bei genauerer Betrachtung gerät der Dammschnitt zunehmend in die Kritik der Öffentlichkeit. Publikationen, betroffene Frauen, aber auch MedizinerInnen lassen Zweifel an der Häufigkeit der durchgeführten Episiotomien aufkommen. Nichtsdestotrotz wird eine Episiotomie in einigen Entbindungskliniken noch immer als Standardeingriff angesehen, welcher nach der deutschen Rechtsprechung keine spezielle Aufklärung bedarf, ausgenommen sind Risikoschwangerschaften (vgl. DGGG, AG MedR, AWMF 2008, S. 2f.). Eine schwangere Frau willigt meist durch den Behandlungsvertrag ein. Betroffenen ist oft nicht bewusst, was während des Eingriffes passiert bzw. welche Auswirkungen der Dammschnitt auf das Sexualleben haben kann. Viele Dammschnitte werden durchgeführt, ohne dabei die möglichen Komplikationen und langfristigen Folgen auf den Bereich Sexualität in Betracht zu ziehen. Der Dammbereich wird im Verlauf der Geburt nicht als sexueller

und intimer Bereich wahrgenommen und somit kaum als weibliche Lustzone angesehen.

Die Thematik des Dammschnittes kann sich aus medizinischer Betrachtung zwar auf fundierte und detaillierte literarische Grundlagen stützen. Auffällig ist jedoch, dass bislang wenige durch Forschungsarbeiten belegte Arbeiten existieren, welche sich auf die Auswirkungen eines Dammschnittes hinsichtlich der Sexualität und der zwischenmenschlichen Beziehung konzentrieren und somit die psychosoziale Perspektive in den Fokus stellen. Die eigentlich aussagekräftigen und `wahren` Erfahrungsberichte finden sich in zahlreichen auf Internetplattformen basierenden Mütterforen wieder. In diesen Foren schildern Frauen, die solch einen medizinischen Eingriff am eigenen Körper miterlebt haben und lernen mussten, mit den sich daraus ergebenden Auswirkungen umzugehen, ihre individuellen und subjektiven Sichtweisen.

Ziel dieser vorliegenden Masterthesis soll es sein, sowohl die Situation von Frauen, welche einen Dammschnitt erhalten haben, als auch die Auswirkungen im Sexualleben durch einen Dammschnitt und die daraus resultierenden Veränderungen aus der weiblichen Perspektive zu betrachten, ohne dabei die betroffene Frauen als ausschließlich bemitleidenswert darzustellen. Weitere Bestrebungen für das Anfertigen dieser wissenschaftlichen Arbeit sind die Erlangung neuer Erkenntnisse sowie die Informationsvermittlung an betroffene Frauen, welche Folgen und Auswirkungen ein Dammschnitt hervorrufen kann. Durch diesen Forschungsbeitrag wird beabsichtigt, Informationen für die Fachwelt, besonders aber auch für die Öffentlichkeit zu publizieren.

Im ersten Abschnitt der Masterarbeit werden theoretische Grundlagen zu den einzelnen Themen erarbeitet, wobei der Sachverhalt des Dammschnittes hinsichtlich der medizinischen Aspekte eines solchen Eingriffes mit all den Vor- und Nachteilen genauer dargestellt wird. In diesem Zusammenhang werden die Sichtweisen und Auswirkungen, welche die betroffenen Frauen durch einen Dammschnitt in Bezug auf ihr Sexualleben erfahren können, theoretisch erläutert. Der Schwerpunkt dieser Arbeit basiert auf der Durchführung einer empirischen Untersuchung, um die subjektiven Erfahrungen detailliert und realitätsnah zu präsentieren. Es wurde drei Frauen, die sich während der Geburt eines Dammschnittes unterziehen mussten, die Möglichkeit eingeräumt, in Form von Einzelinterviews ausführlich ihre Sichtweisen darzustellen, wie sie mit dem Dammschnitt leben und umgehen bzw. welche Auswir-

kungen der Eingriff auf ihr Sexualleben hat. Aufgrund der Interviews besteht die Möglichkeit die theoretischen Aspekte durch die persönlichen Sichtweisen zu falsifizieren bzw. verifizieren. Als Schlussbetrachtung werden Beratungsintentionen und Handlungsmöglichkeiten auf Grundlage der erarbeiteten Ergebnisse aufgezeigt, um somit einen Beitrag zur Weiterentwicklung entsprechender zukünftiger Konzepte zu leisten und weitergehende Forschungsfragestellungen zu benennen.

2 Basisinformationen zum Dammschnitt als Geburtsverletzung

Während der Geburt bedingt der Kopf des noch ungeborenen Säuglings den Druckaufbau auf den Beckenbodenmuskel und auf den Damm bzw. Perineum, der Weichteilverbindung zwischen dem Scheideneingang und dem Ausgang des Darmes der Frau, sowohl in vertikale als auch horizontale Richtung. Die Dehnungskräfte wirken auf die Vagina, die Verschlussstrukturen der Harnwege, des analen Schließmuskels und das Bindegewebe des Beckenbodens ein. (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000a, S. 857) Um die Geburt zu beschleunigen, den Geburtsweg zu erweitern oder den Beckenboden der Frau zu schützen, propagieren noch viele GeburtshelferInnen einen Dammschnitt.

Um die Bedeutung des Dammschnittes und dessen Auswirkungen auf die Sexualität, in seinen ganzen Facetten betrachten zu können, ist es angebracht, den medizinischen Blickwinkel des Eingriffes mit seinen Vor- und Nachteilen darzustellen. Darüber hinaus ist eine kritische Diskussion über die Notwendigkeit und die Vermeidbarkeit der Intervention von Bedeutung.

2.1 Dammschnitt - Begriffsbestimmung

Der Dammschnitt wird nach dem ICD-10 Klassifizierungsschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter dem Oberbegriff des „Dammrisses unter der Geburt“ (DIMD 2013) erwähnt, welcher ebenfalls die Möglichkeit des Weiterreißen des Dammes beinhaltet. Hierbei wird, auf dem Höhepunkt einer Wehe, wenn der kindliche Kopf den Damm durch Druck straff dehnt und dadurch am schmerzempfindlichsten ist, mit Hilfe einer speziellen Episiotomieschere der Damm eingeschnitten. Einige Kliniken schreiben in ihrem Regelwerk fest, dass der Schnitt in einer Wehenpause getätigt werden muss. Dieses Vorgehen wird zum Schutz des Kindskopfes getätigt, was allerdings zu starken Schmerzen bei der Frau führt, da der Dammbereich nicht ausreichend betäubt wurde bzw. nicht genügend Zeit dafür war. (vgl. Kitzinger 2003 S. 33) Durch diesen Vorgang wird der natürliche Geburtsweg erweitert und die Geburt für Mutter und Kind erleichtert (vgl. Hirsch 1989, S. 4).

Gemäß dem ICD-10 Klassifizierungsschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird der Dammriss nach unterschiedlichen Schweregraden und Kriterien klassifiziert.

Dammriss 1. Grades

Hierbei kommt es zu Verletzungen oder Rissen des Dammes. Ebenfalls kann ein Trauma an Haut, Labien, Vagina, Vulva und sowohl dem Gewebe um die Harnröhre als auch an der Harnröhre selbst hervorgerufen werden.

Dammriss 2. Grades

Hierunter sind neben den Schädigungen wie bei Dammriss Grad 1 auch Verletzungen und Rupturen des Beckenbodens, sowie der Damm- und Vaginalmuskulatur zu verstehen. Desweiteren kann bei dieser Art des Dammrisses die Anusmuskulatur (Sphincter ani) beschädigt werden.

Dammriss 3. Grades

In diesem Fall können neben der Beckenboden-, Damm- und Vaginalmuskulatur zusätzlich die Gewebswand zum Anus (Septum rectovaginale) und die Anusmuskulatur selbst beschädigt werden.

Dammriss 4. Grad

Einschließlich den Rupturen und Schädigungen vom Dammriss 3. Grades können in diesem Fall die Anal- und Rektumsschleimhaut gerissen und beschädigt sein (vgl. DIMD 2013).

2.2 Schnittführungen der Episiotomie

Bei der Episiotomie können unterschiedliche Methoden angewandt werden. Die Auswahl der Variante ist dabei häufig klinikabhängig. (vgl. Anhang 1, Abb. 1 & Abb. 2)

Mediane Schnittführung

Bei diesem medizinischen Eingriff wird von der hinteren Verbindungsstelle der beiden äußeren Labien der Damm von der Mitte aus in Richtung Anus gespalten. Der Sphincter ani externus wird hierbei nicht beschnitten. Da an der bindegewebigen Raphe, der Damm- oder auch Verwachsungsnaht, an welcher die paarig gelegenen Muskeln zusammenlaufen, geschnitten wird, werden Muskeln, Gefäße und Nerven

nicht verletzt, was eine geringe Blutung und optimale Heilungstendenzen bedingt. Einerseits wird der Scheideneingang durch einen kleinen Schnitt optimal erweitert und andererseits kann dieser bestmöglich genäht und versorgt werden.

Vereinzelt kommt es hierbei zu Schmerzen unterschiedlicher Art und Weise, z.B. beim Sitzen oder beim vaginalen Geschlechtsverkehr (Dyspareunie). Ein weiterer Nachteil dieser Schnitfführung ist das erhöhte Risiko einen Dammriss dritten und vierten Grades zu erleiden, der die Verletzung des Rektumrisses und der Analschleimhaut einbezieht und somit eine Stuhlinkontinenz mit hervorrufen kann. (vgl. Hirsch 1989, S. 9f.; vgl. Steffen 1997, S. 16f.; vgl. Hermsteiner 2003, S. 264)

Mediolaterale Schnitfführung

Die mediolaterale Intervention wird von der hinteren Verbindungsstelle der beiden äußeren Labien in einem 45 Grad Winkel seitlich zur Raphe vorgenommen. Bei diesem Dammschnitt werden Musculus bulbospongiosus und Musculus transversus perinei superficialis durchtrennt. Desweiteren kann hierbei durch den Schnitt der Musculus levator ani beschädigt werden.

Positiv zu betrachten ist die geringere Gefahr eines Rektumrisses und die mögliche Erweiterung des Geburtskanales durch einen weiteren Schnitt, z.B. wenn das Kind proportional zu groß für die Beckenmuskulatur ist, bei einer Zangengeburt oder einer hinteren Hinterhaupts- oder Beckenendlage des Kindes. Als Nachteil lassen sich bei dieser Methode starke Blutungen, komplizierte Nahtversorgung sowie vermehrte Wundheilungsstörungen und längerfristig Dyspareunie benennen. (vgl. Hermsteiner 2003, S. 265)

Laterale Schnitfführung

Der laterale Dammschnitt wird seitlich, bei vier bis fünf bzw. sieben bis acht Uhr, der hinteren Verbindungsstelle der beiden äußeren Labien angesetzt, wobei auch hier der Musculus bulbospongiosus und Musculus transversus perinei superficialis durchtrennt werden. Auch bei diesem Schnitt kann der Musculus levator ani und zusätzlich die Bartholindrüse beschädigt werden. Durch den hohen Blutverlust, der komplizierten Wundheilung und dem unvorteilhaften Raumverhältnis ist dieser Eingriff in der heutigen deutschen Geburtshilfe nicht mehr praktikabel. (vgl. ebd., S. 265)

Schnittführung mit j-förmiger Erweiterung

Der Dammschnitt mit j-förmiger Erweiterung ist eine Kombination der medianen und mediolateralen Variante, welche in zwei Schnitten erfolgt. In diesem Fall wird, wie bei der medianen Form, der Damm bis zum Analschließmuskel in der Mitte gespalten. Bei der Erreichung des Analschließmuskels wird der Schnitt bogenförmig um diesen Muskel herum erweitert.

Als positiv kann hierbei die zusätzlich seitliche Vergrößerung des Geburtsweges, aber auch die Möglichkeit, das Durchreißen des Afterschließmuskels zu verhindern, gesehen werden. Nichtsdestotrotz muss hierbei beachtet werden, dass bei einem drohenden Riss, der zweite Schnitt um den Analmuskel nicht mehr rechtzeitig durchgeführt werden kann und dabei Blutgefäße, Muskeln und Nerven durchtrennt werden. Bei dieser Methode lassen sich weiterhin die technisch komplizierte Nahtversorgung, starke Wundheilungsstörungen bei weiteren Rissen sowie ein starker Blutverlust als nachteilig anmerken. (vgl. Hirsch 1989, S. 10; vgl. Hermsteiner 2003, S. 264)

Komplette Perineotomie

Im Verlauf der vollständigen Perineotomie werden der Damm, der Afterschließmuskels und wenige Zentimeter der Rektumwand durchtrennt. Die hierbei auftretenden Nutzen werden darin gesehen, dass nur ein Muskel beschädigt wird und keine weiteren Verletzungen des Verschlussapparates des Afters zu erwarten sind. Nichtsdestotrotz sind bei der kompletten Perineotomie Komplikationen, wie Stuhlinkontinenz, rektovaginale Fisteln häufiger als bei anderen Dammverletzungen vorhanden, was auch dazu führt, dass dieser Eingriff in Deutschland kaum noch Anwendung findet. (vgl. Hirsch 1989, S. 11; vgl. Hermsteiner 2003, S. 265)

Die mediane und mediolaterale Schnittführung haben in der operativen Geburtshilfe die Hauptbedeutung, da die weiteren oben beschriebenen Interventionen schlechtere Heilungstendenzen aufweisen. Darüber hinaus ist es aber eher schwierig zu konkretisieren, ob die mediane oder mediolaterale Schnittführung der optimale Eingriff ist, da bei beiden Methoden sowohl Vor- als auch Nachteile vorhanden sind. (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000b, S. 867; vgl. von Zahn u.a. 2006, S. 31)

2.3 Eine Diskussion über Vor- und Nachteile der Episiotomie

Infolge eines Dammschnittes sollen mögliche Verletzungen prophylaktisch vorgebeugt werden.

- Verhinderung von unkontrollierten und traumatischen Schäden an Vulva, Vagina und Damm (z.B. höhergradige Risse)
- Vorbeugung von Überdehnung und Rissen in der Beckenbodenmuskulatur mit schwerwiegenden Folgen, wie z.B. Gebärmutterensenkung, Harn- und Stuhlinkontinenz
- Verhinderung von Verletzung des Analschließmuskels (Dammriss III bis IV Grad)

Als weitere Vorteile werden angesehen:

- die Erweiterung des Geburtsweges am Vaginalausgang
- die Verkürzung der Austreibungsphase und schnellere Geburtsbeendigung
- die optimalere Versorgung der Wunde durch glatt durchtrennte Schnittstelle
- die Druckverminderung auf den kindlichen Kopf und somit Schutz vor Hirnblutungen

Anhand der genannten Ziele und Vorteile des Dammschnittes lassen sich aus medizinischer Sicht Indikationen ableiten, wann eine Episiotomie heutzutage noch durchgeführt wird (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000b, S. 865; vgl. Hermsteiner 2003, S. 263ff.):

- bei Geburtsstillstand bzw. Verkürzung der Austreibungsphase
- bei drohendem Scheiden- und Dammriss
- bei operativen vaginalen Geburten, z.B. Vakuum- oder Zangenextraktion
- bei Zwillingsgeburten
- bei Vorderer Hinterhauptslage oder Beckenendlage
- als Prophylaxe bzw. routinemäßigen Eingriff in vereinzelt Krankenhäusern

„Die Episiotomie wird von vielen Frauen insbesondere aus der Gruppe der Hebammen und der amerikanischen und britischen Frauenbewegung immer wieder als nutzlos und schädlich bezeichnet“ (von Zahn u.a. 2006, S. 32). Auch viele WissenschaftlerInnen merken an, dass nicht alle Indikationen für einen Dammschnitt obligatorisch seien und die Vorteile und Nutzen keine wissenschaftliche Grundlage besitzen.

Die Argumentation, dass der Dammschnitt einem Beckenbodentrauma entgegenwirke, ist nicht haltbar. Bereits eingangs wurde erwähnt, dass die Geburt ein Prozess ist, welcher die Beckenbodenmuskulatur und Vaginalmuskulatur extrem dehnt und somit die Straffheit der Muskeln schwächt. Eine Episiotomie kann diese Schädigung nicht verhindern. Eher das Gegenteil ist der Fall, da zu dem Dehnungsprozess ein im Vorfeld beschriebenes Einschneiden hinzukommt, welches das Muskelgewebe zusätzlich beeinträchtigt. (vgl. Giihlich 2000)

Sollte es bei der Geburt zu einem vaginal-operativen Eingriff kommen, sei auch hierbei in jeden Einzelfall zu prüfen und abzuwägen, ob eine Episiotomie vollzogen wird, da diese nicht immer erforderlich ist. Laut externen Gutachter des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) müsse zwischen der Saugglocken- und Zangengeburt differenziert werden. Bei einer Vakuumgeburt kann der Damm unverletzt standhalten, wenn bei drei Presswehen gleichzeitig gesaugt wird. Bei einer Forzepsentbindung kann es durch den Verzicht einer Episiotomie zu Dammrissen kommen, welche aber durch das vorzeitige Absetzen der Zange, bevor der kindliche Kopf in die Vagina eintritt, verhindert werden können. (vgl. von Zahn u.a. 2006, S. 42) Andererseits kann kein Schutz vor Analsphinkterschäden durch eine Episiotomie festgestellt werden (vgl. Macleod u.a. 2008, S. 1688).

Im Bericht des DIMDI bestätigt ein externer Gutachter zugleich, dass der Geburtsstillstand unkonkret definiert ist: „Es existiere kein Zeitlimit, nach dessen Überschreitung diese Definition zutreffend wäre“ (DIMDI 2006, S. 41). Ein zu schnelles und anhaltendes Austreiben des Kindes führe zu beschleunigten Herztönen beim Kind. Durch Geduld, unterschiedliche Bewegungen und Körperhaltungen kann die Geburt meist auch ohne Episiotomie bzw. operative Eingriffe vollbracht werden. Auch bei der Verkürzung der Austreibungsphase, um z.B. der drohenden kindlichen Erstickengefahr entgegenzuwirken, fordern Fachleute die intrauterinen Maßnahmen

zur Wiederbelebung durch Akut-Tokolyse, in Form einer Injektion, zu nutzen bevor ein Dammschnitt gemacht wird. (vgl. Hermsteiner 2003, S. 267)

Die Hauptargumentation, dass ein Dammschnitt einen schwerwiegenden Dammriss vorbeugen soll, führt zu wissenschaftlichen Diskussionen. In keiner Studie von ausreichender Qualität konnte bislang belegt werden, dass sowohl der mediane als auch mediolaterale Dammschnitt das Risiko für einen Dammriss 3./4.Grades reduziert. Als Basis erscheint es sinnvoll zu diskutieren, ob überhaupt voraussehbar ist, dass ein Dammriss auftritt (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000b, S. 865f.)

Eine wissenschaftliche Untersuchung von Dürr und Römer lässt vielmehr darauf schließen, dass ein erhöhtes Risiko besteht, dass der Damm bei Erstgebärenden nach einem medianen Schnitt (7,7%) weiterreißt als nach einem mediolateralem Schnitt (1,3%) (vgl. Dürr/Römer 1996, S. 137).

Desweiteren beobachteten Borgatta u.a. in ihrer Untersuchung bei 241 Erstgebärenden nach einer Spontangeburt eine Dammrissrate 3./4. Grades von 0,9% ohne Dammschnitt und 27,9% mit Episiotomie (vgl. Borgatta/Piening/Cohen 1989, S. 294).

Auch das Argument, durch einen Schnitt die Harnorgane oder Labien zu schützen, kann nicht als Vorteil gesehen werden. Zusammenfassend wird im Bericht des DIMDI beschrieben, dass durch eine Episiotomie periurethrale und anteriore Traumen, wie Verletzungen an der Harnröhre oder Labien, welche weniger Schmerzen bzw. langfristige Folgen haben, zwar auf ein siebenfaches beschränkt werden, aber ein circa vierfach erhöhtes Risiko besteht, einen Dammriss 3./4. Grades zu erleiden. (vgl. von Zahn u.a. 2006, S. 49f.)

Die Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group hat weltweit die größte randomisierte Studie zur Bedeutung von selektiv/restriktiv und routinemäßig/liberal indizierten mediolateralen Episiotomien veröffentlicht, an welcher 2606 Frauen teilnahmen. Die Teilnehmerinnen wurden zufällig in eine selektive Gruppe, wenn im jeweiligen Fall ein Dammriss 3./4.Grades drohte, oder in eine liberale Gruppe, d.h. die Dammschnitttätigung wird gemäß den bisherigen Handlungsweisungen in den Kliniken durchgeführt, eingeordnet wurden. 1555 Frauen waren erstgebärend und 98% aller Geburten verlief spontan. Die Dammschnitttrate betrug innerhalb der restriktiven Gruppe 30,1% und in dem liberalen Kollektiv 82,6%. Die Studie fand heraus, dass sowohl in der selektiven (1,2%) als auch liberalen Gruppe (1,5%) ein höhergradiger Dammriss sehr selten beobachtet wurde. Daraus lässt sich schließen, dass eine

prophylaktische Anwendung, in Form eines Routinedammschnittes nicht als Indikation gesehen werden sollte. (vgl. Belizan u.a. 1993, S. 1517f.) Die Vorteile der Episiotomie sind keineswegs so eindeutig, „daß sich eine großzügige oder gar routinemäßige Anwendung rechtfertigen ließe“ (Hirsch 1991, S. 2).

Die Vorteile, Nachteile und Komplikationen einer Episiotomie sollten bei jeder Frau im Einzelfall gegenübergestellt werden. Ebenfalls führen die Fachleute an, dass sowohl durch die auf die Frau individuellen abgestimmte Schnittführung und Nahttechnik, eine beschwerdefreie Wundheilung mit gutem kosmetischem Ergebnis sicherzustellen ist. (vgl. Hirsch 1991, S. 2; vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000b, S. 870, vgl. Hermsteiner 2003, S. 275)

2.4 Prävention vs. Intervention

Hebammen empfehlen unterschiedliche Möglichkeiten, um das Dammgewebe auf die Geburt ‚vorzubereiten‘ und die Chancen zu vergrößern, Dammrisse zu vermeiden. Bei einigen Frauen jedoch besteht ein höheres Risiko eines Dammtraumas (vgl. von Zahn u.a. 2006, S.47f.; vgl. Tessarek 2010, S. 221):

- Erstgeburt
- mütterliches Alter über 35 Jahre
- Ethnie (Asien)
- vorherige Dammverletzungen (vorangegangene Geburt, Operationen)
- Bindegewebsschwäche
- mangelhafter Ernährungszustand und hoher BMI der Mutter
- Vorerkrankungen (Diabetes, Marfan)
- hohes kindliches Gewicht (über 3600g) oder großer Kopfumfang

2.4.1 Prävention vor der Geburt

Neben dem Beckenbodentraining, welches die Beckenbodenmuskulatur stärkt, wird auch die Dammmassage während der Schwangerschaft angeraten. Die Dammmassage jedoch erst einige Wochen vor der Geburt durchzuführen, wird sowohl von vielen KritikerInnen als auch BefürworterInnen kontrovers diskutiert. Die kritischen Meinungen basieren jedoch vorwiegend auf der Grundannahme, dass das Dammgewebe von Natur aus bereits dehnbar genug für den Geburtsvorgang ist und es

daher keine weitere Prävention in Form von Massagen bedarf. Die VertreterInnen hingegen argumentieren in puncto einer intensiven Zuwendung zum eigenen Körper und Vorbereitung auf die vorstehende Geburt. Da das Erreichen des Dammes mit zunehmendem Bauchumfang schwieriger wird, kann auch der Partner diesen Teil der Vorsorge übernehmen und den Damm mit Öl massieren. Dammmassagen, die vier Wochen vor Geburtstermin von den Frauen regelmäßig getätigt wurden, können die Wahrscheinlichkeit für einen Dammschnitt bzw. einer weiteren Dammverletzung und den nachwirkenden Schmerzen reduzieren. (vgl. Kitzinger 2005, S. 155; vgl. Tessarek 2010, S. 218ff.; vgl. Tomaselli/Schäfers/Schönberner 2010, S. 295ff.)

Eine weitere Möglichkeit der Prävention, welche durch verschiedene Studien untersucht wurde, ist der Epi-No®. Hierbei wird ein taillierter Ballon in die Vagina eingefügt, welcher mithilfe einer Handpumpe über einen Schlauch mit Luft aufgeblasen wird und das Dammgewebe und den Beckenboden dehnt. Bzgl. der Prophylaxe des Dammes konnten bislang noch keine repräsentativen Vor- aber auch keine Nachteile belegt werden. Die Studiengruppe Dannecker u.a. konnten hinsichtlich der Beckenbodenfunktion weder positive noch negative Folgen feststellen. (vgl. Dannecker u.a. 2004, S. 1193) Ob der Epi-No® die Häufigkeit eines Dammschnittes verringern kann, muss noch durch weitere Studien untersucht werden.

Frauen, welche unbedingt einen Dammschnitt verhindern möchten, sollten vor der Geburt mit ihrer Hebamme und/oder den GynäkologInnen reden oder während des Anmelde- bzw. Aufnahmegespräches erwähnen, dass kein Dammschnitt durchgeführt werden soll (vgl. Kitzinger 2003, S. 155).

2.4.2 Prävention während der Geburt

Auch unter der Geburt können verschiedene Interventionen auf das Dammgewebe einwirken. Gebärpositionen, wie die tiefe Hocke oder die Steinschnitt- bzw. Rückenlage können das Dammgewebe negativ beeinflussen, da die Hockposition eine schnelle Geburt unterstützt und die Steinschnitt und Rückenlage zu hohem Druck auf den Damm aufbauen. Frauen, welche ein erhöhtes Risiko für eine Dammverletzung haben, sollte daher die Seitenlage oder der Vierfüßlerstand empfohlen werden, welche vergleichsweise schonend auf den Damm einwirken. (vgl. Tessarek 2010, S. 219ff.)

Analysen bzgl. der Wassergeburt ergaben, dass bei dieser Geburtsalternative eine geringere Dammschnitttrate auftritt. Sie gilt daher ebenfalls als dammschonend, da

es zwar zu leichten Rissen kommen kann, welche aber deutlich besser heilen als Schnitte (vgl. Eldering/Selke 1996, S. 670; vgl. Thöni/Mussner 2002, S. 977f.).

Eine Dammassage während der Geburt steht bei Hebammen und GeburtshelferInnen in der Diskussion. Da sowohl die Vorteile als auch Nachteile der Massage unter der Geburt nicht bewiesen sind, wird laut Tomaselli u.a. keine Empfehlung für diese Intervention ausgesprochen. Die begleitende Hebamme kann individuell mit der gebärenden Frau besprechen, ob sie diese Maßnahme in Anspruch nehmen möchte. (vgl. Tomaselli/Schäfers/Schönberner 2010, S. 297)

Mithilfe von warmen Dammkompressen oder auch warmen Kaffeekompressen, welche durch das warme Wasser bzw. Koffein das Gewebe dehnbar werden lässt, kann das Wohlergehen gesteigert und das Schmerzempfinden der Frau minimiert werden. Da ebenfalls die Ausprägung eines Dammrisses 3.Grades seltener vorkommt und weiterhin keine negativen Auswirkungen bekannt sind, sollte diese Maßnahme als Leistung der Hebamme bei Frauen Anwendung finden. (vgl. ebd., S. 296)

Die Hands-on und Hands-off Methoden werden ebenfalls in Hebammen- und GeburtshelferInnenkreisen intensiv erörtert. Ob die Hands-off Methode, bei der die Hebamme den kindlichen Kopf nur bei zu schnellem heraustreten bremst oder die Hands-on Methode, bei der mit der Hand Druck auf den Damm und auf das kindliche Köpfchen ausgeübt wird, Bevorzugung erhält, konnte in mehreren Studien nicht eindeutig belegt werden. Tessarek betont jedoch, dass es wichtig erscheint „nur bei Bedarf und auch nur dann einen gemäßigten Gegendruck auf den kindlichen Kopf auszuüben, wobei es wichtig ist, den Druck nicht in Richtung Perineum zu leiten“ (Tessarek 2010, S. 219), um diesen vor Verletzungen zu schützen.

In gleicher Weise kann das von GeburtshelferInnen geforderte Luftanhalten und gleichzeitige pressen zu Verspannungen und Traumen im Dammbereich führen, da die Scheiden- und Beckenbodenmuskulatur somit angespannt anstatt entlastet wird. Gebärende Frauen sollen dazu angehalten werden, während des Geburtsvorganges ihren eigenen Rhythmus zu finden, da sie ihren Atem intuitiv korrekt einsetzen und das Kind bei der Ausatmung herausschieben, was den Beckenboden und Dammbereich vor Anspannung und Verletzungen schützen kann. (vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 133; vgl. Tessarek 2010, S. 220ff.)

Ob, wie und wieweit Dammverletzungen vermieden werden können, wird von ExpertInnen in unterschiedlicher Weise erforscht und diskutiert. Es ist mit Blick auf die

bislang vorliegende Literatur deutlich geworden, dass zu einzelnen Interventionen weitere Analysen und Studien zukünftig notwendig sind. Für Hebammen gilt hingegen folgende Grundregel: „Je langsamer die Frau im eigenen Tempo in vertikaler, flexible Position gebären kann und je weniger von Seiten der Hebamme oder ÄrztIn manipuliert wird, desto größer ist die Chance für einen unverletzten Genitalbereich“ (Schönberner 2010, S. 280). Auch Tessarek beschreibt die optimale Möglichkeit den Damm vor Verletzungen zu schützen mit dem „Verzicht auf unnötige Interventionen“ (Tessarek 2010, S. 221).

Desweiteren sollte für eine vertrauensvolle und wohlfühlende Atmosphäre sowohl für die Gebärende als auch für die professionelle Leitung der Geburt ein erfahrenes Team aus Hebammen und GeburtshelferInnen zur Verfügung stehen. Dennoch muss schwangeren Frauen verdeutlicht werden, dass es trotz aller durchgeführten und unterlassenen Interventionen zu einem Dammriss kommen kann.

2.4.3 Juristische Perspektive

Auch die rechtlichen Aspekte und der Zeitpunkt der Aufklärung bei der Intervention eines Dammschnittes darf im Bereich Prävention nicht vernachlässigt werden. Laut den Leitlinien der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bedarf es für die Durchführung einer Episiotomie einer Aufklärung und Einwilligung der zu behandelnden Frau (vgl. DGGG, AG MedR, AWMF 2008, S. 1).

Verläuft die Schwangerschaft ohne Probleme sind MedizinerInnen laut Leitlinien nicht verpflichtet, rein vorsorglich die Schwangere über operative Eingriffe, mögliche Komplikationen und Auswirkungen zu informieren. Ist dies für die schwangere Frau jedoch von Interesse und hinterfragt sie die Aspekte einer Episiotomie, dann sind GynäkologInnen beauftragt, wahrheitsgetreu zu antworten. Ist allerdings mit einer Risikogeburt zu rechnen, wird es betreuenden MedizinerInnen angeraten, eine Aufklärungsgespräch mit der schwangeren Frau bzgl. Vor- und Nachteile einer vaginalen Entbindung und den dazugehörigen möglichen Interventionen und Auswirkungen für Mutter und Kind zu führen und gegeneinander abzuwiegen. (vgl. ebd., S. 2f.).

Weiterhin äußern die Arbeitsgemeinschaften, dass GeburtshelferInnen zwar über vorhandenes Basiswissen zum Thema Geburt bei Schwangeren ausgehen können, dennoch Komplikationen und dazugehörigen Folgen, welche bei einer vaginalen

Geburt auftreten können, offensichtlich machen sollten. Die Geburt wird als natürlicher Vorgang gesehen und bedarf daher keiner Aufklärung. (vgl. ebd., S. 3). Kommt es unter der Geburt zu Komplikationen bzw. werden Indikationen zur Durchführung einer Episiotomie festgestellt, ist es die Aufgabe begleitender ÄrztInnen die schwangere Frau über die Vor- und Nachteile als auch potentiellen Risiken des Eingriffes zu unterrichten (vgl. DGGG, AWMF 2012, S. 13).

Willigt die Schwangere nicht in das geplante Vorhaben der ÄrztInnen ein, darf keine Episiotomie gegen ihren Willen durchgeführt werden. Ausnahmen zur unbeachteten Ausführung eines Dammschnittes bilden die möglichen Folgen einer groben Fehleinschätzungen der betroffenen Frau und das Vorhandensein entsprechender Anzeichen, „dass die Frau nicht mehr in jeder Hinsicht entscheidungsfähig ist“ (DGGG, AG MedR, AWMF 2008, S. 3). D.h. die Schwangere kann relevante Informationen nicht verarbeiten und zu erwartenden Konsequenzen und Folgen durch eine Unterlassung nicht abschätzen. Der Beschluss der Entscheidungsunfähigkeit obliegt den leitenden GeburtshelferInnen.

Merkblätter oder Broschüren über einen möglichen Dammschnitt, welche im Vorfeld ausgehändigt werden, können zwar als Vorbereitung dienen, nicht aber das Aufklärungsgespräch mit den begleitenden GynäkologInnen ersetzen (vgl. ebd., S. 4). Sobald sich die Möglichkeit abzeichnet, dass ein einwilligungsbedürftiger operativer Eingriff notwendig erscheinen „kann, soll der Geburtshelfer [...] das Aufklärungsgespräch mit der Patientin führen und sie um ihre Entscheidung bitten“ (ebd., S. 4). Hierbei ist darauf zu achten, das Gespräch mit der Gebärenden bei absehbaren bestimmten Indikationen frühzeitig zu führen, um somit sicher zu gehen, dass sie dem Gespräch folgen und das Für und Wider der Intervention beurteilen kann.

Da eine Episiotomie häufig kurzfristiges Handeln erfordert, bleibt oft keine Zeit für ausführliche Erklärungen durch GeburtshelferInnen. Dies führt dazu, dass eine Entscheidung rasch getroffen werden muss, nicht genügend Einwilligungszeit bleibt bzw. die Frau erst während der körperlichen Vorbereitung auf den operativen Eingriff aufgeklärt wird. (vgl. DGGG, AWMF 2012, S. 13; Familienplanung.de 2014) Ist vor der Geburt dem Ehemann oder Partner eine Einwilligungsvollmacht übergeben und in der Krankenakte vermerkt worden, kann auch er der Durchführung einer Episiotomie zustimmen. In außerordentlichen Situationen, in denen kein Aufklärungsgespräch mehr möglich ist, keine Bevollmächtigung vorhanden ist oder bereits getroffene Entscheidungen nicht bekannt sind, sollen GeburtshelferInnen nach dem

mutmaßlichen Willen der Gebärenden handeln. (vgl. DGGG, AG MedR, AWMF 2008, S. 4) Sollte auch das Bestreben der Schwangeren nicht kenntlich sein, „soll der Geburtshelfer so vorgehen, wie es verantwortungsbewusster, guter ärztlicher Übung unter Berücksichtigung der Interessenlage von Mutter und Kind entspricht“ (ebd., S. 4).

Das Selbstbestimmungsrecht der Frau steht stets im Vordergrund, welches bei jedem Aufklärungsgespräch aufrechterhalten werden muss. Der Frau müssen die Wahlmöglichkeiten mit all den Vor- und Nachteilen bzgl. bestimmter Eingriffe erläutert werden, damit sie diese wahrnehmen und abwägen kann. Dennoch ist zu beachten, dass zwischen den juristischen Gegebenheiten und dem geburtshilflichen Alltag eine große Diskrepanz besteht, „die sich daraus ergibt, dass die Gebärende in der gegebenen Situation mit der Entscheidung zu den verschiedenen Alternativen meist absolut überfordert ist“ (DGGG, AWMF 2012, S. 13). Auch informieren Beratungsstellen, dass es für Paare hilfreich erscheint, sich bereits während der Schwangerschaft selbstständig über mögliche Risiken und operative Eingriffe, wie dem Dammschnitt, kundig zu machen. Ihnen ist zu verdeutlichen, dass so bereits im Vorhinein für sie und ihr Kind die richtigen Entscheidungen getroffen werden können. (Familienplanung.de 2014)

Nichtsdestotrotz wird den GeburtshelferInnen durch die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften ins Bewusstsein gerufen, dass „erfahrungsgemäß die Mehrzahl der Mütter bereit ist, Risiken für den eigenen Gesundheitszustand in Kauf zu nehmen, um das Kind vor dauerhaften und schwerwiegenden Schäden zu bewahren“ (DGGG, AG MedR, AWMF 2008, S. 4)

2.5 Häufigkeit und Epidemiologie des Dammschnittes

Die Episiotomie ist noch immer ein häufig durchgeführter geburtshilflicher Eingriff. Die Dammschnittraten variieren von Entbindungshäusern zu Kliniken, aber auch von Klinikum zu Klinikum von unter 10% bis fast 100%. Die schwankenden Zahlen in den Geburtshäusern und Kliniken hängt demnach von der Ausbildung, Einstellung, Durchsetzungsvermögen und Intention der Hebammen, GeburtshelferInnen oder ÄrztInnen ab und sprechen somit für eine subjektive Indikationsstellung. (vgl. Hirsch 1989, S. 3) Hermsteiner entsprechend wird diese Intervention „bei Erstgebärenden zwei- bis viermal häufiger durchgeführt als bei Mehrgebärenden“ (Hermsteiner 2003, S. 264).

Zu Beginn der Jahrtausendwende forderten Fachleute, eine Dammschnitttrate von nicht mehr als 30% anzustreben und die Episiotomie hauptsächlich bei kindlicher Indikation durchzuführen. Dem Statistischen Bundesamt zufolge beträgt die Anzahl der Episiotomiefälle im Jahr 2012 deutschlandweit 91.208 bei 466.296 vaginalen Geburten, was einer Prozentrate von circa 20% entspricht, wobei beachtet werden muss, dass sich die Zahlen auf Interventionen in Kliniken beziehen (destatis 2013a,b).

In den 12 Hamburger Geburtskliniken wurden im Jahr 2012 bei 13.693 vaginalen Geburten 2.084 Episiotomien gezählt, was 15,2% der durchgeführten vaginalen Entbindungen entspricht und demnach unter dem deutschen Bundesschnitt liegt (vgl. EQS-Hamburg 2013, S. 2.10). Demnach ist zu beobachten, dass die Raten sowohl in Deutschland als auch in Hamburg in den letzten Jahren eher rückläufig sind. Nichtsdestotrotz muss auch hierbei beachtet werden, dass der Dammschnitt immer noch von Klinik zu Klinik unterschiedliche Indikationen unterworfen ist.

3 Auswirkungen auf die Sexualität nach einem Dammschnitt

Das Geburtserlebnis, als „einschneidendes“ Erlebnis, kann bei vielen Frauen und deren Partner zukünftig zu einer veränderten Sexualität führen, dabei sowohl Verbesserungen implizieren als auch Problemzuspitzungen hervorrufen. „Quantität und Qualität, (Ein-)Stellungen und Vorlieben ändern, entwickeln sich“ (Kuckuck/Luckmann 1997, S. 158). Aspekte wie Ängste vor Schmerzen, Ärger, Stress, Müdigkeit, Hormonumstellungen, Verhütungsmethoden etc. können das Liebesleben und die Sexualität beeinflussen und die Lust kann verloren gehen. Auf der einen Seite steht der Wunsch, das Sexuelleben, wie es vor der Schwangerschaft war, zurückzugewinnen und unbeschwert, spontan, schmerzfrei ausleben zu können. Andererseits kann aber auch das Verlangen nach Veränderungen durch eine Geburt ausgelöst werden, z.B. hinsichtlich der Häufigkeit oder Intensität des Geschlechtsverkehrs.

Im gleichen Maße benötigt die Neufindung in solch einer Umbruchsituation zur Eltern- und Partnerrolle Zeit und Geduld von beiden, Frau und Mann. Hierbei ist es wichtig, die notwendigen Voraussetzungen für eine neue und befriedigende Sexualität zu schaffen, da aus einer Zweierbeziehung plötzlich eine Dreierbeziehung wird, welche Neid und Eifersucht hervorrufen kann. Bei vielen Frauen wird ein intensives körperliches und zärtliches Verhältnis zum Kind beobachtet, was demgegenüber mit geringerer partnerschaftlicher Zuneigung einhergehen kann. Hierbei scheint es, dass die jungen Mütter das schwindende Interesse an Sexualität mit der Zuneigung zu ihrem Kind ausgleichen. (vgl. Otto 1996, S. 32ff.; vgl. Rothmaler u. a. 2004, S. 789; vgl. Lutz 2007, S. 604)

Bei dem Partner kann die schwindende Sexualität und Zurückweisung der Frau zu unterschiedlichen Reaktionen führen. Einige Partner sind sehr verunsichert, gekränkt und fühlen sich nicht mehr geliebt, was innerhalb der Beziehung zu Streitigkeiten, Vorwürfen bis hin zu Außenbeziehungen führen kann. Andere Partner wiederum können den Rückzug der Frau akzeptieren und geben sowohl der Frau als auch sich Zeit, sich an die neuen Situationen anzupassen. (vgl. Gnirss/Buddeberg 2000, S. 29)

Auch das Stillen, die Umgewöhnung ins Nicht-mehr-schwanger-sein beeinflusst den kompletten Hormonhaushalt der Frau, welcher zu Libidoverlust oder zu trockenen

Scheiden führen kann. Die Angst vor Schmerzen, der Lust- aber auch Orgasmusverlust setzt viele Betroffene stark unter Druck, was einen Teufelskreislauf in Gang setzen kann, der die Partnerschaft langfristig strapaziert. Vielen beteiligten Frauen und ihren Partnern ist nicht bewusst, dass es bis zu einem Jahr andauern kann, bei anderen Frauen noch länger, bis sie realisieren, dass sich das Sexualleben komplett verändert hat und sie ihr neues individuelles Sexualleben wahrnehmen und akzeptieren lernen. (vgl. Eicher 2001, S. 385; vgl. Lutz 2007, S. 604).

Auch die körperlichen Veränderungen dürfen nicht vernachlässigt werden. Nach einer Schwangerschaft ist der Körper erschöpft und benötigt Regenerationszeit. Bei Frauen, welche durch eine vaginale Geburt entbunden haben, sind die Geschlechtsorgane gedehnt, gereizt und können, auch unabhängig vom Dammschnitt, mit physischen und emotionalen Schmerzen assoziiert werden. (vgl. Przyklenk 2010)

Ist es während der Geburt zu einer Episiotomie gekommen, müssen kurz- und langfristige Auswirkungen, wie emotionale und physische Aspekte und nachgeburtliche Konflikte beachtet und unterstützend begleitet werden. Der Heilungsprozess des Dammgewebes benötigt Zeit, um wieder regeneriert und empfindsam zu werden. Wann eine Frau und ihr Partner wieder sexuell aktiv sein sollten, dazu können keine Empfehlungen angegeben werden. Paare sollten auf ihre individuellen körperlichen und psychischen Bedürfnisse und Gefühle achten und diesen, wenn es ihnen angenehm erscheint, nachgehen.

3.1 Psychische und physische Leiden

Der Beckenboden und Dammbereich ist von mehreren Muskel- und Nervensträngen umgeben, welche die sexuelle Lust bei Frauen steigern und als erogene Zone betrachtet wird, d.h. ein intaktes Muskel- und Nervengewebe ist wichtig für die sexuelle Erregung und Funktion (vgl. Peschers/Hußlein 2010, S. 679). „Der erzwungene Lustverlust durch die Folgen des Dammschnittes wird allgemein als geringe Nebenwirkung eines notwendigen chirurgischen Eingriffes abgetan“ (Kuckuck/Luckmann 1997, S. 127). Bei einem Dammschnitt wird die erogene Lustzone von ÄrztInnen und GeburtshelferInnen nicht hinreichend geachtet und respektiert. Langfristige Folgen werden häufig billigend in Kauf genommen.

3.1.1 Libidoverlust und psychische Schmerzen

Ein geschichtlicher Rückblick zeigt deutlich, dass die erogenen Zonen in den früheren Jahrzehnten noch weniger Beachtung fanden als es heute der Fall ist. In den 50iger Jahren gab es die Annahme, die Vagina sei nach einer Geburt ausgedehnt und müsse nach einem Dammschnitt erst wieder straff genäht werden, um dem Mann eine sexuelle Lust und volle Befriedigung wieder zu ermöglichen. Auch Redewendungen im öffentlichen Diskurs, wie „Der letzte Stich ist für den Mann!“ waren nicht selten. Entgegen dem heutigen Wissenstand, dass sich die Vagina nach der Geburt und durch Rückbildungs- und Sportübungen wieder selbstständig verengt und es dadurch wieder zur Lustgewinnung kommt, gibt es bei Frauen dennoch Befürchtungen, dass der Partner durch eine geweitete Vagina nicht ausreichend befriedigt werde. Betroffene Frauen setzen sich somit unter Druck und glauben, dass sie für den Partner sexuell nicht mehr attraktiv und befriedigend wirken. (vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 127ff.)

Studien über sexuelles Empfinden, Erregung und Orgasmus nach einer Geburt in Verbindung mit einem Dammschnitt sind sehr rar. Die prospektive Studie von Baksu u.a. analysiert die sexuellen Veränderungen aufgrund der Art der Geburt und den getätigten Interventionen, im speziellen der mediolateralen Episiotomie bei Erstgebärenden. 248 Frauen, wobei 156 eine mediolaterale Episiotomie und 92 einen Kaiserschnitt erhielten, wurden im ersten Drittel der Schwangerschaft und 6 Monate nach der Geburt bzgl. ihrer Sexualität und dem sexuellen Empfinden befragt. (vgl. Baksu u.a. 2007, S. 401) In dieser Untersuchung konnte nach sechs Monaten postpartum eine Abschwächung beim Lustempfinden, Lubrikation, Erregung, Befriedigung und Orgasmusempfinden durch die mediolaterale Episiotomie festgestellt werden, was jedoch bei Frauen, die einen Kaiserschnitt erhielten, nicht nachweisbar war. Viele Frauen fühlten sich durch den Dammschnitt sexuell beeinträchtigt, da sie aufgrund der vorhandenen Narbe Angst vor Schmerzen hatten. Die sexuelle Disharmonie und die dazugehörigen Ängste sind Hauptgründe für die sexuelle Unzufriedenheit. Frauen fühlen sich unglücklich, verspüren einen Verlust von Lebensqualität, erleben gar depressive Phasen oder geben sich die Schuld, dass es mit dem Geschlechtsverkehr nicht funktioniert. (vgl. Kitzinger 2003, S. 35; vgl. Baksu u.a. 2007, S. 405)

Die seelischen Schmerzen bei betroffenen Frauen dürfen bei Betrachtung der Sexualität nicht vernachlässigt werden. Bereits vor, aber auch während der Geburt können die Vorstellungen, das Wahrnehmen und das Erleben der Frauen bzgl. des

Dammschnittes als psychisch belastender Nachteil gesehen werden. Die Befürchtung vor einem Dammschnitt wird bei Frauen nicht durch die Sorge vor den Schmerzen des Eingriffes unter der Geburt, sondern eher durch die Ängste vor der Verstümmelung der Genitalorgane hervorgerufen. Viele Frauen haben Angst, ihr sensibles Gefühl im Genitalbereich durch eine Episiotomie zu verlieren, und dass die Wunde nicht wieder vollständig verheilen wird. (vgl. Kitzinger 2005, S. 154f.) Ist ein Dammschnitt routinemäßig vollzogen worden, ohne Erkennen notwendiger Handlungsindikationen, kann dies für Frauen gar als Katastrophe, als Beraubung der Weiblichkeit empfunden werden und zu seelischen Beeinträchtigungen führen (vgl. Hertoft 1989, S. 175; vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 127).

In gleichen Maßen spielt der kosmetische Aspekt, beeinflusst durch einen Dammschnitt an sich und der entsprechenden Nahtversorgung, für die Sexualität eine bedeutende Rolle. Circa 30% der Frauen, welche eine mediolaterale Episiotomie erhalten haben, und 12% der Frauen mit medianer Episiotomie fühlen sich verunstaltet und sind mit dem kosmetischen und ästhetischen Nahtergebnis nicht zufrieden, was zu Berührungsängsten, Scham und Verweigerung dem Partner gegenüber führen kann. (vgl. Dürr/Römer 1996, S. 138)

3.1.2 Physische Schmerzen

Aufgrund von missglückten Nahttechniken, unerfahrenen Operateuren oder starken Vernarbungen, welche kleine Teile oder den gesamten Genitalbereich gefühllos machen, können Schmerzsymptomatiken bei betroffenen Frauen auftreten. Bereits der Schnitt an sich als auch die Versorgung der Dammschnittwunde kann für Frauen bei nicht ausreichender, gar keiner Betäubung bzw. gänzlich fehlender Wirkung, als sehr schmerzhaft empfunden werden. Ein Dammschnitt und deren Versorgung wird häufig schmerzhafter als die eigentliche Geburt empfunden. Kommt es durch eine Episiotomie als Begleiterscheinung zusätzlich zu einem hohen Blutverlust, fühlen sich die Mütter, neben den bereits vorhandenen Schmerzen, oftmals sehr schwach und ängstlich, was die Freude auf das neugeborene Kind trüben kann. (vgl. Kitzinger 2003, S. 33f.)

Weiterführend können durch Wundheilungsstörung verursachte Leiden bzw. die Angst vor Schmerzen die Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs hemmen bzw. auf längere Zeit verschieben oder gar eine Dyspareunie hervorrufen. (vgl. Dürr 1995, S. 34; vgl. Gnirss/Buddeberg 2000, S. 28; vgl. Przyklenk 2010)

Dyspareunie beschreibt einen subjektiven Schmerzzustand betroffener Frau beim vaginalen Geschlechtsverkehr. Weiterführend kann aus medizinischer Sicht zwischen der äußeren Dyspareunie, Schmerzen an den äußeren Geschlechtsorganen und am Vaginaeingang, und der inneren Dyspareunie, hauptsächlich Schmerzen vor dem Gebärmuttereingang, unterschieden werden. (vgl. Hertoft 1989, S. 180) Gemäß Schneider u.a. ist die Dyspareunie die am häufigsten auftretende Spätkomplikation (15% - 25%) eines Dammschnittes zwischen dem 3. und 12. Monat nach der Geburt. Desweiteren verspürten 20% der Frauen nach einer Episiotomie vermehrt Schmerzen beim Geschlechtsverkehr im Vergleich zu Frauen mit einem Dammriss 1./2. Grades. (vgl. Schneider/Bröckner/Gnirs 1996, S. 1562) Auch Rageth u.a. stellen in ihrer Studie fest, dass 25% der Frauen beim Geschlechtsverkehr, zwei Monate nach der Geburt, Schmerzen aufgrund des Dammschnittes erleiden. Ebenfalls wurde durch die Analyse deutlich, dass Erstgebärende (47%) öfter von Dyspareunie betroffen sind als Mehrgebärende (22%) (vgl. Rageth/Buerklen/Hirsch 1989, S. 233).

Zur weiteren Konkretisierung hat Nitsche in ihrer Studie herausgefunden, dass 23% der Frauen, welche eine restriktive Episiotomie erhielten, eine Dyspareunie im Gegensatz zu den liberal indizierten Studienteilnehmerinnen (33%) erlitten. Weiterhin zeigen ca. 50% der Frauen aus der restriktiven Gruppe, dass sie im mit ihrem Sexualleben zufrieden sind, was hingegen nur 29% der Frauen aus der liberalen Gruppe bestätigen konnten. (vgl. Nitsche 2005, S. 72ff.)

Durch die Schnittführung kann das Schmerzempfinden beim Sitzen signifikant beeinflusst werden. Die mediane Schnittführung hat bei 19% und die mediolaterale Schnittführung bei 30% der Frauen zu postpartalen Schmerzen beim Sitzen geführt, was dahingehend auch Sexstellungen, z.B. die Reiterstellung schmerzhaft beeinflussen und weiterführend zu einer späteren Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs führen kann. Diese postpartalen Schmerzen lassen sich zum Einen darauf zurückführen, dass bei der mediolateralen Schnittführung Muskel- und Nervenstränge zerschnitten werden und zum Anderen die Nahtversorgung komplizierter ist. (vgl. Rageth/Buerklen/Hirsch 1989, S. 235)

Enorme Bedeutung haben auch die wissenschaftlichen Beobachtungen, dass Frauen mit einem intakten Damm oder nach einem Riss 1. Grad, welcher die tiefe Muskulatur nicht dermaßen betrifft und auch nicht in mehreren Schichten genäht werden muss wie bei einer Episiotomie, nicht so oft nachgeburtliches Leiden, Wundhei-

lungsstörungen und Dyspareunie verspürten. Folglich wurde die Sexualität zeitlich früher wieder aufgenommen und die sexuelle Zufriedenheit intensiver wahrgenommen (vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 133; vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000b, S. 869; vgl. Signorello u.a. 2001, S. 881ff.).

Da Studien gezeigt haben, dass ein Riss weniger Schmerzempfinden hervorruft, sollte dieser Aspekt im Geburtsverlauf prophylaktisch, d.h. durch einen bestmöglichen Dammschutz, berücksichtigt werden, um langfristige Schmerzen vorzubeugen und einen schmerzunempfindlichen Geschlechtsverkehrs zu ermöglichen. Ist dennoch ein Dammschnitt vollzogen worden, so stellt Hertoft fest, dass eine optimal versorgte Episiotomienarbe den Heilungsprozess positiv beeinflussen und das Risiko für ein festes, unelastisches Narbengewebe und dahingehend Schmerzen bei zukünftig ausgelebter Sexualität verhindern kann (vgl. Hertoft 1989, S. 192).

3.2 Inkontinenz

Inkontinenz, sowohl Harn- als auch Stuhlinkontinenz und anorektale Fisteln können Frauen mit einem Dammschnitt betreffen und extrem belasten. In vergangenen Zeiten wurde die Episiotomie zum Schutz vor Inkontinenz und weiteren Verletzungen des Dammes durchgeführt. Mehrere gegenwärtige wissenschaftliche Studien konnten diesen Gedankengang nicht belegen, eher das Gegenteil war erkennbar. Ebenfalls geben Frauen mit keinen oder geringeren Dammverletzungen seltener eine Harn- und Stuhlinkontinenz an, als Frauen, die einen Dammschnitt erhalten haben (vgl. Bernard 1994, S. 61; vgl. Sartore u.a. 2004, S. 669; Nitsche 2005, S. 66)

Ungewollter Urin- und Stuhlabgang wird mit Aspekten wie Kontrollverlust, Unsauberkeit und mangelnder Hygiene in Verbindung gebracht. Da Kontrolle und Hygiene Themen sind, die in der heutigen Gesellschaft eine große Rolle spielen, werden Personen, welche unter einer Inkontinenz bzw. anorektale Fisteln leiden, stigmatisiert. (vgl. Macmillan u.a. 2004, S. 1341; vgl. Stern 2007, S. 67;)

3.2.1 Harninkontinenz

Aufgrund unterschiedlicher Studien, der Variabilität der untersuchten Gruppe und der intersubjektiven Wahrnehmung einer Inkontinenz, lässt das Auftreten einer Harninkontinenz eine große Spannbreite sichtbar werden. Die Prävalenz einer Harninkontinenz bei einer vaginalen Geburt wird nach drei Monaten postpartal zwischen 14% (Chaliha u.a. 1999, S. 689) und 25% (Wilson/Herbison/Herbison 1996, S. 154) und nach einem Jahr mit 3% angegeben (Viktrup u.a. 1992, S. 945). In der Studie

von Gründling u.a., welche 3400 vaginale Entbindungen ausgewertet haben, wurde eine Harninkontinenzrate aufgrund von Dammschnitten und Dammrissen von 7% angegeben (Gründling/Schönauer/Golob 1994, S. 202). Darüber hinaus ist das diagnostizierte Auftreten einer Harninkontinenz bei Frauen (32%) interessant, welche eine Verletzung des analen Schließmuskels, häufig begünstigt durch einen Dammschnitt, bei der vaginalen Geburt erlitten haben (vgl. Tetzschner u.a. 1996, S. 1034).

Die Ursache für Stressharninkontinenz, d.h. unkontrolliertes Wasserlassen beim Lachen, Niesen oder Ausüben von Bewegungen, oder auch Dranginkontinenz, d.h. plötzlicher Harndrang, ist bereits in der Schwangerschaft zu identifizieren, denn durch das zusätzliche Gewicht des Kindes wird der tragende Beckenboden extrem belastet und durch die Hormonumstellung wird das Gewebe weicher und dehnbarer. Eine vaginale Geburt erweitert die gesamte Beckenbodenmuskulatur und die Nerven in diesem Bereich extrem und führt zum Verlust der Festigkeit und Straffheit. Eine weitere Verletzung bzw. ein Schnitt in diese tragende Muskulatur hinein, kann somit keine Muskelschädigungen verhindern, sondern eher begünstigen. (vgl. Dürr 1995, S. 31; vgl. Giihlich 2000)

Obwohl diese Art der Inkontinenz viele Frauen nach der Geburt betrifft, wird sie als belastendes und unangenehmes Problem empfunden, worüber nicht kommuniziert und dahingehend eher verdrängt wird. Gerade jungen Betroffenen fällt es schwer, sich vor Augen zu führen, dass bei ihnen ein Blasenproblem vorherrscht, da Inkontinenz mit dem Prozess des Alterns in Verbindung gebracht wird und es noch immer als Tabu gilt, darüber zu sprechen.

Zu ungewolltem Urinabgang während des Geschlechtsverkehrs kann es durch das Reiben und Ziehen der vorderen Scheidenwand durch den erigierten Penis kommen. Auch während der Orgasmusphase, wenn die Blase durch den Kontrollverlust angeregt wird, können ebenfalls unerwünschte Urinausscheidungen auftreten. (vgl. Peschers/Hußlein 2010, S. 679f.) Frauen fühlen sich nicht mehr attraktiv und anziehend dem Partner gegenüber. Die Angst und die Scham vor den eigenen Ausscheidungen bzw. die bloßen Gedanken beim Geschlechtsverkehr Urin zu verlieren, hält viele Frauen postpartal davon ab, mit ihrem Partner Sex zu haben. Auch wenn die Lust vorhanden ist, trauen sich die Betroffenen nicht, ihre sexuellen Wünsche auszuleben, aus Furcht oder Abneigung sich selbst gegenüber. Aufgrund des Schweigens und Versteckens kann es in vielen Beziehungen zu entsprechenden Krisen kommen. (vgl. Infozentrum Inkontinenz 2013)

3.2.2 Stuhlinkontinenz

Bei der vaginalen Geburt kann ein spontaner Dammriss 3./4. Grad oder das Weiterreißen durch einen Dammschnitt den Afterschließmuskel stark beschädigen und dadurch zur analen Inkontinenz bei Frauen führen. Neben der Schließmuskelruptur stellen wahrscheinlich okkulte bzw. nicht sichtbare Muskel- und Nerventraumen, welche sowohl bei Episiotomien ohne Weiterreißen als auch bei intakten Dämmen auftreten, Beeinträchtigungen für die Darmfunktion dar, was aber der weiteren Belegung durch Langzeitstudien bedarf. (vgl. Sultan u.a. 1993, S. 1905ff.; vgl. Frudinger u.a. 1999, S. 235f.)

Häufige Symptome für anorektale Inkontinenz werden wie folgt beschrieben: unkontrollierter Verlust von Winden, flüssigem und festen Stuhl, Stuhlschmierer, kurze Zeiten bis sich der Stuhldrang bemerkbar macht, kaum Differenzierungsfähigkeit zwischen Wind- oder Stuhlabgang (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000a, S. 860). Da bei der vaginalen Geburt Beckenboden- und Schließmuskeltraumen entstehen, spielt hierbei die Stresstuhlinkontinenz, d.h. die Betroffene nimmt die Ausscheidungen wahr, kann diese aber durch Gegendruck nicht zurückhalten, im Gegensatz zur passiven Inkontinenz, welche hauptsächlich im Alter vorkommt und die Ausscheidungen unkontrolliert und unbemerkt abgehen, eine wichtige Rolle (vgl. Engel u.a. 1995, S. 152).

Da Langzeitstudien das Thema Wind- und Stuhlinkontinenz vorwiegend vereinzelt erforscht haben und es bislang zu uneinheitlichen Definitionen der analen Inkontinenz gekommen ist, sind die Angaben zur Epidemiologie zu diesem Aspekt unterschiedlich. Laut einer retrospektiven Studie von Raget u.a. berichten ca. 1% Frauen ohne Dammschnitt, 9% Frauen mit mediolateraler und 7% Frauen mit medianer Episiotomie bis sechs Monate nach der Geburt von Stuhlinkontinenz (vgl. Rageth/Buerklen/Hirsch 1989, S. 233). Weiter schreiben Signorello u.a., dass die mediane Episiotomie für Frauen nach drei und auch sechs Monaten postpartum eine dreifach erhöhte Wahrscheinlichkeit darstellt, von analer Inkontinenz betroffen zu sein als nach einer Geburt mit intaktem Damm oder einem spontanen Riss. Auch die Möglichkeit an einer Windinkontinenz zu leiden, stieg im gleichen Zeitraum um das Doppelte. Auch bei einem nicht weitergerissenen medianen Dammschnitt zeigt sich im Vergleich zu einem Dammriss 2.Grades, dass die Möglichkeit an einer analen Inkontinenz zu erleiden, dreimal so hoch ist. (vgl. Signorello u.a. 2000, S. 86)

In der Untersuchung von Dannecker u.a. klagten 10% der vaginal entbundenen Frauen nach 2 Jahren ohne Schließmuskelruptur über anorektale Inkontinenz, wohingegen Frauen mit einem Dammriss 3.Grades zu 20% unter analer Inkontinenz litten. (vgl. Dannecker/Anthuber/Hepp 2000a, S. 860)

Die Stuhlinkontinenz beeinträchtigt jeden Lebensbereich von Betroffenen und stellt, neben der Stigmatisierung, einen extremen Einschnitt in das individuelle und soziale Leben dar. Unternehmungen werden seltener, Ausflüge und Freizeitaktivitäten werden nach vorhandenen Toiletten geplant und saubere Wäsche wird mitgeführt. Viele Betroffene haben sogar Angst vor dem spontan ausscheidenden Stuhl, so dass sie soziale Kontakte gänzlich meiden und sich komplett in die Isolation zurückziehen, sowohl gegenüber Freunden als auch der Familie. (vgl. Miner 2004, S. 11f.; vgl. Stern 2007, S. 67f.) Die Zweifel an der eigene Hygiene, Schamgefühle, Frustration, Pein, vermindertes Selbstwertgefühl oder sogar Depressionen können die Psyche der Betroffenen drastisch belasten. Auch die Partnerschaft und das Sexualleben sind von den psychischen Auswirkungen der analen Inkontinenz extrem betroffen. Die Angst während des Geschlechtsaktes Stuhl oder Winde zu verlieren bzw. die Angst davor, wie der Partner auf die unkontrollierten Ausscheidungen reagiert, führen zu Verlegenheit und Scham bis hin zur kompletten Einstellung des Sexlebens. (Madoff u.a. 2004, S. 621; vgl. Bartlett/Nowak/Ho 2009, S. 3280f.)

Die sexuellen Auswirkungen durch eine anale Inkontinenz sind noch nicht hinreichend erforscht und es bedarf hierbei weiterer Untersuchungen. Collings und Norton leiteten eine kleine Studie, in der sie 20 Frauen interviewten, welche unabhängig von der Ursache von analer Inkontinenz betroffen sind, um die psychosozialen und psychosexuellen Aspekte zu erfragen. Etwa 1/3 hatten keine sexuellen Probleme aufgrund der Inkontinenz. Hingegen äußerten 14 Frauen, dass sie aufgrund von Scham und Unwohlfühlers durch die unkontrollierten Ausscheidungen einen Mangel an Erregung und Lust erleiden bzw. dem Sexualleben ganz abgeschworen haben. (vgl. Collings/Norton 2004, S. 520ff.)

3.3 Rektovaginale Fisteln

Unter rektovaginale Fisteln wird, die mit einer Zellschicht umgebene, unnatürlich gebildete Verbindung zwischen Vagina und Rektum verstanden. D.h. Stuhl und Winde werden ungewollt über die Scheide ausgeschieden, was zu Entzündungen der Harnwege und der Vagina führen kann. (vgl. DGAV 2012, S. 3)

Auch die rektovaginalen Fisteln, welche am häufigsten durch Geburtstraumen (88%) auftreten, stellen eine große Einschränkung dar. Da sie meist mit dem Auftreten einer Sphinkterverletzung, aufgrund eines Dammriss 3./4.Grades oder einer Infektion im Bereich des Dammschnittes verbunden sind, können diese auch noch Monate oder Jahre nach der Geburt auftreten (vgl. Hermsteiner 2003, S. 274; vgl. DGAV 2012, S. 3ff.). Laut Hirsch entspricht die Epidemiologie rektovaginaler Fisteln 0,5% aller vaginalen Geburten in der Geburtsklinik Tübingen (vgl. Hirsch 1989, S. 22).

Betroffene Frauen fühlen sich durch die ungewollten Ausscheidungen wie Kotausscheidungen über die Vagina beschmutzt und gedemütigt. Wie auch bei der Stuhl- und Harninkontinenz dürfen die körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, welche bis zu Depressionen reichen können, in dieser Betrachtungsweise nicht vernachlässigt werden. (vgl. Kitzinger 2003, S. 35)

3.4 Gebärmuttersenkung

Durch eine geschwächte Beckenbodenmuskulatur, wie es bei einer Geburt vermehrt auftritt, können sich Gebärmutter, Vagina und Darm nach unten senken bzw. bei einem Prolaps können Uterus und/oder Vagina vor dem Hymenalsaum ragen (vgl. Spanknebel/Dimpfl 2013, S. 1). Durch das ‚Tragen‘ von einer bzw. mehreren Schwangerschaft verliert das Bindegewebe an Elastizität und kann die inneren Genitalorgane nicht mehr halten, was dahingehend zu einer Absenkung der betroffenen Organe führt. Nach einer vaginalen Geburt leiden 1% Frauen unter einem Descensus bzw. Prolaps. Inwieweit die betroffenen Frauen einen Dammschnitt erhalten haben, wurde in der Untersuchung nicht nachgewiesen (vgl. Hösli 2010, S. 11).

Satore u.a. kommen in ihrer Studie mit 519 Erstgebärenden, wobei 254 Frauen eine mediotaralen Dammschnitt erhielten und 265 Frauen einen intaktem Damm hatten bzw. einen Dammriss 1./2. Grad erlitten, zu dem Ergebnis, dass eine mediolaterale Episiotomie keinen protektiven Effekt gegenüber einen Descensus bzw. Prolaps hat, eher lässt sich das Gegenteil nachweisen. Wie bereits beschrieben kommt es durch den Dammschnitt zu weiteren Verletzungen des Beckenbodens, welche die Muskeln und dahingehend die Haltefunktion für die Gebärmutter negativ beeinträchtigt. (vgl. Sartore u.a. 2004, S. 669ff.) Dies wurde auch in einer prospektiven Studie von Klein u.a. anhand der Kraft der Beckenbodenmuskulatur nach der Geburt untersucht. Nach drei Monaten besaßen Frauen mit einem intaktem Damm die kräftigeren

Beckenbodenmuskeln im Gegensatz zu Frauen, welche eine Episiotomie erhalten haben. (vgl. Klein u.a. 1994, S. 591)

Frauen verspüren beim Stehen, beim Pressen, z.B. beim Stuhlgang oder auch beim Geschlechtsverkehr ein unangenehmes Druckgefühl nach unten oder beschreiben das Gefühl einen Fremdkörper in der Vagina zu haben, wenn sich der Gebärmutterhals in die Vagina stülpt. Auch Schmerzen im Unterbauch oder Rücken können einen Descensus ankündigen. Da auch die umliegenden Organe, wie die Blase und der Darm von der Absenkung betroffen sind, kann es auch hierbei zu Inkontinenz- oder Verstopfungsproblemen kommen. (vgl. eesom 2007)

Bei der Sexualität spielen Scham, Selbstwertverlust und Rückzug entscheidende Rollen. Viele Betroffene fühlen sich unattraktiv und umgehen sexuelle Kontakte. Die Schmerzen und das Druckgefühl durch die vorfallenden Organe hemmen Frauen, Sex zu haben bzw. führen zu Behinderungen beim Sex, welche als störend empfunden werden. Ebenfalls haben viele Frauen mit einem Gebärmuttervorfall eine geweitete Scheide, was die Reibung beim Geschlechtsverkehr hemmt. Durch die geringe Reibung wird weniger Scheidenflüssigkeit abgesondert und führt in diesem Fall zu vermehrten Schmerzen bzw. zu einer verminderten Orgasmusfähigkeit. (vgl. Peschers/Hußlein 2010, S. 679)

3.5 Beratung, Behandlung- und Therapiemöglichkeiten

Sehr oft suchen Frauen nicht die für sie wichtigen Hilfen und professionellen Ansprechpartner, wie Hebammen, ÄrztInnen oder Beratungsstellen auf. Auch die Lebenspartner der Frauen werden häufig aus den ‚Problemen‘ der Frauen ferngehalten. Die Frauen schämen sich für Inkontinenz, Libidoverlust, Schmerzen etc. und wissen oftmals nicht, dass es Folgen der Schwangerschaft und Geburt sind bzw. sein können.

3.5.1 Hilfe zur Selbsthilfe

Massagen und Beckenbodentraining als Vorbereitung auf die Geburt und zur Prophylaxe eines Dammschnittes und –risses, vermitteln den Wöchnerinnen ein besseres Körpergefühl und unterstützen den Heilungsprozess, da ihnen bewusst ist, an welchen Stellen das Dammgewebe verletzt ist (vgl. Kitzinger 2005, S. 155f.).

Auch die Wundpflege spielt bei der Nachsorge eine wichtige Rolle. Dammschwellungen können durch Quarkauflagen oder Kühlbeutel verringert werden. Mit Hilfe

von Wasser- oder Salzwasserspülungen, welche während des Toilettenganges über den Damm ergossen werden, können die Reizungen am Damm gelindert werden. Auch Sitzbäder und anschließendes Trocknen des Dammes an der Luft bzw. mithilfe eines Fönes können zur Verbesserung der Wundheilung beitragen. Weiterhin empfehlen Hebammen viel Flüssigkeit, damit der Urin nicht zu stark konzentriert und somit brennend wird, und eine diätische Kost zu sich zu nehmen, um Verstopfungen bzw. zu festem Stuhlgang zu entgehen. (vgl. ebd., S. 397)

Ein vernarbtes Damm- und Nervengewebe kann vielen Frauen noch Jahre nach der Episiotomie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, beim Sitzen, beim Urinieren etc. bereiten. Keine Frau sollte sich mit schmerzhaften Dammschnittfolgen die Lust am Sex nehmen lassen und Unterstützung bei Hebammen und GynäkologInnen suchen. Um die Wundheilung und Narbenbehandlung zu optimieren und zu unterstützen, versuchen Hebammen, GynäkologInnen und PhysiotherapeutInnen Frauen zur täglichen Massage der Narbe zu motivieren. Da viele Frauen im Dammbereich Schmerzen empfinden, ist es für sie nicht vorstellbar, sich im Schmerzbereich zu berühren und die Narbe zu massieren. Nach gewisser Zeit kann sich der Narbenbereich durch die tägliche Massage dünner und schmerzfreier anfühlen. Durch dieses selbst erlebte Gefühl, dass der Dammbereich schmerzunempfindlicher wird, kann die Angst vor dem Geschlechtsverkehr weichen. (vgl. Przyklenk 1996, S. 75f.; vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 130f.)

Die Scham und Angst vor Inkontinenz, vor Urin- und Stuhlverlust können den betroffenen Frauen durch verschiedene Vorkehrungen genommen werden. Möglichkeiten Handtücher für den Urin- oder Stuhlabgang griffbereit zu haben, keine harntreibenden Getränke vor dem Sex zu sich nehmen, vor dem Sex auf die Toilette zu gehen, undurchlässige Unterlagen zu verwenden und Stellungen zu wählen, welche die Blase oder den Darm nicht zu sehr belasten, können den Druck und das Schamgefühl bei den Frauen abmildern bzw. gänzlich nehmen. Auch bei einem Gebärmuttervorfall bzw. Prolaps sollten Stellungen gewählt werden, welche den Druck auf den Beckenboden reduzieren, wie z.B. die seitliche Lage. (vgl. Infozentrum Inkontinenz 2013)

Die Kommunikation und das Vertrauen zwischen den Partnern sind in dieser Phase der Verarbeitung und Wundheilung von Dammschnitten sehr wichtig. Die gemeinsame Bewältigung des Problems, das Zueinander finden und das Vertrauen ineinander stärkt die Beziehung. (vgl. ebd. 2013)

3.5.2 Rückbildungsgymnastik und Physiotherapie

Nach circa acht Wochen werden Frauen, im eigenen Interesse, von Hebammen und GynäkologInnen motiviert, eine Rückbildungsgymnastik zu besuchen, welche von der Krankenkasse gezahlt wird. Hierbei wird die Beckenbodenmuskulatur gezielt gestärkt, wodurch sich das umliegende Gewebe wieder zusammenziehen und dementsprechend Inkontinenz und Descensus entgegenwirken, aber auch die sexuelle Empfindsamkeit und Lust steigern. (vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 128f.) Um eine gestraffte Beckenbodenmuskulatur zu erhalten, müssen die gezielten Übungen regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt werden, da die Muskeln sonst wieder erschlaffen und die Symptome wieder auftreten.

Die Physiotherapie mit gezielten Beckenbodenübungen und Biofeedback ist bei Harn- und Stuhlinkontinenz eine bedeutsame Behandlungsmethode. Das Biofeedbackgerät, welches bei der Inkontinenz die Muskelspannung misst, wandelt Verdauungsfunktionen in audiovisuelle Signale um, wodurch die betroffenen Frauen ihre Körperfunktion bewusst erkennen und lernen, darauf zu reagieren bzw. diese zu beeinflussen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass Biofeedback keine Heilung hervorrufen kann, es dient allein der unterstützenden Behandlung. (vgl. Fitzpatrick/O'Herlihy 2007, S. 168)

3.5.3 Chirurgische Behandlungen

Als letzte Instanz empfehlen GynäkologInnen bei langfristig anhaltenden Schmerzen, aufgrund von Vernarbungen oder zu engen Nähten, den Damm am Scheideneingang durch einen zweiten Schnitt etwas zu spalten bzw. das verwachsene Narbengewebe mit einer Operation zu korrigieren (vgl. Przyklenk 1996, S. 77).

Weitere operative Eingriffe, um Wundheilungsstörungen, Schließmuskelverletzungen, Descensus oder auch ausgeprägte Harn- und Stuhlinkontinenz zu behandeln, sind für viele Frauen unumgänglich. Rektovaginale Fisteln können generell nur durch eine operative Therapie behandelt und ausgeheilt werden. Neben der Fistelbehandlung kommt es zusätzlich zu einer Schließmuskelrekonstruktion, da auch meist eine Sphinkterverletzung vorhanden ist. Um die Behandlung und Heilung der Fisteln und des Analschließmuskels zu unterstützen, ist es notwendig, eine zeitlich begrenzte Stoma, d.h. einen künstlichen Darmausgang, zu legen, um Druck und Fäkalien von den Wunden fernzuhalten. (vgl. DGAV 2012, S. 9)

Hierbei ist allerdings zu hinterfragen, inwieweit Frauen ein weiterer Eingriff im Genitalbereich zugemutet werden kann bzw. genau zu betrachten, woher die Schmerzen kommen. Es muss genauestens geschaut werden, ob ein Leidensdruck bei der Frau besteht, alternative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und ein Zusammenhang zwischen anatomischen Verletzungen und Funktionsstörungen offensichtlich sind. (vgl. Kitzinger 2003, S. 35; vgl. Spanknebel/Dimpfl 2013, S. 1)

4 Methode und Dokumentation des Forschungsprozesses

Mit Hilfe dieser qualitativen Untersuchung wurden Daten bzgl. Wahrnehmung, Umgang und Auswirkungen eines Dammschnittes in Bezug auf das Sexualleben anhand von leitfadengestützten Interviews mit drei betroffenen Frauen erforscht. Dementsprechend stand in dieser Untersuchung keine repräsentative Erhebung als Zielsetzung im Vordergrund. Es ging vielmehr um die Betrachtung der individuellen Sichtweisen der o.g. Zielgruppe.

4.1 Interviewformen

Die Erhebungsmethode ist von den jeweiligen wissenschaftstheoretischen Ansprüchen, aber auch von den Bedingungen im Forschungsfeld abhängig. Für die Datenermittlung wurde das „problemzentrierte Interview“ für die zu interviewenden Frauen ausgewählt.

Der Begriff „problemzentriertes Interview“ wurde 1982 von Andreas Witzel geprägt. Die methodische Vorgehensweise basiert auf drei Kriterien: Die „Problemzentrierung“, auf deren Grundlage eine gesellschaftlich erkennbare Problemlage und deren individuelle und soziale Bedingungsfaktoren erkundet wird, wird unter Zuhilfenahme der subjektiven Sichtweisen der Interviewten dargestellt. Zweitens die „Gegenstandsorientierung“, welche einen Kernkomplex ins Zentrum der Untersuchung stellt, an welchem sich die einzelnen Fragestellungen ausrichten. Abschließend bezeichnet die „Prozeßorientierung“ einen Verlauf, in welchem die erhobenen Daten einer ständigen Überprüfung unterzogen werden. (vgl. Witzel 1982, S. 67ff.)

Diese Interviewmethode enthält Vorannahmen, welche sich auf die Theorie des Forschungsgegenstandes beziehen, überprüft werden sollen und keine neue Theorie bildet. Um ein entsprechendes Offenheitsprinzip zu erzielen, ist es im problemzentrierten Interview bedeutungsvoll, zu Erzählungen anzuregen (vgl. Witzel 2000, Punkt 3). Aus diesem Grund wurden in dieser Untersuchung für das problemzentrierte Interview offene, teilstandardisierte Gesprächsleitfäden entwickelt.

Im Anschluss an ein Interview ist es angebracht ein Postskriptum zu erstellen, zur Erleichterung der Interviewauswertung. Das Anfertigen eines Postskriptums ist für InterviewerInnen nach Ablauf des problemzentrierten Interviews eine Maßnahme, um Vermutungen, Situationseinschätzungen, Beobachtungen und nonverbale

Kommunikationseindrücke, welche nicht in den Transkripten bzw. Tonbandaufnahmen vorhanden sind, darzustellen. Durch die schriftlichen Aufzeichnungen können InterviewerInnen entscheidende Daten geliefert werden, die relevant für die Auswertung der Interviews sind und bei der Interpretation mitberücksichtigt werden können. (vgl. Witzel 1982, S. 92ff.)

4.2 Bedeutung des Interviewleitfadens

Als Grundlage dieser qualitativen Interviewführung diente ein Leitfaden (vgl. Anhang 2 Interviewleitfaden), welcher die Untersuchungsthematik eingrenzte. Der Leitfaden wurde basierend auf den vorangegangenen Theorieteil erarbeitet, um diesen zu verifizieren bzw. falsifizieren, und war dementsprechend auf die Schwerpunkte des Forschungsinteresses ausgelegt. Er diente als Orientierungsstütze, um den Verlauf des Interviews zu gliedern. Der teilstandardisierte Gesprächsleitfaden enthielt offene Fragen, um den Interviewten die Möglichkeit einzuräumen, ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Erlebnisse durch Beschreibungen und Beispiele darzustellen (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 375 ff.).

Der Interviewleitfaden für die betroffenen Frauen impliziert die ausgewählten Themenkomplexe mit dazugehörigen vorformulierten offenen Fragen. Der Interviewleitfaden gliederte sich in die Aspekte der Dammschnittprävention vor und nach der Geburt, das Dammschnittleben während und nach der Geburt, das Sexualleben nach einem Dammschnitt mit sowohl physischen als auch psychischen Auswirkungen, die Sichtweise und Kommunikation mit dem Partner und abschließend die Beratung vorher und nachher durch Hebammen und GynäkologInnen. Als Einstieg in die Gespräche dienten allgemeine Fragen zu der Kinderanzahl, der Schwangerschaft und dem allgemeinen Geburtsverlauf, um die Arbeitsatmosphäre aufzulockern und eine Grundvertrauensbasis für dieses Thema herzustellen.

4.3 Auswahl und Gewinnung der Interviewpartnerinnen

Der Kontakt zu den drei Frauen, welche im Jahr 2013 entbunden haben, ergab sich aus der Anfrage bei Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen durch die Forscherin und den dadurch gewonnenen Kontakten zu potentiell Betroffenen. Die Auswahl der betroffenen Frauen erfolgte auf der Grundlage, dass wenige Frauen in dem ausgewählten sozialen Umfeld einen Dammschnitt erhalten und sich ausschließlich diese Frauen auf die Nachfrage gemeldet haben. In dem Informationsgespräch wurde den Frauen ausführlich die Ziele und Interessen der Befragung

dargestellt und Zeit geboten, sich zu überlegen, an dem Interview teilzunehmen. Nach gründlicher Bedenkzeit und Abwägung seitens der Frauen konnten Termine für die Interviewdurchführung vereinbart werden.

4.4 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden am 15.03., 18.03. und 20.03. in den privaten Wohnungen der jeweiligen Frauen durchgeführt. Die Datenerhebung fand somit in einem für die befragte Frau gewohntem Umfeld statt, um eine vertraute und angenehme Grundatmosphäre zu gewährleisten. Alle drei Frauen konnten sich während des Interviews ungestört auf das Interview einlassen, da die jeweiligen Väter die Betreuung der Kinder übernahmen.

Zu Beginn der Interviews wurde erklärt, dass die erhobenen Daten anonymisiert und vertraulich behandelt und nur zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieser Masterarbeit genutzt werden. Ebenso wurde betont, dass keine spezifischen Antworten erwartet werden, sondern die persönlichen Einstellungen, Erfahrungswerte und Darstellungen zu den Fragen von Bedeutung sind und die interviewten Frauen daher keine falschen Antworten geben können. Diese Mitteilung sollte dazu beitragen, den Befragten zu verdeutlichen, dass sie im Rahmen dieser Untersuchung die ‚Spezialistinnen‘ sind und die Interviewerin die Rolle der ‚Unwissenden‘ einnimmt.

Nach Abschluss der Interviews wurde den drei Teilnehmerinnen die Möglichkeit geboten, weitere Aspekte hinzuzufügen, welche unausgesprochen blieben, aber nichtsdestotrotz für sie wichtig erschienen. Die Interviews, welche einen unterschiedlichen zeitlichen Rahmen von 36 Minuten, 28 Minuten und 22 Minuten umfassten, verliefen von Beginn an offen und entspannt.

Die drei interviewten Personen waren damit einverstanden, dass die Interviews mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet werden. Durch diese Audioaufzeichnungen wurde der gesamte Gesprächsfluss aufgenommen und bot somit die Möglichkeit, eine nachvollziehbare und vollständige Transkription zu erstellen. Der Interviewerin war es dadurch möglich, sich gänzlich auf das Gespräch zu konzentrieren und somit „nonverbale Elemente“ (Witzel 1982, S. 91), wie Mimik und Gestik, wahrzunehmen.

Die Gesprächsinteraktion war von Seiten der Interviewerin darauf ausgerichtet, die Befragten zu verstehen, nachzuvollziehen, was gesagt wurde und sich auf die jeweilige Argumentationsweise einzulassen. Aufgrund der Meidung von Stellungnahmen der Interviewerin und der Bekundung von Interesse wurde der Redefluss der Be-

fragten aufrechterhalten. Traten Themen auf, welche nicht im Leitfragebogen vorhanden waren, wurden auf diese Themen dennoch eingegangen. Hieraus konnten sich weitere Perspektiven und Fragestellungen ergeben, welche die Interviewerin vorher nicht betrachtet hat.

4.5 Kategorienauswahl

Die Basis bei der Kategorienauswahl bildete die Ausarbeitung der theoretischen Hintergründe im Vorfeld, die zu untersuchende Fragestellung und das Datenmaterial, welches sich durch die Interviews ergeben hat. Nach der Durchführung der Interviews mit den drei betroffenen Frauen ist deutlich geworden, dass sich neben den Kategorien aus dem Theorieteil und den vorab erarbeiteten Aspekten aus den Leitfäden keine weiteren Themenschwerpunkte ergeben haben.

4.6 Auswertungsmethode

Durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurden die transkribierten Interviews systematisch bearbeitet und in die Kategorien untergliedert, welche basierend auf der Theorie erstellt wurden. In den einzelnen Aspekten wurden die Punkte wiedergegeben, welche aus den Interviews herausgefiltert wurden. Für die Auswertung wurden drei Formen der Analyse genannt. (vgl. Mayring 2002, S. 114; vgl. Mayring 2004, S. 468 f.)

Explikation

Einzelne Textabschnitte können mit Hilfe von weiterführender Literatur und speziellen Textstellen belegt werden, wodurch Textstellen definierender, korrigierender, erklärender etc. dargestellt werden.

Strukturierung

Im Mittelpunkt dieser Technik steht die genaue Definition von den vorab festgelegten Kategorien. Die exakte Zuordnung von Textpassagen zu den Kategorien muss jederzeit nachvollziehbar sein.

Zusammenfassung

Das gewonnene Interviewmaterial wird reduziert, sodass die grundlegenden Aussagen und Inhalte erhalten bleiben. Die Kategorien werden, ähnlich wie bei der Strukturierung, zu einem speziellen Thema zusammengestellt, welche durch bestimmte Textstellen untermauert werden.

(vgl. Mayring 2002, S. 114ff.; vgl. Mayring 2004, S. 472 f.)

Im Rahmen dieser Arbeit wurden bezüglich der qualitativen Inhaltsanalyse die Verfahrensweisen der „Zusammenfassung“ und der „Strukturierung“ verwendet.

5 Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Die Namen der drei Probandinnen wurden aus Gründen der Anonymität geändert. Um die Frauen bei der hier vorliegenden Auswertung dem Zeitpunkt des jeweiligen Dammschnittes zuordnen zu können, aber auch die zeitlichen Veränderungen und Heilungstendenzen, von zehn, acht und vier Monaten, deutlich zu machen, wurden ihnen die jeweiligen Monatsnamen (Frau Mai, Frau August und Frau Dezember) der Geburten ihrer Kinder gegeben. Die hier untersuchten Dammschnittverfahren fanden allesamt im Kalenderjahr 2013 statt. Alle drei Frauen in dieser qualitativen Interviewstudie sind Erstgebärende, bei denen die Kinder zwischen einer und drei Wochen früher kamen als geplant. Komplikationen bzw. Schwierigkeiten während des Geburtsverlaufes waren bei allen drei Frauen sichtbar.

Während der Geburt von Frau Mais Kind wurden die Herztöne ihres Kindes schwächer, da sie sich verkrampft hat *„und die Wehen so doll waren“* (Frau Mai, S. 1). Nachdem der pH-Wert des Kindes im Normalbereich lag, die Herztöne jedoch immer wieder abfielen, wurde die Entbindung des Kindes mit einer Saugglocke und einem Dammschnitt beendet.

Frau Augusts Kind war klein und durch den Geburtsverlauf waren sowohl Mutter als auch Kind erschöpft. *„Sie hat die letzte Kurve nicht so richtig bekommen, da der Kopf klein war, hat sie den nicht so auf die Brust gemacht und hat es nicht mit Schwung geschafft. Sie war halt auch schon etwas gestresst und ich einfach schon KO.“* (Frau August, S. 9) Die mehrmaligen Versuche, das Kind herauszupressen, sind weiterhin durch das strukturbedingte zu straffe Dammgewebe gescheitert.

Das Kind von Frau Dezember war laut ihren Äußerungen *„wie’n Sternengucker“* (Frau Dezember, S. 1), d.h. das Kind lag mit der hinteren Hinterhauptslage im Becken und hing mit der Schulter im Geburtskanal fest, wodurch die Geburt verzögert wurde. Durch einen Dammschnitt wurde die Geburt rasch beendet.

Frau Mai und Frau August können sich nur abschnittsweise an ihre jeweilige Geburt erinnern und haben das Geburtserlebnis durch die Erzählungen ihrer Männer rekonstruieren können.

5.1 Dammschnitt erleben während und nach der Geburt

Frau Mai und Frau August erlebten die Geburt in einer schwarzen Phase bzw. „*wie in Trance*“ (Frau Mai, S. 2). Auch das Schneiden des Dammes haben beide Frauen aufgrund des Trancegefühls nicht bewusst miterlebt, sondern es wurde durch die jeweils anwesenden Ehemänner widergespiegelt.

Durch die Erzählungen ihres Ehemannes konnte Frau Mai wiedergeben, dass die ÄrztInnen sie abgelenkt haben, um den Schnitt zu machen. *„Mein Mann hat´s gesehen, dass, äh, hat er mir auch im Nachhinein erzählt, aber ich hab, ähm, soll wohl so gewesen sein, dass die Ärzte (lacht) mir gute Laune gemacht haben und dann plötzlich Ritsch, ritsch [macht eine Scherenbewegung mit Mittel- und Zeigefinger zum Gesagten] geschnitten haben“* (Frau Mai, S. 2). Bereits hier lässt sich vermuten, dass Frau Mai den Eingriff als nicht beunruhigend wahrgenommen hat. Sie erzählt lächelnd, wie die ÄrztInnen sie zum Lachen gebracht haben und untermauert das Erzählte durch die Handbewegung eines Scherenschnittes. Ihrer Meinung nach wurde sie nicht darauf hingewiesen, dass die ÄrztInnen einen Dammschnitt machen werden. Auch den Eingriff an sich hat Frau Mai nicht gemerkt: *„Ich hab den, ähm, wenn ich nicht genäht worden wäre eigentlich überhaupt nicht gemerkt, dass ich ein hatte.“* (Frau Mai, S. 2)

Ähnlich wurde das Geburtserlebnis von Frau August geschildert, welche sich auch nicht an die Ankündigung eines Dammschnittes erinnern kann. Dennoch hat Frau August die Verletzung gespürt: *„...es hat sich wie so´n, wie so´n Riss angefühlt, dass ich, ähm, unter dieser schwarzen Phase, die die in der Geburt war, so gemerkt hab 'Oh, jetzt ist da was gerissen, dass muss der Damm gewesen sein“* (Frau August, S. 2). Dass die ÄrztInnen den Damm eingeschnitten haben, daran kann sie sich nicht erinnern, eher vermutete sie, dass es zu einem Dammriss gekommen ist. Erst durch die Nahtversorgung wurde Frau August bewusst, dass es zu einer Episiotomie kam. Sie hat während des Eingriffes keine Schmerzen verspürt.

Frau Dezember hingegen hat den Schnitt mit der Vorankündigung und dem Bereitlegen der Episiotomieschere bei vollem Bewusstsein mitbekommen und ihr Einverständnis für diese Intervention gegeben. Da ihr Kind mit der Schulter im Becken festhing, schritt trotz des mühsamen Pressens die Geburt nicht voran. Für Frau Dezember stellte der Schnitt in dieser Situation, welcher die Geburt innerhalb von zwei bis drei Wehen zu einem raschen Ende führte, eine extreme Erleichterung dar. Sie hat dem Kreissaalteam vertraut und gewusst, dass sie das Richtige tun werden.

Durch die Ankündigung hat Frau Dezember bewusst auf die Intervention geachtet. *„Also ich wusste jetzt kommt der, da hab ich natürlich besonders versucht drauf zu achten und es war nur ´n leichtes Brennen“* (Frau Dezember, S. 2). Frau Dezember hat somit den Schnitt durch körperliche Reaktionen wahrgenommen, diese aber nicht als schmerzhaft empfunden.

5.2 Sexualeben nach dem Dammschnitt

Die drei Probandinnen beschreiben im Verlauf des Interviews ihre Vorstellungen und Bedeutungen von Sexualität. Die Vor- und Einstellungen sind von großer Bedeutung für das Leben und den möglichen Umgang mit einem Dammschnitt.

Für Frau Mai spielt die Attraktivität ihres Partners, das Gefühl sich zu ihm hingezogen zu fühlen und ihm nahe sein zu wollen eine große Rolle. *„Mit ihm Sachen ausprobieren wollen und sowohl ihn als auch selber glücklich, also ´n gutes Gefühl zu geben“* (Frau Mai, S. 3). Vertrauen, um neue Dinge auszuprobieren, und glücklich zu sein, sind von hohem Stellenwert in der Sexualität von Frau Mai. Zum ersten Geschlechtsakt ist es in Frau Mais Beziehung nach circa zwei Monaten nach der Entbindung gekommen, als sie wieder verhütet hat.

Frau August beschreibt ihre persönliche Vorstellung von Sexualität mit mehr als nur Geschlechtsverkehr, was ihr besonders nach der Schwangerschaft aufgefallen ist, dass *„...mehr Bedürfnis auch so war, klar so die Anfangszeit erst mal zu kuscheln und, ähm, beieinander zu sein und nicht nur den reinen Geschlechtsverkehr zu haben“* (Frau August, S. 4). Ein wichtiger Punkt für sie ist, Zärtlichkeit und Gefühle auszutauschen. Auch das Bedürfnis sich ihrem Mann nackt zu zeigen bzw. ihren Mann nackt zu sehen, ist für sie ebenfalls ein bedeutungsvoller Aspekt in ihrer Sexualität. Nach ihrem Verständnis von Sexualität hat Frau August diese bereits kurz nach der Entbindung in Form von Zuneigung ausgetauscht. Den Geschlechtsverkehr sowohl mit Vor- und Nachspiel als auch der vaginalen Penetration haben sie in der Zeit des Wochenbettes, nach circa neun bis zehn Wochen wieder aufgenommen.

Die Erotik zwischen Frau und Mann spielt für Frau Dezember eine wesentliche Rolle in Bezug auf ihre Sexualität. *„Also diese emotionale Ebene von den Gefühlen her, aber auch das Körperliche“* (Frau Dezember, S. 3), wie Petting, Geschlechtsverkehr und Nachspiel bringt Sie mit ihrer Sexualität in Verbindung. Für Frau Dezember war die Nachuntersuchung bei ihrer Gynäkologin für die Aufnahme des Geschlechtsver-

kehr von großer Bedeutung. *„Das war (..) nach acht Wochen hatten wir die Kontrolle beim Frauenarzt und denn braucht ich nochmal so zwei Wochen bis ich denn gesagt hab 'So, jetzt darf'“* (Frau Dezember, S. 3). Circa zehn Wochen nach der Entbindung fühlte sie sich bereit für den Geschlechtsverkehr mit Vor- und Nachspiel.

Die Vorstellungen und zugleich Befürchtungen zum ersten sexuellen Kontakt nach der Geburt, ließen bei den Frauen unterschiedliche Gedanken aufkommen. Frau Dezember hat sich vor ihrem ersten sexuellen Kontakt über die Möglichkeit von körperlichen Verspannungen und einer Vaginaverengung durch die Dammschnitt Gedanken gemacht, *„...dass das vielleicht zu eng oder enger oder irgendwie anders wäre“* (Frau Dezember, S. 4). Hingegen stand für Frau Mai der Gedanken der möglichen Erweiterung ihrer Vagina im Vordergrund. *„Weil´s man, also is auch so ´n bisschen, da is ja auch ´n Kind rausgekommen, also man. Obwohl man weiß, dass es nicht so ist, aber man hat, man weiß, überlegt auch es is geweitet“* (Frau Mai, S. 4). Frau August hatte ähnliche Gedanken. *„Na klar hat man erst mal so das Gefühl: Oh aus ´m Bauch und aus der Scheide ist auf einmal so ´n Kind rausgekommen und, äh, ist es noch alles so, wie es sein soll und empfindet man noch genauso wie vorher oder ist es jetzt auf einmal weiter geworden“* (Frau August, S. 5). Neben den Möglichkeiten der Verengung bzw. der Erweiterung spielen weitergehend die möglicherweise eingebüßten sexuellen Empfindungen für sich persönlich, aber auch dem Partner gegenüber und Veränderung des Sexuallebens und des eigenen Körpergefühls nach der Schwangerschaft und Geburt bedeutungsvolle Rollen bei den drei Probandinnen.

Frau Mai und Frau August können ihr Sexualleben bereits zufriedener genießen, auch wenn sie beschreiben, dass es nicht mehr das Sexualleben ist, wie vor der Schwangerschaft und Geburt. *„Und manchmal ist es auch so ´n bisschen Überwindung, aber man ist sehr müde, aber trotzdem möchte man auf eine Art auch Sex haben. Und deshalb ist es nicht mehr ganz so spontan wie früher, aber trotzdem schön“* (Frau August, S. 6). Auch für Frau Mai ist das Lustempfinden, nachdem sich der Alltag eingespielt hat, zurückgekehrt: *„...nachdem man sich eingespielt hat und, äh, einfach nicht mehr nur mal eben schnell, ähm, Sex haben möchte, um es quasi zu erledigen, sondern selber ja auch sein Spaß einfordert“* (Frau Mai, S. 7). Frau Mai und Frau August haben sich zum Zeitpunkt der Interviews bereits teilweise in ihre Rolle als Mutter, aber auch in die Rolle der Partnerin und Frau wiedergefunden. Sie haben das Lustempfinden und die Sexualität neu entdeckt, was allerdings auch als Prozess erlebt wird: *„Also als ich abgestillt hab und meine Brüste, mein Körper*

wieder ganz für mich war, war's was anderes“ (Frau Mai, S. 3). Auch die körperlichen Veränderungen beeinflussen ihr Sexualleben nach der Schwangerschaft „[...] es war vielleicht ´n bisschen Scham, weil, weil man sein Körper nicht so kennt und äh, (..) nicht, nicht mehr so mit seinem Körper spielen kann. Also nicht so, mit ihm quasi benutzen oder einsetzen kann wie man´s gewohnt ist.“ (Frau Mai, S. 5).

Für Frau August hat sich das Sexualleben nach der Geburt gefühlsmäßig geändert.

„Hmm, ja (..) also ich find so nach der Geburt fühl, fühl ich mich mehr als Frau - klingt jetzt vielleicht ´n bisschen blöd. Klar war ich vorher auch ´ne Frau - aber irgendwie ist auch so die Sexualität nochmal weibliche und fraulicher geworden oder so ´n bisschen erwachsener auch (..) So würd ich´s sogar beschreiben. Bisschen hemmungsloser (..) auch. Vielleicht weil man sich jetzt nicht nur noch auch und im Alltag sieht man sich auch als Mutter. Aber ich find so in der Sexualität will man sich auch mal wieder als Frau sehen und als Frau auch begehrt werden. Und ich find, das leb ich jetzt so auch nochmal so aus“ (Frau August, S. 5-6).

Frau Dezember befindet sich noch in dieser Findungsrolle, um Mutter, Partnerin und Frau vereinen zu können. „Weil ich einfach noch für mich merke, ich bin da noch angespannt, was aber wahrscheinlich oder was ich denke nicht auf Dammschnitt, Geburt und Co, sondern auf die neue Situation zurückzuführen ist“ (Frau Dezember, S. 5). Dennoch beschreibt Frau Dezember, wie auch die beiden anderen Probandinnen, dass sie mit ihrem aktuellen Sexualleben zufrieden ist.

Neben den körperlichen und psychischen Veränderungen, welche eine Schwangerschaft und Geburt mit sich bringt, beeinflussen auch die Vorstellungen vor möglichen Dammschmerzen beim Geschlechtsverkehr die Frauen.

5.2.1 Physische Komplikationen

Frau Mai und Frau Dezember bringen vorerst kurzfristige Auswirkungen, wie Ziepen, Brennen und Spannungsgefühl beim Toilettengang und beim Duschen, mit der Episiotomie in Verbindung: „...also es hat ´n bisschen gebrannt und, äh, so und es fühlte sich ein bisschen spannend an, was denn nachher, ähm, ja die Toilettengänge und so anging, aber sonst nicht´s weiter“ (Frau Dezember, S. 2).

Frau Mai hat die Narbe und die Fäden durch das Aufrechtssitzen im Krankenhausbett und dahingehend den starken Druck auf das wunde Gewebe gemerkt.

„[Im Krankenhaus] hab ich viel gegessen und, ähm, im Bett einfach viel, quasi sich nach vorn nach hinten geschoben, das war vielleicht nicht ganz schlau.

Man hätte vielleicht mehr liegen sollen (lacht). Aber es gab keine Komplikationen. Es war dann halt nur so, dass ich´s halt gemerkt hab.“ (Frau Mai, S. 2).

Sie beschreibt das Gefühl ebenfalls mit einer Art Ziehen im Dammbereich. Weiterhin sind sowohl bei Frau Mai als auch bei Frau Dezember keine Probleme durch den Dammschnitt aufgetreten

Erst bei der Thematik Sexualität stoßen Frau Mai und Frau Dezember bzgl. möglicher Komplikationen aufgrund des Dammschnittes auf entsprechende Auswirkungen, welche sie in gewisser Weise beeinträchtigen. *„Es war, äh, das Vorspiel und das sich näher kommen, war alles total schön und, äh, total gut und auch gewohnt, aber als es dann, äh, tatsächlich um´s, um den, um das Eindringen ging, hat man kurz schon die Luft angehalten“ (Frau Mai, S. 4).* Sie empfindet die ersten Male Geschlechtsverkehr, entgegen ihrer Erwartung, dass es wehtun würde, was durch das Luftanhalten gespiegelt wird, nicht als schmerzhaft. Eher ein Ziehen im Dammbereich signalisiert das Vorhandensein der Narbe. *„Und da unten das auch nicht ganz abgeheilt war, sondern durch den Dammschnitt noch ´n bisschen und, ähm,...“ (Frau Mai, S. 5).* Das noch wunde Narbengewebe kann diesen Effekt des Ziehens hervorrufen.

Für Frau Dezember haben sich die Annahmen, dass ihr Vaginaleingang eventuell zu eng sein wird, bestätigt: *„dass sich alles so unten bisschen zusammengezogen hatte und es fühlte sich so an, als wenn so alles wirklich wieder so die Organe, ob das Gebärmutter, wie auch immer, alles musste wieder so ´n bisschen geweitet werden“ (Frau Dezember, S. 4).* Ebenfalls hat sie während des Geschlechtsverkehrs ein Ziehen an der Damмнаht gespürt. *„Ja, weil es schon ein wenig der, das Ziepen war schon weiter nach unten zum Dammschnitt hin. Also es war nicht die Scheide an sich nur, sondern schon das Ziepen nach unten hin“ (Frau Dezember, S. 5).* Auch nach dem zweiten Geschlechtsakt hat sie ein leichtes Ziehen im Dammbereich, welches aber nicht das Ausmaß des ersten Males besaß.

Frau August beschreibt einen in den ersten Tagen auftretenden Schmerz und ein Spannungsgefühl beim Sitzen. *„Also klar hat es schon geschmerzt und auch wie ´n mögliches Aufreißen, wenn ich mich draufsetz und man hat auch gemerkt, das da irgend ´ne Wunde ist“ (Frau August, S. 3).* Gleichzeitig beschreibt sie auch die körperlichen Auswirkungen der Episiotomie im Sexualleben. *„Also beim Eindringen, dass man gemerkt hat 'Oh', also der Punkt bevor ja der Penis halt eingedrungen ist*

halt in die Scheide war immer so [kneift Zähne zusammen und hält Luft an] mhm, so'n Ziepen und dann nach 'ner Zeit war es ok aber“ (Frau August, S. 3). Frau August beschreibt das Eindringen des Penis als kurzen und schmerzhaften Augenblick, welchen sie mimisch mit Zähne zusammenkneifen und Luftanhalten untermalt. Weiterhin beschreibt sie: „[...]als wenn das [...] nochmal wie so gerissen ist, also ganz kurz, dass die Narbe sich so gedehnt hat“ (Frau August, S. 3). Das Narbengewebe ist für sie während des Geschlechtsverkehrs spürbar und für einen kurzen Moment mit Schmerzen und dem Gefühl des Einreißens verbunden. „Und ja es ist nach vier, fünf Monaten is es dann aber wirklich auch, äh, weggegangen (..) das Ziepen“ (Frau August, S. 3). Die Schmerzen und das Ziepen kurz nach dem Eindringen des Penis sind gegenwärtig nicht mehr vorhanden und das Sexualleben kann wieder ohne die Begleiterscheinungen erlebt werden. Auch die Bedenken einer Weitung der Scheide durch die Geburt haben sich für Frau August nicht bewahrheitet.

Die Narbenheilung verlief unabhängig von den Schmerzen und Ziehen beim Geschlechtsverkehr bei allen drei Frauen ohne Komplikationen. Sowohl die begleitende Hebamme und GynäkologInnen als auch die GeburtshelferInnen und Hebammen im Krankenhaus haben die Wundheilung der Frauen beobachtet und Informationen zur optimalen Heilung gegeben.

5.2.2 Psychische Komplikationen

Unterschiedliche Gedanken und Gefühle begleiteten die Frauen vor dem ersten Geschlechtsverkehr, bezogen auf die Geburtserlebnisse und den Dammschnitt. Frau Mai beschreibt ihr erstes Mal nach der Geburt als etwas angespannt. Für sie war es anfangs auch nicht vorstellbar, dass ihr Mann sie beim Sex mit der Hand im Genitalbereich berührt. *„Ne, dass hätte ich glaub ich auch nicht gewollt [...] Da wieder zu dem Punkt, ich hab mich noch unwohl gefühlt und, ähm, das war noch so ein bisschen wieder ungewohnt“ (Frau Mai, S. 6). Sie hat sich beim ersten Mal noch unwohl gefühlt und musste für sich erst einmal Erfahrungen mit ihrem veränderten Körper und dem Dammschnitt sammeln und sich damit auseinandersetzen. Für sie war es anfänglich nicht wichtig, einen Orgasmus zu erleben, sondern das intime Zusammensein mit ihrem Mann stand für sie im Vordergrund. Nach mehrmaligen sexuellen Kontakten hat sich das Unwohlsein allmählich gelegt.*

In den ersten acht Wochen war es für Frau Dezember nicht vorstellbar, Sex zu haben. Für sie war die Nachuntersuchung bei ihrer Gynäkologin von großer Relevanz. *„Also es war erst mal diese acht Wochen, hab ich erst mal gesagt: ‚Da unten möcht*

ich nix irgendwie in Kontakt auch sexueller Natur irgendwie haben'. Denn war der Frauenarzt, denn gab's [...] also das Ok“ (Frau Dezember, S. 3). Sie wollte sich erst absichern, dass die Wundheilung abgeschlossen und das Spannungsgefühl an der Vagina nicht mehr vorhanden ist.

Trotz Arztbesuch drehten sich Frau Dezembers Gedanken und Gefühle, vor dem ersten sexuellen Kontakt, zum Einen um die Reaktion des Körpers mit einem eventuellen Abbruch des Geschlechtsaktes und zum Anderen um ein mögliches Schamgefühl diesbezüglich. *„Ein bisschen Scham war dabei, aber einfach aus Unsicherheit, weil ich nicht wusste, wie, wie is es. Also wie ist mein Körper, tut es weh, geschweige denn ist alles so, kann ich es überhaupt oder muss ich sagen 'Oh Gott, nee, dass is mir nix' oder so*“ (Frau Dezember, S. 4). Sie beschreibt selbst, dass sie das Gefühl des Schams aufgrund eigener Unsicherheit verspürte. Es scheint so, als ob sie Befürchtungen vor möglichen Auswirkungen im Dammbereich hat. Durch die Äußerung des Unwohlseins und möglichen Schmerzempfindens erweckt es den Eindruck, dass Frau Dezember selber, aufgrund der vor kurzen stattgefundenen Geburt und den hervorgegangenen Verletzungen, noch nicht zu ihrem eigenen Körpergefühl zurückgefunden bzw. ihr neues Körperempfinden entdeckt hat.

Der Gedanke an den vorhandenen kurzen Schmerz, welcher beim wiederkehrenden Geschlechtsverkehr auftritt, hat Frau August in ihrem Handeln beeinflusst. *„Das es da so'n bisschen Luft anhalten und 'Oh jetzt geht's gleich los und jetzt zieht es ganz kurz', aber dann war es auch eigentlich auch ok*“ (Frau August, S. 4). Durch die kurze Konzentration auf das Eindringen des Penis und den damit verbundenen Schmerz konnte sie sich in den ersten Augenblicken beim Geschlechtsakt nicht fallen lassen und diesen genießen. Weiterhin beschreibt sie eine länger dauernde Zeit bis zur Lubrikation: *„[...] es hat auch länger gedauert bis ich selber feucht geworden bin*“ (Frau August, S. 5). Auch diese Auswirkung kann von dem Dammschnitt ausgehen. Die sexuelle Disharmonie führte bei ihr dennoch nicht zum Verlust des Lustempfindens bzw. zu Unzufriedenheit in ihrem Sexualleben.

Bei Frau Mai hat sich das Lustempfinden nach der Geburt vorerst eingestellt:

„Aber im Großen und Ganzen war nach der Geburt und vielleicht auch durch den Dammschnitt und alles gereizt, kein großes Lustempfinden da. [...] die Lust ist auf jeden Fall weniger geworden. (...) Ich wüsste jetzt aber nicht, womit ich es in Verbindung bringe“ (Frau Mai, S. 3-7).

Für Frau Dezember ist der Verlust des Lustempfindens zum Zeitpunkt des Interviews noch gegenwärtig. *„Jetzt ist da das, das Kind, was noch daneben bei ist. Der Kopf ist noch voll. Man ist kaputt vom Tag und Co und da würd ich mir wünschen, dass man da noch, dass ICH da noch für mich gelassener werde und Co“* (Frau Dezember, S. 5). Hierbei ist es allerdings schwer zu interpretieren, ob der Lustverlust vom Dammschnitt kommt, da sie das veränderte Lustempfinden auf den neuen Alltag, das Stillen und die neue Situation mit dem Kind zurückführt.

Da bei allen drei Frauen keine großen Narben zurück geblieben sind, beschreiben die drei Interviewten das kosmetische Nahtergebnis als zufriedenstellend. *„[...] die Schwestern, die es kontrolliert hatten, ähm, im Krankenhaus haben auch immer gesagt 'Wunderbare Heilung' und ich hab auch nichts irgendwie gespürt, dass da irgendwie was nicht korrekt ist“* (Frau Dezember, S. 2). *„Ich hab es mir angeschaut, aber ich hab da auch nicht so viel ehrlich gesagt, ähm, entdeckt. Also was jetzt groß ungewöhnlich wäre, deswegen“* (Frau Mai, S. 3). Aufgrund des Interesses, die Narbe sehen zu wollen, hat sich Frau Mai die Wundheilung zwei Wochen nach der Geburt und nach der Wundheilung angeschaut.

Laut den Aussagen der drei Probandinnen erlebten sie keine psychischen Auswirkungen durch den Dammschnitt. Die genaue Betrachtung der Ergebnisse spiegelt jedoch wieder, dass sowohl bei zwei Frauen das Lustempfinden verringert war bzw. ist, Befürchtungen vor dem ersten sexuellen Kontakt bestanden und Scham und Ängste vor Schmerzen präsent waren bzw. immer noch sind.

5.2.3 Sichtweise des Partners

Um die Auswirkungen des Sexuallebens insgesamt betrachten zu können, erscheint es wichtig, die Wahrnehmungen und Erlebnisse der jeweiligen Partner darzustellen. Da sich die Partner nicht bereit fühlten, an dem Interview teilzunehmen bzw. im Einzelinterview befragt zu werden, wird das Erlebte aus der weiblichen Perspektive bzw. aus den Erzählungen des Partners wiedergegeben.

Für Frau Mai und Frau August waren die Ehemänner im Nachhinein die Hauptansprechpartner, um den Ablauf der Geburt rekonstruieren zu können. Laut Frau Mai war der Anblick der Episiotomie-Schere und das Geräusch des Schneidens für ihren Mann sehr prägnant: *„[...] ein Moment, wo er groß geguckt hat, weil (..) [...], er meint, es sah aus wie eine Geflügelschere und (..) ihm ist das Geräusch wohl sehr in Erinnerung geblieben“* (Frau Mai, S. 8). Es scheint, dass ihn der Anblick und die

Hilflosigkeit, seiner Frau nicht helfen zu können bzw. mit ansehen zu müssen, dass sie mit dem Instrument geschnitten wird, schockiert hat.

Während der Wundheilung fühlte sich Frau Mai optimal von ihrem Mann unterstützt.

„[...] wegen dem Wochenbett musste er halt [Frau Mai lacht] Binden holen und so, aber es war alles ok. Es war halt nur mal die Frage, wie es geht und ob es ok ist [...] er hatte gehört, dass, von seiner Oma, dass man so'n Kamillenbad nehmen könnte und hatte mich gefragt, ob ich das machen möchte und, ob ich Beschwerden hab, aber es war alles soweit ok“ (Frau Mai, S. 8).

Da er ihr während der Geburt körperlich wenig abnehmen konnte, möchte er ihr im Wochenbett in jeder Hinsicht beistehen. Durch erwidertes Nachfragen zu ihrem Wohlbefinden oder Bereitstellung von Kamillenbädern zur Wundheilung fühlt sich Frau Mai unterstützt. Auch der Kauf von Hygieneartikel wurde zur Aufgabe für ihren Mann. Durch ihr Lachen im Interview scheint es, als ob er dieses sonst nicht tue und somit untypisch für ihren Mann sei.

Gemäß ihren Aussagen scheint es jedoch so, dass das Dammschnitterleben für ihren Mann aktuell nicht mehr präsent ist. *„Ich glaub, das ist auch längst wieder vergessen“ (Frau Mai, S. 8).* Dennoch macht es den Eindruck, dass die Dammschnitt-erfahrungen und das Erleben dieser Intervention eher mit negativen Gedanken und Bildern behaftet zu sein scheint.

Vor der Geburt haben Frau Mai und ihr Mann nicht über die Möglichkeiten eines Dammschnittes und deren Auswirkungen kommuniziert, da sich Frau Mai keine Gedanken über eine etwaige Notwendigkeit eines Dammschnittes gemacht hat. *„...wenn so eine Situation nicht eintritt, ich mir nicht große Gedanken darüber mache, weil ich es eh nicht ändern kann“ (Frau Mai, S. 9).* Dennoch wurden Situationen zum Geburtsverlauf und Ängste und Befürchtungen innerhalb der Paarbeziehung offen kommuniziert. *„Ich hatte eigentlich nur ein (..) ein Wunsch, dass es nicht unbedingt ein Kaiserschnitt wird. Das war so worüber wir geredet haben, dass das mein Wunsch wäre, [...] dass es halt nicht allzu lange dauert“ (Frau Mai, S. 9).* In dem Interview ist offensichtlich geworden, dass das Vertrauen und die Kommunikation in der Paarbeziehung eine prägnante Rolle spielen. Zwar wurden sexuelle Vorlieben zu Beginn der Beziehung ausgetauscht, dennoch werden auch neue Situationen und Gegebenheiten durch Probieren ausgetestet, was sich auch in dem Dammschnitterleben widerspiegelt.

Der Ehemann von Frau August erzählte ihr, dass die Ärzte den Dammschnitt angekündigt haben. Das Nähen des Dammes war für ihren Ehemann sehr präsent und abschreckend.

„Er hat nachher das Nähen mitgekriegt, [...]. Hmm, aber er wollte das gar nicht sehen, [...] wie mein Genitalbereich aussah, dass wollt er nicht sehen und da hatte er auch so ´n bisschen er will, so ungefähr 'Er will ihn so in Erinnerung behalten wie vor ´ner Geburt'“ (Frau August, S. 8)

Auch während der Wundheilung im Wochenbett hatte ihr Mann nicht das Bedürfnis, den verletzten Dammbereich zu sehen. Nachdem die Wundheilung fast vollständig vollzogen war, fühlte er sich bereit, den Genitalbereich seiner Frau anzusehen. *„Und als es nachher so ziemlich abgeklungen war, [...] wo´s schon ziemlich doll verheilt war, da hat er´s sich dann auch angeguckt“ (Frau August, S. 8)*. Die Dammverletzungen, welche seine Frau erlitten hat, belasteten ihn.

Auch bei den Sexualkontakten scheint es, dass sich ihr Ehemann noch Gedanken über den verletzten Dammbereich macht und seine Frau nicht noch mehr Schmerzen aussetzen will. *„...wenn irgendwas weh tut, dann soll ich Bescheid sagen, aber das weiß ich eben auch selbst und das weiß er auch, dass ich´s denn auch sagen würde“ (Frau August, S. 8)*. Kommunikation und Vertrauen spielen auch bei dem Ehepaar August eine prägnante Rolle. *„Das können wir eigentlich, konnten wir eigentlich gut thematisieren und im Nachhinein eben auch, dass wenn eben Schmerzen da waren oder ein Ziehen da war, dass ich das gesagt hab. Mit ihm kommuniziert hab“ (Frau August, S. 8)*. Schmerzen beim Sex, aber auch die vorgeburtliche Dammassage wurden mit ihrem Ehemann thematisiert. Da sie keine Informationen über mögliche Auswirkungen durch einen Dammschnitt hatten, haben sie sich darüber keine Gedanken gemacht und es dementsprechend nicht thematisiert.

Da Frau Dezember die Geburt in allen Facetten selber mitbekommen hat, konnte sie die Reaktion ihres Mannes deuten und wiedergeben. Er hat die Vorbereitungen und Ankündigungen zum Dammschnitt bewusst wahrgenommen.

„Er saß, ähm, seitlich auf, auf Kopfhöhe von mir und, ähm, hatte nur die Schere gesehen und die war so, dieser Moment, wo der Arzt die Schere hingelegt hat und so, so von wegen 'Sie wissen was zu tun ist', da meinte er denn, is ihm schon so ´n bisschen komisch geworden“ (Frau Dezember, S. 6).

Trotz des flauen Gefühls ihres Mannes, welches Frau Dezember beschreibt, denkt sie nicht, dass er die Intervention als traumatisches Erlebnis erlebt hat. Da nach

dem Dammschnitt die Tochter schnell geboren wurde, fühlten sich nach Angabe von Frau Dezember, beide erleichtert. *„Aber ähm, war auch denn der Moment vorbei, weil dann kam auch schon das Kind und dann waren die Gedanken anders“* (Frau Dezember, S. 6)

Die mentale Unterstützung spielte auch für ihren Mann eine Rolle. *„Klar kommt immer die Frage 'Wie geht's dir. Auch unten rum, ob das alles so...' Aber, jetzt nicht direkt auf den Dammschnitt bezogen, wie sich das anfühlt, oder so“* (Frau Dezember, S. 7). Allerdings beliefen sich die Nachfragen nicht ausschließlich auf den Dammschnitt, sondern vielmehr auf das allgemeine Wohlbefinden und lediglich indirekt auf den Dammbereich.

Auch bei Frau Dezember und ihrem Partner wurde der Dammschnitt vor der Geburt nicht thematisiert. Da der eigentliche Geburtstermin drei Wochen später angesetzt war, war das Paar auch noch nicht auf die Geburt eingestellt. Dennoch sagte Frau Dezember, dass sie innerhalb der Beziehung offen mit ihrem Partner reden kann und gegenseitiges Vertrauen vorhanden ist. *„Ja, also wir sind da recht offen. Und, äh, sprechen da rüber, ob was gefällt, was nicht [...]. Das war vorher schon so und auch jetzt. Nicht zerreden, aber einfach so zu sagen auch während des ... [Geschlechtsverkehr], ne?“* (Frau Dezember, S. 6). Auch nach dem ersten Mal Geschlechtsverkehr nach der Geburt wurden Veränderungen besprochen.

Der Dammschnitt war für die drei Partner ein eingreifendes bzw. sogar traumatisches Erlebnis, welches mit unterschiedlicher Intensität wahrgenommen wurde. Frau Dezembers Mann verspürte ein unwohles Gefühl, welches aber durch die Geburt seiner Tochter rasch verflog und seinerseits nicht mehr thematisiert wurde. Der Ehemann von Frau Mai verbindet mit dem Dammschnitt noch immer eine große ‚Geflügelschere‘, mit welche ein in Erinnerung bleibendes Geräusch *„Ritsch, ritsch“* (Frau Mai, S. 2) assoziiert wird. Frau Augusts Mann konnte sich den Genitalbereich erst nach der Verheilung des Dammes ansehen und benötigte längere Zeit hierfür. Dies lässt auch auf eine traumatische Erfahrung mit psychischer Auswirkung schließen.

5.3 Dammschnittprävention und Beratung

Frau Mai kann sich nicht erinnern, ob sie im Vorfeld der Geburt über die Möglichkeiten eines Dammschnittes und den evtl. daraus resultierenden Komplikationen von ihrer Hebamme oder ihrem Gynäkologen informiert wurde. Auch an einen Behand-

lungsvertrag bei dem Aufnahmegespräch im Krankenhaus kann sie sich nicht entsinnen. *„Aber war es, glaube ich, nicht. Weil ich glaub, es wäre mir dann merkwürdig vorgekommen. [...] Wenn wir so etwas hätten unterschreiben müssen. [...] Dann hätte ich mich daran erinnert, deswegen“* (Frau Mai, S. 10). Eher vermutete Frau Mai, dass im Geburtsvorbereitungskurs das Thema eines Dammschnittes angesprochen wurde, *„...es kann sein, dass im Geburtsvorbereitungskurs das angeschnitten wurde, aber nicht so, dass´s mir im Gedächtnis geblieben ist“* (Frau Mai, S. 1). Eine gezielte Aufklärung fand bei Frau Mai nicht statt.

Frau Dezember hat bei der Anmeldung zur Geburt ein Informationsblatt erhalten, aber ein persönliches Gespräch wurde von Seiten behandelnder ÄrztInnen und Hebammen im Klinikum nicht vorgenommen. *„Ja, also ich war bei der Anmeldung zum, ähm, im Krankenhaus schon und hab da ´n Infoblättchen gekriegt für PDA und Dammschnitt und hab mir das vorher durchgelesen“* (Frau Dezember, S. 1). Die begleitende Hebamme und die Gynäkologin haben sie *„beiläufig“* (Frau Dezember, S. 1) informiert, dass ein Dammschnitt während der Geburt gemacht werden kann. Frau Dezember hat sich eher mit Freundinnen über die Möglichkeit eines Dammschnittes und den möglichen Risiken ausgetauscht.

Auch bei Frau August wurde beim Erstgespräch nicht speziell über die Notwendigkeit eines Dammschnittes und den unvorhersehbaren Risiken aufgeklärt. Erst durch einen *„Behandlungsvertrag“* (Frau August, S. 2), welcher von Frau August unterschrieben werden musste, wurde sie über die Möglichkeit eines Dammschnittes informiert. An eine Aufklärung über Risiken und Komplikationen im Behandlungsvertrag kann sie sich nicht erinnern.

Im Geburtsvorbereitungskurs von Frau August wurden Dammmassage, Wassergeburt und Kaffeesätze als Prophylaxe für einen Dammriss von der Hebamme genauer dargestellt. *„Also, es wurd halt nur drauf hingewiesen durch diese Dammassage, das war auch beim Geburtsvorbereitungskurs, dass der Damm dadurch elastischer werden kann, aber welche Risiken und Folgen ein Dammschnitt hat? Hmm, nee“* (Frau August, S. 2). Nichtsdestotrotz ist die Gefahr einer Dammverletzung für Frau August präsent gewesen, weshalb sie die Dammmassage als Gelegenheit nutzte, um ihr Dammgewebe *„drauf vorzubereiten“* (Frau August, S. 2), es geschmeidiger und elastischer zu machen und somit vor Verletzungen zu schützen.

Im Gegensatz dazu spielte bei Frau Mai und bei Frau Dezember die Dammmassage keine bedeutende Rolle. *„Ich hab es auf mich zukommen lassen [...] Genauso auch*

mit dem Dammschnitt oder mit (..) anderen Situationen, die hätten auftauchen können während der Geburt“ (Frau Mai, S. 9). Ähnlich sieht es Frau Dezember: „Also ich war eher gelassen, hab eher gedacht 'So was sein muss, muss sein und wenn die jetzt mich von oben bis unten aufschneiden, dann ist das so, Hauptsache das Kind kommt gesund raus“ (Frau Dezember, S. 7). Sie hätte für die Gesundheit ihres Kindes die auftretenden Komplikationen in Kauf genommen. Beide Frauen haben sich vor der Geburt nicht direkt mit der Thematik Dammschnitt auseinandergesetzt bzw. sie wollten sich nicht mit Themen beschäftigen, welche sie während der Geburt nicht beeinflussen konnten.

Die Sekundärprävention erscheint den Frauen dahingehend präziser, da sie sich nach der Geburt definitiv mit den Dammverletzungen auseinandersetzen mussten bzw. immer noch müssen.

Die begleitende Hebamme von Frau Mai informierte sie über die Dampfpflege. „Also am besten wäre es, lüften zu lassen [...] und ich glaub nach dem Waschen, abtupfen und vielleicht sogar mit ´nem Fön rangehen, dass das nicht so nass oder feucht bleibt“ (Frau Mai, S. 10). Auch die Möglichkeit der Dammmassage wurde Frau Mai vorgestellt, doch auch im Nachhinein war dies kein Thema für sie. Weiterhin untersuchte die begleitende Hebamme die Dammschnitt von Frau Mai. „Die Hebamme hat sich das sogar (..) im Wochenbett einmal angeschaut, den Damm (..), die Naht“ (Frau Mai, S. 10). Während der Wochenbettbetreuung durch ihre begleitende Hebamme fühlte sie sich gut aufgehoben. „Wenn [...] es denn der Fall gewesen wäre, dass im Nachhinein mit dem Dammschnitt irgendetwas gewesen wäre, hätten sowohl die Hebamme als auch mein Frauenarzt mir was gesagt“ (Frau Mai, S. 10). Sowohl mit ihrer begleitenden Hebamme als auch mit ihrem Gynäkologen war Frau Mai sehr zufrieden und hatte Vertrauen zu Beiden. Es scheint, dass Frau Mai sehr überrascht darüber war, welche Auswirkungen und Komplikationen ein Dammschnitt haben kann. Dennoch sagt sie weiterhin, dass sie sehr froh ist, nichts über diese Auswirkungen gewusst zu haben, da sie sich im Vorfeld nicht mit evtl. längerfristig auftretenden Komplikationen beschäftigen möchte, sondern erst, wenn die entsprechende Situation dieses bedingt.

Noch beim Nähen hat die Gynäkologin Frau August ermuntert, ihren ersten Toilettengang unter der Dusche zu erledigen, um Urin und Blut von der Wunde abzuspülen. „Das wurde sowohl, ähm, auf der Wochenstation gemacht, [...] da haben sie auch extra so ´n kleinen, [...] Kanister hingestellt, dass ich den Damm immer spülen

soll nach dem Toilettengang“ (Frau August, S. 9). Sowohl im Krankenhaus als auch von der Gynäkologin und der begleitenden Hebamme wurden Informationen zur Dampfpflege erteilt.

Mit ihrer begleitenden Hebamme war Frau August sehr zufrieden. Im Besonderen hat sie durch wiederholtes Nachfragen bzgl. der Wundheilung Interesse bekundet und auf die notwendige Dammmassage hingewiesen, was bei Frau August zu einem angenehmeren Wohlbefinden und Verständnis beitrug. Dennoch bedauert Frau August, dass die begleitende Hebamme nicht mehr vor Ort war, als das Sexualleben wieder aufgenommen wurde. Informationen bzgl. der auftretenden Schmerzen und Dauer dieses Zustandes konnten nicht mit der vertrauten Hebamme besprochen werden, da die Wochenbettzeit vorbei war. *„Also so ´ne Vertrauensperson, das ist ja doch nochmal ´ne andere Sache, ob du den Arzt fragst oder die Hebamme, die dich ja auch im Prinzip vier Monate fast begleitet hat und schon so ´n engeres Verhältnis auch hatte. Die dann aber auch weg ist“* (Frau August, S. 10). Obwohl sie ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrer Hebamme aufgebaut hat, will sie ihre Hebamme nach dem Wochenbett nicht mit ihren sexuellen Angelegenheiten belasten.

Beim ersten Kontrollbesuch bei der Gynäkologin, ca. zehn Wochen nach der Geburt, wurde auch die Damrnaht untersucht. *„Sie hat sich schon die Narbe angeguckt und gesagt, dass die Narbe sehr gut gemacht wurde, [...] aber sie hat jetzt nicht groß nachgefragt, ob es irgendwie Komplikationen gibt“* (Frau August, S. 9). Im Großen und Ganzen fühlte sich Frau August gut aufgehoben bei ihrer Frauenärztin, obwohl sie sich im Nachhinein mehr Informationen zu etwaigen Komplikationen und Auswirkungen gewünscht hätte. Da bei ihr die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ca. vier bis fünf Monate angedauert haben, suchte sie Hilfe bei ihrer Gynäkologin.

„Und ich hab es auch nochmal der Frauenärztin gesagt und die meinte 'Das es normal is, dass es einfach Zeit braucht bis sich das Narbengewebe wieder regeneriert hat und falls es gar nicht weggehen sollte [...] muss man die Narbe halt einfach nochmal ein bisschen spalten'. (Frau August, S. 3)

Die Gynäkologin sieht die Spaltungsmöglichkeit der Narbe als Intervention, sollten die Schmerzen langfristig bestehen bleiben. Allerdings ermuntert sie Frau August, ihren Damm mit einer speziellen Pflegesalbe zu massieren, um den Damm weich zu machen und weiterhin der Wundheilung Zeit einräumen, um komplett abzuheilen. Auch für Frau August scheint die erneute Spaltung der Narbe keine Option zu sein,

da sie erleichtert ist, dass die Schmerzen nach vier bis fünf Monaten nicht mehr da sind.

Die Dampfpflege spielte bei Frau Dezember keine bedeutsame Rolle. Da ihr bereits auf der Wochenbettstation durch die Krankenschwestern und Hebammen gesagt wurde, dass die Wundheilung keine Probleme hervorgerufen hat, bedarf die Narbe keine spezielle Behandlung, wie einölen oder Massage.

Auch während des Wochenbettes zu Hause fragte ihre begleitende Hebamme sie nach der Wundheilung. *„Sie hat sich das nicht angeguckt, aber sie hat mich ganz speziell gefragt, [...] ob ich mich unwohl fühle, wie sich das anfühlt und Co. Und denn, [...] also dass ich keine Probleme großartig damit hatte, [...] hat ich nix weiter gemacht“* (Frau Dezember, S. 8). Weiterhin hat ihre Hebamme sie über die Möglichkeit aufgeklärt, beim ersten Sexualkontakt ein Gleitgel zu verwenden. *„[...] meine Hebamme hat mir auch gleich noch gesagt mit, äh, Gleitgel und Co., dass man das eventuelle denn auch nutzen sollte zum, äh, Anfang hin und Co“* (Frau Dezember, S. 9). Sie fühlte sich bei ihrer Hebamme sehr geborgen und verstanden und vertraute ihr in allen Hinsichten.

Hingegen fühlte sich Frau Dezember bei ihrer Gynäkologin nicht so wohl, da ihr eine intensivere Betreuung wichtig gewesen wäre und das *„zwischenmenschliche“* (Frau Dezember, S. 8) im Patienten-Ärztin-Verhältnis nicht vorhanden war. Bereits vor der Schwangerschaft war sie bzgl. des Schwangerschaftswunsches bei Ihrer Gynäkologin in Behandlung. Bereits zu diesem Zeitpunkt war sie schon nicht mit ihrer Frauenärztin zufrieden: *„[...] wirklich die Aufklärung und Co an sich, war immer eher so ´n bisschen husch, husch“* (Frau Dezember, S. 8). In Bezug auf das erste Mal Geschlechtsverkehr nach der Geburt hat die Gynäkologin von Frau Dezember sie dennoch über mögliche Folgen informiert. *„Und die Sexualität an sich hat sie auch gesagt 'Wundern Sie sich nicht, wenn´s erst mal noch wehtut und Co und wenn sie sich leicht unsicher fühlen. Klar es ist was passiert und jetzt ist wieder was von Neuem'. Hatten wir drüber gesprochen“* (Frau Dezember, S. 9). Es ergibt sich jedoch die Annahme, dass Frau Dezember sich einen Teil der Unzufriedenheit in Bezug auf ihre Gynäkologin selbst zuschreibt, da sie denkt, dass sie hinsichtlich Komplikationen und Auswirkungen selber hätte nachfragen können. *„Und ich hatte gar nicht so großartig viele Fragen ihr gestellt, sonst hätt sie mir bestimmt auch ´ne Antwort gegeben“* (Frau Dezember, S. 8). Da es dem Kind sowohl während als auch nach der Schwangerschaft gut ging und ihr erster Geschlechtsverkehr noch bevor

stand, hat Frau Dezember nicht nach möglichen Risiken und Folgen für ihren eigenen Körpers gefragt. Für sie stand das Wohl des Kindes im Vordergrund.

Alle drei Frauen wurden über die Notwendigkeit eines Rückbildungskurses von ihren begleitenden Hebammen informiert. Das Thema der Verhütung wurde den drei Probandinnen sowohl durch die begleitenden Hebammen als auch durch die GynäkologInnen nahegelegt. Mögliche Auswirkungen und Komplikationen der Episiotomie wurden ausschließlich von Frau Dezembers Hebamme und Gynäkologin angesprochen. Jedoch wurde allen drei Frauen die Möglichkeit eingeräumt, belastende Fragen zu äußern und zu klären. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Frauen nach dem ersten Kontrollbesuch bzw. nach Beendigung des Wochenbettes den Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen haben. D.h. Folgen, Komplikationen und mögliche Fragen zum Sexualleben wurden erst zu diesem Zeitpunkt sichtbar, als die begleitende Hebamme und GynäkologInnen nicht mehr direkt ansprechbar waren.

5.4 Persönliche Einstellung zum Dammschnitt

Obwohl Frau Mai Erzählungen von anderen Betroffnen kennen gelernt hat, welche negative Erfahrungen durch den Dammschnitt erlebt haben, ist sie gegenüber der Episiotomie in ihrem Fall positiv eingestellt. „[...] dadurch, dass ich keine Komplikationen hatte und [...] gut verheilt ist und es anscheinend in dem Moment notwendig war, ähm, erachte ich ihn [...] als hilfreich und gut“ (Frau Mai, S. 11). Da bei der Wundheilung keine Komplikationen und Beschwerden auftraten, sieht sie den Dammschnitt in ihrem Fall zum Einen als unterstützende Intervention an, ist zum Anderen aber auch froh, dass sich bei ihr keine negativen Folgen entwickelt haben.

Die Narbe an ihrem Körper sieht sie als nicht störend an. „Ich muss sagen, wenn vielleicht die Alternative ein Kaiserschnitt wäre, bin ich ganz froh diesen Dammschnitt [...] nur gehabt zu haben“ (Frau Mai, S. 11). Viel dramatischer wäre für sie eine Kaiserschnittnarbe gewesen, welche für sie mit negativen Aspekten behaftet ist.

Frau Mai hat das Schneiden des Dammes aufgrund ihres Trancezustandes nicht mitbekommen und bringt daher auch keine schmerzhaften Erinnerungen mit der Episiotomie in Verbindung. Weiterhin spielt die Versorgung der Narbe eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung der Damмнаht. „Die [...] Ärztin, die während der Geburt bei mir war, die hat den auch genäht und es war einfach eine unheimlich angenehme lockere Situation. Wir waren zu dritt mit Baby im Kreissaal und wir haben gelacht

und Witze gemacht, also es war wirklich sehr angenehm“ (Frau Mai, S. 11). Eine vertrauensvolle und wohlfühlende Atmosphäre lässt die Dammschnittverfahren für Frau Mai positiv erscheinen.

In reflektierender Betrachtung sieht Frau Mai den Dammschnitt als hilfreiche Intervention. *„Es ist ja letztendlich eine Notwendigkeit, glaube ich, wenn das Kind so (..) besser den Weg findet oder einen einfachen Weg hat sowohl für Mutter als auch für Kind, dann ist es eine Notwendigkeit, die gemacht werden muss“* (Frau Mai, S. 12).

Frau August äußert sich zu diesem Thema ebenfalls positiv und beschreibt die Episiotomie als förderlichen Eingriff. *„Also bei uns würd ich sagen es ging nicht ohne“* (Frau August, S. 10). Da das Dammgewebe laut Gynäkologin sehr straff war, hatte das Kind Schwierigkeiten den Geburtsausgang zu durchbrechen. Zum Einen weist sie darauf hin, dass der Dammschnitt eine Möglichkeit sein kann, Frauen bei der Geburt zu unterstützen. Zum Anderen erscheint es ihrer Meinung nach wichtig, bei jeder Frau individuell zu schauen, ob solch eine Intervention notwendig erscheint und nicht bei allen Frauen einen Dammschnitt routinemäßig durchzuführen.

Abschließend berichtet Frau August jedoch stolz und mit einem Lächeln, dass sie die Narbe auch an die Geburt ihrer Tochter erinnert. *„Ok, die ist jetzt halt da und die bleibt halt auch immer‘ und ja is halt von der Geburt meiner Tochter [lächelt]“* (Frau August, S. 10).

Vergleichsweise kommt auch Frau Dezember zu dem Ergebnis, dass sie den medizinischen Eingriff während der Geburt als sinnvoll und erleichternd erachtet hat. *„Sondern ich hab gemerkt, es regt sich da unten nix, das Kind hängt fest. Da war ich froh, dass es nur dieser kleine Dammschnitt war, den wir machen mussten und der hat mir sehr geholfen, weil das Kind dann entspannt auf die Welt kam“* (Frau Dezember, S. 7). Da sie dem Kreissaalteam vertraute, sich mit ihnen als Einheit sah und auch keine Probleme bei der Wundheilung hatte, betrachtet sie den Schnitt als notwendige und erleichternde Intervention. *„Ich hab ihn als sehr hilfreich angesehen während der Geburt. Äh, denke auch positiv drüber, aber wahrscheinlich auch, weil bei mir die Heilung und Co alles gut voran und nix gerissen und so [...]“* (Frau Dezember, S. 9).

5.5 Verbesserungswünsche

In Bezug auf zukünftige Informations- und Aufklärungswünsche wurden von den drei Interviewten unterschiedliche Aussagen getroffen.

Für Frau August und Frau Dezember wären Informationen für ihre jeweiligen Partner von Vorteil gewesen.

„[...] wie man dem Mann im Prinzip auch so ´n bisschen helfen kann. Wie er auf die Bedürfnisse der Frau im Prinzip eingehen kann nachher. [...] wie auch immer das aussehen mag, aber, ja das man dem Mann einfach auch ´n paar Infos an ´ne Hand gibt. Das hat mein Mann selber auch gesagt, also da hätt er glaub ich gerne ´n paar Infos auch gehabt, wie er damit umgehen kann“ (Frau August, S. 11).

Ihr Partner fühlte sich im Umgang mit den Verletzungen im Genitalbereich seiner Frau etwas überfordert und hatte keinerlei Informationen oder Beratungsmöglichkeiten, wie er auf seine Frau zugehen soll bzw. wie er sie unterstützen kann.

Laut Frau Dezember war ganz offensichtlich, dass durch den nicht mehr getätigten Geburtsvorbereitungskurs, ihrem Partner ein großer Teil an Informationen fehlte.

„[...] vielleicht wäre es für meinen Mann ganz hilfreich oder interessant gewesen, was ´n Dammschnitt ist, [...]. Also dieser Geburtsvorbereitungskurs, der uns fehlte. [...] die Information, was mit der Frau alles passiert und Co, denke ich wäre es ganz nett gewesen für ihn, das zu wissen“ (Frau Dezember, S. 9).

Frau August hätte sich vor der Geburt mehr Aufklärung hinsichtlich des Dammschnittes sowohl für ihren Mann als auch für sich selbst von Seiten der Hebamme oder der Gynäkologin gewünscht.

„[...] aber trotzdem kommen natürlich auch Gedanken in den Kopf, was wenn ´n Dammschnitt gemacht wird? Wie schmerzhaft ist das? [...] Oder wie, wie es nachher mit dem Dammschnitt an sich auch weitergeht, wie die Wundheilung ist. Vielleicht auch, jetzt so im Nachhinein so pro contra - Dammschnitt, Dammriss, [...] keine Dammverletzung“ (Frau August, S. 10-11)

Im Gegensatz dazu fühlte sich Frau Dezember gut informiert und hat ihrerseits bereits vor der Geburt genügend Wissen zum Thema Dammschnitt gehabt. *„Und finde, dass man da aber auch generell, weil es von Hebamme und auch Frauenärztin direkt angesprochen wurde, fand ich das schon ganz gut“ (Frau Dezember, S. 9).*

Auch wenn Frau Mai nicht derart von ihrer begleitenden Hebamme und ihrem Gynäkologen informiert wurde, ist sie im Nachhinein dankbar, keine Informationen er-

halten zu haben. Ebenfalls ist sie der Meinung, dass zu viele Informationen Frauen verängstigen könnten oder sie sich zu sehr auf Dinge konzentrieren, welche derart vielleicht nicht eintreten werden. „[...] ich würde vielleicht im Geburtsvorbereitungskurs einfach darauf eingehen, [...] würde ich Sexualität darauf kurz eingehen, [...], aber nicht mit so viel Gewichtung ohne Angst zu machen“ (Frau Mai, S. 12). Auch für die Partner können laut Frau Mai zu viele Informationen zum Dammschnitt abschreckend wirken. Die Partnerin soll als Frau attraktiv bleiben und nicht durch einen Dammschnitt auf die chirurgisch getätigten Methoden reduziert werden.

5.6 Vergleichende Betrachtung der theoretischen Grundlagen mit den Untersuchungsergebnissen

Die Auswertung der drei Interviews lässt darauf schließen, dass eine Episiotomie Auswirkungen auf das Sexualeben hat. Anhand der hier vorliegenden qualitativen Untersuchung konnten Aspekte aus dem Theorieteil bestätigt und verglichen werden.

In der Umbruchphase zur Eltern- und Partnerrolle, in welcher sich alle Frauen nach der Geburt befinden, ist auch bei den drei Probandinnen feststellbar, dass sich die Sexualität verändert. Das Bedürfnis nach Austausch von Zärtlichkeit vor allem nach der Geburt ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt bei Frau Dezember offensichtlich geworden, welche sich noch im Zeitraum kurz nach der Geburtsphase befindet. Dennoch ist auch in den beiden anderen Sichtweisen erkennbar, dass der Körper und die Psyche, aber auch die Sexualität direkt nach der Geburt deutliche Veränderungen in Bezug auf Müdigkeit und Lustminderung erlebt hat. Nach einer gewissen Zeit wird den Frauen, wie in den Beispielen Frau Mai und Frau August, bewusst, dass sie nicht nur als Mutter, sondern von ihrem Partner auch als die Frau gesehen werden, welche ihre Sexualität ausleben möchte.

Wie bereits in der Literatur beschrieben, kann für die Wiederaufnahme der Sexualität kein genauer Zeitpunkt genannt werden, da jede Frau individuell auf ihren Körper, ihre Bedürfnisse und ihre Gefühle achten sollte. In den Interviews ist deutlich geworden, dass die drei Interviewten, welche den Geschlechtsverkehr nach acht bis zehn Wochen wieder aufgenommen haben, zum Einen auf ihre individuellen Bedürfnisse geachtet haben, dass z.B. keine Schmerzen mehr vorhanden sind und die Wundheilung teilweise abgeklungen ist. Zum Anderen spielte der Kontrollbesuch bei den GynäkologInnen eine entscheidende Rolle, wann der Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen wird. Die Untersuchung darüber, ob die Naht korrekt abgeheilt ist

und die Verhütung abgesichert ist, war für alle drei Frauen wichtig, um mit dem Geschlechtsverkehr wieder zu beginnen.

In allen Sichtweisen ist erkennbar, dass Schmerzen sowohl als kurzfristige als auch langfristige Folge eines Dammschnittes auftreten können. Die in der Literatur und hauptsächlich von Frau Mai und Frau August hervorgebrachte Äußerung zeigen, dass oftmals kurzfristige Auswirkungen, wie Spannungen, Ziehen oder Schmerzen z.B. beim Toilettengang oder Duschen mit dem Dammschnitt assoziiert werden. Auch beim Sitzen empfanden die Frauen die Damмнаht als schmerzhaft, was aber entgegen der Literatur nicht zu späterer Aufnahme der Geschlechtsverkehrs führte, da die Schmerzen in den ersten Tagen nach der Geburt auftraten und zeitnah wieder verschwunden waren.

Fachleute argumentieren, dass eine Dyspareunie die am häufigsten auftretende Spätkomplikation eines Dammschnittes im 3. bis 12. Monat nach der Geburt sei. Diese Feststellung ist hauptsächlich bei Frau August deutlich geworden. Sie empfindet einen ziehenden Schmerz beim Eindringen des Penis, was sich erst nach ca. vier bis fünf Monaten gelegt hat. Auch bei den beiden anderen Interviewten ist beim ersten Geschlechtsverkehr ein Ziehen zu spüren. Während sich das Ziehen bei Frau Mai nach kurzer Zeit gelegt hat, ist es bei Frau Dezember schwieriger zu interpretieren, ob sich eine Dyspareunie herausgebildet hat. Da sie nach der Geburt zwei Mal mit ihrem Partner Sex hatte und bei beiden Malen ein Ziehen verspürte, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vorausgesagt werden, ob ein langwieriger Schmerz bzw. Ziehen bleiben wird.

Die kurzen, schmerzhaften und ziehenden Augenblicke über einen Zeitraum bis ca. vier bzw. fünf Monaten nach Geburt, haben Auswirkungen auf das Sexualleben. Für alle drei Probandinnen wurden die körperlichen Auswirkungen aber nicht als störend oder beeinträchtigend wahrgenommen.

Auch die von Nitsch erforschten Daten, dass Frauen, bei denen eine restriktive Episiotomie gemacht wurde, deutlich zufriedener sind mit ihrem Sexualleben, lässt sich bei den drei Frauen beobachten. Da alle Interviewten einen Dammschnitt bei sich selbst für notwendig ansahen, um den Geburtsverlauf voran zu bringen, sind sie in die restriktive Gruppe zu zählen. Auch nach der Frage der Zufriedenheit in Bezug auf ihr Sexualleben bestätigten sie, dass sie mit ihrem Sexualleben befriedigt seien.

Anders als in der Literatur beschrieben, empfanden die drei Interviewten den Dammschnitt nicht als qualvoll bzw. haben den Schnitt nicht schmerzhafter als die

Geburt aufgefasst. Da bei Frau Mai und Frau August die Episiotomie in einem Transezustand wahrgenommen wurde, haben sie den Schnitt nicht als schmerzlich erachtet. Nur Frau Dezember spürte beim Schneiden ein Brennen, was sie auf das Nachlassen der PDA zurückführt.

Weitere Auswirkungen, wie Stuhl- und Harninkontinenz, rektovaginale Fisteln und Descensus wurden von den drei Probandinnen auch auf Nachfragen nicht genannt bzw. es wurden diese Auswirkungen, falls sie vorhanden gewesen sein sollten, nicht mit dem Dammschnitt in Verbindung gebracht.

Auch die Wundheilung verlief bei den drei Probandinnen unproblematisch. Die in der Literatur vertretende Sichtweise, dass eine optimal versorgte Dammschnittnarbe den Heilungsprozess positiv beeinflussen und dahingehend Schmerzen beim Sex verhindern kann, wird teilweise von den drei Frauen bestätigt. Einzig Frau August verspürte längere Zeit ein Ziehen beim Eindringen des Penis. Sie führt dies auf einen zu straff genähten Damm zurück und sucht Hilfe bei ihrer Gynäkologin. Wie bereits in der Theorie veranschlagt, wurde Frau August von ihrer Gynäkologin eine alternative Methode empfohlen, die Damмнаht durch eincremen und Massage geschmeidiger zu machen, bevor es als letzte Instanz zu einer Nahtspaltung und somit einem weiteren operativen Eingriff kommt.

Die in der Studie von Baksus u.a. festgestellten Ängste vor dem ersten Geschlechtsverkehr nach der Geburt wurden auch durch die Aussagen der drei Interviewten bekräftigt. Dennoch fühlten sie sich durch die Befürchtungen, wie mögliche Schmerzen oder Vaginaverengungen, nicht beeinträchtigt oder gehemmt, Geschlechtsverkehr auszuüben. Die Ängste der Frauen vor Schmerzen waren weder Hinderungsgründe für den Sexualkontakt noch fühlen sie sich unglücklich. Sie verspüren keinen Verlust von Lebensqualität, keine Unzufriedenheit oder erlebten depressive Phasen, wie es in der o.g. Studie benannt wurde.

Einzig allein Frau August verspürt eine Lubrikationsveränderung. Beim Vorspiel verzögerte sich das Feuchtwerden ihrer Scheide deutlich im Gegensatz zu vor der Geburt. Allerdings erscheint es schwierig, dies als Folge vom Dammschnitt zu interpretieren, da Frau August selbst die allgemeine Veränderung ihrer Sexualität nach der Geburt, z.B. Müdigkeit und Verlust der sexuellen Spontanität, nennt und auch dies zum Verzögern der Lubrikation führen kann.

Auch die sexuelle Unlust in den Anfangsmonaten bei allen drei Interviewten auf den Dammschnitt zurückzuführen, ist nicht eindeutig belegbar. Da auch hierbei alle drei

Frauen die Veränderungen des Körpers, der Sexualität und des Alltags aber auch die Gewöhnung an die neue Situation, sowohl Mutter als auch Frau und Partnerin zu sein, benennen.

Frau Mai und Frau Dezember hatten sich vor der Geburt keine Gedanken oder Vorstellungen über einen möglichen Dammschnitt und den daraus resultierenden Konsequenzen gemacht. Auch die Angst vor Verstümmelung der Genitalorgane spielte für sie keine Rolle. Sie wollten sich vorher nicht mit Gedanken belasten, die nicht sicher eintreten müssen. Weiterhin äußerte sich Frau Dezember zu diesem Thema, dass für sie die Gesundheit ihres Kindes im Vordergrund stand und sie dieser Intervention daher sowieso ohne Einwände zugestimmt hätte. Einzig Frau August hat ihren Damm durch Dammmassage vorbereitet, um möglichen Verletzungen vorzubeugen. Hierbei stand eher die Angst vor Schmerzen während der Geburt im Vordergrund, als die möglichen Auswirkungen der Episiotomie.

Keine der drei Frauen äußerte sich, dass sie den Eingriff als Beraubung ihrer Weiblichkeit angesehen haben bzw. Befürchtungen vor dem Verlust des sensiblen Gefühls im Genitalbereich schürten, wie es in der Theorie beschrieben wurde. Auch die Argumentation von Hebammen und ForscherInnen, dass viele Frauen sich durch die Episiotomie verunstaltet fühlen bzw. nicht mit dem Nahtergebnis zufrieden sind, wurde bei den drei Probandinnen nicht ersichtlich. Durch die unkomplizierte Wundheilung und die Untersuchungen durch Hebammen und GynäkologInnen sind die Dammnähte bei den Frauen kaum sichtbar. Sie sind daher zufrieden mit dem kosmetischen Ergebnis.

Aus der theoretischen Perspektive, aber auch durch die Aussagen von Frau August und Frau Dezember ist erkennbar, dass bereits ein Geburtsvorbereitungskurs wichtige Informationen zu Dammverletzungen geben kann. Von Hebammen wird stets versucht, den Damm bestmöglich zu schützen und Dammschneide und hauptsächlich Dammschnitte zu umgehen. Dennoch empfehlen einige Hebammen schwangeren Frauen bestimmte Methoden, um das Dammgewebe und ihren Körper auf die Geburt vorzubereiten. Auch Frau August beherzigt einige der Ratschläge aus dem Geburtsvorbereitungskurs, wie z.B. das Dammgewebe zu massieren, um es vor Rissen zu schützen. Frau Dezember wird hingegen erst im Nachhinein bewusst, dass ein Geburtsvorbereitungskurs ihrem Partner hilfreiche Informationen hätte vermitteln können, welche ihm somit fehlten und ihn teilweise etwas hilflos erscheinen ließen.

Bei allen drei Frauen ist offensichtlich geworden, dass die Aufklärung vor der Geburt zum Thema Dammschnitt und dessen Auswirkungen auf die Sexualität von Seiten der Hebammen bzw. GynäkologInnen sehr spärlich erfolgte bzw. gar nicht vorhanden war. Bei den Aufnahmegesprächen im Krankenhaus wurde den Betroffenen zwar in Form von Behandlungsverträgen und Informationsblättern versucht, entsprechendes Wissen zu übermitteln, aber nicht im persönlichen Gespräch, wo eventuelle Fragen zur Notwendigkeiten und Risiken aufgetaucht wären.

Hierbei wird der Aspekt deutlich, dass, wenn es sich nicht um eine Risikoschwangerschaft handelt, bezüglich des Dammschnittes keine spezielle Aufklärung von Seiten der Ärzte stattfindet, da es laut Rechtsprechung der Bundesrepublik Deutschland dieser Aufklärung nicht bedarf.

Die Sekundärprävention des Dammschnittes war bei allen drei begleitenden Hebammen und GynäkologInnen präsenter und wurde immer wieder, mit Untersuchungen hinterfragt. Auch die in der gängigen Theorie getätigten Vorschläge von Dammspülungen nach dem Toilettengang, Sitzbädern und die Wunde an der Luft trocknen zu lassen, wurde von den Hebammen und ÄrztInnen vorgeschlagen und von den Frauen angenommen.

Das Vertrauen zu dem behandelnden Krankenteam, den begleitenden Hebammen und GynäkologInnen spielt bei der Verarbeitung des Dammschnittes eine entscheidende Rolle. Eine angenehme und aufgelockerte Atmosphäre, wie es bereits in der Theorie gefordert wird, kann das Erleben des Dammschnittes und die Versorgung positiv beeinflussen. Weiterhin ist allerdings anzumerken, dass Folgen, Komplikationen und mögliche Fragen zum Sexualleben erst zu einem Zeitpunkt, hauptsächlich nach dem Wochenbett, sichtbar werden, wenn die begleitende Hebamme und somit eine wichtige Vertrauensperson nicht mehr direkt greifbar und ansprechbar ist.

Ein weiterer Aspekt, welcher in den Interviews offensichtlich geworden ist, aber keinen eigenen Theorieteil darstellt, ist die Reaktion der jeweiligen Partner auf den Dammschnitt. Es scheint, dass die Partner durch das Miterleben der Geburt und auch des Dammschnittes schockierende und negative Bilder mit dem Dammschnitt in Verbindung bringen. Daraus ist der Rückschluss möglich, dass die vorherige fehlende Kommunikation und Auseinandersetzung mit dem Thema Episiotomie hauptsächlich bei den Partnern zu problematischen Verarbeitungsmechanismen führte und traumatische Erfahrungen hinterließ. Hierbei scheint offensichtlich, dass eine

gute Vorbereitung und Aufklärung der Partner, bzgl. des Ablaufes und möglicher Vorgänge im Kreißaal, schockierende Erlebnisse eindämmen kann.

Nichtsdestotrotz ist aber auch deutlich geworden, dass die gegenseitige Unterstützung und das gemeinsame Vertrauen zueinander die Auswirkungen bezogen auf die Sexualität nach einer Episiotomie eindämmen und die Beziehung zueinander stärken kann.

Sowohl von den ExpertInnen als auch von den drei Interviewten wird die individuelle Indikationsstellung und Notwendigkeit eines Dammschnittes herausgestellt. Den getätigten Aussagen nach scheint es, dass sie dem Dammschnitt nicht negativ gegenüber eingestellt sind, und dass sie nicht ohne jede Indikation geschnitten wurden, da sie den Dammschnitt als Geburtserleichterung und Unterstützungsmöglichkeit ansahen. Demgegenüber stellt Frau August die Situation ihrer Mutter und Schwiegermutter aus der Vergangenheit dar, was den Anschein erweckt hat, dass fast jede Frau einen Dammschnitt erlebt hat und nicht wie bei ihr individuell entschieden und gehandelt wurde, sondern routinemäßig.

Infolge der Betrachtung der theoretischen Erkenntnisse und der Ergebnisse der qualitativen Interviews kann schlussgefolgert werden, dass Frauen und ihre Partner ganz individuell mit den Auswirkungen eines Dammschnittes umgehen und diese auf unterschiedliche Art und Weise bewältigen. Die theoretischen Grundlagen können demnach keine allgemeingültigen Kriterien wiedergeben. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die jeweiligen Situationen von Frauen mit einem Dammschnitt unter spezifischen Gesichtspunkten betrachtet und infolgedessen professionelle Unterstützung angeboten wird.

6 Schlussbetrachtung

Ein Dammschnitt, unabhängig von der Schnittführung, kann das Sexualleben in Partnerschaften kurz-, mittel- und langfristig verändern. Hinsichtlich der diskursiven Auseinandersetzung mit der Thematik ‚Auswirkung eines Dammschnittes auf die Sexualität‘ mit Fokus auf die weibliche Perspektive, wurden Aspekte, welche das Liebesleben besonders stark belasten können, herausgestellt.

Bei der Bearbeitung der Forschungsfrage konnten sowohl im theoretischen als auch im empirischen Teil psychische und physische Belastungen bei betroffenen Frauen nachgewiesen werden. Diese beiden Gesichtspunkte können innerhalb der Partnerschaft und dem Sexualleben negative Auswirkungen nach sich ziehen, welche durch zielgerichtete Behandlungs- oder Beratungsangebote reduziert werden müssen. Um diesen Auswirkungen entgegenwirken zu können, ist es weiterhin für die Betroffenen unumgänglich, die Kommunikation und den Austausch mit dem Lebenspartner zu suchen, aber auch Unterstützungs- und Beratungsangebote von Hebammen, ÄrztInnen oder PhysiotherapeutInnen in Anspruch zu nehmen. Die Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass Frauen mit einem Dammschnitt ihre eigenen Hemmschwellen und Ängste überwinden, um ihren Vertrauenspersonen die Probleme und Auswirkungen zu offenbaren. Auf diese Weise kann dem Schmerz-, Isolations- und Schamgefühl entgangen werden, aber auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Dammschnitt und somit die Auswirkungen auf die zukünftige Sexualität positiv beeinflusst werden.

Die Sexualität verbindet Frauen und ihre Partner miteinander. Sie kann nach einer Geburt intensiver wahrgenommen werden als vor der Geburt (vgl. Kuckuck/Luckmann 1997, S. 11ff.). Ab wann sich die Frau wieder ihrem Sexualleben widmen kann, sollte sich nach der physischen und psychischen Situation der Frau richten. Schulmedizinisch wird der Geschlechtsverkehr nach dem Abklingen des Wochenflusses, ca. acht Wochen nach der Geburt, empfohlen, um einer Infektion vorzubeugen (vgl. ebd., S. 163). Viele Frauen geben sich durch auferlegten Druck sowohl vom Partner als auch von sich selbst, unangenehmer und schmerzhafter Penetration hin, nur um Sex zu haben. Das verletzte Gewebe benötigt Zeit zum Heilen und Betroffene sollten sich nicht mit permanenten Schmerzen abfinden, was die Lust an der Sexualität beeinträchtigen kann.

Ebenfalls wird deutlich, dass Sexualität von vielen Menschen grundlegend mit Penetration in Verbindung gebracht wird, was aber auch durch Literatur und Broschüren in dieser Art und Weise vermittelt wird. Betroffenen sollte durch Fachleute verdeutlicht werden, dass Sexualität mehr ist, als der reine Geschlechtsakt. Masturbation, Oralverkehr oder auch Petting können hierbei als Alternative dienen, bis die physischen und psychischen Schmerzen eines Dammschnittes abgeklungen sind.

Die jeweiligen Partner dürfen mit Blick auf die Thematik des Dammschnittes nicht außen vorgelassen werden. Viele Partner haben Angst, ihrer Frau aufgrund der vorhandenen Narbe wehzutun (vgl. Przyklenk 2010). Die Kommunikation, Vertrauensbasis und Rücksichtnahme zwischen den Partnern ist sowohl in der Theorie als auch in den Interviews als wichtiger Punkt für die gemeinsame Bewältigung entsprechender Probleme verdeutlicht worden. Dies unterstreicht, wie wichtig der Partner in der Beratung bei Hebammen oder GynäkologInnen ist, und dass dessen Sichtweise nicht fehlen darf. Für das Verständnis und die möglichen Handlungsalternativen ist es für die Beziehung stärkend, wenn der Partner dabei ist, seine Ängste und Sorgen transparent äußern kann und diese auch wahrgenommen werden. Nur so kann wieder ein gemeinsamer positiver Zugang zur Sexualität gefunden werden (vgl. Hertoft 1989, S. 186).

In der Schwangerschaft und nach der Geburt ist die Hebamme eine wichtige Vertrauensperson für die Eltern. Jede Frau hat im Fall einer Schwangerschaft und Geburt Anspruch auf die Begleitung durch eine Hebamme. Für Fragen und Unterstützung bzgl. der Schwangerenvorsorge, des Wochenbettes, der Kinderpflege, dem Wohlbefinden der Frau, Narbenpflege etc. steht sie der Wöchnerin ca. acht bis zehn Wochen postpartum als wichtige Ansprechpartnerin zur Verfügung, in Einzelfällen auch länger, z.B. bei Wundheilungsstörungen im Dammbereich. Die Kosten für die Leistungen, welche die Begleitung und Beratung beinhalten, werden von den Krankenkassen getragen.

Da allgemein die meisten Frauen ihr Sexualleben wieder zwischen dem ersten und dritten Monat aufnehmen, steht die Hebamme zu diesem Zeitpunkt als Vertrauensperson oft nicht mehr zur Verfügung. Betroffene Frauen können vor Aufnahme der Sexualität noch nicht damit rechnen, dass aufgrund des Dammschnittes sexuelle Probleme auftreten können. Einige Hebammen bieten an, nach der abgelaufenen Begleitung weiterhin als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen, was aber von Frauen oftmals nicht wahr genommen wird. Sie sprechen das Problem aus Scham

nicht an bzw. wissen nicht, dass sexuelle Probleme durch die Narbe kommen können und hoffen darauf, dass sich das Problem von alleine wieder lösen wird. Bereits im Vorfeld sollte durch die begleitende Hebamme darauf hingewiesen werden, dass Auswirkungen, wie Dyspareunie, Libido- und Orgasmusverlust, Inkontinenz, Gebärmutterensenkung als solches auftreten können und Frauen Informationsmaterial und Unterstützungsmöglichkeiten in Form von Beratungsstellen oder ÄrztInnen gegeben werden. Auch traumatische Erlebnisse der Frauen, z.B. wenn der Dammschnitt als übergreifende Intervention betrachtet wurde und betroffene Frauen psychisch darunter leiden, müssen von Hebammen aufgefangen und entsprechend an Fachpersonal wie Psychologen weitergeleitet werden.

Für GynäkologInnen und GeburtshelferInnen spielen die rechtlichen Aspekte bei der Intervention bzgl. eines Dammschnittes eine wichtige Rolle. Laut deutscher Rechtsprechung bedarf es gegenüber der Episiotomie im Vorfeld keiner speziellen Aufklärung, außer die Schwangere äußert explizit den Wunsch danach bzw. es besteht eine Risikoschwangerschaft. Eine schwangere Frau, welche keinen Dammschnitt erleben möchte, muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass kein Eingriff vorgenommen werden soll. Kommt es allerdings unter der Geburt zu einer Indikationsfeststellung für einen Dammschnitt, muss mit der gebärenden Frau deutlich kommuniziert werden, ob und inwiefern ein Dammschnitt getätigt wird. Hierbei erscheint es wichtig, die betroffene Frau nicht in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu hintergehen und sie nicht in die eine bzw. andere Sichtweise zu drängen. Dieser Punkt findet allerdings durch die Entscheidungsunfähigkeit der betroffenen Frau, welche von den GeburtshelferInnen beurteilt wird, kaum Anwendung. Hierbei wird der Konflikt der rechtlichen Dimension deutlich.

Bereits im Vorfeld sollten Schwangere eine Geburtsaufklärung mit den möglichen Interventionen zum Thema Dammschnitt, vaginal operativen Eingriffen etc. angeboten werden, um sich mit Komplikationen während der Geburt, aber auch möglichen Folgen und Auswirkungen durch die Interventionen auseinandersetzen zu können. Zu diskutieren wäre auf der anderen Seite, ob eine konkrete Aufklärung zum Dammschnitt und dessen Auswirkungen schwangere Frauen, wie es in den Interviews ansprechen wurde, nicht eher beängstigen und beunruhigen würden und die Geburt daher eher als negativer Prozess und negatives Erlebnis wahrgenommen wird, obwohl keine Garantie für einen Dammschnitt gegeben ist.

Auch in der Nachuntersuchung sollte sich das gynäkologische Fachpersonal, welche ca. sechs bis zehn Wochen nach der Geburt stattfindet, neben den Verhütungsfragen auch auf die kurz- und langfristigen Aspekte, mit Blick auf das sexuelle Empfinden durch einen Dammschnitt, beziehen. Viele Frauen wissen nicht, dass ein Libido- oder Orgasmusverlust durch eine Episiotomie hervorgerufen werden kann und begründen diese Erscheinung mit dem Müdigkeits- oder Erschöpfungsgefühl durch den neu zu gestaltenden Alltag. Auch die Beratung hinsichtlich einer möglichen Inkontinenz, Descensus oder Dyspareunie sollte in das postpartale Beratungsgespräch von Seiten der GynäkologInnen mit aufgenommen werden, da betroffene Frauen diese Probleme nicht mit dem Dammschnitt in Verbindung bringen bzw. sich oft aus Scham nicht trauen, dies mit den GynäkologInnen zu besprechen. Die Notwendigkeit einer vorzeitigen und gezielten Aufklärung wird hierbei sichtbar.

Um die Beckenbodenmuskulatur bei der Heilung und Kräftigung zu unterstützen und weiterführend die langfristigen Konsequenzen zu minimieren, empfehlen Hebammen, GynäkologInnen und PhysiotherapeutInnen eine Rückbildungsgymnastik ca. zwei bis drei Monate nach der Geburt zu absolvieren. Die dort professionell angeleiteten und zielgerichteten Übungen sollten nach der Rückbildung von den Frauen zu Hause eigenständig weitergeführt werden, was aber bei einigen Frauen schon aufgrund von zeitlichen Engpässen bzw. fehlendem Wissen, welche Muskeln trainiert werden müssen, schwierig ist, umzusetzen.

Bei der Narbenpflege empfehlen Hebammen, GynäkologInnen und PhysiotherapeutInnen die Massage des Dammbereiches, um das Gewebe geschmeidig und weich zu massieren. Betroffene Frauen sind nicht immer in der Lage, den schmerzenden Bereich anzufassen und zu massieren. Zum Einen aus Angst vor Schmerzen und zum Anderen aus Scham sich im ‚vernarbten‘ Genitalbereich berühren zu müssen. Hierbei müssen einführende und motivierende Worte der Hebammen, ÄrztInnen bzw. BeraterInnen, aber auch des Partners als Vertrauensperson gefunden werden, um den veränderten Dammbereich als Teil der Frau respektieren und annehmen zu können. Auch zu gezielten Fragen bzgl. Stellungen beim Geschlechtsverkehr sollten Fachleute als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Dammschonende Stellungen, wie z.B. der Vier-Füßler-Stand oder die seitliche Lage können den Geschlechtsverkehr für die betroffenen Frauen angenehmer und schmerzloser gestalten. Auch hierbei wird sichtbar, wie wichtig es ist, den Partner in einem solchen Gespräch hinzuziehen.

Ist der Dammbereich extrem vernarbt und belasten die Schmerzen das Sexualleben der Frauen extrem, empfehlen GynäkologInnen die vorhandene Narbe operativ zu korrigieren bzw. die Narbe ein wenig zu spalten, um das Engegefühl und die Schmerzen zu nehmen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Operation nicht als erste Intervention angeführt werden darf, sondern der Frau die Möglichkeiten der Selbsthilfe angeboten werden sollte, um die Schmerzen zu lindern, wie es im Interview offensichtlich geworden ist. Auch hierbei muss beachtet werden, dass ein weiterer operativer Eingriff ebenfalls kurz- oder langfristige Folgen haben kann.

In den letzten Jahren hat sich die Dammschnitttrate bereits auf 20% aller vaginalen Geburten gesenkt. Nichtsdestotrotz wird es aufgrund der bestehenden kurz- und langfristigen Folgen sowohl auf das Sexualleben als auch in anderen Lebensbereichen als sinnvoll erachtet, weiterhin eine strenge Indikationsfeststellung zu vollziehen. Vor allem in den früheren Jahren wurden Dammschnitte routinemäßig durchgeführt, ohne auf entsprechende Konsequenzen zu achten. Viele Frauen leiden noch heute unter den Folgen dieses Eingriffes. Heutzutage hat sich die Ansicht, den Dammschnitt routinemäßig durchzuführen, gelegt, was die Epidemiologiezahlen widerspiegeln. Trotzdem muss immer wieder individuell geschaut werden, ob bei einer Frau ein Eingriff notwendig oder dieser zu vermeiden ist, da ein sehr sensibles Gewebe verletzt wird. Dennoch müssen auch die Frauen betrachtet werden, welche einen Dammschnitt erhalten und keine Auswirkungen erfahren haben. Einige Frauen sehen es auch als notwendige Maßnahme an und nicht als von außen gesteuerter Eingriff.

Neben den Handlungsempfehlungen und rechtlichen Grundlagen sind jedoch auch Kritikpunkte und weitere Forschungsvorschläge bei der Untersuchung der Fragestellung deutlich geworden. Grundlegend war bei den Recherchearbeiten auffällig, dass zu dem Thema Sexualität und Dammschnitt nur recht wenig Literatur vorhanden ist. Oft wurden Studien gesichtet, welche zwar die körperlichen Auswirkungen darboten, aber die psychischen Aspekte nicht reichhaltig beinhalteten. Weiterhin bedarf es intensiver Forschung zu dem Aspekt der Auswirkungen eines Dammschnittes auf das Sexualleben aus der Betrachtungsweise der männlichen Perspektive.

Abschließend ist auf den Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zu verweisen, welcher das Recht auf körperliche Unversehrtheit und damit einhergehend der Schutz der körperlichen Integrität festschreibt (vgl. § 2 Abs. 2 GG). Allerdings wäre hierbei zu hinterfragen bzw. weiter nachzuforschen, auf wel-

che Unversehrtheit sich im Zusammenhang mit der Durchführung einer Episiotomie bezogen wird – auf die schwangere Frau oder auf das ungeborene Kind? Ziel ist es, beiden Individuen keinen Schaden zuzufügen, jedoch ist hierbei auch immer zu berücksichtigen, dass es für die gebärende Frau ein Schnitt ist, welches ihrem Kind die Geburt erleichtert. Innerhalb der Recherchearbeiten ist der Autorin verdeutlicht worden, dass viele Mütter Schnitte und Verletzungen auf sich nehmen, um die Unversehrtheit ihres Kindes zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- Baksu, B.; Davas, I.; Agar, E.; Akyol, A.; Varolan, A.: The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. In: *International Urogynecology Journal* Nr. 4, Jg. 18 (2007), S. 401–406.
- Bartlett, L.; Nowak, M.; Ho, Y.H.: Impact of fecal incontinence on quality of life. In: *World Journal of Gastroenterology* Nr. 15, Jg. 26 (2009), 3276-3282. URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/3276.pdf>. Aktualisierungsdatum: 11.10.2012, Zugriff: 18.02.2014.
- Belizan, J.; Campodonico, L.; Carroli, G.; Gonzales, L.; Lede, R. (Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group): Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. In: *The Lancet* Nr. 8886, Jg. 342 (1993), S. 1517-1518.
- Bernard, B.: Objektive und subjektive Folgen von Geburten mit und ohne Episiotomie. Eine retrospektive Studie. Würzburg, Julius-Maximilian-Universität, Medizin, Diss. 1994.
- Borgatta, L.; Piening, S.L.; Cohen, W.R.: Association of episiotomy and delivery position with deepperineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. In: *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Nr. 2, Jg.160 (1989), S. 294-297.
- Chaliha C.; Kalia, V.; Stanton, S.L.; Monga, A.; Sultan, A.H.: Antenatal prediction of postpartum urinary and fecal incontinence. In: *Obstetrics & Gynecology* Nr. 5, Jg. 94 (1999), S. 689-694.
- Collings, S; Norton, C.: Women's experiences of faecal incontinence: a study. In: *British Journal of Community Nursing* Nr. 12, Jg. 9 (2004), S. 520-523.
- Dannecker, C.; Anthuber, C.; Hepp, H.: Vaginale Geburt. Morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden, Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analshinkerfunktion. In: *Der Gynäkologe* Nr. 33, Jg. 12 (2000a), S. 857-863.
- Dannecker, C.; Anthuber, C.; Hepp, H.: Die Episiotomie. Grenzen, Indikationen und Nutzen. In: *Der Gynäkologe* Nr. 33, Jg. 12 (2000b), S. 864-871.
- Dannecker, C.; Baur, C.; Ruckhäberle, E.; Peschers, U.; Jundt, K.; Reich, A.; Bäuerle, M.; Schneider, K.T.M.: Einfluß des Geburtstrainers Epi-No® auf die mütter-

liche Beckenbodenfunktion sechs Monate nach Entbindung – Follow-up einer prospektiven und randomisierten Studie. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde Nr. 11, Jg. 64 (2004), S. 1192-1198.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S1-Leitlinie: Ärztliche Beratungs- und Aufklärungspflichten während der Schwangerenbetreuung und bei der Geburtshilfe: Empfehlungen. Langfassung, AWMF Registrierungsnummer 015-043. 2008. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-043_S1_Empfehlungen_zu_den_aerztlichen_Beratungs-_und_Aufklaerungspflichten_waehrend_der_Schwangerenbetreuung_und_bei_der_Geburtshilfe_abgelaufen.pdf. Aktualisierungsdatum: 04.06.2013; Zugriffsdatum: 06.05.2014.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S1-Leitlinie: Vaginal-operative Entbindungen. Langfassung, AWMF Registrierungsnummer: 015-023. 2012. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-023l_S1_Vaginal_operative_Entbindungen_2012.pdf. Aktualisierungsdatum: 29.01.2014; Zugriffsdatum 06.05.2014.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). S3-Leitlinie: Rektovaginale Fistel. Kurzfassung, AWMF Registrierungsnummer: 088/004. 2012. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/088-004k_S3_Rektovaginale_Fistel_2012_04.pdf. Aktualisierungsdatum: April 2012, Zugriff: 20.02.2014.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): ICD-10-GM Version 2014. Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99). Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60-O75). URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-o60-o75.htm>. Aktualisierungsdatum: 20.09.2013, Zugriff: 08.11.2013.

Dürr, R.: Die Episiotomie – objektive und subjektive Daten. Tübingen, Eberhard-Karls-Universität, Medizin, Diss. 1995.

- Dürr, R.; Römer, V. M.: Die mediane Episiotomie – Pro und Contra. In: Die Hebammen Nr. 3, Jg. 9 (1996), S. 134-140.
- eesom®: Descensus uteri. URL: <http://www.eesom.com/go/Y90J34IGYIDZOWX50ZJ7FP205XMCIUFX>. Aktualisierungsdatum: 18.07.2007, Zugriff: 09.03.2014.
- Eicher, W.: Sexuelle Probleme und Störungen in der gynäkologischen Praxis. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlungen. 3. Aufl. Stuttgart (u.a.): Thieme 2001, S. 385-394.
- Eldering, G.; Selkes, K.: Wassergeburt – eine mögliche Entbindungsform? In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde Nr. 12, Jg. 56 (1996), S. 670-676.
- Engel, A.F.; Kamm, M.A.; Bartram, C.I.; Nicholls, R.J.: Relationship of symptoms in fecal incontinence to specific sphincter abnormalities. In: International Journal of Colorectal Disease Nr. 3, Jg. 10 (1995), S. 152-155.
- EQS-Hamburg: Jahresauswertung 2012. Geburtshilfe. 16/1. Hamburg: Externe Qualitätssicherung Hamburg Landesgeschäftsstelle. 2013. URL: <http://www.eqs.de/id-2012.html>. Aktualisierungsdatum: 17.05.2013, Zugriff: 24.01.2014.
- Familienplanung.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Aufklärungspflicht über medizinische Eingriffe. URL: <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/geburt/geburtsverlauf/aufklaerungspflicht/>. Aktualisierungsdatum: 02.01.2012; Zugriffsdatum 06.05.2014.
- Fitzpatrick, M.; O’Herlihy, C.: Review Postpartum care of the perineum. In: The Obstetrician & Gynaecologist Nr. 3, Jg. 9 (2007), S. 164-170.
- Friebertshäuser, B.: Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, B.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim; München: Juventa 1997, S. 371-395.
- Frudinger, A.; Bartram, C.I., Spencer, J.A.D.; Halligan, S.; Kamm, M.: Changes in anal anatomy following vaginal delivery revealed by anal endosonography. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Nr. 3, Jg. 106 (1999), S. 233-237.
- Gnirss, R.; Buddeberg, C.: Libidoverlust nach der Geburt. In: Frauenheilkunde aktuell Nr. 3, Jg. 9 (2000), S. 27-30. URL: <http://karger.de/Article/Pdf/58258>. Aktualisierungsdatum: 23.10.2000, Zugriff: 06.02.2014.

Gründling, H.; Schönauer, G.; Golob, E.: Episiotomie – median und restriktiv. Erfahrungen bei 3700 Geburten. In: Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau Nr. 1, Jg. 34 (1994), S. 202-203.

Giihlich, D.: „Ich spüre dich kaum mehr!“. URL: http://www.dammschnitt.de/allglit_Eltern3.htm. Aktualisierungsdatum: 06.06.2003, Zugriff: 07.02.2014.

Hermsteiner, M.: Episiotomie und Reißverletzungen der Geburtswege. In: Künzel, W. (Hrsg.): Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Geburt I. München: Urban & Fischer, 2003, S. 263-275.

Hertoft, P.: Klinische Sexologie/Hansen, E. (Übers.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989.

Hirsch, H.A.: Episiotomie und Dammriß. Stuttgart: Thieme Verlag 1989.

Hirsch, H.A.: Pro und kontra Episiotomie. In: Der Gynäkologe Nr. 1, Jg. 24 (1991), S. 1-2.

Hösli, I.: Beckenboden in der Schwangerschaft und unter der Geburt. In: Therapeutische Umschau Nr. 1, Jg. 67 (2010), S. 11-18.

Infozentrum Inkontinenz: Sex. Wenn Blasenschwäche die Libido beeinträchtigt. URL: http://www.infozentrum-inkontinenz.de/?page_id=482. Aktualisierungsdatum: 2013, Zugriff: 13.02.2014.

Kitzinger, S.: Geburt. Der natürliche Weg. Starnberg.: Dorling Kindersley 2003.

Kitzinger, S.: Schwangerschaft & Geburt. Das umfassende Handbuch für werdende Eltern. Starnberg.: Dorling Kindersley 2005.

Klein, M.C.; Gauthier, R.J.; Robbins, J.M.; Kaczorowski, J.; Jorgensen, S.H.; Franco, E.D.; Johnson, B.; Waghorn, K.; Morrie, M.; Gelfand, M.M.; Guralnick, M.S.; Luskey, G.W.; Joshi, A.K.: Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. In: American Journal of Obstetrics & Gynecology Nr. 3, Jg. 171 (1994), S. 591-598.

Kuckuck, A.; Luckmann, C.: Mütter, Lust und Sexualität. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH 1997.

- Lutz, M.: Die Rückkehr der Fruchtbarkeit nach der Geburt. In: Mändle, Ch.; Optiz-Kreuter, S.: Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer GmbH 2007, S.601-605.
- Macleod, M.; Strachan, B.; Bahl, R.; Howarth, L.; Goyder, K.; Van de Venne, M. et al.: A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Nr. 13; Jg. 115 (2008), S. 1688-1694 .
- Macmillan, A.K.; Merrie, A.E.H.; Marshall, R.J.; Parry, B.R.: The Prevalence of Faecal Incontinence in Community-Dwelling Adults: A Systemic Review of the Literature. In: Diseases of the Colon & Rectum Nr. 8, Jg. 47 (2004), S. 1341-1349.
- Madoff, R.D.; Parker, S.C.; Varma, M.G.; Lowry, A.C.: Faecal incontinence in adults. In: The Lancet Nr. 9434, Jg. 364 (2004), S. 621-632.
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. überarbeitete Aufl. Weinheim; Basel: Beltz Verlag 2002.
- Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3. Aufl. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 2004, S. 468-475.
- Méritt, L.: Frauenkörper neu gesehen. Ein illustriertes Handbuch. Berlin: Orlanda Frauenverlag GmbH 2013.
- Miner, P.B.: Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. In: Gastroenterology Nr. 1, Jg. 126 (2004), S. 8-13.
- Nitsche, G.: Einfluss der restriktiven Indikationsstellung zur Episiotomie bei drohender Dammruptur auf Harnkontinenz, Dyspareunie und auf urodynamische Parameter bei Primiparae 6-12 Monate postpartal. Eine prospektive und randomisierte Studie. München, Ludwig-Maximilians-Universität, Medizin, Diss. 2005.
- Otto, P.: Die Lust neu entdecken. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH 1996.
- Peschers, U.; Hußlein, E.M.: Sexualität nach Beckenbodenchirurgie. In: Der Gynäkologe Nr. 8, Jg. 43 (2010), S. 679-683.
- Przyklenk, A.: Liebe und Sex junger Eltern. Ein Ratgeber für die Schwangerschaft und die Zeit danach. München: Kösel-Verlag GmbH & Co. 1996.

- Przyklenk, A.: Nach der Geburt – ab wann ist Geschlechtsverkehr wieder möglich?“
URL: <https://www.familienhandbuch.de/partnerschaft/sexualitat-in-der-paar-beziehung/nach-der-geburt-ab-wann-ist-geschlechtsverkehr-wieder-moglich>.
Aktualisierungsdatum: 29.03.2010, Zugriff: 11.09.2013.
- Rageth, J. C.; Buerklen, A.; Hirsch, H. A.: Spätkomplikationen nach Episiotomie. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie, Jg. 193 (1989), S. 233-237.
- Rothmaler, S.; Seyler, H.; Hauch, M.; Lange, C.: Sexualität in spezifischen Lebensphasen. In: Beckermann, M.; Perl, F. (Hrsg.): Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe. Band 1. Basel: Schwab 2004, S. 784-800.
- Sartore, A.; De Seta, F.; Maso, G.; Pregazzi, R.; Grimaldi, E.; Guaschino, S.: The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery. In: Obstetrics & Gynecology Nr. 4, Jg. 103 (2004), S. 669-673.
- Schneider, K.T.M.; Bröckner, J.; Gnirs, J.: Die Episiotomie – Inzidenz, Technik, Indikationen und klinischer Stellenwert. In: Der Frauenarzt Nr. 10, Jg. 37 (1996), S. 1560-1562.
- Schönberner, P.: Nachgeburtsphase. In: Deutscher Hebammenverband e.V.: Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2010, S. 266-290.
- Signorello; L.B.; Harlow, B.L.; Chekos, A.K.; Repke, J.T.: Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. In: BMJ Nr. 86, Jg. 320 (2000), S. 86-90.
- Signorello, L.; Harlow, B.; Chekos, A.; Repke, J.: Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous woman. In: American Journal of Obstetrics & Gynecology Nr. 5, Jg. 184 (2001), S. 881-890.
- Spanknebel, B.; Dimpfl, T.: Descensus genitalis – klassische operative Konzepte. In: Der Gynäkologe Nr. 7, Jg. 46 (2013), S. 458-462.
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhäuser. Krankenhausentbindungen2012. Frauen, die im Krankenhaus entbunden haben. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PmTabKaiserschnittBL.html>. Aktualisierungsdatum: 23.10.2013(a), Zugriff: 07.01.2014.

Statistisches Bundesamt (Destatis): Krankenhauspatienten.

Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Die 20 häufigsten Operationen der vollstationär behandelten weiblichen Patienten 2012.

URL:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DRGOperationenWeiblich.html>. Aktualisierungsdatum: 24.10.2013(b), Zugriff: 07.01.2014.

Steffen, G.: Ist der prophylaktische Dammschnitt gerechtfertigt? Überblick über neuere Forschungsarbeiten. Frankfurt am Main: Mabuse 1997.

Stern, J.M.: Psychological Aspects of Faecal Incontinence. In: Ratto, C.; Doglietto, G.B.; Lowry, A.C.; Pählman, L.; Romano, G. (Hrsg.): Fecal Incontinence. Diagnosis and Treatment. Mailand: Springer Verlag Italien 2007, S. 67-71.

Sultan, A.; Kamm, M.; Hudson, Ch.; Chir, M.; Thomas, J.; Bartram, C. u.a.: Anal sphincter disruption during vaginal delivery. In: The New England Journal of Medicine Nr. 26, Jg. 329 (1993), S. 1905-1911.

Tessarek, A.: Wie können Dammverletzungen vermieden werden? In: Die Hebamme Nr. 4, Jg. 23 (2010), S. 218-223.

Tetzschner, T.; Sørensen, M.; Lose, G.; Christiansen, J.: Anal and urinary incontinence in women with obstetric anal sphincter rupture. In: British Journal of Obstetrics and Gynaecology Nr. 10, Jg. 103 (1996), S. 1034-1040.

Thöni, A.; Mussner, K.: Gebären und geboren werden im Wasser - Vergleichende Studien nach 969 Wassergeburten. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde Nr. 10, Jg. 62 (2002), S. 977-981.

Tomaselli, S.; Schäfers, R.; Schönberner, P.: Umstrittene Interventionen in der Geburtshilfe. In: Deutscher Hebammenverband e.V.: Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt. Stuttgart: Hippokrates Verlag 2010, S. 291-312.

Viktrup, L.; Lose, G.; Rolff, M.; Barfoed, K.: The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. In: Obstetrics & Gynecology Nr. 6, Jg. 79 (1992), S. 945-949.

Wilson, P.D.; Herbison, R.M.; Herbison, G.P.: Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. In: British Journal of Obstetrics and Gynaecology Nr. 2, Jg. 103(1996), S. 154-161.

Witzel, A.: Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main; New York: Campus Verlag 1982.

Witzel, A.: Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung [Online Journal] Nr. 1, Jg. 1 (2000). URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>. Aktualisierungsdatum: 24.08.2008, Zugriffsdatum: 11.03.2014.

Zahn von, J.; Schnell-Inderst, P.; Gothe, H.; Häussler, B.; Menke, D.; Brüggjenjürgen, B.; Willich, S.; Wasem, J.: Episiotomie bei der vaginalen Geburt (Health Technology Assessment-Bericht) (Hrsg.): Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Köln. (2006). URL: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta131_bericht_de.pdf. Aktualisierungsdatum: 2006; Zugriffsdatum: 16.11.2013.

Anhang

Anhang 1

Abbildung 1

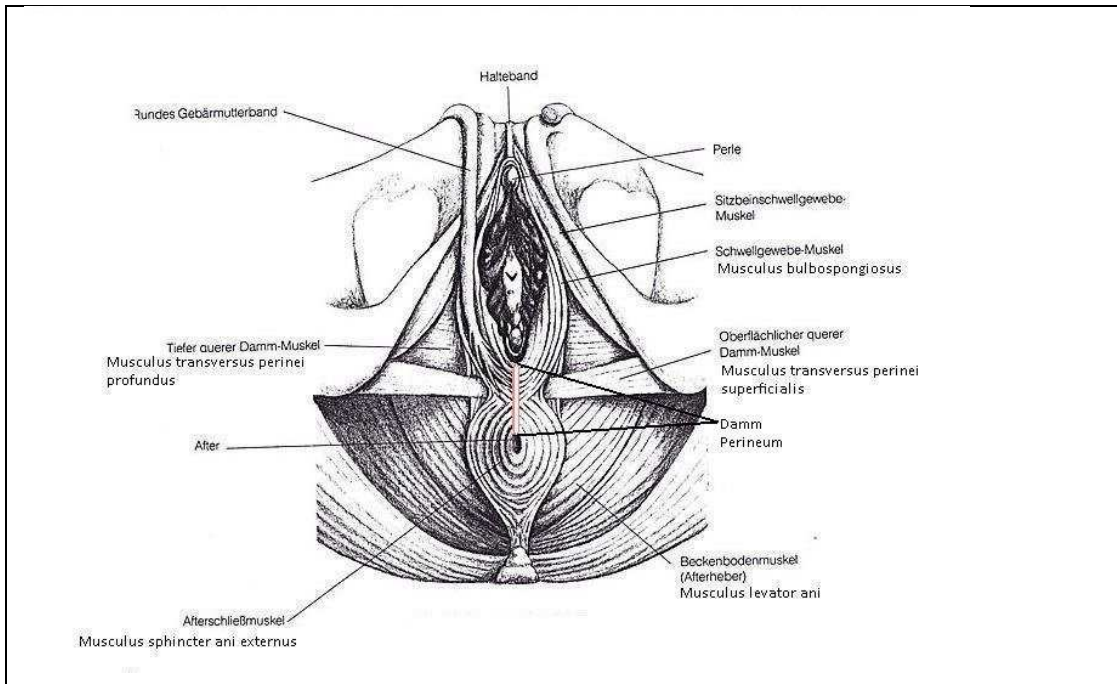


Abb.1 Äußere Ansicht der Beckenbodenmuskel [modifiziert aus: Méritt 2013, S. 47]

Abbildung 2

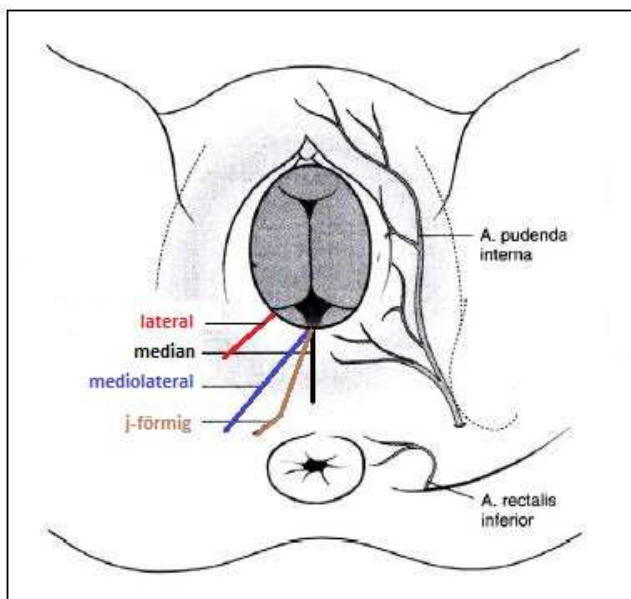


Abb.2 Episiotomieformen [modifiziert aus: Hermsteiner 2003, S. 265]

Anhang 2

Interviewleitfaden

Guten Tag, mein Name ist Susann Semmler, ich bin 29 Jahre alt und studiere Angewandte Sexualwissenschaften an der Fachhochschule Merseburg. Momentan schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema „Auswirkung eines Dammschnittes auf die Sexualität“. Dabei möchte ich versuchen, die damit einhergehenden Probleme und ihre Folgen von betroffenen Frauen deutlich zu machen.

Aus diesem Grund möchte ich ein kurzes Interview mit Ihnen durchführen, um die Auswirkungen eines Dammschnittes auf die Sexualität aus der Sicht einer betroffenen Frau darzustellen. Natürlich werden Ihre Daten anonym und streng vertraulich von mir behandelt und nur zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet.

Dann beginnen wir mit dem Interview...

1. Wie viele Kinder haben Sie?
2. War die Schwangerschaft geplant?
3. Können Sie mir etwas über die Geburt ihres Kindes erzählen?
 - Termin? Ort? Anwesende Personen im Kreissaal (Familieninterne, Familienexterne, Professionelle)?

Dammschnittprävention vor der Geburt

4. Haben Sie sich eigenständig über die Möglichkeiten und Folgen eines Dammschnittes vor der Geburt informiert?
5. Wurden Sie über die Notwendigkeit eines Dammschnittes und damit einhergehend über die Risiken im Vorfeld der Geburt informiert?
 - Haben Sie eigenständig Dammschnitt-Prophylaxe betrieben?
 - Dammassage?

Dammschnitt erleben während und nach der Geburt

6. Wie haben Sie Ihren Dammschnitt während der Geburt wahrgenommen bzw. erlebt?
7. Haben sich nach der Geburt Ihres Kindes körperliche Komplikationen durch den Dammschnitt bei Ihnen ergeben?

- Weiterreißen der Wunde, Wundheilungsstörungen, Infektionen, Schmerzen, große Narbengebilde?
8. Haben sich nach der Geburt Ihres Kindes seelische Komplikationen durch den Dammschnitt bei Ihnen ergeben?
- Schamgefühl, Berührungsängste, Verlust des körperliches Wohlbefindens, kosmetischer Effekt, Lustempfinden

Sexualleben nach dem Dammschnitt

9. Was verstehen Sie persönlich für sich unter Sexualität?
10. Waren Sie seit der Geburt sexuell wieder aktiv?
- Seit wann? Art und Weise der Sexualität?
11. Hatten Sie Vorstellungen, Ängste oder Befürchtungen vor Ihrem ersten sexuellen Kontakt nach dem Dammschnitt?
12. Wie haben Sie Ihr „erstes Mal“ Geschlechtsverkehr nach dem Dammschnitt erlebt?
- Erwartungen erfüllt?
 - Wie haben sie sich selber gefühlt? Wohlbefinden, Scham?
 - Schmerzen bzw. Beschwerden?
 - Hatten Sie nach der Geburt schon (wieder) einen Orgasmus?
 - Haben sich Ihre Orgasmuserfahrungen verändert (negativ oder positiv)?
13. Haben Sie immer noch Schmerzen oder Beschwerden bei Ihrem Sexualleben?
- Weitere Auswirkungen nach dem Dammschnitt? (weniger Lust, Schmerzen, Inkontinenz etc.)
 - Haben Sie sich in Ihrem sexuellen Erleben durch den Dammschnitt beeinträchtigt gefühlt?
14. Sind Sie zufrieden mit ihrem aktuellen Sexualleben?
- ✓ Bei Unzufriedenheit:
 - Seit wann sind Sie unzufrieden?
 - Seit wann sind Sie nicht mehr sexuell aktiv?
 - Welche Gründe können Sie dafür benennen?
 - Wie gehen Sie mit der Situation um?
15. Hat sich die Bedeutung Ihres Sexuallebens durch die Geburt und den Dammschnitt verschoben?

16. Haben sich Ihre persönlichen sexuellen Vorlieben nach der Geburt verändert?
- Hat Ihr Partner diese Veränderungen bemerkt?
 - Haben Sie Ihre veränderten sexuellen Vorlieben mit Ihrem Partner transparent thematisiert?

Sichtweise des Partners hinsichtlich des Sexuallebens nach dem Dammschnitt

17. Wie hat Ihr Partner Ihren Dammschnitt während und nach der Geburt wahrgenommen bzw. erlebt?
18. Konnten Sie mit Ihrem Partner im vor der Geburt offen über Ihre Ängste und Befürchtungen hinsichtlich eines Dammschnittes und den möglichen Folgen auf Ihre Sexualität sprechen?
19. Vermissen Sie etwas in ihrem aktuellen Sexualleben?
- Wünschen bzw. Veränderungen?

Beratung durch Frauenarzt / Hebamme

20. Wurden Sie vor der Geburt darüber informiert, dass nach der Entbindung Beeinträchtigungen im Sexualleben durch einen Dammschnitt auftreten können?
21. Wurden Sie über die Möglichkeit der Dammpflege nach der Geburt informiert?
- Dammspülung?
 - Narbenmassage?
 - Rückbildung?
22. Wie zufrieden waren Sie mit der Beratung Ihrer/Ihrem Frauenärztin/Frauenarzt und Ihrer Hebamme?
- Haben Sie Vertrauen aufbauen können?
 - Haben Sie mit ihm/ihr über Ihre Sexualität nach der Geburt gesprochen?
 - Was wurde Ihnen diesbzgl. geraten?
 - Hat es Ihnen an Beratung und Information bzgl. möglicher Auswirkungen eines Dammschnittes auf Ihr Sexualleben nach der Geburt gefehlt?

Abschlussfragen

23. Was denken Sie persönlich über den Dammschnitt? Haben sie den Dammschnitt als hilfreiche oder schädliche Intervention wahrgenommen?
24. Was sollte Ihrer Meinung nach zum Thema „Dammschnitt“ noch verbessert werden? Was würden Sie sich und ihrem Partner wünschen?
- Beratung, Information bzw. Aufklärung?
 - Manual oder Script als Information
 - Verhalten des Mannes (Orientierungslosigkeit?)

Am Ende nachfragen, ob noch etwas zu sagen ist!

Anhang 3

Die transkribierten Interviews befinden sich auf der beigefügten CD.

Interviewpartnerinnen	Dauer des Interview	Datum der Interview-durchführung	Datum des Dammschnittes
Frau Mai	28 min	15.03.2014	17.05.2013
Frau August	36 min	18.03.2014	02.08.2013
Frau Dezember	22 min	20.03.2014	15.12.2013

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Hamburg, den 01. Juli 2014

Susann Semmler