



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Geburtshilfliche Interventionen, Qualität der Interaktion
mit den Geburtshelfer*innen und verschiedene
Dimensionen des Geburtserlebens“

verfasst von / submitted by

Alina Elisabeth Dorsch, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Das Thema dieser Arbeit hat mich, und damit auch meine Begleiter*innen in dem Prozess, über einen langen Zeitraum beschäftigt und ich möchte mich vor allem bei meinen Freundinnen Leonie und Mechthild für ihre offenen Ohren, ihr Interesse, ihre Anregungen und Gedanken, sowie auch ihre mentale, emotionale und praktische Unterstützung bedanken! Ein großer Dank gilt auch Junia, Vicky, Veronika und Anne, Eva, Ali, meiner Mutter und den vielen weiteren Menschen, die mich unterstützt haben und mich ermutigt haben, meinen Interessen zu folgen. Auch allen Frauen, die ihre persönlichen Erfahrungen mit mir geteilt haben und ohne die diese Arbeit nicht hätte zustande kommen können, möchte ich danken. Zuletzt danke ich meinem Betreuer Herr Mag. Dr. Jagsch für seine Offenheit, seine Anmerkungen, praktische Hilfe, Geduld und Zeit, die er aufgebracht hat, um mich in meinem Arbeitsprozess zu begleiten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	7
Abstract (Englisch)	8
I Theoretischer Teil	9
Einleitung	10
1. Geburten heute	12
2. Warum entscheiden sich Frauen/Eltern vorwiegend für die Krankenhausgeburt?	13
2.1 Risiko und Sicherheit	14
2.2 Medikalisierung der Schwangerschaft und Geburt und ihr Einfluss auf die Entscheidungsfindung von Frauen	14
2.3 Geburt im Krankenhaus als Norm	15
2.4 Versorgungsengpässe in alternativen Geburtssettings	16
3. Risiken bei Krankenhausgeburten	16
4. Kennzeichen erfolgreicher Geburt und qualitativ hochwertiger Geburtshilfe	18
4.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe	18
4.2 Ganzheitliche Perspektive auf Qualitätssicherung in der Geburtshilfe – Patient Reported Outcomes (PRO)	19
4.3 Subjektives Erleben der Frauen – Integrationsbemühungen	21
5. Subjektives Geburtserleben: Folgen und Assoziationen	23
5.1 Positives Geburtserleben	23
5.2 Negatives Geburtserleben	24
5.2.1 Prävalenz	24
5.2.2 Auswirkungen	24
5.2.2.1 Geburt und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	25
5.2.2.2 Geburt und Postpartale Depressionen (PPD)	26
5.2.2.3 Caregiving, Bindungsaufbau und Entwicklung des Kindes	28
5.2.2.4 Zukünftige reproduktive Entscheidungen	28
6. Subjektives Geburtserleben als Konstrukt	29
6.1. Konzeptionen des Geburtserlebens	30
6.1.1 Larkin, Begley und Devane (2009): vielschichtig und komplex	30
6.1.2 Diversität der Begrifflichkeiten	30
6.1.3 Zufriedenheit mit der Geburt als umfassendes Geburtserleben	32
6.1.4 Zufriedenheit als Ergebnis mehrdimensionaler Beurteilung des Geburtserlebens	33
6.1.5 Zufriedenheit und Erfüllung als Ergebnisse des Geburtserlebens	33
6.1.6 Weitere Modelle des Geburtserlebens	34
6.2 Facetten und/oder Prädiktoren des Geburtserlebens	35

6.3 Zeitpunkte der Erfassung	37
6.4 Einflussfaktoren	39
6.4.1 Interaktionserfahrung mit den Geburtshelfer*innen und geburtshilfliche Versorgung	39
6.4.2 Exkurs: Gewalt und strukturelle Probleme in der Geburtshilfe	43
6.4.3 Interventionen bei (risikoarmen) Geburten	45
6.4.3.1 Vorbemerkung	45
6.4.3.2 Aktuelle Situation in der klinischen Geburtshilfe	45
6.4.3.3 Anzeichen für einen <i>Overuse</i>	47
6.4.3.4 Anzahl an Interventionen und Geburtserleben	51
6.4.3.5 Geburtshilfliche Maßnahmen und das Geburtserleben	51
6.4.3.5.1 Geburtsmodus	51
6.4.3.5.2 Periduralanästhesie	52
6.4.3.5.3 Geburtseinleitung und wehenmodulierende Mittel	53
6.4.3.5.4 Episiotomie (Dammchnitt)	54
6.4.3.5.5 Vaginale Examinationen	55
6.4.3.5.6 Kardiotokographie (CTG)	55
6.4.3.5.7 Weitere Interventionen	56
6.4.4 Kontrollerleben	57
6.4.5 Dauer der Geburt	58
6.4.6 Schmerzen	58
6.4.7 Parität, Erwartungen und Geburtsvorbereitung	59
6.4.8 Beleghebamme oder Doula	60
6.4.9 Alter und Bildungsgrad	60
6.4.10 Risikofaktoren für ein negatives Geburtserleben	60
6.4.11 Nachbesprechung der Geburt	61
II Empirie	63
7. Zielsetzung	64
8. Methodik	64
8.1 Studiendesign	64
8.2 Untersuchungsdurchführung	65
8.3 Stichprobe/Zielgruppe	65
8.4 Messinstrumente	66
8.4.1 Verfahrensübersetzung	66
8.4.2 Quality of Provider Interactions Inventory (QPI-I)	66
8.4.3 Support and Control in Birth Scale (SCIB)	67
8.4.4 Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)	68

8.4.5 Salmon's Item List (SIL-Ger)	70
8.4.6 Geburtshilfliche Interventionen	71
8.4.7 Einzelitem Geburtserleben	73
8.5 Fragestellungen und Hypothesen	73
8.5.1 Fragestellung 1	74
8.5.2 Fragestellung 2	75
8.6 Angewandte statistische Auswertung	75
9. Ergebnisdarstellung	78
9.1 Stichprobenbeschreibung	78
9.2 Gesamteinschätzung Geburtserleben	78
9.3 Kontrollerleben (SCIB)	79
9.4 Bewältigungsvermögen und wahrgenommene Sicherheit (CEQ)	79
9.5 Interventionen	79
9.6 Qualität der Interaktionserfahrung (QPI)	81
9.7 Kontrollvariablen	81
9.8 Nachbesprechung	82
10. Hypothesenprüfung	83
10.1 Fragestellung 1 (Zusammenhangshypothesen H1a–H1e)	83
10.2 Fragestellung 2 (Moderationsmodelle H2a–H2e)	83
10.2.1 QPI, Interventionen und SIL-Ger	83
10.2.2 QPI, Interventionen und Internal Control	84
10.2.3 QPI, Interventionen und External Control	86
10.2.4 QPI, Interventionen und Own Capacity	87
10.2.5 QPI, Interventionen und Perceived Safety	89
10.3 Explorative Befunde	89
10.3.1 Beleghebamme, QPI und Interventionen	89
10.3.2 Alter der Frau und Interventionen	90
10.3.3 Korrelationen Globalitem Geburtserleben mit UV und AV	91
11. Diskussion	91
11.1 Interventionen und Geburtserleben	91
11.2 Geburtserleben	95
11.3 Fragestellung 1	97
11.4 Fragestellung 2	99
11.4.1 Salmon's Item List	100
11.4.2 Kontrollerleben (SCIB).....	101
11.4.2.1 Internal Control	101
11.4.2.2 External Control	103

11.4.3 Eigenes Bewältigungsvermögen	105
11.4.4 Sicherheitsgefühl	106
11.5 Nachbesprechung	108
12. Fazit	108
13. Limitationen und Ausblick	111
Literatur	115
Tabellenverzeichnis	139
Abbildungsverzeichnis	140
III Anhang	141

Abstract (Deutsch)

Hintergrund: Die Geburt eines Kindes stellt ein besonderes Ereignis für Frauen und Paare dar, das körperliche, soziale, emotionale und psychische Veränderungen mit sich bringt. Das subjektive Geburtserleben von Frauen spielt eine zentrale Rolle für die erfolgreiche Anpassung an die neue Situation und Rolle als Eltern, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der jungen Mutter sowie den Bindungsaufbau zum Säugling und die Entscheidung für/gegen weitere Kinder. Derzeit bringen im deutschsprachigen Raum nahezu 100% aller Frauen ihre Kinder in einem Krankenhaus zur Welt, wo Geburten häufig von einer starken Pathologisierung und Medikalisierung gekennzeichnet sind, was hohe Interventionsraten mit sich bringt. Dies kann sich negativ auf das Geburtserleben von Frauen auswirken. Gleichzeitig trägt auch die Qualität der Interaktionserfahrung (QPI), die eine Frau mit ihren Geburtshelfer*innen macht, wesentlich zu ihrem Erleben bei. *Methodik:* Um die Auswirkungen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und der QPI (erfasst mittels Quality of Provider Interactions Inventory, QPI-I) sowie eine mögliche Interaktion der beiden Größen auf verschiedene Dimensionen des Geburtserlebens zu beleuchten, wurden $N = 120$ erstgebärende Frauen über einen Online-Fragebogen befragt. Dieser erfasste das umfassende Geburtserleben mittels der Salmon's Item List (SIL-Ger). Weiters wurden folgende spezifische Facetten abgefragt: das eigene Bewältigungsvermögen und Sicherheitsgefühl der Frau (mittels Childbirth Experience Questionnaire, CEQ) und ihr externes und internes Kontrollerleben (mittels Support and Control in Birth Scale, SCIB). Zudem wurden 24 Items zu geburtshilflichen Interventionen und einigen Kontrollvariablen vorgegeben. *Ergebnisse:* Frauen, die bei der Geburt viele geburtshilfliche Interventionen erfahren hatten, gaben auf allen Skalen ein negativeres Erleben an als Frauen mit weniger Interventionen. Für die Skalen des CEQ und der SCIB zeigte sich zudem eine Interaktion zwischen der Anzahl an Interventionen und der QPI-I. Eine hohe Anzahl an Interventionen wirkte sich vor allem bei hohen Werten im QPI-I negativ auf die genannten Facetten des Geburtserlebens aus. Für den Summenscore der SIL-Ger ergab sich keine signifikante Interaktion der Prädiktoren. *Schlussfolgerungen:* Die Qualität der Interaktionserfahrung scheint wesentlich zu einem positiven Geburtserleben beizutragen und bedeutsamer zu sein als die Anzahl an geburtshilflichen Interventionen. Bei Berücksichtigung beider Größen war eine hohe Rate an geburtshilflichen Eingriffen nicht zwangsläufig mit einem negativeren Erleben assoziiert, eine negative Interaktionserfahrung dagegen schon. Frauen, die ihre Interaktionserfahrung bereits als durchschnittlich gut oder positiv einschätzen, würden jedoch auch von einer Reduktion unnötiger Interventionen profitieren, was ihr Sicherheitsgefühl, ihr Bewältigungsvermögen sowie ihr Kontrollerleben zusätzlich verbessern ließe.

Abstract (Englisch)

Background. Childbirth is considered a special event for women and couples, associated with physical, social, emotional and psychological changes. The subjective birth experience of a woman is crucial for her adaption to the new situation and role as a parent, her mental health and wellbeing, secure attachment to the newborn and further reproductive decisions. Nearly 100% of all births in German-speaking countries are taking place in hospitals, where a strong medicalization and pathologization of birth often leads to a high number of birth interventions. A high number of interventions is associated with a negative birth experience. At the same time the quality of provider interactions (QPI; interaction and communication between a woman and her care providers) is crucial for a woman's experience. *Method.* To examine the impact of the number of birth interventions and the QPI (covered by the Quality of Provider Interactions Inventory, QPI-I), $N = 120$ first time mothers were surveyed via an online questionnaire. It consisted of the Salmon's Item List (SIL-Ger), assessing the global birth experience, the two subscales Own Capacity and Perceived Safety of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ), the Internal and External Control subscales of the Support and Control in Birth Scale (SCIB), a catalogue of 24 birth interventions and a range of control variables. *Results.* Women who had experienced a high number of interventions during birth also had a more negative experience, in terms of all included scales. For the CEQ- and SCIB-scales there also was a significant interaction between the number of interventions and the QPI-I score. A high number of interventions impaired the different dimensions of the birth experience all the more if the QPI-I score was high. Concerning the SIL-Ger scale no significant interaction of the predictors could be observed. *Conclusions.* The quality of the provider interaction seems crucial for a positive birth experience and more important than the number of interventions. Considering both variables at the same time, a high number of interventions was not inevitably associated with a negative experience, a poor quality of interaction was, however. Women who already experience the QPI as average to (very) good still would benefit from a reduction of unnecessary interventions, which could further enhance their perceived safety, own capacity and feelings of control during childbirth.

I Theoretischer Teil

Einleitung

„Die Begleitung durch die Hebamme war sehr persönlich und positiv. Auf meine Bedürfnisse würde geachtet. Die Ärztin wollte ziemlich am Ende der Geburt eine Spritze zur Wehenpause geben. Ich bin froh das die Hebamme ihre Stimme für mich ergriffen hat und dies abgelehnt hat. Ich selber war nicht in der Lage mein innerlich schreiendes Nein zu äußern.“

„[...] Als ich es nicht mehr aushielt fragte ich nach einer PDA. Im Kreissaal angekommen, fragte ich, ob man nochmal zuvor nach dem Muttermund schauen wolle, zumal in diesem Moment auch die Fruchtblase geplatzt war. Die Hebamme meinte zunächst, ich bekäme jetzt eine PDA egal wie weit ich sei. Und dann etwas hämisch, sie könne mich schon untersuchen, aber dann müsste ich mich halt hinlegen. Da ich alle 30 Sekunden Wehen hatte, konnte ich mir die Risiken der PDA nicht mehr anhören und mein Freund unterschrieb für mich. Der Anästhesist benötigte fast eine halbe Stunde bis er die Nadel gelegt hatte. Während dieser Zeit sollte ich trotz 30 sekundiger Wehen stillsitzen. Ich meinte noch, dass ich Ihnen gerade auf die Liege mache, aber keiner hörte mich. Als die Nadel drin war und die PDA in Gange, kam man auf die Idee mal die Unterhose aufzuschneiden und bemerkte, dass das Köpfchen schon zu sehen war. Ich hatte den Kopf geboren während ich stillsitzen musste für die PDA, weil ich nicht ernst genommen wurde und keiner zuvor nachschauen wollte. Noch heute denke ich an diese Minuten wie Folter und an diesen Kontrollverlust. Ich musste mein Kind auf dem Rücken liegend gebären, obwohl ich die für mich perfekte Position schon vor Stunden gefunden hatte, aber ich durfte nicht (erst durch das Hinlegen, dann durch die PDA). Ich bin vermutlich aufgrund dieser unnatürlichen Position mehrfach gerissen. [...]“

„Für mich war die Geburt reine Einstellungssache. Wir haben uns gefreut und ich wusste dass jede wehe dazu dient dem kleinen menschen in mir rauszuhelfen. Das hat enorm geholfen - dem schmerz einen grund zu geben. Und alles ist wunderbar verlaufen, sogar den dammschnitt hatte ich mir herbeigesehnt weil nach zwei stunden presswehen meine kraft zu schwinden begann. Der kopf war leider zu groß gewesen.“

Diese drei Zitate stammen von Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie. Darin beschreiben sie die Geburt ihres ersten Kindes, das sie in einem Krankenhaus auf die Welt gebracht haben und beantworten die Frage, was ihnen für ihr Geburtserleben persönlich wichtig war. Geburtshilfliche Interventionen spielen bei diesen Rückmeldungen eine Rolle, ebenso wie die mit der Geburt verbundenen Schmerzen. Auch die Beziehung zu den Geburtshelfer*innen und deren Handlungen scheinen das Erleben der Frauen (nachhaltig) geprägt zu haben, je auf eine unterschiedliche Art und Weise. Die drei Frauen berichten auch von positiven und negativen Gefühlen in Verbindung mit der Geburt ihres Kindes.

Diese kann als schönes, magisches, kraftvolles und transformierendes Ereignis erlebt werden, aber genauso mit großer Hilflosigkeit, Angst und Versagensgefühlen verbunden sein. In ihrem Verlauf

können sich Momente der Zuversicht und Kraft abwechseln mit solchen der Verunsicherung und Erschöpfung. Manche Frauen fühlen sich durch die Stunden der Wehen und die Erfahrung der Geburt gestärkt und gut auf die erste Zeit mit der*dem Neugeborenen vorbereitet, andere hadern lange damit, fühlen sich um ihre Geburtserfahrung betrogen oder gar durch sie traumatisiert. Was eine Frau persönlich bei der Geburt ihres Kindes erlebt, wie sie dies rückwirkend einschätzt, bewertet und integriert, ist hoch individuell. Dennoch ist jede individuelle (Geburts-)Erfahrung auch geprägt von den kulturellen, gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen und Diskursen, in die sie eingebettet ist, und nicht unabhängig von Normen, Werten und Erwartungen der Frau, der Geburtshelfer*innen und ggf. ihres Partners* bzw. ihrer Partner*in. So entscheiden sich heute im deutschsprachigen Raum ca. 98% aller Frauen, ihr Kind in einem Krankenhaus auf die Welt zu bringen. Die meisten Frauen gebären ihr Kind also in Institutionen, deren Regularien, Strukturen und Limitationen sowohl den Ablauf einer Geburt mitbestimmen als auch Einfluss darauf haben können, wie eine Frau die Geburt erlebt. Krankenhäuser bieten werdenden Eltern mit modernster Technologie und (weitgehend) evidenzbasierter geburtshilflicher Versorgung größtmögliche Sicherheit. Die „Unversehrtheit“ von Frau und Kind hat höchste Priorität, und Morbiditäts- sowie Mortalitätsraten sind (in den meisten Industrienationen) entsprechend seit Jahren gleichbleibend niedrig. Davon abgesehen scheint der Großteil der Eltern zufrieden bis sehr zufrieden mit der medizinischen und geburtshilflichen Versorgung in ihrer Geburtsklinik zu sein. Es könnte daher vermutet werden, dass die moderne Geburtshilfe/Geburtsmedizin an einem Punkt angekommen ist, an dem es für Frauen, die sich für eine Klinikgeburt entscheiden, nichts mehr zu verbessern gäbe. Dass diese Vermutung pauschal nicht zu bestätigen ist, liegt nahe.

Zuerst einmal liegt es im Auge der*des Betrachter*in, was ein optimales Outcome kennzeichnet. Werden die Geburtshelfer*innen nach ihrem Urteil gefragt, muss dieses nicht zwangsläufig mit dem Urteil der Frau selber übereinstimmen, die sich während der Geburt ihres Kindes in deren Obhut befunden hat. Des Weiteren scheint an dieser Stelle die Frage danach berechtigt, ob die hohe Sicherheit für alle Frauen und ihre Kinder im gleichen Ausmaß gilt. Und wenn nein, von welchen Faktoren es abhängt, dass das Geburtssetting Krankenhaus nicht automatisch zu optimalen Outcomes führen muss. Zuletzt hängt der Erfolg einer Geburt auch davon ab, welche Faktoren herangezogen werden, um diesen zu beurteilen. Morbiditäts- und Mortalitätsraten wurden bereits angesprochen. Auf was genau bezieht sich jedoch die Morbidität bzw. welches Verständnis von Krankheit und Gesundheit wird den Messungen zugrunde gelegt? Auf diese und weitere Fragen soll im Verlauf dieser Arbeit eingegangen und ein Versuch der Klärung vorgenommen werden, der Schwerpunkt soll dabei auf dem subjektiven Erleben von Frauen liegen, die ihr erstes Kind in einem Krankenhaus zur Welt gebracht haben. Wie sich zeigen wird, kann sich die Art und Weise, wie eine Frau die Geburt ihres Kindes erlebt, langfristig auf ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirken, den Bindungsaufbau zum Kind beeinflussen und weitere reproduktive Entscheidungen prägen. Darum scheint es geboten, dem

subjektiven Geburtserleben von Frauen aus psychologischer Sicht größere Relevanz einzuräumen, als dies bisher (v.a. im Kontext der deutschsprachigen Forschung zum Thema) der Fall ist.

Im ersten Teil dieser Arbeit wird es zunächst um aktuelle Kennzahlen zu und Merkmale von Geburten in Deutschland und Österreich gehen, mit dem Fokus auf Geburten in Kliniken/Spitälern. Dabei wird bereits kurz auf die Problematik der oft hohen Interventionsraten eingegangen werden. Ausgehend von Kriterien zur Beurteilung der Qualität der (medizinischen) Versorgung auf Geburtsstationen wird dann auf das subjektive Erleben der Frauen eingegangen, inwieweit dieses aktuell in die Versorgungsevaluationen einfließt und welche Bedeutung diesem Erleben auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene einzuräumen wäre, konkret, welche Auswirkungen eine als positiv oder (sehr) negativ erlebte Geburt haben kann.

In den anschließenden Abschnitten dieser Studie wird genauer auf das Konstrukt *Geburtserleben*, dessen Definitions- und Operationalisierungsversuche und damit verbundene Probleme eingegangen werden, um dann (bekannte) Einflussfaktoren zu diskutieren. Dabei wird die Frage nach (medizinischen) Eingriffen in den Geburtsverlauf (Interventionen) wieder aufgegriffen und die Bedeutung der Beziehung zwischen einer gebärenden Frau und ihren Geburtshelfer*innen für das Geburtserleben dargelegt. Neben der individuellen Situation jeder Frau und Geburtshelfer*in sollen hier auch die Rahmenbedingungen diskutiert werden, in denen das Klinikpersonal die (Versorgungs-)Arbeit leistet, und die Rolle dieser für das Geburtserleben der Frauen.

Die beschriebenen Ausführungen sollen die Relevanz des Themas darlegen und die Fragestellungen, die sich am Ende des ersten Abschnittes dieser Arbeit finden und die Grundlage dieser Studie bilden, für den*die Leser*in nachvollziehbar machen. Auf die Darlegung der Fragestellungen folgen der methodische Teil, die Ergebnisse der Erhebung, ihre Interpretation und kritische Diskussion sowie ein Ausblick und Überlegungen zu vielversprechenden Fragestellungen für die zukünftige psychologische Forschung im Feld.

1. Geburten heute

Hinweis: Die folgenden Ausführungen beziehen sich, sofern nicht explizit anders angegeben, auf Geburten in industrialisierten Ländern und v.a. den deutschsprachigen Raum.

Viele Menschen wünschen sich irgendwann in ihrem Leben Kinder, viele von ihnen bekommen Kinder (in Österreich 2019 wurden 84 222 Kinder lebend geboren, in Deutschland 778 090; Statistik Austria 2020a; Statistisches Bundesamt, 2020a), und der größte Anteil von diesen wird heute in einem Krankenhaus/Spital geboren. So lag der Anteil der Säuglinge, die in Österreich in einer Klinik zur Welt gekommen sind, in den letzten Jahren konstant bei 98.4% (Statistik Austria, 2020a; in Deutschland ähnlich hoch bei 97.4% im Jahr 2018). Die Kaiserschnittraten pendeln sich derzeit bei einer Rate von ca. 30% aller Geburten ein (AT 2019: 30.1%; D 2018: 29.1%; Statistik Austria, 2020a; Statistisches Bundesamt, 2020b), der Anteil an vaginal-operativen Geburten (unter Einsatz einer Saugglocke oder

Geburtszange) lag 2019 bei 7.1% (so bleiben 62.8% spontaner, vaginaler Geburten in Österreich im Jahr 2019; Statistik Austria, 2020b). Bezogen auf das Gestationsalter der Neugeborenen lässt sich sagen, dass in Österreich (2019) 92.3% von ihnen reif geboren wurden, also nach mindestens 37+0, aber höchstens 41+6 Schwangerschaftswochen (SSW; Statistik Austria, 2020b). Die Säuglingssterblichkeit¹, Perinatalsterblichkeit² und Müttersterblichkeit³, die als Indikatoren für die Qualität der medizinischen Versorgung rund um Schwangerschaft Geburt und die ersten Monate danach angesehen werden, haben im Lauf des 20. Jahrhunderts stark abgenommen. Dabei sank beispielsweise die Müttersterblichkeitsrate in Österreich von etwa 328 Frauen pro 100 000 lebendgeborene Kinder im Jahr 1946 auf ca. 5 solcher Fälle im Jahr 2017 (WHO, 2019). Die Säuglingssterblichkeit (Österreich) lag 1970 noch bei einer Rate von 25.9, im Jahr 2017 nur noch bei 2.9 (Statistik Austria, 2019).

Diese Entwicklungen können als genereller Trend für die Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum angesehen werden und deuten auf Verbesserungen in der medizinischen Versorgung rund um Geburt und Schwangerschaft, wenn auch natürlich nicht nur dort, hin.

2. Warum entscheiden sich Frauen/Eltern vorwiegend für die Krankenhausgeburt?

Zu Beginn der anschließenden Ausführungen zum Risikodiskurs um Schwangerschaft und Geburt und der Frage, warum so viele Frauen im Krankenhaus gebären, ist wichtig zu betonen, dass Geburten im Allgemeinen (v.a. nach einer komplikationslosen Schwangerschaft einer gesunden Frau) als sicher angesehen werden können und per se weder ein Gesundheitsrisiko noch einen krankheitswertigen Prozess darstellen. Dem entsprechend kommen „[...] mehr als 96% der Kinder gesund zur Welt [...] und mehr als 80% der Geburten [könnten] „normal“ verlaufen [...], wenn sich Frauen und ihre Geburtshelfer darum bemühen.“ (Neumann & Maier, 2019, S. 122)

Die konkreten Gründe, warum sich eine Schwangere dafür entscheidet, ihr Kind in einem Krankenhaus auf die Welt zu bringen, können sich von Frau zu Frau unterscheiden. Liegen schwerwiegende gesundheitliche Probleme oder Risiken vor oder wird eine vaginale Geburt z.B. durch die Querlage des Kindes verunmöglicht, bleibt keine andere Option, da etwa Kaiserschnitte nur im Krankenhaussetting möglich sind. Neben individuellen Voraussetzungen und Motiven spielen auch das soziale Umfeld und gesellschaftliche Bedingungen und Normen eine Rolle.

¹ Im ersten Lebensjahr verstorbene Kinder je 1000 lebend geborene (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021)

² Tod des Neugeborenen in den ersten 7 Tagen nach der Geburt, einschließlich tot geborener Kinder je 1000 lebend- und totgeborenen Kindern (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021)

³ Als Müttersterbefall gilt der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft aufgrund von Ursachen, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung stehen oder durch diese verschlechtert werden. Nicht zur Müttersterblichkeit gezählt werden Sterbefälle von Schwangeren durch Unfall oder zufällige Ereignisse (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021)

2.1 Risiko und Sicherheit

„Gebären ist keine Kompetenz und keine Potenz mehr, sondern nur noch ein Risiko, das nicht mit Ritualen, sondern mit Routinen minimiert wird.“ (Sorgo, 2008, S. 181)

Bereits die Schwangerschaft wird von einer Reihe an Vorsorge- bzw. Kontrolluntersuchungen begleitet, die vor allem dem Zweck dienen, „Risiken zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen, um Gefahren abzuwenden“ (Hinweise für die Schwangere, Mutterpass; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020, o.S.). Die Vermeidung von Gefahr und Minimierung von Risiken bei der Geburt scheinen in Konsequenz wichtige Motive, sich für die Geburt unter medizinischer Überwachung zu entscheiden. Denn auch unabhängig vom (etwaigen) Vorliegen von Risikofaktoren wünschen sich werdende Eltern größtmögliche Sicherheit für die Geburt ihres Kindes (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet, & Gülmezoglu, 2018), und diesem Bedürfnis scheinen klinische Geburtsstationen, aus Sicht der meisten Eltern, begegnen zu können. Die Verhinderung von worst-case-Szenarien, wie ein mögliches Versterben des Kindes oder der Mutter, scheinen dabei für viele Frauen und Paare im Vordergrund zu stehen, wie die Mütterbefragung im Rahmen des Gutachtens zur Stationären Hebammenversorgung in Deutschland (IGES Institut, 2019) bestätigt. Hier gaben 89% der Mütter an, dass die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung im Notfall der gewichtigste Faktor bei der Wahl des Krankenhauses als Geburtsort ihres Kindes darstellte. Abgesehen davon wünscht sich der Großteil aller Schwangeren jedoch auch eine möglichst physiologisch verlaufende Geburt mit keinen oder wenigen, gut begründeten Interventionen (Downe et al., 2018). Es besteht also der Wunsch nach einer „natürlichen“ Geburt neben dem Bedürfnis, dass im Notfall medizinisch interveniert werden kann.

2.2 Medikalisierung der Schwangerschaft und Geburt und ihr Einfluss auf die Entscheidungsfindung von Frauen

Geburtsmedizinisch interveniert wird jedoch nicht nur in Notfällen, und auch sehr invasive Eingriffe, wie der Kaiserschnitt, werden immer häufiger aus einer relativen Indikation heraus vorgenommen (Bertelsmann Stiftung, 2012). In Krankenhäusern wird zunehmend routinemäßig in Geburtsverläufe eingegriffen, und es kann im Allgemeinen von einer ausgeprägten Medikalisierung der Geburtshilfe gesprochen werden. Medikalisierung wird nach Inhorn verstanden als „biomedical tendency to pathologise otherwise normal bodily processes and states. Such pathologisation leads to incumbent medical management“ (Clesse, Lighezzolo-Alnot, de Lavergne, Hamlin, & Scheffler, 2018, S. 162). Ein an sich „normaler“, i.d.R. physiologisch verlaufender Prozess, hier konkret die Geburt eines Kindes, wird also zunehmend als von Grund auf riskant und pathologisch konzipiert, was als Rechtfertigung für die generelle Notwendigkeit einer engmaschigen Überwachung und für (präventive und kurative) Eingriffe in den Geburtsprozess herangezogen werden kann. Gesellschaftliche (und historische) Diskurse um Verantwortung, Selbstbestimmung und Sicherheit gehen in die Debatte um die „institutionalisierte“ Geburtshilfe ein und können Frauen auch in der Wahl ihres (bevorzugten) Geburtsortes beeinflussen, was es zumindest fraglich macht, ob Frauen ihre Entscheidung für oder gegen

eine Klinikgeburt, selbst bei Abwesenheit gesundheitlicher Probleme, immer frei treffen können (Coxon, Sandall, & Fulop, 2014). Barbara Katz Rothman (2014) stellt in dem von ihr verfassten Editorial in der Zeitschrift *Health, Risk & Society* zum Schwerpunkt Schwangerschaft und Geburt die Frage, ob es heute überhaupt noch „gesunde“ oder „normale“ Schwangerschaften und Geburten geben kann, wenn Fachmediziner*innen immer wieder betonen, dass dies lediglich retrospektiv (also nach der Geburt des Kindes) beurteilt werden könne. Schwangere Frauen könnten so nur noch hoffen, als „low-risk“ eingestuft zu werden, „gesunde“ Schwangerschaften kämen im aktuellen (medizinischen) Diskurs um das Thema nicht vor (Katz Rothman, 2014). Im Jahr 2019 wurden entsprechend 80.07% aller Frauen ($n = 599\,245$), die zur Geburt ihres Kindes in deutsche Kliniken aufgenommen wurden, als Schwangere mit Geburtsrisiken eingestuft (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG, 2020, S. 51).

Jede Phase der Schwangerschaft bringt dabei eigene Risikofaktoren mit sich, wobei es sich bei den meisten um Phänomene mit niedriger Prävalenz handelt (Bisits, 2016). Der Mutter-Kind-Pass (Österreich) bzw. der Mutterpass (Deutschland) dient u.a. der Dokumentation verschiedener Faktoren, nach deren Vorliegen der*die Fachärzt*in die schwangere Frau als Risiko-Schwangere einstuft oder nicht. Für werdende Eltern ist dabei das tatsächlich (absolut oder relativ) bestehende Risiko für Komplikationen oft nur schwer abschätzbar, was zu Verunsicherung und Ängsten führen und das Vertrauen der Frau in ihre Fähigkeit, ihr Kind erfolgreich austragen und auf die Welt bringen zu können, untergraben kann (Bisits, 2016). Das kann so weit führen, dass Schwangere Zweifel daran entwickeln, ihr Kind überhaupt ohne die „Hilfe“ geburtsmedizinischer Technologien und Maßnahmen gebären zu können (Romano & Lothian, 2008).

2.3 Geburt im Krankenhaus als Norm

Auch fehlende Vorbilder und Vorstellungen von Normalität können Frauen in der Wahl ihres Gebäortes beeinflussen. Nur wenige Schwangere haben heute noch Frauen als Vorbilder und Orientierungshilfe, die ihr(e) Kind(er) außerhalb einer Klinik auf die Welt gebracht haben, da die Krankenhausgeburt seit mehreren Jahrzehnten die Regel, außerklinische Geburten die Ausnahme darstellen. Damit zusammenhängend haben viele Frauen das Gefühl, dass die Geburt in einer Klinik stattfinden „sollte“, was zusätzlich gesellschaftlichen Diskursen und Erwartungen an die Eltern sowie normativen Praktiken entspricht (Coxon et al., 2014). Entsprechend gaben 22% der befragten Mütter an, sich für eine Klinikgeburt entschieden zu haben, weil sie dies als den „Normalfall“ angesehen haben (IGES Institut, 2019). Somit scheint die Geburt in der Klinik gleichzeitig eine präskriptive und deskriptive Norm darzustellen. Frauen werden als (alleine) verantwortlich für die Gesundheit und das Wohlergehen ihres Kindes angesehen, was mit der Erwartung nach „verantwortungsbewussten“ Entscheidungen der Schwangeren einhergeht (Nadig, 2011).

2.4 Versorgungsengpässe in alternativen Geburtssettings

In manchen Fällen entscheiden sich Frauen nicht (aktiv) für die Klinik, sondern gehen zwangsläufig zur Geburt ihres Kindes in ein Krankenhaus, da sie keine Hebamme für eine Hausgeburtsbetreuung gefunden haben und/oder die Kapazitäten der Geburtshäuser erschöpft waren. In der IGES-Mütterbefragung gaben 5% der Frauen an, keine Hebamme für Hausgeburt gefunden zu haben und deswegen im Krankenhaus geboren zu haben (IGES Institut, 2019). Der Deutsche Hebammenverband sammelt Informationen zur Unterversorgung von Schwangeren und jungen Müttern in der *Karte der Unterversorgung*, in der bis Anfang Februar 2021 1100 Frauen angegeben hatten, keine Hebamme für eine Hausgeburt gefunden zu haben (Deutscher Hebammenverband e.V., 2021b). Fünfhundertneunddreißig weitere Frauen hatten keinen Platz in einem Geburtshaus gefunden, aber auch Hebammen für eine Beleggeburt (1790 mal gemeldet), die Schwangerenvorsorge (5111 mal gemeldet) und vor allem die Wochenbettbetreuung (26 854 mal gemeldet) fehlen aktuell in Deutschland. In Österreich scheint die Situation ähnlich, so bieten z.B. in Wien derzeit (laut der Suchmaske des Österreichischen Hebammengremiums; Abruf 02.02.2021) lediglich fünf Hebammen mit Kassenvertrag eine Hausgeburtsbetreuung an.

Welches Setting der Geburtshilfe konkret als (nicht) sicher angesehen wird, hängt natürlich von der eingenommenen Perspektive ab (Coxon et al., 2014). Denn auch wenn der Großteil aller Schwangeren sich für eine Geburt in einem Krankenhaus entscheidet, bringen heute noch Frauen ihre Kinder zu Hause oder in Geburtshäusern zur Welt. Es scheint, dass Frauen, die sich für eine Geburt in einem alternativen Setting entscheiden, Krankenhäuser gerade nicht als den sichersten Ort zum Gebären wahrnehmen (Katz Rothman, 2014). Eine zentrale Rolle spielen hierbei (routinemäßige) Eingriffe in den natürlichen Geburtsverlauf (Interventionen), die diese Frauen als riskant ansehen und soweit wie möglich vermeiden wollen (IGES Institut, 2019). Die Kontrolle über den Verlauf der Geburt zu behalten, nicht-pharmazeutische Methoden der Schmerzlinderung anwenden und sich in vertrauter Umgebung mit vertrauten Geburtshelfer*innen auf den Prozess der Geburt einlassen zu können, motivieren Frauen, in alternativen Settings zu gebären (Coxon et al., 2014; IGES Institut, 2019) was nahe legt, dass nicht davon ausgegangen wird, dass dies auch in einem Krankenhaus zu erreichen wäre. Zweifel bringt hier auch Dahlen (2019) an, die gar folgende Frage für diskutabel hält: „Is hospital birth safe or sustainable for low risk women in developed or developing nations?“ (S.9)

3. Risiken bei Krankenhausgeburten

Befinden sich Frauen unter der Geburt in der Obhut des Klinikpersonals, müssen sie oft mit einer Reihe von routinemäßigen Maßnahmen rechnen, die durchgeführt werden und in die Physiologie des Geburtsverlaufes eingreifen können. Da, wie ausgeführt, Geburten im medizinischen Kontext als risikoreiche Unterfangen konzipiert werden, kommt es bei vielen Geburten auch zu an sich unnötigen, medizinisch nicht-indizierten Interventionen, die iatrogene Schäden verursachen können (Jansen, Gibson, Carlson Bowles, & Leach, 2013). Begründet werden geburtshilfliche oder -medizinische

Eingriffe i.d.R. mit ihrem Ziel, die Gesundheit der Frau und/oder ihres Kindes zu erhalten (Neumann & Maier, 2019). Dass Maßnahmen (z.B. Verabreichung von Wehenmitteln, Dammschnitt, Kaiserschnitt) tatsächlich nur beim Vorliegen einer Indikation und nicht wahllos ergriffen werden, wie Neumann und Maier (2019) postulieren, darf jedoch in Frage gestellt werden. So werden diese nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Tatsache ergriffen, dass Geburtshelfer*innen, wenn rückwirkend deutlich wird, dass ein Intervenieren Schaden (z.B. Behinderungen oder Todesfälle) hätte abwenden können, Gerichtsverfahren/Unterlassungsklagen und Reputationsverluste riskieren („litigation-based practice“, Shorten, 2010, S. 182; Coxon et al., 2014). Dudenhausen spricht von „Absicherungsgeburtshilfe“, in der „das menschlich mögliche Maß an Sicherheit [...] zu Übervorsicht, Überdiagnostik und Übertherapie überhöht [wird]“ (Dudenhausen, 2008, S. 236). Dazu kommt vermehrt auch ein Fehlen von Hebammen in den Kliniken. So gaben 57% der Spitäler in der IGES-Befragung zur stationären Hebammenversorgung Vakanzen im Umfang von durchschnittlich 18% ihrer Planstellen an und die Hälfte Schwierigkeiten, diese Stellen zu besetzen. Auch aus Sicht der Hebammen haben sich in den letzten Jahren die Personalausstattung und Arbeitsbedingungen verschlechtert. Aufgrund der in Deutschland derzeit steigenden Geburtenzahlen erwarten 70% der Kliniken in den nächsten fünf Jahren einen weiter zunehmenden Bedarf an Hebammen (IGES Institut, 2019). Zusätzlich zu fehlendem Fachpersonal werden immer wieder Geburtsstationen (v.a. aufgrund mangelnder Rentabilität oder Personalmangen) geschlossen (Deutscher Hebammenverband e.V., 2021a). Das verlängert zum einen die Anfahrtswege für Frauen unter Wehen, zum anderen konzentrieren sich so mehr Geburten auf weniger Geburtsstationen, was in seltenen Fällen dazu führt, dass Frauen nicht aufgenommen werden können und zu einer anderen Klinik fahren müssen. Die geschätzte Rate an in der Klinik wegen Kapazitätsmangel (Personal u./o. Räume) abgewiesenen schwangeren Frauen in Deutschland lag im Jahr 2018 bei 1.1%, was ca. 8 790 Frauen entspricht (IGES Institut, 2019). Es kann vermutet werden, dass ein Personalmangel in der Klinik, verbunden mit einer Überlastung der Hebammen und Ärzt*innen und weite Anfahrtswege Risiken für Frauen mit sich bringen, die sich für eine Geburt in einer Klinik entscheiden. Diese Risiken sollten im Diskurs um die Sicherheit bei der Geburt berücksichtigt werden und deuten darauf hin, dass eine Geburt im Krankenhaus nicht zwangsläufig die sicherste Option für eine gesunde Mutter darstellen muss.

Welche Gründe konkret zusammenspielen und dazu führen, dass eine Frau ihr Kind in einer Klinik auf die Welt bringt, ist in jedem individuellen Fall wohl verschieden. Eine erschöpfende Erläuterung aller möglichen Faktoren kann und soll diese Arbeit nicht leisten. Sicherheit im Notfall, Klinikgeburt als Normalfall, mangelnde Alternativen und Diskurse um Risiko und Verantwortung tragen sicherlich zu der hohen Rate an Krankenhausgeburten bei.

4. Kennzeichen erfolgreicher Geburt und qualitativ hochwertiger Geburtshilfe

Deutlich wird, dass das angestrebte Outcome einer Geburt (ob in der Klinik oder in anderen Settings) eine gesunde Frau und Mutter mit einem gesunden Kind ist (beide sind „wohlauf“), was in jedem Fall auch das Ziel sein muss. Elisabeth Geisel stellte dabei in ihrem Vortrag auf der ENCA-Fachtagung (European Network of Childbirth Associations) im Jahr 2016 die provokative Frage, ob dies nicht lediglich gleichbedeutend sei mit „sie sind nicht tot“, und leitet die rhetorische Frage ab, ob das als Ziel für die Geburtshilfe des 21. Jahrhunderts tatsächlich ausreichend sei (Geisel, 2016, S. 3). Was aber, wenn nicht alleine eine gesunde Frau mit einem gesunden Kind, kann und soll heute das Ziel der Geburtshilfe sein? Um dies zu klären, lohnt es sich, Kriterien heranzuziehen, die als Qualitätsindikatoren (v.a. bezogen auf die Ergebnisqualität) in der Geburtshilfe dienen und damit anzeigen sollen, ob die Versorgung der gebärenden Frau und des*der Neugeborenen (im individuellen Fall wie auch im Mittel über eine Station, ein Bundesland oder ein Land hinweg) aus fachlicher Perspektive als erfolgreich, gut oder hochwertig angesehen werden kann. Zusätzlich können nationale und internationale Leitlinien, Positionspapiere und Empfehlungen nach den dort formulierten Zielen der Geburtshilfe (und Mitteln zu deren Erreichung) befragt werden.

4.1 Qualitätssicherung in der Geburtshilfe

Die Qualität der Versorgung von Patient*innen ruht im Allgemeinen auf drei „Säulen“, die sich wechselseitig beeinflussen (Stahl & Nadj-Kittler, 2014): der Sicherheit der Patient*innen, der klinischen Wirksamkeit der Versorgungsleistungen und der Erfahrungen, die Patient*innen mit diesen machen (Doyle, Lennox, & Bell, 2013). Zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität werden verschiedene Indikatoren herangezogen, wie etwa patient*innen-relevante Outcomes (Stahl & Nadj-Kittler, 2014) oder Zufriedenheitsmessungen. Auch Fragen nach wirtschaftlicher Effizienz spielen vermehrt eine Rolle (Tracy & Tracy, 2003).

Nationale Gesundheitsregister fassen Kennzahlen zur Qualität der Versorgung von Patient*innen über die Kliniken bzw. die entsprechenden Stationen/Subeinheiten zusammen. Pitroff, Campbell und Filippi (2002) schlagen für den konkreten Bereich der Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe und Nachsorge folgende Kriterien einer hochwertigen Versorgung vor:

High quality of care maternity services involves providing a minimum level of care to all pregnant women and their newborn babies and a higher level of care to those who need it. This should be done while obtaining the best possible medical outcome, and while providing care that satisfies women and their families and their care providers. Such care should maintain sound managerial and financial performance and develop existing services in order to raise the standards of care provided to all women. (Pitroff et al., 2002, S. 278)

Es gehe also, neben gesundheitlichen und finanziellen Aspekten, auch um die Zufriedenheit der Betroffenen und der Leistungserbringer*innen (hier etwa Hebammen, Gynäkolog*innen, Pflegekräfte).

Fraglich ist, ob die „Zufriedenheit“ mit der Versorgung gleichgesetzt werden kann mit der „Erfahrung“, die Patient*innen z.B. auf einer Geburtsstation machen. Welche Indikatoren werden nun derzeit in Österreich und Deutschland in die Evaluation der Versorgung im Kontext der Geburtshilfe einbezogen?

Das Hauptziel der Qualitätssicherung der geburtshilflichen Versorgung in Österreich stellt die Senkung perinataler Morbidität und Mortalität⁴ dar (Institut für klinische Epidemiologie, IET, 2019). Dabei erheben und berichten alle geburtshilflichen Abteilungen Daten zu neun verschiedenen Indikatoren, von denen sich drei auf Frühgeburten beziehen (QI2, QI8 und QI9), drei auf kindliche Outcomeparameter (QI4, QI5 und QI6), zwei auf Kaiserschnittgeburten (QI1 und QI7) und eine auf die Rate an Dammschnitten bei vaginalen Geburten (QI3).

In Deutschland gibt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jährlich einen Bericht zu Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der Perinatalmedizin auf Basis der Daten aller Klinikgeburten des Landes heraus. Die dort erfassten 11 Kriterien beziehen sich „[...] auf die adäquate medizinische Versorgung sowohl der Mutter als auch des Kindes“ (IQTIG, 2020, S. 5) und entsprechen zum Teil denen der im Geburtenregister Österreich aufgeführten. Ziel sei es, „[...] beobachtete Qualitätsunterschiede in der geburtshilflichen Versorgung zu erfassen und die Qualität kontinuierlich zu verbessern“ (IQTIG, 2020, S. 5). Die Morbiditätsrate soll, wie die Mortalitätsrate, niedrig gehalten und weiter gesenkt werden. Dabei werden in der Geburtshilfe etwa die Häufigkeit an Dammrissen IV Grades (IQTIG, 2020) oder Episiotomien (IET, 2019) sowie physiologische Parameter auf Seiten des Kindes erfasst. Morbidität wird also rein auf körperliche Faktoren bezogen, was ein biomedizinisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit abbildet (Franzkowiak, 2018), bei dem spirituelle, psychologische und soziale Aspekte nicht berücksichtigt werden. Dies widerspricht aktuellen Konzeptionen des Gesundheitsbegriffes, der Gesundheit als dynamisch und mehrdimensional ansieht (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018).

4.2 Ganzheitliche Perspektive auf Qualitätssicherung in der Geburtshilfe –

Patient Reported Outcomes (PRO)

Die veröffentlichten Daten zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe beziehen sich heute also durchweg auf medizinische/medizinisch-prozessurale Kennzahlen (Stahl, 2019). Keines der Kriterien berücksichtigt psychologische oder soziale Faktoren, die durch das Einbeziehen der Patient*innenperspektive abgedeckt werden könnten. Unwesentlich scheint auch der emotionale Zustand werdender und junger Mütter, obwohl Frauen zu wenigen Zeitpunkten ihres Lebens psychisch vulnerabler und sensibler scheinen als bei der Geburt ihres Kindes (Chalmers, 2017). Darum fordert Chalmers einen holistischen Versorgungsansatz, der physische, psychische und soziale Aspekte der

⁴ Vereinfacht kann die Morbiditätsrate als „Rate an Erkrankungen in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt“, die Mortalitätsrate als „Rate an Todesfällen aufgrund von Schwangerschaft oder Geburt“ (Neumann & Maier, 2019, S. 129) bezeichnet werden (Differenzierungen zu Mortalitätsraten siehe Einleitung). Dass die Mortalitätsraten in den deutschsprachigen Ländern seit Jahren auf sehr niedrigem Niveau liegen, spricht dafür, dass dieses Ziel als weitgehend erreicht angesehen werden kann.

Gesundheit vor und während der Schwangerschaft, bei der Geburt und auch danach mit einbezieht (Chalmers, 2017, S. 23). Dieser Forderung schließt sich auch das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) an, das die Beurteilungen der Versorgungsqualität durch die Patient*innen anhand von Größen, die aus ihrer Perspektive wichtig sind, als relevant erachtet (PROs = patient-reported outcomes; Nijagal et al., 2018). So empfiehlt das ICHOM den Einbezug standardisierter Maße zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Mutter, ihrer subjektiven Geburtserfahrung, zu Problemen beim Stillen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr und Inkontinenz in den Monaten nach der Geburt, der Bindungsqualität, dem möglichen Vorliegen einer Postpartalen Depression, der Zufriedenheit mit der Qualität der Versorgung und deren Ergebnissen sowie Fragen dazu, ob die Frau in Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung einbezogen wurde, ob sie alle für sie wichtigen Informationen zum richtigen Zeitpunkt erhalten hat und ein Vertrauensverhältnis zum Fachpersonal, das sich um die gekümmert hat, aufbauen konnte (Nijagal et al., 2018). Auch Reed und Kolleg*innen (Reed, Sharman, & Inglis, 2017) sehen die Notwendigkeit der (Weiter-)Entwicklung der Geburtshilfe und der konkreten Versorgung hin zu einem Paradigma, das den physiologischen und emotionalen Bedürfnissen bzw. der körperlichen wie psychischen Gesundheit (Patterson, Hollins Martin, & Karatzias, 2019) der Frauen gleiche Wichtigkeit einräumt.

Zunehmend greifen entsprechend Leitfäden und Richtlinien im Bereich der Geburtshilfe diese Forderungen auf, betonen die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung des Geburtserlebens und implementieren dies auf regionaler (z.B. Queensland in Australien; Queensland Clinical Guidelines, 2018), nationaler (z.B. England; National Maternity Review, 2015) oder internationaler Ebene. Die 56 evidenzbasierten Empfehlungen der jüngsten WHO-Veröffentlichung zum Thema (World Health Organization, WHO, 2018) *Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* etwa setzen bereits im Titel der Publikation das Ziel, Frauen ein positives Geburtserlebnis zu ermöglichen, fest. Auch im Kontext der Risikodiskurse rund um Schwangerschaft und Geburt wird heute (von mancher Seite) gefordert, dass diese nicht, wie bisher, auf physische Risiken beschränkt bleiben, sondern ausgeweitet werden sollten, um auch psychosoziale Risiken einer Geburt mit einzubeziehen. Geburtshilfliche Entscheidungen sollten also auch die Kosten/Nutzen-Relation für die psychische Gesundheit der Frau berücksichtigen (Dekel et al., 2019). Auch in Hinblick auf die Furcht der verantwortlichen Geburtshelfer*innen vor (Unterlassungs-)Klagen konzentrierte sich diese rein auf das physiologische Outcome von Mutter und Kind, klammerte jedoch die möglichen negativen psychosozialen Auswirkungen einer Geburt für Mutter und Kind komplett aus (Reed et al., 2017).

Die Forderungen nach einer Erweiterung der Perspektive auf qualitativ hochwertige Geburtshilfe scheinen im Einklang mit den Wünschen und Vorstellungen von betroffenen Frauen selber zu stehen. Werden diese danach gefragt, was sie als wichtig für die Geburt ihres Kindes ansehen, zeigt sich, dass Sicherheit zwar einen zentralen Faktor darstellt, aber das psychosoziale Wohlbefinden eine ebenso bedeutsame Rolle spielt (Downe et al., 2018). Der Fokus der meisten Frauen liege darauf, ihr gesundes Kind in einer medizinisch *und psychologisch* sicheren Umgebung gebären zu können, in der

sie praktische *und emotionale* Unterstützung von kompetenten *und zugewandten* Geburtshelfer*innen erhalten. Im Falle von notwendigen medizinischen Interventionen scheint es Frauen wichtig, aktiv in Entscheidungen eingebunden zu werden und so das Gefühl der Kontrolle über die Geburt zu behalten, auch wenn den Wünschen der meisten Frauen eine physiologische Geburt ohne Eingriffe entspricht (Downe et al., 2018). Grundsätzlich beziehen sich die Bedürfnisse und Vorstellungen von Frauen also auf weit mehr als physiologische Sicherheit, vielmehr stehen Gefühle von Kontrolle und Empowerment im Zentrum (Iravani, Zarean, Janghorbani, & Bahrami, 2015).

4.3 Subjektives Erleben der Frauen – Integrationsbemühungen

Für den deutschsprachigen Raum liegen bisher keine (publizierten) repräsentativen Daten zum subjektiven Erleben von Frauen, die ihr Kind in einer Klinik zu Welt gebracht haben, vor. Im Kontext der Geburtshilfe in Deutschland zeichnen sich kürzlich jedoch Bemühungen ab, die Perspektiven und Erfahrungen der Frauen mehr zu berücksichtigen (wie dies z.B. von Schäfers, 2015, gefordert wurde). So formuliert das Bundesministerium für Gesundheit (2018) in der Veröffentlichung seiner nationalen Gesundheitsziele rund um die Geburt:

Ziel jeglicher Bemühungen vor, während und nach einer Geburt muss sein, die Gesundheit von Mutter und Kind zu erhalten und zu stärken. Alles Handeln der den Geburtsprozess begleitenden Personen muss sich an diesem Ziel messen lassen. Das Verständnis von Gesundheit orientiert sich dabei nicht nur an Kennzahlen körperlicher Gesundheit, sondern auch an subjektiver gesundheitsbezogener Lebensqualität und Wohlbefinden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 37)

Es bleibt offen, inwieweit sich diese Forderung bald auch in den Kriterien zur Evaluation der geburtshilflichen Versorgung widerspiegeln wird.

Um die Qualität der medizinischen Versorgung sicherstellen zu können, sind transparente, handlungsweisende Kriterien, wie sie etwa in Leit- oder Richtlinien festgehalten werden, zentral (Pittrof et al., 2002). Seit dem Jahr 2015 war die S3-Leitlinie zur Vaginalen Geburt am Termin (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF, 2020b) in Arbeit, deren bereits für 2017 geplante Veröffentlichung mehrfach verschoben wurde. In der Vorbereitung der neuen Leitlinie ist deutlich geworden, „dass nur ausgesprochen wenige Erkenntnisse zu mittel- und langfristigen Folgen einzelner geburtshilflicher Prozeduren für Mutter und Kind sowie zu patient related outcomes measures existieren“ (AWMF 2020c, S. 8). Zu diesen PROs zählt auch das subjektive Erleben der Frauen, die ein Kind bekommen haben (siehe oben). Das Dokument wurde final mit Ende des Jahres 2020, also im Verlauf der Verfassung dieser Arbeit, veröffentlicht und als „[...] echte Chance zum Kulturwandel in der klinischen Geburtshilfe“ (Hebammenverband Niedersachsen e.V., 2021, o.S.) bezeichnet. Die neue Richtlinie hat für die Geburtshilfe in Österreich, Deutschland und der Schweiz Gültigkeit und ist „[...] von vornherein frauenzentriert ausformuliert [...]. Die Frau und die Physiologie stehen im Mittelpunkt.“ (Hebammenverband Niedersachsen e.V., 2021, o.S.).

Evidenzbasierte Empfehlungen zu verschiedenen Interventionen werden ebenso gegeben wie alte Definitionen und Begrifflichkeiten überdacht. Einige der Empfehlungen können konkret zu einer Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Geburtserleben beitragen, wie etwa eine partizipative Entscheidungsfindung oder eine Eins-zu-Eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase der Geburt. Auch die Bedeutung des psychischen Erlebens der Frau und möglicher „[...] seelischer Auffälligkeiten oder Probleme[]“ (AWMF, 2020b, S.164) wird in der neue Leitlinie betont:

Als besonders wichtig wird von der Leitliniengruppe [...] die Beurteilung des emotionalen und psychischen Zustands der Mutter angesehen. Dies beinhaltet beispielsweise die Frage nach dem Geburtserleben, die mütterliche Zufriedenheit, die Annahme des Kindes und die Möglichkeit der Frau einer Reflexion eben dieser Themen. (AWMF, 2020b, S.182)

Als geeigneter Zeitpunkt für diese Beurteilung wird der Moment vor der Verlegung der Frau auf die Wochenbettstation genannt, die in der Regel wenige Stunden nach der Geburt geschieht. Wie diese Besprechung konkret aussehen sollte, wird nicht erläutert, hier fehlt es bisher an standardisierten und validierten Handlungsempfehlungen (Sheen & Slade, 2015). Fraglich erscheint, ob alle Mütter so knapp nach der Geburt bereits in der Lage sind, ihr Geburtserleben umfassend zu beurteilen, oder ob eine Abfrage zu einem späteren Zeitpunkt nicht sinnvoller wäre. Dazu später mehr.

Empfehlungen, Richt- und Leitlinien (wie die S3-Leitlinie) bauen auf den Erkenntnissen wissenschaftlicher Studien auf, fassen diese zusammen und leiten Handlungsanweisungen ab. Mittlerweile ist die Datenlage zum Thema Geburtserleben sehr umfassend, das Interesse von Seiten der Wissenschaft und Forschung nimmt seit Jahrzehnten deutlich zu. So erzielt eine kurze Suche nach dem Stichwort *birth experience* in der Datenbank Web of Science für den Zeitraum bis 1970 keine Treffer, zwischen 1971 und 1980 vier entsprechende Titel, zwischen 1981 und 1990 zwölf, zwischen 1991 und dem Jahr 2000 fünfzig Publikationen, zwischen 2001 und 2010 bereits 157 und von 2011 bis ins aktuelle Jahr (2020) 599 (Abfrage am 23.11.2020). Dieses zunehmende Interesse bestätigen auch Chabbert, Panagiotou und Wendland (2020) in ihrem umfassenden Review zu Faktoren, die das Geburtserleben von Frauen beeinflussen können. Die aktuelle Forschungsaktivität und Publikationsrate zum Thema Geburtserleben ist also hoch⁵, und die Ergebnisse zahlreicher Studien machen deutlich, welche Rolle das subjektive Erleben der Geburt auf individueller, auf beziehungs-, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene spielen kann, was wiederum die Wichtigkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung unterstreicht. Kritisiert wird jedoch der oft pathogenetische Blick auf das Geburtserleben, also der Fokus auf Faktoren, die zu einer als negativ oder traumatisch erlebten Geburt beitragen und den möglichen negativen Auswirkungen in weiterer Folge (McKelvin, Thomson, & Downe, in press). Den Fokus auf salutogenetische Aspekte der Geburt zu legen und sich wissenschaftlich vermehrt auch mit einem neutralen oder positiven Geburtserleben zu befassen, stellt einen notwendig erscheinenden Schritt in der Erforschung des Themengebietes dar (McKelvin et al., in press).

⁵ Viele Studien stammen aus Skandinavien, England, Australien, den USA, Kanada, aber auch aus den Niederlanden, Spanien und Italien.

Welche Folgen und Auswirkungen sind nun mit dem subjektiven Geburtserleben von Frauen assoziiert? Diese Frage lässt sich in unterschiedliche Richtungen stellen: Was bedeutet ein positives Geburtserleben für Frauen, ihre Kinder, Familie und die Gesellschaft? Und was bedeutet dagegen ein negatives oder traumatisierendes Geburtserleben? Dies soll im Folgenden erläutert werden, wobei auch hier der Fokus auf möglichen Risikofaktoren und Auswirkungen einer negativen Geburtserfahrung liegen wird, da der Forschungsstand hier umfassender ist.

5. Subjektives Geburtserleben: Folgen und Assoziationen

Frauen wünschen sich im Allgemeinen ein positives Geburtserleben, nur wenige streben lediglich eine möglichst schnelle und schmerzfreie Geburt an (wollen nur möglichst schnell und unkompliziert ihr Kind auf die Welt bringen; Downe et al., 2018). Das subjektive Geburtserleben bezieht sich dabei, wie der Wortlaut andeutet, immer auf das konkrete Erleben einer Frau, das vom Erleben anderer bei der Geburt anwesender Personen abweichen kann. Was für die Geburtshelfer*innen eine „normale“ Geburt ist, kann für die Frau, die ein Kind zur Welt gebracht hat, ganz anders aussehen, im schlimmsten Fall gar eine traumatisierende Erfahrung darstellen (Beck, 2011; Ford, Ayers, & Bradley, 2010). Faktoren, die Geburtshelfer*innen zentral für das Erleben der Frauen, die sie begleiten, halten und solche, die Frauen selber als wichtig erachten, unterscheiden sich dementsprechend (Gärtner et al., 2014). Auch wenn während der Geburt ernsthafte medizinische Komplikationen auftreten, muss das nicht zwangsläufig zu einem negativen Erleben der Geburt führen, wenn sich die werdende Mutter trotzdem gut versorgt fühlt (Henriksen, Grimsrud, Schei, & Lukasse, 2017).

5.1 Positives Geburtserleben

Die Angaben dazu, wie viele Frauen ihre Geburt als positiv oder sehr positiv einschätzen, schwanken ebenso wie die zu negativen oder traumatisierenden Erfahrungen. Dies kann zu großen Teilen auf methodische Unterschiede zurückgeführt werden, wie unterschiedliche Erhebungszeitpunkte, -orte und -instrumente, die konkrete Stichprobe und verschiedene Operationalisierungen des Konzeptes Geburtserleben. Auch können natürlich ambivalente Gefühle bzgl. der Geburt bestehen, und eine klare Einordnung ihrer Erfahrung in positiv vs. negativ ist nicht jeder Frau möglich (Sigurdardottir et al., 2017). In vielen Fällen werden die Prävalenzen eines negativen Geburtserlebens angegeben und der Anteil an Frauen mit einer ambivalenten oder positiven Erfahrung nicht (explizit) berichtet. Es liegen jedoch auch Studien vor, die sich explizit mit einem positiven Geburtserleben befassen.

Eine isländische Studie, in der Frauen fünf bis sechs Monate nach der Geburt zu ihrem Geburtserleben befragt wurden, berichtet von 66.6% Mütter mit einem positiven Geburtserleben (Sigurdardottir et al., 2017), in einer schwedischen Studie gaben 32.7% der Frauen eine sehr positive Geburtserfahrung an (Hildingsson, Johansson, Karlström, & Fenwick, 2013).

Zu den Faktoren, die ein positives Geburtserleben begünstigen, zählen ein möglichst interventionsarmer (i.S.v. medizinischen Eingriffen) Verlauf der Geburt, eine gute Vorbereitung der Frau auf diese (die auch eine Auseinandersetzung mit möglichen Komplikationen umfasst) und die

Begleitung und Unterstützung durch eine geschulte Person, zu der eine gute Beziehung aufgebaut werden konnte (dies muss nicht zwangsläufig eine Hebamme sein; McKelvin et al., in press; Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari, & Sarafraz, 2018).

Frauen, die Jahre später zu ihrer positiven Geburtserfahrung befragt wurden, beschrieben Gefühle von Stolz, Freude, Verbundenheit, Sicherheit und die Erfahrung, im „Flow“ gewesen zu sein (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015). Eine solche Erfahrung ist mit einem besseren „psychological functioning“ der Frau nach der Geburt assoziiert (Michels, Kruske, & Thompson, 2013) und stärkt ihren Selbstwert und ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020).

5.2 Negatives Geburtserleben

5.2.1 Prävalenz

Die aktuellen Prävalenzen eines negativen Geburtserlebens über verschiedene Länder hinweg werden mit 21.1% in einer norwegischen Stichprobe (Henriksen et al., 2017), 5.7% (Falk, Nelson, & Blomberg, 2019) bzw. 10% (Hildingsson & Rubertsson, 2020) in schwedischsprachigen Stichproben, mit 9.3% in einer kanadischen Stichprobe (Smarandache, Kim, Bohr, & Tamim, 2016), 4.5% bei einer finnischen Stichprobe (Adler, Rahkonen, & Kruit, 2020) und 5% für eine isländische Stichprobe (Sigurdardottir et al., 2017) angegeben und schwanken damit ebenso stark wie die Angaben für deutschsprachige Frauen. Hier liegt die Prävalenz einmal bei 14.6% (Spaich et al., 2013), bei Schäfers (2015) jedoch deutlich höher (25.3% in der Gesamtstichprobe, rund 32% bei Erstgebärenden).

5.2.2 Auswirkungen

Eine als negativ erlebte Geburt kann direkt in den Stunden, den Tagen und Wochen danach, aber auch über Jahre hinweg eine Belastung für die betroffene Frau darstellen. Nicht immer gelingt es, ausreichend Abstand zu gewinnen und das Erlebte verarbeiten zu können. Erschwerend kommt in der ersten Zeit mit der*dem Neugeborenen die Neuartigkeit der Situation, die Umstellung auf die neue Rolle als Mutter, die mit vielen Verpflichtungen, Verantwortungen und sehr häufig Schlafmangel einhergeht, hinzu. Gesellschaftliche und eigene Erwartungen an eine „gute Mutter“ können Frauen zusätzlich unter Druck setzen, voll und ganz für ihr Kind da sein und sich an ihrem (gesunden) Kind freuen zu müssen.

Hat eine Frau ihre Geburt als belastend und negativ erlebt, kommen danach möglicherweise Schuldgefühle und Selbstvorwürfe auf, die sich auch auf ein „Versagen“ des eigenen Körpers beziehen können (Coates, Ayers, & de Visser, 2014). Unsicherheiten bezüglich der eigenen Fähigkeiten als Mutter können mit einer negativen Geburtserfahrung in Zusammenhang stehen, ebenso wie Überforderungsgefühle und ein generell erhöhtes Stresserleben (Coates et al., 2014). Längerfristig erhöhte elterliche Stresssymptome, die mit dem Geburtserleben in Zusammenhang stehen, scheinen sich nicht nur bei Müttern zu zeigen, sondern auch bei deren Partnern (Holopainen, Verhage, & Oosterman, 2020). Auch berichten Frauen mit einem negativen Geburtserleben eine Beeinträchtigung ihrer subjektiven Gesundheit (SF-1) und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) sowohl acht

Wochen als auch sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes (Schäfers, 2015). Interviews mit schwedischen Müttern, die über die Geburten ihrer Kinder vor 30 bis 50 Jahren berichteten, zeigten, dass sich Frauen sehr gut an diese erinnerten und dass negative und belastende Erfahrungen von da an ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit beeinträchtigt haben (Forssén, 2012). Berichtet wurden unter anderem ein verringertes Selbstwertgefühl, eine schlechtere mentale Gesundheit und Veränderungen im Hilfesuchverhalten (im Gesundheitssystem). Dies deutet darauf hin, dass sich belastende Erfahrungen bei und mit der Geburt extrem lange negativ auf das Leben einer Frau auswirken können (Forssén, 2012). Eine negative Geburtserfahrung stellt zudem einen zentralen Risikofaktor für die Entwicklung von Postpartalen Depressionen (PPD; Bell & Andersson, 2016) und/oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Garthus-Niegel, von Soest, Vollrath, & Eberhard-Gran, 2013) dar.

5.2.2.1 Geburt und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Prävalenzen der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder posttraumatischer Stresssymptome nach einer Geburt werden etwa seit der Jahrtausendwende systematisch erforscht (König, 2014) und schwanken je nach Studie aufgrund variierender Messzeitpunkte, Diagnoseinstrumente, Stichproben und Kontexte. Im Schnitt kann in community samples (bei Frauen der Allgemeinbevölkerung) von einer Prävalenz der nachgeburtlichen PTBS um etwa 4%, in Risikogruppen von etwa 18.5% ausgegangen werden (Dikmen Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017). Das würde bedeuten, dass in Österreich im Jahr 2019 etwa 3 300, in Deutschland 31 100 Frauen davon betroffen waren. Schätzungen für das Auftreten klinisch relevanter Symptome (ohne alle Kriterien für eine Diagnose zu erfüllen) in der weiblichen* Allgemeinbevölkerung liegen bei 16.8% (Dekel, Stuebe, & Dishy, 2017).

Wichtig bei der Entstehung einer PTBS oder dem Auftreten einer posttraumatischen Stresssymptomatik scheinen u.a. negative Emotionen, ein hohes Stresserleben oder eine Dissoziation der Frau unter der Geburt sowie ein allgemein negatives Erleben dieser. Weiters sind medizinische Notfälle bei Kind und/oder Frau relevant (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012). In einer längsschnittlich angelegten Kohortenstudie blieb das subjektive Erleben der Frau, auch nach Berücksichtigung prädisponierender Faktoren und objektiver Merkmale der Geburt, der wichtigste Faktor in Hinblick auf posttraumatischen Stress acht Wochen danach (Garthus-Niegel et al., 2013). Wiederholt zeigte sich zudem, dass Gefühle des Kontrollverlustes, Probleme, die die Kommunikation mit den Geburtshelfer*innen betreffen, und ein Mangel an praktischer und emotionaler Unterstützung die Ausbildung von posttraumatischen Stresssymptomen begünstigen können (Harris & Ayers, 2012; Hollander et al., 2017; Watson, White, Hall, & Hewitt, in press). Betont wird dabei vor allem die Qualität der Interaktion und Kommunikation zwischen der gebärenden Frau und den sie begleitenden und betreuenden Fachpersonen, deren Basis der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung darstellt (Patterson et al., 2019). Dazu später mehr.

Frauen, die ihre Geburtserfahrung traumatisierend erlebt haben und in Folge dessen posttraumatische Stresssymptome entwickeln, zeigen ein hohes Ausmaß an psychosozialer Belastung. Fenech und Thomson (2014) fassen Erfahrungen betroffener Mütter in ihrer Metasynthese über 13 qualitative Studien zum Thema unter den Begriffen *consumed by demons*, *embodied sense of loss* und *shattered relationships* zusammen. Starke Gefühle von Trauer, Panik, Angst und Wut wurden ebenso wie Flashbacks zum Teil auch Jahre nach der Geburt noch erlebt. Vielen Frauen gelang es nicht, die Erfahrung zu bewältigen, da sie keine erfolgreichen Copingstrategien entwickeln und anwenden konnten. Eine erneute Schwangerschaft konnte dann eine enorme Bedrohung darstellen und starke Ängste auslösen. Einige Frauen fühlten sich von ihrem alten „Ich“ losgelöst und nicht mehr als die Person, die sie vor der Geburt gewesen waren. Auch veränderten sich die Vorstellungen von der eigenen Familie: Ein zuvor bestehender Wunsch nach weiteren Kindern war für einige Frauen keine Option mehr. Der Abschied von den eigenen Idealen und den zuvor noch gewünschten Geschwisterkindern war zum Teil mit starken Trauerreaktionen verbunden.

Nicht nur die Vorstellungen von Familie veränderten sich, auch die Beziehung zum Partner und das Leben der gemeinsamen Sexualität in der Partnerschaft wurde durch die traumatisierende Erfahrung der Geburt stark belastet. Der Aufbau einer (emotionalen) Verbindung zum Kind fiel vielen Müttern schwer, ihre Vorstellungen und Wünsche in Bezug auf die Mutterschaft wurden enttäuscht, und Versagensgefühle begleiteten ihren Umgang mit dem Neugeborenen (Fenech & Thomson, 2014). Quantitative Studien untermauern diese Befunde (Patterson et al., 2019) ebenso, wie das Zitat einer Teilnehmerin der vorliegenden Studie:

Ich bin auch jetzt zwei Jahre später noch in Traumatherapie und konnte das erlebte noch immer nicht verarbeiten. Seit die Suizidgedanken unter der Geburt anfangen, hörten sie nicht wieder auf. Eine richtige Bindung konnte ich bis heute zu meinem Kind nicht aufbauen. Es ist eher wie adoptiert. Aber einfach nicht mein Kind. (Case 185)

Abgesehen von den gebärenden Frauen selber können auch deren Partner*innen (Daniels, Arden-Close, & Mayers, 2020) oder Geburtshelfer*innen (Sheen, Spiby, & Slade, 2016) eine Geburt, die sie begleitet haben, als traumatisierend erleben und stark durch diese Erfahrung belastet werden. Wichtig ist hierbei, dass auch eine nicht voll ausgeprägte PTBS-Reaktion (also subsyndromale PTBS) deutliche gesundheitliche und psychosoziale Beeinträchtigungen mit sich bringen kann und Beachtung und ggf. Behandlung finden sollte (Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick, 2009).

Posttraumatische Belastungsstörungen und solche aus dem depressiven Spektrum treten häufig komorbid auf, dies scheint auch im Fall eines Auftretens nach der Geburt so zu sein (Ayers et al., 2016; König, 2014).

5.2.2.2 Geburt und Postpartale Depressionen (PPD)

Schwangerschaft und Geburt können als kritisches Lebensereignis angesehen werden, das mit zahlreichen Veränderungen in verschiedenen (Lebens-)Bereichen verbunden ist. Physiologisch treten in

den Stunden und Tagen nach der Geburt starke hormonelle Veränderungen ein, die mit dem sogenannten Baby Blues (zu Deutsch „Heultage“) in Verbindung gebracht werden. Der Baby Blues ist vor allem gekennzeichnet durch starke Schwankungen in der Stimmung, und etwa 50%–70% aller Frauen sind davon betroffen (Dorsch, 2010). Da er jedoch innerhalb weniger Stunden oder Tage ohne Zutun wieder abklingt, ist er nicht behandlungsbedürftig. Anders als der vorübergehende Baby Blues äußert sich eine Postpartale Depression (PPD) in ihrer Symptomatik und Dauer identisch einer depressiven Störung/Symptomatik nach DSM-5 oder ICD-10. Inhaltlich wird meist ein Bezug zur Mutterschaft deutlich (Insuffizienz- und Schuldgefühle; Dorsch, 2010, S. 28). Die Prävalenz der PPD wird auf 10%–15% geschätzt (Dorsch, 2010), wobei die Angaben je nach Kontext der Untersuchung stark schwanken.

Frauen mit einem negativem Geburtserleben zeigten in einer isländischen Studie eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik fünf bis sechs Monate nach der Geburt als Frauen, die ihrer Geburt ambivalent oder positiv gegenüberstanden (Sigurdardottir et al., 2017). Auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Ausbildung einer Postpartalen Depression und einer negativ erlebten Geburt deutet auch ein Review von Bell und Andersson (2016) hin, die jedoch aufgrund methodischer Probleme der inkludierten Studien weitere Forschung zum Thema fordern. Auch qualitative Befunde unterstützen die Annahme einer Assoziation der beiden Faktoren (Johansson, Benderix, & Svensson, 2020). Sind Frauen während der Geburt ihres Kindes Respektlosigkeiten oder Gewalt von Seiten der Geburtshelfer*innen ausgesetzt, scheint dies ebenfalls einen Risikofaktor für die Ausbildung einer PPD darzustellen, und zwar auch nach Kontrolle für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik vor der Geburt (Freitas Silveira et al., 2019; Junqueira de Souza, Rattner, & Bauermann Gubert, 2017).

Depressive Symptomatiken gehen im Allgemeinen wie auch nach einer Geburt mit hohen Belastungen und einer Einschränkung der Lebensqualität für die Betroffene und einer verminderten Beziehungsqualität in der Partnerschaft einher (Johansson et al., 2020). Frauen, die an einer PPD erkrankt sind, berichten von Gefühlen der Überwältigung, Schuld, Wut, Angst und Einsamkeit, von Gefühlen der Unzulänglichkeit und des Versagens als „gute Mutter“ (Beck, 2002). Eine ausgeprägte depressive Symptomatik der Mutter scheint sich zudem negativ auf ihr Bonding zum Kind auszuwirken (Badr, Ayyazian, Lamah, & Charafeddine, 2018; Ohoka et al., 2014), und Kleinkinder depressiver Mütter entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit einen nicht-sicheren Bindungsstil als Kinder von Müttern ohne depressive Symptomatik (kleiner, aber signifikanter Effekt; Barnes & Theule, 2019). Mechanismen, die hier wirkmächtig werden könnten, stellen eine veränderte (negativere) Interaktion der Mutter mit dem Säugling (geringere Sensitivität), eine geringere Fähigkeit, sich in ihr Kind hineinzusetzen (Mind Mindedness; Bigelow et al., 2018) oder auch eine negativere Wahrnehmung des Kindes (negativer Wahrnehmungsbias; Lefkovic et al., 2018) dar.

Betrachtet man mögliche mittel- und langfristige Auswirkungen eines negativen Geburtserlebens, sollte dies unter Berücksichtigung der eben besprochenen Symptomatiken und deren Auswirkungen auf das Erleben und die Funktionsfähigkeit von jungen Müttern geschehen. In Studien zu möglichen Konsequenzen einer negativen Geburtserfahrung werden postpartale depressive oder

Stresssymptome nicht immer explizit einbezogen. Diese könnten jedoch vermittelnde Faktoren zwischen dem Geburtserleben der Frau und den Folgen, z.B. für die kindliche Entwicklung, darstellen.

5.2.2.3 Caregiving, Bindungsaufbau und Entwicklung des Kindes

Qualitative wie quantitative Studien deuten darauf hin, dass sich ein positives Geburtserleben positiv auf die Einstellung der Mutter gegenüber ihrem Kind und auch ihr Versorgungsverhalten auswirken kann, wohingegen ein negatives Geburtserleben das Bonding und den Beziehungsaufbau erschweren könne (Bell, Andersson, Goding, & Vonderheid, 2018). Besonders schwierige Erfahrungen mit den Geburtshelfer*innen (wie etwa Unsicherheit über deren fachliche Kompetenz und Fähigkeiten, fehlende Empathie ggü. der Frau, mangelhafte Unterstützung) scheinen die Einstellungen der Frau gegenüber ihrem Neugeborenen, und dadurch auch ihr Verhalten, negativ beeinflussen zu können (niedrigeres Selbstbewusstsein, Vermeidungsverhalten ggü. dem Kind, Ängstlichkeit; Bell et al., 2018). Die Befunde zu einem möglichen stressvermittelten Zusammenhang zwischen einer als negativ erlebten Geburt und einer Beeinträchtigung der Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind sind jedoch uneindeutig. Stresssymptome nach einer belastenden Geburtserfahrung können sich direkt und indirekt (über die Entwicklung einer postpartalen depressiven Symptomatik) auf den Bindungsaufbau auswirken (Ponti, Smorti, Ghinassi, Mannella, & Simoncini, in press). Holopainen et al. (2020) konnten in ihrer längsschnittlich angelegten Studie ($N = 1\,364$ erstgebärende Frauen) einen solchen Zusammenhang jedoch nicht aufzeigen. Es liegen auch Hinweise darauf vor, dass Säuglinge, deren Eltern die Geburt sehr negativ erlebt haben, häufiger Regulationsstörungen entwickeln, die die Interaktion innerhalb der Eltern-Kind-Triade zusätzlich belasten und den Bindungsaufbau erschweren können, was wiederum die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen kann (Thiel-Bonney & Cierpka, 2004).

5.2.2.4 Zukünftige reproduktive Entscheidung

„Diese Geburt hat meinen Wunsch nach weiteren Kindern komplett getilgt.“ (Case 913)

Die Ergebnisse eines systematischen Reviews zu möglichen Auswirkungen eines negativen Geburtserlebnisses auf zukünftige reproduktive Entscheidungen (Shorey, Yang, & Ang, 2018) zeigen trotz methodischer Unterschiede über die eingeschlossenen Studien hinweg, dass sich Frauen nach einer negativ erlebten Geburt eher gegen weitere Kinder entscheiden (5 Studien), eine weitere Schwangerschaft hinauszögern (3 Studien) oder für den Fall einer solchen planen, das nächste Kind per Kaiserschnitt auf die Welt zu bringen (6 Studien). Hier spielen auch Ängste vor der nächsten Geburt eine Rolle, die durch eine negative Geburtserfahrung ausgelöst werden können (sekundäre Tokophobie; Størksen, Garthus-Niegel, Vangen, & Eberhard-Gran, 2013). Die Autor*innen weisen zudem auf die Notwendigkeit der Entwicklung eines standardisierten und validierten Verfahrens zum Erfassen der Geburtserfahrung ebenso wie verschiedener Faktoren/Aspekte, die diesem Erleben vorausgehen und es prägen, hin, da die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufgrund methodischer Unterschiede (v.a. bei den Erhebungsinstrumenten) derzeit nicht immer gegeben ist (Shorey et al., 2018).

Es wird deutlich, dass das subjektive Erleben einer Frau, die ein Kind auf die Welt bringt bzw. gebracht hat, weitreichende positive wie negative Konsequenzen nach sich ziehen kann, für die Frau und Mutter selber, ihr Kind und ihre Partnerschaft, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene, wenn sie sich etwa gegen die Geburt eines weiteren Kindes entscheidet. Das macht das Thema Geburtserleben relevant für die psychologische Forschung und Praxis, wobei vor dem Hintergrund der aktuellen Situation einer starken Konzentration der Geburten auf Krankenhäuser dort zum Tragen kommende Faktoren und ihr möglicher Einfluss auf dieses Erleben mit einbezogen und weiter geklärt werden sollten. So besteht bisher etwa noch kein umfassendes Verständnis dafür, wie sich der (routinemäßige) Einsatz von Interventionen (genannt werden u.a. instrumentell-vaginale Geburten, Einleitung, Verstärkung der Wehen, Gebären in Rückenlage) auf das psychische Erleben der Frau auswirkt (Chalmers, 2017). Um entsprechende Forschungsfragen abzuleiten und neue Erkenntnisse in diesem Feld zu generieren, ist zunächst ein Verständnis der Begrifflichkeiten und Konzepte rund um das subjektive Geburtserleben hilfreich.

6. Subjektives Geburtserleben als Konstrukt

Wie an einigen Stellen schon angeklungen ist, besteht bisher keine Einigkeit darüber, wie das Konstrukt des subjektiven Geburtserlebens definiert und operationalisiert werden kann, was zu einer großen Diversität an Forschungsdesigns und Erhebungsinstrumenten geführt hat. So beziehen einige Autor*innen Faktoren als Prädiktoren in ihre Modelle mit ein, die an anderer Stelle als Dimensionen des Geburtserlebens selber konzipiert werden. Auch findet nicht immer eine klare Abgrenzung zu thematisch eng mit dem Geburtserleben der Frauen verbundenen Konstrukten statt, wie etwa der Betreuungserfahrung oder auch verschiedenen Maßen der Zufriedenheit (Zufriedenheit mit dem Geburtserleben, Zufriedenheit mit der Betreuungserfahrung), wobei ebenfalls nicht sicher ist, ob eine deutliche Abgrenzung immer möglich und sinnvoll ist. Ein Überblick über verschiedene Versuche, das subjektive Geburtserleben von Frauen nachvollziehbar und (er-)fassbar zu machen, erscheint daher wichtig.

Eine wesentliche Unterscheidung, auf die gleich zu Beginn hingewiesen werden soll, ist die zwischen dem tatsächlichen Erleben der Frau während ihrer Geburt und unmittelbar danach und dem Geburtserleben, auf das sich in Studien bezogen wird. Hierbei handelt es sich (bisher) in jedem Fall um den Versuch einer retrospektiven Erfassung – oftmals verschiedener Facetten und/oder Prädiktoren – des Geburtserlebens der Frau bzw. ihrer Erinnerungen daran. Beispielhaft sei hier eine Definition des Geburtserlebens herausgegriffen, die dies verdeutlicht: „[...] a woman’s self-assessment of long-term memories of their childbirth event” (Taheri et al., 2018, S. 3). Momentan ist eine Erfassung des Erlebens der Frau, während sie ihr Kind auf die Welt bringt, weder methodisch möglich noch wäre sie ethisch vertretbar (Groß, 2003). Darum wird versucht, sich über (standardisierte) Fragebogenverfahren oder (mehr oder weniger strukturierte) Interviews retrospektiv möglichst an das Erleben der Frauen anzunähern. Dabei setzen die Autor*innen im Allgemeinen voraus, dass die Rezipient*innen davon ausgehen, dass sie sich den Erinnerungen der Frauen an ihr Erleben während der Geburt ihres Kindes

annähern wollen und nicht das unmittelbare Erleben der Frauen zu erfassen versuchen. Dies erklärt sich über die angewandte Methodik von selbst, weswegen explizite Hinweise meist ausbleiben.

6.1 Konzeptionen des Geburtserlebens

6.1.1 Larkin, Begley und Devane (2009): vielschichtig und komplex

Eine sehr inklusive und umfassendste Arbeit zum Konzept des Geburtserlebens legten Larkin und Kolleg*innen (2009) vor, in der sie sich einer möglichen Definition, verschiedenen Einflussgrößen und verwandten Begrifflichkeiten anzunähern versuchen. Dem übergreifenden Konzept des Geburtserlebens an sich schreiben sie dabei folgende Attribute zu, über die ein gewisser Konsens in der Fachliteratur zu bestehen scheint: individual, complex, process und life event (Larkin et al., 2009, S. e53), auf die jeweils kurz eingegangen werden soll.

Individual: Das Erleben der Geburt stelle eine zutiefst individuelle Erfahrung dar, wobei sich diese, um die Komplexität weiter zu erhöhen, über den Geburtsverlauf stetig verändere:

The specific blend of individual experiences differs, affected by interrelating factors and contexts such as the dynamics of the relationship with the carer, the amount of perceived pain, perceived control, the nature of support received, previous experience, and the outcome and process of labour. (Larkin et al., 2009, S. e54)

Complex: Die Komplexität, die eben schon angeklungen ist, umfasse auch die Multidimensionalität des Konstruktes Geburtserleben, die sich in der Vielzahl unterschiedlicher Erhebungsinstrumente widerspiegelt, die wiederum jeweils verschiedene Aspekte des Erlebens erfassen sollen (wie etwa das Kontrollerleben während der Geburt, positive und negative Emotionen und das Ausmaß an erhaltener Unterstützung).

Process: Den prozesshaften Charakter einer jeden Geburt kennzeichnen sowohl physiologische als auch psychologische Veränderungen und Reaktionen, die mit ihr einhergehen und dem Fortschritt der Geburt zu eigen sind.

Life event: Zuletzt stelle jede Geburt ein einschneidendes, auch transformatives Erlebnis für Frauen dar, das ihre Identität und ihr Selbstbild prägen und (positiv wie negativ) verändern könne.

Zusammenfassend definieren Larkin et al. das Erleben der Wehen und Geburt wie folgt: „[...] an individual life event, incorporating interrelated subjective psychological and physiological processes, influenced by social, environmental, organizational and policy contexts.” (2009, S. e49)

6.1.2 Diversität der Begrifflichkeiten

Die Konzeptanalyse der Autor*innen zeigt die Vielschichtigkeit und Individualität der Geburtserfahrung ebenso wie ihre Einbettung in größere Zusammenhänge auf, was nachvollziehbar macht, warum in der internationalen Forschung zum Thema die Diversität der Erhebungsinstrumente und Konzeptionen des Geburtserlebens so groß ist. Bereits Stadlmayr und Kolleg*innen (2001) wiesen auf das Problem hin, dass international einheitliche Instrumente zum (retrospektiven) Erfassen des

Geburtserlebens fehlen (Stadlmayr et al., 2001), was die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen erschwert. Diese Situation hat sich bis heute nicht substantiell verändert, auch wenn eine Reihe neuer Verfahren hinzugekommen ist.

Die Abgrenzung verschiedener, sich inhaltlich jedoch ähnelnder oder gar überlappender Begrifflichkeiten untereinander gelingt so nicht immer, was zu Verwirrung beitragen kann. Rund um das Thema des subjektiven Geburtserlebens finden sich in der englischsprachigen Fachliteratur folgende Begrifflichkeiten (wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird):

(child-)birth experience, subjective (child-)birth experience, positive/negative/traumatic (child-)birth experience; experience of labour bzw. labor and (child-)birth; satisfaction with birth, satisfaction with (child-)birth experience, satisfaction with labour bzw. labor and (child-)birth, perception of satisfaction with (child-)birth experience. Angrenzend daran gehen Studien auch ein auf die *satisfaction with care during childbirth, satisfaction with pain* oder die *satisfaction with care provider interaction*.

Teilweise werden innerhalb eines Forschungsberichtes verschiedene Begrifflichkeiten verwendet, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass zwischen den Konstrukten, die benannt werden, Unterschiede bestehen. Prädiktoren eines positiven Geburtserlebens entsprechen je nach Studie Dimensionen des Geburtserlebens selber (Bell et al., 2019), wie es sich am Beispiel der Interaktionserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen zeigt: Eine positive Interaktions- und Kommunikationserfahrung fördert ein positives Geburtserleben, an anderer Stelle stellt sie jedoch eine Facette des Erlebens dar (Carquillat, Vendittelli, Perneger, & Guittier, 2017; Preis, Lobel, & Benyamini, 2019). Die Konzeption der Größen hängt daher von den konkreten Zielen einer Studie ab und davon, wie die jeweiligen Autor*innen das Geburtserleben konkret verstehen und operationalisieren.

Häufig wird die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben (satisfaction) als Zielgröße festgelegt und mit Merkmalen der Geburt, die als Bestandteil dieser unmittelbar das Erleben der Frau beeinflussen können, korreliert. Dabei kommen zum Beispiel Einzelitems mit Ratingskala (z.B. How would you rate your birth experience? Very bad – bad – uncertain – good – great; Maimburg, Væth, & Dahlen, 2016) oder Visuelle Analogskalen (VAS) zum Einsatz.

Maße der Zufriedenheit werden zusätzlich als Qualitätsindikator bezüglich der geburtshilflichen Versorgung herangezogen (Stevens, Wallston, & Hamilton, 2012), auch wenn der Nutzen hier zweifelhaft ist, da die Qualität der Versorgung und die Ergebnisse von Patient*innenbefragungen nur schwach miteinander assoziiert scheinen (Stahl & Nadj-Kittler, 2014). Dies kann auch damit zusammenhängen, dass für die Befragten nicht immer klar ist, auf welchen Aspekt sie sich bei ihrer Angabe konkret beziehen sollen (Groß, 2003). Je nach Autor*innengruppe entspricht die Zufriedenheit der Frau ihrem umfassenden Geburtserleben (Hodnett, 2002), wird als kognitive/quasi-kognitive Dimension des Geburtserlebens, im Sinne einer Post-hoc-Rationalisierung (Groß, 2003) verstanden, oder vereint vielmehr verschiedene Subdimensionen des Geburtserlebens unter sich (Stadlmayr et al., 2001).

6.1.3 Zufriedenheit mit der Geburt als umfassendes Geburtserleben

Gibt eine Frau an, mit der Geburt oder ihrem Geburtserleben zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, wird (vor dem Hintergrund dieser Konzeption des Geburtserlebens) daraus geschlossen, dass sie ein umfassend positives Geburtserleben hatte. Diese Interpretation ist jedoch aus verschiedenen Gründen zu hinterfragen. So ist eines der wenigen Merkmale des Geburtserlebens, bezüglich dem in der Fachliteratur Konsens besteht, die Multidimensionalität dieses Konstruktes (Groß, 2003; Larkin et al., 2009; Stadlymayr et al., 2001). Ein Einzelitem, wie etwa eine VAS, kann daher nicht als reliables Maß für das Geburtserleben angesehen werden. Auch die Validität eines einzelnen Scores zum Geburtserleben kann damit angezweifelt werden, da meist nicht klar ist, auf welchen Aspekt der Geburt/Geburtserfahrung eine Frau ihre Angabe konkret bezieht. Dieses Problem wurde etwa bei Johansson und Finnbogadóttir (2019) deutlich, die eine VAS vorgegeben hatten und am Ende unklar war, ob die befragten Frauen hier Angaben zu ihrem Schmerzerleben oder tatsächlich ihrem umfassenden Geburtserleben gemacht hatten. Die unklare Abgrenzung von Geburtserleben und Schmerzerleben findet sich auch an anderer Stelle (Brander & Beinder, 2007). Dies schränkt die Aussagekraft von Studien ein.

Zum anderen zeigt sich bei Zufriedenheitsmessungen im klinischen/medizinischen Kontext oft eine enorm hohe Zufriedenheit bzw. ein sehr großer Anteil an zufriedenen bis sehr zufriedenen Patient*innen, wenn diese mittels (geschlossener) Urteilsfragen erhoben wird (Stahl & Nadj-Kittler, 2014). Der große Prozentsatz an zufriedenen Müttern kann zum Teil durch die Methodik der Erhebung begünstigt werden. Während Patient*innen bei geschlossen formulierten Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien zu positiveren Angaben neigen, zeigt sich, dass sie bei der Vorgabe von offen formulierten Fragen durchaus auf negative Aspekte und Erfahrungen eingehen, die in ein Globalmaß scheinbar weniger mit einfließen (Shearer, 1983, zitiert nach Groß, 2003). Der Halo-Effekt kann die Einschätzungen der Frau (v.a. in einem Zeitraum kurz nach der Geburt) ebenfalls beeinflussen. Hat sie ein gesundes Kind auf die Welt gebracht und fühlt sich erleichtert, die Geburt „überstanden“ zu haben, kann dies ihr Urteil positiv verzerren (Hodnett, 2002; Waldenström, 2004). Aspekte der sozialen Erwünschtheit müssen ebenfalls mit bedacht werden, vor allem, wenn sich die Frau zum Zeitpunkt der Erhebung noch im Krankenhaus, z.B. auf der Wöchnerinnenstation, befindet und im persönlichen Kontakt mit dem Klinikpersonal steht (Britton, 2012).

Ebenso wie das Geburtserleben an sich müsste die Zufriedenheit mit diesem detaillierter abgefragt werden, etwa mit welchem Aspekt/welchen Aspekten eine Frau zufrieden, mit welchen sie eher unzufrieden war (Chabbert et al., 2020; Groß, 2003). Eine Reihe von Studien befassen sich dementsprechend konkret mit der Zufriedenheit der Frau mit dem Schmerzerleben bzw. Schmerzmanagement (Brander & Beinder, 2007; Karlsdóttir, Sveinsdóttir, Kristjansdóttir, Aspelund, & Olafsdóttir, 2018) oder mit der geburtshilflichen Versorgung (Fumagalli et al., 2021), wobei diese wiederum verschiedene Aspekte umfasst. Eine solche Konkretisierung der Zielgrößen scheint durchaus sinnvoll, um sich dem Geburtserleben und der Zufriedenheit der Frauen anzunähern. Das setzt natürlich

Definitionen und Operationalisierungen der beleuchteten Facetten voraus, über die ebenfalls nicht immer Einigkeit besteht. Bezogen auf die Zufriedenheit mit der geburtshilflichen Versorgung etwa wird diese zum einen als eine Dimension des Geburtserlebens selber konzipiert (Carquillat et al., 2017; Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja, & Berg, 2010; Hollins Martin & Martin, 2014), zum anderen als Prädiktor, der das Geburtserleben/die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben (mit) vorhersagen kann (Preis et al., 2019; Simon, Johnson, & Liddell, 2016).

6.1.4 Zufriedenheit als Ergebnis mehrdimensionaler Beurteilung des Geburtserlebens

Stadlmayr et al. (2001) konzipieren das Geburtserleben, in Anlehnung an Salmon und Drew (1992), als mehrdimensional. Die Zufriedenheit einer Frau stelle dabei das Ergebnis einer umfassenden Evaluation des Geburtserlebens dar. Zentral seien hier zum einen das intrapartale Erleben der Frau (ihre besser oder schlechter gelungene emotionale Adaption an die Situation sowie Schmerzen und Erschöpfungsgefühle), zum anderen oftmals gleichzeitig bestehende positive und negative evaluative Gefühle in der ersten Zeit danach. Zusätzlich spielten das Kontrollerleben, Gefühle von Angst und die erlebte Dauer der Geburt eine Rolle. Die verschiedenen Facetten können mittels der Salmon's Item List (SIL-Ger; von Stadlmayr et al. 2001 ins Deutsche übertragen) abgefragt werden, deren Summenscore abbilden soll, ob eine Frau ihre Geburt eher positiv oder negativ erlebt hat und ob sie zufrieden oder eher unzufrieden mit ihrem Geburtserleben war/ist (zum Instrument mehr unter Punkt 8.4.5). Die Autor*innen sehen dabei die umfassende Zufriedenheit mit dem Geburtserleben, die Zufriedenheit mit der Versorgung durch die Geburtshelfer*innen und das Ausmaß an Erfüllung (als einen speziellen psycho-physischen Zustand der Frau nach der Geburt) nicht als ident an. Erfüllung und die Zufriedenheit mit der Versorgung stellten lediglich zwei aller möglichen Subdimensionen der umfassenden Zufriedenheit dar.

6.1.5 Zufriedenheit und Erfüllung als Ergebnisse des Geburtserlebens

Während Stadlmayr et al. (2001) die Facette der Erfüllung als Subdimension der umfassenden Zufriedenheit mit dem Geburtserleben (bei Groß: *Geburtserfahrung*) ansehen, konzipiert Groß (2003) diese beiden Facetten als distinkte Größen. Die Zufriedenheit einer Frau ergebe sich aus der positiven Bewertung der Geburtserfahrung und stelle damit ein (quasi-)kognitives Konstrukt dar. Eine weitere, gesondert zu betrachtende Größe ist nach Groß das Ausmaß an Erfüllung, das die affektive Komponente der Geburtserfahrung darstelle. Wichtig ist Groß hierbei, dass positive und negative Affekte unabhängig voneinander bestehen können. Die Autorin betrachtet das Geburtserleben vor dem Hintergrund der Forschung zum Wohlbefinden werdender Mütter und geht in ihrer Übersichtsarbeit auch auf vier zentrale, die Geburtserfahrung prägende Bereiche ein. Darunter fallen geburtshilfliche und analgetische Faktoren (wie z.B. die Geburtsdauer, eine Einleitung der Geburt oder Einsatz einer PDA), Beziehungsfaktoren (wie z.B. Unterstützung durch Hebammen, Ärzt*innen oder Partner*in), die pränatale Entwicklung (etwa Parität, Erwartungen, Un-/Erwünschtheit der Schwangerschaft) sowie die

intrapartale persönliche Erfahrung der Frau (z.B. Gefühl des Involviertseins, Kontrollerleben, Schmerz, Angst; Groß, 2003, S. 323). Letztere ähnelt stark dem intrapartalen Erleben der Frau bei Stadlmayr et al. (2001). Abbildung 1 veranschaulicht das Konzept von Groß (2003). Die abgebildeten die Geburtserfahrung prägenden Faktoren können natürlich miteinander wechselwirken und bestimmen zusammen die affektiven und kognitiven Reaktionen der Frau auf die Geburt ihres Kindes (und damit auch ihr Wohlbefinden).



Abbildung 1. Die Multidimensionalität der Geburtserfahrung (aus Groß, 2003, S. 323; mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

6.1.6 Weitere Modelle des Geburtserlebens

Heidi Preis et al. (2019) legen ihrem Modell der Zufriedenheit mit dem Geburtserleben folgendes Verständnis zugrunde: Sie unterscheiden zwischen der globalen Zufriedenheit mit dem Geburtserleben und verschiedenen kognitiven und affektiven Faktoren, die diese beeinflussen (ähnlich Stadlmayr et al., 2001). Dazu zählen die Autor*innen objektive Merkmale der Geburt und das Maß ihrer Übereinstimmung mit den Erwartungen der Frau (vorab), das Kontrollerleben der Frau, ihre Emotionen während der Geburt und wie sie die Betreuung durch ihre Geburtshelfer*innen wahrgenommen hat (Preis et al., 2019).

Auf die Passung/Übereinstimmung von Erwartungen bezüglich der Geburt und ihrem tatsächlichen Ablauf gehen Stevens et al. (2012) detailliert ein. Vor dem Hintergrund des subjektiven Wohlbefindens (subjektive well-being theory) konzipieren die Autor*innen die globale Zufriedenheit einer Frau mit der Geburt ihres Kindes als kognitive Beurteilung der Passung zwischen ihren (vorgeburtlichen) Erwartungen an die Geburt und den tatsächlichen Gegebenheiten und Ereignissen. Damit legen die Autor*innen den Schwerpunkt auf kognitive Einschätzungen und beziehen mögliche affektive Reaktionen der Frau während und nach der Geburt explizit nicht mit ein, da sie diese als von der Zufriedenheit weitgehend abgekoppelte Größe verstehen. Die Ansicht der Unabhängigkeit der kognitiven und affektiven Reaktionen teilen sie damit mit Groß (2003).

6.2 Facetten und/oder Prädiktoren des Geburtserlebens

In Abbildung 1 zeigt sich deutlich, dass eine Abgrenzung zwischen Faktoren, die das Geburtserleben beeinflussen, und solchen, die als Bestandteil des Erlebens selber verstanden werden können, ein komplexes Unterfangen darstellt. Der Sozioökonomische Status (SÖS) einer gebärenden Frau steht vor der Geburt des Kindes fest und besteht, ebenso wie die Parität, unabhängig von der Geburt an sich. Es könnte argumentiert werden, dass etwa der SÖS, das Alter der Frau, ihre Parität und der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses vom Geburtserleben abgrenzbare Größen darstellen, die dieses aber beeinflussen können. Dementsprechend werden sie z.T. als Kontrollvariablen in Studien zur Zufriedenheit mit dem Geburtserleben aufgenommen. Schwieriger gestaltet es sich jedoch etwa bei der Frage, ob das Involviertsein/-werden der Frau in das Geschehen oder ihr Schmerzerleben als Prädiktor oder als Facette ihres Geburtserlebens betrachtet werden können. Das scheint eine Frage der Perspektive und der konkreten Definition des Outcomes. Wird auf die globale Zufriedenheit mit dem Geburtserleben, wie sie etwa Stevens et al. (2012) verstehen, abgezielt, ließen sich zum Beispiel das Ausmaß an Kontrolle, das Schmerzerleben oder die Zufriedenheit mit der Versorgung durch und Kommunikation mit den Geburtshelfer*innen als Prädiktoren ins Modell mit einbeziehen. Auch können sie als Subdimensionen des Geburtserlebens konzipiert und über Subskalen eines Erhebungsinstrumentes erfasst werden, aus denen im Anschluss ein Summenscore gebildet wird, der das umfassende Erleben der Frau repräsentieren soll (wie bei Stadlmayr et al., 2001). Werden das Ausmaß an Kontrolle, die Schmerzen und die Interaktionserfahrung jedoch als (isolierte) Outcomes betrachtet, ist dies nicht möglich oder zumindest nicht sinnvoll, da eine perfekte Korrelation zwischen unabhängiger und abhängiger Variable zu erwarten wäre.

Um die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen und die Vergleichbarkeit über verschiedene Studien hinweg zu gewährleisten, erscheint in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem subjektiven Geburtserleben daher eine Darlegung der Konzepte und Erläuterung der Begrifflichkeiten sinnvoll.

Kognitive wie affektive Reaktionen der Frau während und kurz nach der Geburt sind den bisherigen Ausführungen nach bestimmend für das retrospektiv abgefragte subjektive Geburtserleben. Auch wurden mit der Konzeption von Groß (2003) bereits zentrale Größen angeführt, die einen wesentlichen Einfluss auf diese kognitiven und emotionalen Reaktionen haben können und die sich in einer Reihe von Erhebungsinstrumenten (Selbstauskunft der Befragten) wiederfinden. Hier wird versucht, das Geburtserleben (über eine Reihe von Subskalen) in seiner Mehrdimensionalität zu erfassen. In vielen Fällen ist die Berechnung eines Gesamtscores möglich, der Auskunft darüber geben soll, ob eine Frau insgesamt ein positives bzw. negatives Geburtserleben hatte (und/oder mit diesem zufrieden/unzufrieden ist). Je nach Fragebogen und Studiendesign werden die Instrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten (kurz nach der Geburt, Wochen, Monate oder auch Jahre später) vorgegeben. Tabelle 1 gibt einen Überblick über eine Auswahl an Erhebungsinstrumenten zum Geburtserleben und listet die Dimensionen, die dem Geburtserleben je als inhärent angesehen werden.

Tabelle 1

Konzeption des Geburtserlebens in einer Auswahl an Fragebogenverfahren

Instrument	Autor*innen, Jahr; Hintergrund	Subskalen/Dimensionen
<i>Salmon's Item List (SIL-Ger)</i>	Stadlymayr et al., 2001; Welche Dimensionen machen ein positives Geburtserleben und eine hohe Zufriedenheit mit diesem aus? Versuch der Annäherung an das unmittelbare Erleben von Frauen kurz nach der Geburt	Emotionale Adaption Schmerz-/Belastungserleben Erfülltheit Negatives emotionales Erleben Angst Kontrolle Zeitdauer
<i>Labor and Delivery Index (LADY-X)</i>	Gärtner et al., 2015; Was geben Frauen als zentral für eine positive Geburtserfahrung an? Nützlichkeitsmaß für Kosten-/Nutzen-Analyse in klinischer Geburtshilfe	Availability of competent health professionals Support by health professionals Provision of clear information by health professionals Health professionals' response to the mother's needs and requests Feeling of safety Worries about the child's health state Experienced duration until the first contact with the child
<i>Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)</i>	Hollins Martin und Martin (2014); Postpartale Erhebung der Zufriedenheit mit der Geburt	Quality of care provision Women's personal attributes Stress experienced during labour
<i>Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)</i>	Dencker et al. (2010); Dimensionen des Geburtserlebens bei der ersten Geburt	Own capacity Professional support Perceived safety Participation
<i>Support and Control in Birth Questionnaire (SCIB)</i>	Ford, Ayers und Wright (2009); Hohe erlebte Kontrolle und Unterstützung durch Geburtshelfer*innen tragen zu hoher Zufriedenheit mit dem Geburtserleben bei	Internal control External control Support
<i>Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE)</i>	Carquillat et al. (2017): Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur Identifikation von Frauen mit negativer Geburtserfahrung	Relationship with staff Emotional status First moments with the newborn Feelings at one month post partum

Der Vergleich der Subskalen der gelisteten Instrumente (Tabelle 1), die jeweils bestimmte Dimensionen des Geburtserlebens erfassbar machen sollen, zeigt deutliche Überschneidungen im Bereich der Versorgung durch die und Beziehung zu den Geburtshelfer*innen. *Relationship with staff* (QACE), *support* (SCIB), *professional support* (CEQ), *quality of care provision* und (zumindest) die Subskalen 1–4 des LADY-X sehen die Erfahrung, die eine Gebärende mit dem geburtshilflichen Personal macht, als wesentlich für ihr Geburtserleben an. Ebenso findet sich das Gefühl der Sicherheit an verschiedenen Stellen (CEQ, Lady-X), emotionale Facetten des Erlebens (QACE, BSS-R, LADY-X, SIL-Ger) und das Kontrollerleben der Frau (SCIB, SIL-Ger). Ein Vergleich der Fragebögen auf Itemebene würde weitere Überschneidungen ergeben, da z.B. der CEQ das Kontrollerleben ebenfalls erfasst, dieses jedoch der Subskala Own Capacity unterordnet oder das Schmerzerleben sowohl von

SIL-Ger, CEQ als auch SCIB und QACE abgefragt wird. Was in Tabelle 1 nicht deutlich wird, sind Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Skalen innerhalb eines Instrumentes. So scheinen etwa das Ausmaß an erlebter Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen und das Kontrollerleben der Frau positiv miteinander korreliert (Korrelation Subskalen *external control* und *support* des SCIB $r = .69$; Ford et al., 2009).

Es zeigen sich also eine Reihe von konzeptionellen Überschneidungen und damit eine gewisse Einigkeit in Bezug auf zentrale Facetten des subjektiven Geburtserlebens von Frauen. Einige der gelisteten Dimensionen des Geburtserlebens können jedoch auch als Prädiktoren in Modelle mit einbezogen und ihr (möglicher) Einfluss auf bzw. Zusammenhang mit anderen Facetten des Geburtserlebens beleuchtet werden. So gibt es eine Reihe von Fragebogenverfahren, die auf die Beziehung zwischen der werdenden Mutter und ihren Geburtshelfer*innen oder die wahrgenommene Qualität der Versorgung abzielen, um deren Bedeutung für ein positives Geburtserleben genauer nachvollziehbar zu machen (z.B. Women's Satisfaction with Maternity Care, WSMC, Gerbaud et al., 2003; Satisfaction with Obstetrical Care, SSO, Ramanah et al., 2014; Quality of Provider Interactions Inventory, QPI-I, Sorenson, 2000). Wie oben bereits angeschnitten scheint eine eindeutige Einordnung einer (inhaltlichen) Facette in die Kategorien Dimension vs. Prädiktor des subjektiven Geburtserlebens (aufgrund fehlender internationaler Einigkeit in der Scientific Community) nur in Abhängigkeit einer konkreten Fragestellung möglich und sinnvoll.

6.3 Zeitpunkte der Erfassung

Neben Unterschieden in der Konzeption und Operationalisierung des Konstruktes wird das subjektive Geburtserleben von Frauen oder ihre Zufriedenheit damit auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgefragt. Das kann in den ersten Stunden oder Tagen (Garthus-Niegel, Knoph, von Soest, Nielsen, & Eberhard-Gran, 2014) nach der Geburt sein, aber auch Wochen, Monate (Chalmers & Dzakupasu, 2015) oder Jahre später (Bossano, Townsend, Walton, Blomquist, & Handa, 2017). Hier stellt sich die Frage, ob sich das Geburtserleben von Frauen, oder besser, ihre Erinnerungen an und Einschätzung dieses, über die Zeit verändern oder stabil bleiben.

Insgesamt zeigt sich, dass die Angaben zu ihrem subjektiven Geburtserleben bei einem großen Prozentsatz der Frauen recht stabil sind (Sigurdardottir et al., 2017; Turkmen, Tjernström, Dahmoun, & Bolin, 2018). Ein Jahr nach der Geburt gaben 60% der Befragten dieselbe Einschätzung ab wie zwei Monate danach (Waldenström, 2004), nach fünf Jahren blieben 50.8% bei ihrer Einschätzung von der nach sechs Wochen (Maimburg et al., 2016). Es bleibt jedoch immer ein (mehr oder weniger großer) Anteil an Frauen, die ihre Einschätzung im Lauf der Zeit verändern. In einer längsschnittlich angelegten Studie zeigen sich solche Veränderungen vom ersten zum zweiten Zeitpunkt, die in der Tendenz auf ein negativeres Geburtserleben bei späterer Befragung im Vergleich zur Befragung kurz nach der Geburt hindeuten. Von knapp 1000 Frauen, die sechs Wochen nach der Geburt (t1) ihres ersten Kindes sowie fünf Jahre später (t2) zu ihrem Geburtserleben befragt wurden, gaben zum zweiten Zeitpunkt mehr Frauen ein negativeres Geburtserleben an als zum ersten Befragungszeitpunkt (Maimburg et al., 2016).

Insgesamt gaben knapp 40% der Frauen nach fünf Jahren eine negativere Einschätzung ab, 9.3% eine positivere. Dabei zeigte sich, dass Frauen mit negativer Einschätzung zu t2 (unabhängig von ihrer konkreten Einschätzung zum ersten Befragungszeitpunkt) häufiger eine PDA gelegt bekommen hatten, ihr Geburtsverlauf mittels CTG überwacht worden war, sie seltener ein warmes Bad zu Schmerzlinderung genutzt hatten und sie ihr Kind seltener spontan-vaginal auf die Welt gebracht hatten (Maimburg et al., 2016). Daneben finden sich auch Berichte zu positiven Veränderungen der Erinnerung verschiedener Dimensionen des Geburtserlebens über die Zeit hinweg (Stadlmayr et al., 2006; Takehara, Noguchi, Shimane, & Misago, 2014) oder zu keinerlei beobachtbaren Veränderungen, wobei hier nur ein Zeitraum von drei Monaten berücksichtigt wurde (Turkmen et al., 2018). In diesem Kontext sei an mögliche positive Verzerrung bei Befragung der Frauen unmittelbar nach der Geburt erinnert (Waldenström, 2004), auf die oben bereits eingegangen wurde. Gleichzeitig wären auch die Prävalenzen psychischer Probleme nach der Geburt zu berücksichtigen. Der sog. Baby Blues, der viele Frauen in den ersten Stunden bis Tagen nach der Geburt vorübergehend betrifft, kann ebenso Einfluss auf das Antwortverhalten von Frauen nehmen wie etwa eine postpartale depressive Symptomatik oder posttraumatische Belastungssymptome.

Auch wenn sich die Einschätzungen zum Geburtserleben über die Zeit verändern können, scheinen die Erinnerungen von Frauen an die Geburt ihres (v.a. ersten) Kindes auch nach vielen Jahren und Jahrzehnten akkurat zu sein (Catov et al., 2006; Simkin, 1992), weswegen eine Erinnerungsverzerrung/Vergessen als Ursache für die beschriebenen Veränderungen wohl ausgeschlossen werden kann. Vielmehr scheint es Frauen im Verlauf der Zeit möglich, auch negative Erfahrungen (z.B. unvorhersehbare Komplikationen) besser integrieren und als Teil ihres Geburtserlebens annehmen zu können, was eine Erklärung für weniger positive Einschätzungen nach mehreren Jahren darstellen könnte (Waldenström, 2004). Eine weitere mögliche Erklärung für Veränderungen über die Zeit wäre, dass die Zufriedenheit kurz nach der Geburt stärker auf die Beziehung zwischen der Patientin und dem Personal bezogen, bei einer Befragung zu späteren Zeitpunkten jedoch stärker mit den Outcomes assoziiert sein könnte (Turkmen et al., 2018).

Direkt nach einer Geburt sind die Angaben zur Zufriedenheit der Frau mit ihrem Geburtserleben möglicherweise verzerrt und können sich zusätzlich über die Zeit hinweg verändern, was zu der Frage nach dem optimalen Zeitpunkt der Erhebung des Geburtserlebens führt. Hodnett (2002) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Wahl in Abhängigkeit von der Zielsetzung der konkreten Untersuchung getroffen werden sollte. Den einen optimalen Zeitpunkt dafür scheint es also nicht zu geben.

Wesentlich für eine langfristig (Jahre bis Jahrzehnte) positiv erinnerte Geburtserfahrung scheinen ein als positiv erlebtes Verhalten der Geburtshelfer*innen und eine gelungene Kommunikation zwischen der Frau und diesen zu sein (Sigurdardottir et al., 2017; Simkin, 1992; Stadlmayr et al., 2006; Waldenström, 2004). Entsprechend den Erinnerungen an die Geburt selber erinnern sich Frauen auch Jahrzehnte später gut an positive wie negative Erfahrungen mit ihrer Hebamme, die sie dabei betreut hat

(Forssén, 2012; Lundgren, Karlsdottir, & Bondas, 2009). Die Bedeutung der Interaktionserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen soll im folgenden Abschnitt genauer erläutert werden. Zusätzlich werden weitere Einflussfaktoren vorgestellt, die das Geburtserleben von Frauen prägen können bzw. Facetten dieses Erlebens darstellen und zum Teil auch mit Handlungen und Verhalten der Geburtshelfer*innen in Zusammenhang stehen.

6.4 Einflussfaktoren

6.4.1 Interaktionserfahrung mit den Geburtshelfer*innen und geburtshilfliche Versorgung

Mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten scheint deutlich, dass für schwangere und gebärende Frauen (wie natürlich auch für junge Mütter) eine gute Beziehung zu und Kommunikation mit den sie begleitenden Fachkräften besonders wichtig ist (Gärtner et al., 2014) und wesentlich zu einer positiven Geburtserfahrung beiträgt (Hollander et al., 2017). Negativ erlebte Interaktionserfahrungen stellen dagegen einen Risikofaktor für posttraumatischen Stress bis hin zur Ausbildung einer PTBS nach der Geburt dar (Harris & Ayers, 2012; Patterson et al., 2019; Simpson & Catling, 2016). Eine mögliche Definition der Güte der Kommunikations- und Interaktionserfahrung, die in der Literatur als *quality of provider interactions* (QPI) bezeichnet wird (Simpson & Catling, 2016; Sorenson, 2003) liefern Sorenson und Tschetter (2010) und beschreiben die QPI als die Art und Weise, wie eine Frau die interpersonalen verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen (konkret: relationship behaviors) ihrer „care provider“ (gemeint sind Fachpersonen, die die Frau bei der Geburt begleiten und versorgen, z.B. Hebammen, Ärzt*innen und Pflegekräfte) erlebt hat. „QPI refers to the woman’s perceptual assessment of the provider’s interpersonal verbal and nonverbal relationship behavior that fulfills the woman’s stated and implied needs“ (S. 15). Eine hohe QPI ist dabei durch ein hohes Ausmaß an „affirmation“ gekennzeichnet, was bedeutet, dass sich eine Frau als Person behandelt und wahr- und ernstgenommen gefühlt hat (Patterson et al., 2019). Dazu beitragen können etwa ein respektvoller Umgang mit der Gebärenden oder wenn sie in Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung mit einbezogen wird. Eine niedrige Qualität der Interaktionserfahrung (hohes Ausmaß an „disaffirmation“) ist gekennzeichnet durch Verhaltensweisen der Fachpersonen, die dazu geführt haben, dass sich die Frau eher als ein Objekt als als Subjekt behandelt gefühlt hat (Sorenson & Tschetter, 2010). Hierbei kann z.B. relevant werden, dass sie sich unter Druck gesetzt, alleine gelassen oder durch ihre Geburtshelfer*innen bedroht fühlt.

Die Bedeutung zwischenmenschlicher Faktoren für das subjektive Erleben der Frau bestätigte sich in Hodnetts Review aus dem Jahr 2002, das eine Reihe von Variablen inkludierte, darunter solche zur Soziodemografie sowie das Ausmaß an Schmerzen und Interventionen während der Geburt, um zu beleuchten, wie sich diese auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserleben von Frauen auswirken können. Über die Studien hinweg wurde deutlich, dass (a) die (Nicht-)Übereinstimmung der Erwartungen der Frau mit der tatsächlichen Geburt, (b) das Ausmaß an Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen, (c) die Qualität der Beziehung zwischen der Frau und ihren Geburtshelfer*innen sowie (d) die Einbindung

der Frau in Entscheidungen bei der Geburt (Hodnett, 2002) wesentlicher für die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung waren als alle anderen inkludierten Größen. Das bedeutet, dass das geburtshilfliche Personal durch das eigene Verhalten wesentlich zu einem positiven Erleben der Geburt einer Frau beitragen kann.

Dazu sei auch kurz auf die von Gärtner et al. (2014) bei Befragung von schwangeren Frauen und Müttern aufgedeckten Punkte eingegangen. Neben der Verfügbarkeit von fachlich kompetentem Personal wünschen sich Frauen, von diesem Unterstützung zu erfahren und Informationen bereit gestellt zu bekommen. Ebenso ist ihnen wichtig, dass ihr*e Geburtshelfer*in Fragen und geäußerte Bedürfnisse beantwortet. Die Bedürfnisse nach Sicherheit und einem zeitnahen Kontakt zum*zur Neugeborenen sind (in den meisten Fällen) ebenfalls von den Geburtshelfer*innen beeinflussbar. Downe et al. berichten, dass sich Frauen vor allem eine sichere, unterstützende, zugewandte, respektvolle und aufmerksame Versorgung durch ihre Geburtshelfer*innen wünschen (Downe et al., 2018). Ein aktuelles Review stützt diese Befunde (Chabbert et al., 2020). Fühlte sich eine Frau gut informiert, konnte sie eine gute Beziehung zu ihren Geburtshelfer*innen aufbauen und war sie überzeugt von deren fachlicher Kompetenz, begünstigte dies ein positives Erleben der Geburt. Hatten Frauen jedoch das Gefühl, nicht (ausreichend) unterstützt, alleine gelassen, ignoriert oder respektlos behandelt zu werden, führte dies eher zu einem negativen Geburtserleben (Chabbert et al., 2020).

Rudman und Kolleg*innen beleuchteten die Zufriedenheit von Frauen mit drei Facetten der geburtshilflichen Versorgung und deren Zusammenhänge mit anderen geburtsbezogenen Variablen genauer (Rudman, El-Khoury, & Waldenström, 2007): „interpersonal care“, „information and involvement in decision-making“ und „physical birth environment“. Frauen, die mit allen drei Dimensionen der Versorgung sehr zufrieden waren, hatten signifikant häufiger eine normale vaginale und seltener eine operative Geburt (Saugglocke, Forceps oder Notsectio) als Frauen, die hohe Unzufriedenheit in den drei Bereichen angaben. Sie (die sehr zufriedenen Frauen) hatten zudem ein höheres Kohärenzerleben während der Schwangerschaft und erlebten während der Geburt weniger Angst, Traurigkeit oder Schmerzen, dafür jedoch mehr positive Emotionen (Glück, Selbstsicherheit und hohe Aufmerksamkeit) als Frauen der sehr unzufriedenen Gruppe. Hier zeichnete sich das entgegengesetzte Bild: mehr negative und weniger positive Emotionen und eine höhere Depressivität (Rudman et al., 2007).

Die Erfahrungen mit den Geburtshelfer*innen wirken lange nach: Frauen, die sechs bis sieben Jahre nach ihrer Geburt nach ihrem positiven Geburtserleben befragt wurden, gaben eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Hebamme als wesentlich dafür an, wobei diese Beziehung gekennzeichnet war durch das Gefühl, von der Geburtshelfer*in gesehen und gehört zu werden, sich unterstützt und sicher zu fühlen und sich während der Wehen und Geburt frei bewegen zu dürfen. Die Unterstützung durch die Hebamme förderte das Kontrollgefühl der werdenden Mütter, ermöglichte es ihnen, entspannt zu bleiben und auf ihre eigenen Fähigkeiten, ihr Kind auf die Welt bringen zu können, zu vertrauen

(Karlström et al., 2015). Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie hatten zu ihren positiven Erfahrungen mit ihren Geburtshelfer*innen u.a. Folgendes angefügt:

Meine Hebamme hat mich super betreut, vorher und vor allem während der Geburt. Ich werde bei jedem weiteren Kind wieder eine private Hebamme bei der Geburt nehmen. Sie war die ganze Zeit bei uns und hat auch dem Arzt beim Nähen gesagt, dass ich eine weitere Betäubung wünsche. Also mich und meine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen und berücksichtigt und versucht sie mir alle zu erfüllen. (Case 885)

Erst nach der Geburt wurde mir bewusst wie wichtig Hebammen sind! Doktoren, Spitäler, sterile Räume haben es mir am Anfang sehr erschwert. Die Fürsorge der "richtigen" Hebamme und im "richtigen" Zeitpunkt waren bei mir entscheidend. (Case 1155)

Die Erfahrungen einer Frau, die sie mit ihren Geburtshelfer*innen macht, scheinen auch modulierend auf das Geburtserleben zu wirken. Dies zeigten Stadlmayr et al. (2006) in einer längsschnittlich angelegten Studie, in der Frauen sowohl direkt nach der Geburt als auch zwei Jahre später nach ihrem Geburtserleben und der Qualität der Beziehungserfahrung bei der Geburt befragt wurden. Frauen mit einer negativen Geburts- und Beziehungserfahrung direkt nach der Geburt hatten ein höheres Risiko, sich langfristig negativ an die Geburt zurück zu erinnern. Hatten Frauen jedoch eine qualitativ gute Beziehung zu ihren Geburtshelfer*innen, blickten sie zwei Jahre später tendenziell positiver (als unmittelbar nach der Geburt) auf ihre Geburt zurück (Stadlmayr et al., 2006). Den Zusammenhang zwischen einer hohen Zufriedenheit mit der Betreuung und Versorgung durch die Geburtshelfer*innen, einem sehr positiven Geburtserleben, einer gelungenen Anpassung sowie einem hohen psychischen Funktionsniveau der Frau nach der Geburt bestätigen auch Michels et al. (2013).

Viele der für ein positives Geburtserleben der Frau zentralen interpersonellen Faktoren sind kennzeichnend für das Konzept der frauenzentrierten Betreuung (*woman-centered care*; Brady, Lee, Gibbons, & Bogossian, 2019). Verschiedenen Definitionen dieses Konzeptes ist gemein, dass Frauen in Bezug auf ihre Versorgung gut informierte Entscheidungen treffen können (*choice*), Gefühle der persönlichen Kontrolle, der Mit- und Selbstbestimmung gefördert werden (*control*; Bundesministerium für Gesundheit, 2018) und sie kontinuierlich durch eine Geburtshelfer*in begleitet werden (*continuity*), wobei der Fokus auf einem „mit der Frau sein“ liegt und der Beziehung zwischen der werdenden Mutter und der Betreuungsperson hohe Wichtigkeit eingeräumt wird (Brady et al., 2019). Das Ausmaß der Umsetzung einer frauenzentrierten Betreuung bei der Geburt scheint (derzeit) u.a. abhängig vom jeweiligen Versorgungsmodell und in hebammengeleiteten im Vergleich zu fachärztlich geleiteten Einrichtungen tendenziell höher (Brady et al., 2019).

Im gleichen Ausmaß, in dem eine positive Betreuungserfahrung ein positives Geburtserleben fördern kann, können negative Erfahrungen mit den Geburtshelfer*innen das Geburtserleben von Frauen trüben oder mit dazu führen, dass eine Frau ihre Geburt als traumatisch empfindet. Das hat zum Teil weitreichende Konsequenzen für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden junger Mütter. In einer internationalen Onlinestudie zu von Frauen als traumatisch erlebten Geburten (Reed et al., 2017)

berichteten ($N = 748$) diese davon, dass die Geburtshelfer*innen eher die eigene Agenda verfolgen und durchsetzen wollten als auf ihre Bedürfnisse zu achten. Das Gefühl der wehenden und gebärenden Frau für ihren Körper und den Fortschritt der Geburt wurde übergangen. Dies war verbunden mit unnötigen Interventionen oder solchen, die gegen den Willen der Mutter durchgeführt wurden. Um sie zur Zustimmung zu Eingriffen in den Geburtsverlauf zu bewegen, wurden Frauen (von ihren Geburtshelfer*innen) bedroht, unter Druck gesetzt oder angelogen. In vielerlei Hinsicht fühlten Frauen, dass Grenzverletzungen/-überschreitungen stattgefunden haben, sei es auf körperlicher oder emotionaler Ebene. Dies war mit einem Gefühl des Kontrollverlustes verbunden und triggerte bei einigen Teilnehmerinnen der Studie vergangene Traumata (Reed et al., 2017).

Diese Erkenntnisse entsprechen denen einer Reihe weiterer Arbeiten, die mögliche Zusammenhänge zwischen der Qualität der Interaktion (zwischen gebärender Frau und Geburtshelfer*innen) bei der Geburt und posttraumatischer Belastungssymptome beleuchtet haben (Patterson et al., 2019; Sorenson & Tschetter, 2010). Abgelehnt, respektlos behandelt oder ignoriert zu werden, keine oder zu wenig Informationen zu bekommen, nicht in Entscheidungen mit einbezogen zu werden, keine oder zu wenig Unterstützung zu erhalten, fehlende Kontrolle der Hebamme und/oder der Frau über die Situation und die Nicht-Erfüllung der eigenen Erwartungen wurden von Müttern als belastende Erfahrungen während der Geburt ihres Kindes angegeben (Patterson et al., 2019). Betrachtet man konkret das Ausmaß an Unterstützung, das eine Frau von ihren Geburtshelfer*innen erhalten hat, und das Auftreten von PTS-Symptomen drei Monate nach der Geburt, scheint die Anzahl an geburtshilflichen Interventionen den Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren zu modulieren. Bei einer hohen Anzahl an Interventionen ist der negative Zusammenhang zwischen der erlebten Unterstützung und PTS-Symptomen größer als bei wenigen Interventionen, was auf einen Puffereffekt der Unterstützung gerade bei einer Geburt mit zahlreichen geburtshilflichen Maßnahmen hindeutet (Ford & Ayers, 2011).

Interessant sind hier auch Studienergebnisse dazu, welche Faktoren die Zufriedenheit der Frau mit ihrer Betreuung, abgesehen von der konkreten Interaktions- und Kommunikationserfahrung, noch beeinflussen können. Dies kann etwa der konkrete Rahmen, in dem die Geburt stattfindet, sein, oder aber die Profession der Geburtshelfer*in. So waren Frauen einer großen, repräsentativen Stichprobe ($N = 1\,900$), die von einer Hebamme betreut worden waren, dreimal so zufrieden mit der Versorgung und Betreuung wie Frauen, die von Fachmediziner*innen betreut worden waren (OR 3.32, 95% KI [2.26–4.86]; Mattison, Dion, Lavis, Hutton, & Wilson, 2018). Dies stimmt mit Untersuchungen aus Deutschland zum Geburtserleben von Frauen überein, die ihr Kind in einem hebammengeleiteten Kreißsaal zur Welt gebracht haben (im Vergleich zum Modell der ärztlich geleiteten Geburtshilfe). Dort gaben Frauen an, stärker in Entscheidungen involviert worden zu sein und ein höheres Kontrollgefühl erlebt zu haben, was zu einer positiven Wahrnehmung der Betreuung und Geburt beitragen kann (Bauer & zu Sayn-Wittgenstein, 2009). Gleichzeitig wird eine frauen- und familienorientierte Geburtshilfe, wie sie im Modell des hebammengeleiteten Kreißsaals angestrebt und umgesetzt wird, als zentral für die

Prävention und Reduktion von Respektlosigkeit gegenüber und Gewalt an gebärenden Frauen angesehen (Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, DGHWi, 2020). Grenzüberschreitendes Verhalten gegenüber Gebärenden scheint deutlich häufiger bei Geburten in Krankenhäusern als bei Geburten in alternativen Settings vorzukommen (OR 7.2, 95% KI [5.3–9.7]; Vedam et al., 2019) und sich nicht auf bestimmte geografische Regionen oder Einkommensschichten zu beschränken (Bohren et al., 2015).

6.4.2. Exkurs: Gewalt und strukturelle Probleme in der Geburtshilfe

„Nicht die Geburt war schlimm. Das, was das Personal mir gegen meinen Willen angetan hat, ohne Notwendigkeit war furchtbar. Es war eine Vergewaltigung.“ (Case 566)

Gewalt und Grenzüberschreitungen zu erfahren kann sich negativ auf das Geburtserleben von Frauen, aber auch das Erleben weiterer anwesender Personen, auswirken. Vieles deutet darauf hin, dass es sich hierbei nicht um Kollateralschäden einer kleinen Anzahl an „unglücklich“ verlaufenden Geburten handelt, sondern um ein ernst zu nehmendes Problem. In den letzten Jahren häufen sich Berichte von Frauen, die bei und/oder nach der Geburt ihres Kindes Gewalt erfahren haben bzw. deren Geburtshelfer*innen Gewalt angewendet haben (Antia-Tatić, 2019; Bückner, 2020; Esswein, 2020; Mundlos, 2015), das Thema wird in verschiedenen Medien aufgegriffen, Vereine und Initiativen, die die Rechte von Eltern vertreten, wurden ins Leben gerufen (z.B. Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland; Mother-Hood e.V.; Geburtsallianz Österreich; Make Birth Better), Positionspapiere verfasst (DGHWi, 2020; Österreichisches Hebammengremium, n.d.) und Ursachenforschung betrieben. Unter den Bezeichnungen *institutional violence* (Junqueira de Souza et al., 2017), *obstetric violence* (Perez D’Gregorio, 2010) oder *disrespect and abuse during childbirth*/Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen (World Health Organization, WHO 2015a; WHO, 2015b) bzw. *Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe* (DGHWi, 2020) können folgende Formen von Gewalt an Frauen und Grenzüberschreitung zusammengefasst werden: (a) physische Gewalt (b) sexualisierte Gewalt (c) verbale Übergriffigkeiten (d) Stigmatisierung und Diskriminierung (e) Nicht-Einhalten professioneller Standards der Versorgung (f) schlechter Rapport zwischen der Gebärenden und den Geburtshelfer*innen (g) Beschränkungen innerhalb und Rahmenbedingungen des Versorgungssystems (Bohren et al., 2015). Das Problem gewalttätiger Handlungen und Verhaltensweisen gegenüber Frauen unter der Geburt scheint von mancher Seite mehr, von anderer weniger ernst genommen zu werden. Statements wie „Geburt ist ein gewaltiges Ereignis“ (Neumann & Maier, 2019, S. 111), „Jede Gebärende sollte wissen, dass Geburt mit Naturgewalt zu tun hat“ (S. 115) oder „Jeder Eingriff – ob als Einsatz von Wehenmitteln, Dammschnitt, Saugglocke, Kaiserschnitt durchgeführt – hat eine Indikation und wird nicht wahllos angewendet. Er kann als Gewalt empfunden werden, wenn er nicht in das vorgefertigte Bild der Geburt passt“ (S. 116) können als Versuch erscheinen, Gewalt in der Geburtshilfe als Ansichtssache (der Frauen) darzustellen, die mit den tatsächlichen Gegebenheiten nichts zu tun hätte. Die Geburtshelfer*innen dagegen müssten sich „[...]

den Vorwurf gefallen lassen [...], Gewalt angewendet zu haben“ (Neumann & Maier, 2019, S. 116). Hier wird wieder deutlich, dass das Erleben der Frau und das Erleben anderer bei der Geburt anwesender Personen stark voneinander abweichen können.

Eine Anerkennung von Seiten ärztlicher Fachverbände, dass Gewalt in der Geburtshilfe ein problematisches Faktum darstellt und Selbstbestimmungsrechte von Frauen weltweit (Bohren et al., 2015) verletzt werden, wäre ein ebenso wünschenswerter und notwendiger Schritt wie die Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen auf Ebene der Organisationen und der Gesundheitssysteme, in denen Geburtshelfer*innen werdende Mütter betreuen, da diese als mit ursächlich für das Problem angesehen werden (Reed et al., 2017). In einer Befragung stationär tätiger Hebammen in Deutschland nannten diese, dass ein zu knapper Personalschlüssel verbunden mit der Betreuung mehrerer Frauen parallel⁶, die verordnete Übernahme zu vieler fachfremder Aufgaben wie das Vornehmen von Bestellungen oder Reinigungstätigkeiten, ein zunehmender Dokumentationsaufwand, mangelnde Wertschätzung und Anerkennung, schlechte Bezahlung und Angst vor Klagen bzw. juristischen Konsequenzen es ihnen schwer machten, eine Geburtshilfe zu leisten, die ihren eigenen Ansprüchen, Vorstellungen und Werten entspreche (IGES Institut, 2019). Nur 14% der befragten Hebammen stimmten der Aussage zu, dass sie als Hebamme genug Zeit hätten, um die Frauen so zu betreuen, wie sie es für richtig hielten (IGES Institut, 2019). Gerade wenn Hebammen mehrere Frauen parallel betreuen müssen, ist es ihnen schwer möglich, ihre Versorgung wirklich auf die einzelnen Frauen auszurichten und auf ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen bzw. die vom Bundesministerium für Gesundheit beschriebene „frauenzentrierte Betreuung“ zu gewährleisten (BMG, 2018, S. 37). Vielmehr müssen konkrete Aufgaben abgearbeitet werden („task-based approach to care“, O’Connell & Downe, 2009, S. 599). Die Organisation der Geburtshilfe in Kliniken ermöglicht es zudem oftmals nicht, die Bedürfnisse der Geburtshelfer*innen selber ausreichend zu berücksichtigen und zu erfüllen (Patterson et al., 2019), und es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem, was Hebammen an Betreuung leisten müssen, und dem, was sie aus eigener Sicht in angemessenem Ausmaß leisten können (IGES Institut, 2019). Dies alles kann zu Unzufriedenheit und Frustration führen, wie auch internationale Studien aufzeigen (O’Connell & Downe, 2009). Viele Hebammen denken daher darüber nach, sich aus der Geburtshilfe in Krankenhäusern zurückzuziehen oder generell keine Geburten mehr zu betreuen (ein Viertel aller Befragten dachte oft oder sehr oft darüber nach, ihre Stelle im Krankenhaus zu kündigen, IGES Institut, 2019). In Bezug auf die zunehmende Pathologisierung und Medikalisierung von Geburten in Krankenhäusern stimmten nur 21% der befragten Hebammen ($N = 2\,098$) der Aussage zu, dass KEINE unangemessene Pathologisierung und/oder Medikalisierung der Geburt stattfindet (IGES Institut, 2019). Die aktuellen Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe (wie Abrechnungssysteme nach Kostenpauschale) und die Angst vor rechtlichen Konsequenzen (O’Connell & Downe, 2009) führten mit zu einer hohen Anzahl an Eingriffen in den Geburtsverlauf, selbst bei Frauen, die eine komplikationslose Schwangerschaft hinter sich haben und bei denen keine bekannten Risikofaktoren

⁶ In deutschen Kliniken im Schnitt drei Geburten parallel je Hebamme

vorliegen (IGES Institut, 2019). Zusätzlich dazu wurde von 70% der befragten Hebammen die Reduktion invasiver Eingriffe und Geburtseinleitungen als Maßnahme genannt, die ihre Arbeitsbedingungen verbessern könnten.

6.4.3 Interventionen bei (risikoarmen) Geburten

6.4.3.1 Vorbemerkung

Der prinzipielle Nutzen von und die zeitweise Notwendigkeit für evidenzbasierte geburtshilfliche Interventionen kann und soll an dieser Stelle nicht in Frage gestellt werden. In manchen Fällen sind sie unabdingbar, und ihr Einsatz dient der Sicherung der Gesundheit und des Lebens der werdenden Mutter und ihres Kindes. Nicht in allen Fällen sind zudem Notwendigkeit und Nutzen einer Intervention von vorne herein absehbar, aber auch mögliche Folgen und Konsequenzen eines Nicht-Eingreifens müssen von Zeit zu Zeit abgewogen werden. Dies geschieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund der oben bereits erwähnten „litigation-based practice“ (Shorten, 2010, S. 182; Coxon et al., 2014). Die Präsenz des Themas möglicher rechtlicher Konsequenzen in der klinischen Geburtshilfe betonte auch Werner Stadlmayr in einem persönlichen Telefonat (persönliche Mitteilung, 10.12.2020).

6.4.3.2 Aktuelle Situation in der klinischen Geburtshilfe

In einem vielzitierten Artikel beschreiben Miller et al. (2016) die aktuelle globale Situation der Geburtshilfe zwischen „too little, too late“ und „too much, too soon“. Während in Ländern mit knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem oft nicht einmal eine Grundversorgung gebärender Frauen gesichert werden könne, was mit erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten verbunden ist, würden Schwangerschaft und Geburt in einkommensstarken Ländern routinemäßig übermedikalisiert, was mit häufigen unnötigen (z.T. nicht evidenzbasierten) Eingriffen in Geburtsverläufe verbunden sei oder solchen, die mehr schaden als nutzen, wenn sie ohne Indikation oder routinemäßig vorgenommen werden (Miller et al., 2016).

Für Deutschland liegen keine umfassenden Zahlen vor, jedoch scheinen hier aktuell über 90% aller Krankenhausgeburten nicht ohne (zumindest) eine invasive Intervention⁷ abzulaufen (Schwarz, 2008). Eine Erhebung zu neun Interventionen⁸ in England ergab, dass bei 78% aller Frauen zumindest eine davon vorgenommen wurde (Royal College of Midwives, 2016). Eine Studie in Schweden ergab, dass bei 94.5% aller befragten Erstgebärenden zumindest eine Intervention vorgenommen wurde, die in den physiologischen Verlauf der Geburt eingreift⁹ (Westergren, Edin, Lindkvist, & Christianson, 2020).

Zu einer weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes haben steigende Interventionszahlen in den letzten Jahren nicht beigetragen (Schwarz, 2008), sie können sich jedoch

⁷ Darunter fallen hier: internes Geburts-CTG, Fetalblutuntersuchung, medikamentöse Zervixreifung, Geburtseinleitung, Wehenmittel sub partu, Anästhesien, Episiotomie, Einsatz von Forzeps oder Saugglocke, primäre oder sekundäre Sectio

⁸ Einleitung der Geburt vor Wehenbeginn, medikamentöse Verstärkung der Wehen, Sprengung der Fruchtblase, PDA, Episiotomie, CTG länger als 1 Stunde, Fetalblutuntersuchung, Antibiotikagabe während der Geburt

⁹ Hier inkludiert: Einleitung der Geburt oder Verstärkung der Wehen bei 66.7%; Sprengen der Fruchtblase, internes Geburts-CTG bei 82.9%, Blasenkatheter bei 63.1%, Vakuumextraktion bei 9.9%, Dammschnitt bei 8.1%, Notsectio bei 15.3%; gesondert erfasst wurde das Legen einer PDA bei 61.1%.

negativ auf das Geburtserleben von Frauen auswirken (Chalmers & Dzakpasu, 2015; Westergren et al., 2020) oder auch zu iatrogenen Schäden führen (Jansen et al., 2013). Entsprechend besteht eine Möglichkeit, ein positives Geburtserleben zu fördern, darin, geburtshilfliche Maßnahmen auf das nötige Minimum zu reduzieren (Taheri et al., 2018), das der Sicherung der Gesundheit von Frau und Kind dienlich ist und Eingriffe darüber hinaus zu unterlassen.

Zwar zeigte sich in verschiedenen Studien, dass die Beziehung zu und Kommunikation mit den Geburtshelfer*innen entscheidender für das Geburtserleben von Frauen scheint als das Ausmaß an bei der Geburt vorgenommenen Interventionen (Hodnett, 2002; Stadlmayr, Schneider, Amsler, Bürgin, & Bitzer, 2004), die nur einen kleinen Anteil an Varianzerklärung abzudecken scheinen. Frauen, die mit verschiedenen Aspekten ihrer Betreuung sehr zufrieden waren, gaben auch eher eine positivere Geburtserfahrung an, unabhängig von der Anzahl der Interventionen während der (vaginalen) Geburt (Chalmers & Dzakpasu, 2015). Das WIE ist also wichtiger als das WAS (Patterson et al., 2019). Da die Anzahl der routinemäßig vorgenommenen Eingriffe in an sich „normale“ Geburtsverläufe über die Jahre jedoch weiter zugenommen hat, wird von verschiedenen Seiten (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019; Bundesministerium für Gesundheit, 2018; Romano & Lothian, 2008) eine Demedikalisierung der Geburtshilfe und die Reduktion unnötiger Interventionen ebenso gefordert wie repräsentative nationale Erhebungen zum Ausmaß an Interventionen in verschiedenen Settings der Geburtshilfe, die bis heute fehlen (Miller et al., 2016). Gleichzeitig wünscht sich der Großteil der Frauen weltweit eine physiologische Geburt mit möglichst wenigen medizinischen Eingriffen (Downe et al., 2018). Für den Fall, dass Komplikationen auftreten sollten, legen Frauen Wert darauf, in Entscheidungen bezüglich möglicher geburtshilflicher Maßnahmen eingebunden zu werden (Downe et al., 2018).

Es ist also nicht so, dass alle Frauen Interventionen bei ihrer Geburt generell ablehnen, vielmehr schätzen sie den Wert geburtshilflicher Technologien durchaus hoch ein, sofern ihr Einsatz in der jeweiligen (Not-)Situation als angemessen angesehen wurde und eine transparente Informationsweitergabe stattgefunden hat (Curtin, Savage, & Leahy-Warren, 2019). Nicht zuletzt bringen so viele Frauen ihre Kinder in einem Krankenhaus zur Welt, weil dort – bei ernsthaften Komplikationen – auf geburtsmedizinische und -technologische Methoden zurückgegriffen werden kann (siehe oben). In manchen Fällen erwarten Gebärende vorab bereits ein hohes Ausmaß an medizinischen Maßnahmen und akzeptieren eine starke Medikalisierung als Norm in der Geburtshilfe, fordern diese zum Teil auch ein oder ordnen sich den Abläufen (passiv) unter (O’Connell & Downe, 2009). Für einige Frauen stellen Interventionen zudem eine Möglichkeit dar, das Gefühl der Kontrolle über den Geburtsprozess und ihren Körper zu haben, weswegen sie sich (bestimmte) Interventionen aktiv wünschen (Westergren et al., 2020). In anderen Fällen werden Maßnahmen jedoch auch gegen den expliziten Wunsch der Frau vorgenommen (Gerechte Geburt, 2020).

Studien, die sich mit geburtshilflichen Interventionen und dem Geburtserleben von Frauen befassen, beziehen sich entweder auf einen konkreten Eingriff (wie z.B. eine medikamentöse Einleitung

der Geburt oder den Einsatz einer Saugglocke), auf eine Auswahl an Eingriffen, die häufig vorgenommen werden (z.B. Episiotomie, PDA, CTG) oder den Geburtsmodus (vaginal, vaginal-operativ, primäre, sekundäre oder Not-Section). Nur wenige Arbeiten berücksichtigen geburtshilfliche Interventionen umfassender oder berücksichtigen auch solche Maßnahmen, die möglicherweise als weniger schwerwiegend eingestuft werden (wie z.B. das routinemäßige Legen eines Venenzugangs bei Ankunft im Kreißsaal, die Rasur der Schamhaare oder vaginale Untersuchungen unter der Geburt; Chalmers & Dzakpasu, 2015).

6.4.3.3 Anzeichen für einen *Overuse*

Wie oben bereits angerissen laufen Geburten in Krankenhäusern selten ohne Interventionen ab, und fast 100% der Frauen im deutschsprachigen Raum bringen ihre Kinder in einer Klinik zur Welt.

Neumann und Maier (2019) postulieren in ihrem Buch zu „Chancen und Grenzen moderner Entbindungsmöglichkeiten“, dass 80% aller Geburten ohne medizinisches Eingreifen ablaufen könnten. Gleichzeitig beschreiben sie den Ablauf des Beginns einer „normalen“ Geburt im Spital wie folgt:

Am Geburtsort angekommen, werden Sie von einer Hebamme empfangen. Die Hebamme kontrolliert die Herztöne Ihres Kindes mit einem Herzton-Wehenschreiber, dem CTG (Cardiotokograph). Sie untersucht, wie weit der Muttermund geöffnet ist, ob ein Blasensprung vorliegt [...]. Natürlich werden auch die Wehen kontrolliert [...]. Es kann auch sein, dass Sie gefragt werden, ob Sie einen Einlauf haben wollen. [...] Nach Blutdruckkontrolle und Harnuntersuchung werden Sie, wenn die Geburt tatsächlich begonnen hat, in der Klinik bleiben [...]. (Neumann & Maier, 2019, S. 46–47)

Dies gilt als Routineablauf bei Aufnahme in ein Krankenhaus. Scheinbar werden die Kontrolle der Herztöne und Wehen mittels CTG und vaginale Untersuchungen hier nicht als Eingriffe angesehen, sonst wären die genannten 80% an „normalen“ Geburten nicht erreichbar¹⁰. Das Beispiel macht deutlich, dass die Einordnung einer Maßnahme in die Kategorie geburtshilflicher Eingriff/Intervention zumindest teilweise abhängig von der Person scheint, die sie vornimmt. Was für Geburtshelfer*innen als Routine in der Versorgung gilt, wird von ihnen eventuell nicht (mehr) als tatsächlicher Eingriff in den Geburtsverlauf wahrgenommen. Zum Teil inkludieren Definitionen einer „normalen Geburt“ entsprechend bereits (weitreichende) medizinische/technologische Interventionen, was eine Kultur der Geburtshilfe kennzeichnet, die technische Eingriffe soweit normalisiert hat, dass diese für die Personen, die sie anwenden, unsichtbar geworden sind (Coddington, Catling, & Homer, 2020). Für Frauen, die ein Kind auf die Welt bringen, stellt sich die Situation in vielen Fällen sicher anders dar. Auch wenn es um

¹⁰ Die CTG-Kontrolle zur Feststellung des Gesundheitszustandes des Ungeborenen bei Aufnahme im Krankenhaus stellt keine Maßnahme dar, die für gesunde schwangeren Frauen und/oder ihr Kind nachweislich mit Vorteilen verbunden ist, vielmehr scheint die routinemäßige angewendete Kontrolle die Wahrscheinlichkeit für weitere Interventionen zu erhöhen (Interventionskaskade), eventuell auch für einen Kaiserschnitt (WHO, 2018), weswegen von dieser Maßnahme bei der Aufnahme von low-risk-Frauen, abgeraten wird (Miller et al., 2016). Vielmehr wird ein wiederholtes Abhören der Herztöne mittels Doppler-Ultraschall empfohlen (AWMF, 2020b; WHO, 2018).

eine vaginal-operative Geburtsbeendigung oder einen Dammschnitt geht, könnten die Vorstellungen von Mediziner*innen und gebärenden Frauen voneinander abweichen.

Die Geburt ist i.d.R. ein natürlicher Vorgang u. kein „Eingriff“, über den gesondert aufgeklärt werden müsste. Vergleichbares trifft für die vag.-op. Entbindung u. die Episiotomie zu. Letztere wird in den meisten Fällen ohne ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, da sie als Standardeingriff o. „Nebeneingriff“ gilt, in den die Schwangere durch den Abschluss des Behandlungsvertrages einwilligt. (Goerke, 2018, S. 320)

In diesem Zitat aus dem „Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe“ (Goerke, Steller, & Valet, 2018), der zur kurzen, präzisen und praxisnahen Information für Fachärzt*innen gedacht ist, wird die Episiotomie als ein Standardeingriff angeführt, über den nicht gesondert aufgeklärt und keine Einwilligung der Frau eingeholt werden müsse, obwohl diese Intervention einen massiven Eingriff in die körperliche Integrität der Frau darstellt. Der Deutsche Hebammenverband sieht dies entsprechend anders und stellt klar, dass es rechtlich nicht zulässig ist, auf eine Auf- und Einverständniserklärung kurz vor dem Eingriff zu verzichten, weil es sich um einen vermeintlichen Standardeingriff handele (Schönberner, 2013). „Wenn die Hebamme einen Dammschnitt ausführt, ohne Einvernehmen zeitnah vor dem Eingriff, verletzt sie das Selbstbestimmungsrecht der Frau“ (Schönberner, 2013, S. 14). Dies sollte im gleichen Ausmaß auch für Fachärzt*innen Gültigkeit haben. Im Falle einer Akutsituation könne die Aufklärung in ihrem Umfang deutlich reduziert werden, müsse aber dennoch verständlich sein und die Einwilligung der Frau nach sich ziehen (Schönberner, 2013).

Die beschriebene Häufung der Interventionszahlen findet sich nicht nur in der Geburtshilfe, sondern in verschiedenen Disziplinen der Medizin, vor allem in high-income countries, jedoch zunehmend auch in low-income settings (Brownlee et al., 2017). Dabei bringen nicht alle Interventionen den Patient*innen tatsächlich einen Nutzen oder Vorteil, gehen jedoch mit eigenen Gesundheitsrisiken einher (Jansen et al., 2013), und ein *Overuse* zeichnet sich ab (Brownlee et al., 2017). *Overuse* kann dabei definiert werden als der Einsatz einer medizinischen Maßnahme unter Umständen, in denen sie den Patient*innen mehr Schaden zufügt als eine Verbesserung ihres Zustandes mit sich zu bringen (Chassin & Galvin, 1998). Indikatoren für einen *Overuse* stellen hohe Schwankungen in der Anwendung konkreter Verfahren/Interventionen über verschiedene Kliniken, Regionen oder auch Länder dar, die sich nicht durch Unterschiede in den Patient*innenpopulationen erklären lassen.

Ein Faktor, der mit zu einem übermäßigen Einsatz von Interventionen oder Behandlungen führen kann, ist die Pathologisierung (Haucke & Dippong, 2012) und die dadurch bedingte Übermedikalisierung (vormals) als normal angesehener Zustände oder Prozesse (Brownlee et al., 2017), wie es sich auch im Kontext der Geburtshilfe abzeichnet (IGES Institut, 2019). Hier führt der routinemäßige Einsatz geburtsmedizinischer Maßnahmen immer wieder dazu, dass die feinabgestimmten physiologischen und hormonellen Geburtsprozesse gestört und weitere Interventionen notwendig werden, sodass es zu einer Kaskade an Interventionen kommt, die ohne das initiale Eingreifen hätte vermieden werden können, ein Risiko für Mutter und Kind darstellen kann

(Lothian, 2019) und mit steigenden Ausgaben für die Kostenträger*innen verbunden ist (Tracy & Tracy, 2003).

Eine Studie aus Australien, die auf den Daten von knapp 700 000 Geburten beruht, zeigte, dass in Privatkliniken nur 15 von 100, in öffentlichen Krankenanstalten 35 von 100 low-risk-Frauen eine Geburt ohne Interventionen (erfasst wurden: Einleitung, PDA, Episiotomie, vaginal-operative Geburt und Sectio) erlebten (Dahlen et al., 2012). Eine weitere, in Queensland (Australien) durchgeführte Studie weist auf signifikante Unterschiede bei den Raten an Geburtseinleitungen, Dammschnitten und PDA zwischen Frauen unterschiedlicher ethnischer, geografischer und sozioökonomischer Gruppen hin, die sich nicht über demografische, medizinische oder lebensstilbezogene Schlüsselfaktoren erklären lassen (Fox, Callander, Lindsay, & Topp, 2019). Nicht-indigene Frauen, solche, die in größeren Städten lebten, und Frauen des wohlhabendsten Fünftels der Stichprobe erlebten alle erhobenen Interventionen am häufigsten und gleichzeitig die niedrigste Rate an nicht-instrumentellen vaginalen Geburten, was laut den Autor*innen klar für einen Overuse spricht (Fox et al. 2019). Diesen bestätigt auch eine umfassende Analyse von $N = 4\,729\,307$ Einlingsgeburten ($SSW \geq 37$) in 13 verschiedenen Ländern (u.a. Schweden, Deutschland, England, Niederlande, USA, Chile; Seijmonsbergen-Schermer et al., 2020). Auch nach Kontrolle relevanter Stichprobenmerkmale zeigten sich dort je nach Nation zum Teil deutliche Unterschiede in den Raten der berücksichtigten geburtshilflichen Interventionen, die größten davon bei der Gabe von wehenverstärkenden Mitteln und der Schmerzmedikation, bei der Dammschnitttrate sowie den Anteilen an vaginal-operativen Geburten und Kaiserschnitten, ohne dass sich gleichzeitig Unterschiede in der perinatalen Mortalität zeigten (Seijmonsbergen-Schermer et al., 2020). Die Häufigkeit nicht-indizierter Geburtseinleitungen (Indikation nicht nachvollziehbar bzw. nicht dokumentiert) und primärer Kaiserschnitte in einer Stichprobe von 2.35 Millionen erstgebärenden Frauen in den USA lag bei 26%, lediglich 50% aller termingerecht geborenen Kinder kamen nach einem natürlichen Einsetzen der Wehen auf vaginalem Weg zur Welt (Ananth, Wilcox, & Gyamfi-Bannerman, 2013). Auffällig war, dass eingeleitete Geburten oder solche per geplanter Sectio häufiger an einem Wochentag stattfanden als an den Wochenenden (Ananth et al., 2013). Dies ist ein Hinweis auf den unnötigen Einsatz von (medikamentösen) Eingriffen in Geburtsverläufe, der sich auch im deutschsprachigen Raum bestätigt. Geburten werden so an organisatorische Belange der Klinik angepasst, wie eine Veröffentlichung und Analyse von Daten aller Geburten, die zwischen 2010 und 2015 in Göttingen stattgefunden haben ($N = 13\,183$), aufzeigt (Geisel, n.d.). Hier weicht die Verteilung der Geburten über die sieben Wochentage signifikant von der erwartbaren zufälligen Verteilung ab. An Dienstagen, Mittwochen und Donnerstagen kamen in etwa so viele Kinder zur Welt, wie zu erwarten gewesen wären (ca. 1 883). An den restlichen Tagen der Woche kam es zu auffälligen Abweichungen. So wurden an Freitagen 20% und an Montagen 30% mehr Kinder geboren, als erwartbar gewesen wären. An Samstagen und Sonntagen lag die Rate an geborenen Kindern dagegen um 20% bzw. 30% niedriger als dienstags bis donnerstags. Zusätzlich sank die Geburtenrate über die Weihnachtsfeiertage deutlich ab, bei gleichzeitiger Zunahme an Geburten direkt davor und danach. Elisabeth Geisel sieht hierdurch

bestätigt, dass systematisch in Geburtsverläufe eingegriffen wird, damit Kinder noch vor dem Samstag oder einem Feiertag geboren werden (Einleitung, Verstärkung der Wehen, Kaiserschnitte) und dass Geburten über das Wochenende medikamentös hinausgezögert werden, wodurch sich die höhere Anzahl an Geburten an Montagen erklärt (Geisel, n.d.). Ein Ähnliches Muster zeigt sich auch bei Geburten in Österreich (Statistik Austria, 2012). Derartige Manipulationen der Geburtsphysiologie richten sich weniger am Wohlergehen der Mutter und ihres Kindes aus als vielmehr an organisatorischen und strukturellen Bedingungen, womit sie dem Nicht-Schadensprinzip zuwiderlaufen.

Neben Interventionen, die nicht zum Vorteil der werdenden Mütter vorgenommen werden, wird in der Geburtshilfe nach wie vor regelmäßig von Maßnahmen Gebrauch gemacht, deren medizinischer Nutzen nicht nachweisbar ist oder gegen deren Einsatz sowohl wissenschaftliche Evidenz als auch internationale Richtlinien sprechen (Chalmers et al., 2009). An anderer Stelle zeigen sich im internationalen Vergleich starke Abweichungen bezüglich der Vorgehensweise bei konkreten Eingriffen, beispielsweise bei der Verabreichung von Oxytocin zur Einleitung der Geburt oder Verstärkung der Wehen. Daly und Kolleg*innen (2020) verglichen die Regime zur intravenösen Oxytocinverabreichung unter der Geburt über Kliniken in 12 Ländern (11 in Europa und Südafrika) hinweg, wobei sie sich die Startdosis und die Dosissteigerung (Zeitintervall und Menge) in International Units (IU; eine IU = 1,67µg/1000ml) sowie die Maximaldosis und Gesamtmenge an verabreichtem Oxytocin über einen angenommenen Zeitraum von acht Stunden ansahen. Dabei zeigten sich sehr deutliche, für die Autor*innen nicht nachvollziehbare Unterschiede. Die Startdosen intravenösen Oxytocins lagen zwischen 0.06 IU/Stunde und 0.90 IU/Stunde, die höchsten verabreichten Dosen lagen zwischen 0.90 IU/Stunde und 3.60 IU/Stunde. Hochgerechnet auf einen Zeitraum von acht Stunden wurde Frauen in manchen Kliniken die 11-fache Menge an Oxytocin verabreicht als in anderen Kliniken (Werte zwischen 2.38 IU und 27.00 IU). Dies scheint besorgniserregend, da es sich bei synthetischem Oxytocin um ein Medikament handelt, das nicht ohne Nebenwirkungen auskommt und das stark schädigend wirken kann, wenn es zu hoch dosiert oder nach falscher/ohne Indikation eingesetzt wird. Bei zu hoher Dosierung können starke, anhaltende, sehr schmerzhaft Kontraktionen (Wehensturm) oder eine Dauerkontraktion des Uterus und eine Ruptur der Gebärmutter verursacht werden, die Mutter und Kind in große Gefahr bringt (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, n.d.). Zudem sind mögliche kurz- und längerfristige Auswirkungen einer medikamentösen Geburtseinleitung auf neurohormonelle Prozesse (Hundley, Downe, & Buckley, 2020) sowie anderweitige Langzeitfolgen einer Oxytocingabe während und nach der Geburt nicht auszuschließen, hier steht die Forschung jedoch erst am Anfang (eine Übersicht findet sich bei Daly et al., 2020). Oxytocin wurde im Jahr 2018 auf die *high-alert medication list* des Institute for Safe Medication Practices (ISMP) aufgenommen (ISMP, 2018).

Nachdem deutlich wurde, dass davon ausgegangen werden kann, dass Eingriffe in den Geburtsverlauf (in Krankenhäusern) oftmals ohne medizinische Indikation, routinemäßig und/oder ohne nachweislichen Vorteil für Mutter und/oder Kind vorgenommen werden, obwohl sie Risiken für die

Frau und ihr Kind bergen (Jansen et al., 2013), wird nun genauer auf die Zusammenhänge zwischen verschiedenen geburtshilflichen Maßnahmen und Eingriffen und dem subjektiven Geburtserleben von Frauen eingegangen werden.

6.4.3.4 Anzahl an Interventionen und Geburtserleben

Insgesamt scheinen Frauen, die eine hohe Anzahl an Eingriffen während der Geburt erlebt haben, sowohl weniger zufrieden mit ihrem Geburtserleben als auch mit verschiedenen Aspekten ihrer Versorgung durch die Geburtshelfer*innen zu sein (Chalmers & Dzakupazu, 2015; Fumagalli et al., 2021; Westergren et al., 2020). Eine kanadische Studie ergab, dass 75.8% der Frauen, die ihr Kind vaginal geboren und keine der 11 erfragten Interventionen angegeben hatten, ihre Geburtserfahrung als sehr positiv einschätzten, wohingegen dies nur auf 46.4% der Frauen zutraf, bei denen acht oder mehr Interventionen vorgenommen worden waren (Chalmers & Dzakupazu, 2015). Zudem nahm die Rate der Zustimmung zu einem „sehr positiven Geburtserleben“ mit zunehmender Anzahl an Interventionen kontinuierlich und signifikant ab, was auf einen kumulativen Effekt auf das Geburtserleben hindeutet (Chalmers & Dzakupazu, 2015). Hier wurde jedoch nicht berücksichtigt, aus welchen Gründen die Maßnahmen vorgenommen worden waren, ob etwa bei Frauen mit vielen Interventionen gleichzeitig eine höhere Rate an gesundheitlichen oder medizinischen Komplikationen aufgetreten war, die sich ebenfalls negativ auf das Geburtserleben ausgewirkt haben könnten.

Da bestimmte Interventionen das Risiko dafür erhöhen, dass weitere Maßnahmen notwendig werden (Interventionskaskade), scheint es schwierig, die möglichen Auswirkungen einzelner Interventionen auf das Geburtserleben isolieren und isoliert betrachten zu können. In den meisten Studien wird dennoch eine Auswahl an konkreten Interventionen herangezogen und versucht, die Stärke ihrer Assoziation mit dem Geburtserleben der Frau zu bestimmen. Einige Arbeiten betrachten auch die Zusammenhänge geburtshilflicher Maßnahmen untereinander, z.B. inwieweit das Legen einer PDA mit darauffolgenden Interventionen zusammenhängt (Petersen, Poetter, Michelsen, & Gross, 2013; Westergren et al., 2020).

6.4.3.5 Geburtshilfliche Maßnahmen und das Geburtserleben

6.4.3.5.1 Geburtsmodus

Besonders diskutiert wird die seit den 1990er Jahren stark angestiegene Rate an Kaiserschnittgeburten (in Deutschland von 15% 1991 auf bisher max. 32.2% im Jahr 2011; Statistisches Bundesamt, 2020b). Diese wird von medizinischer Seite oft mit Risikofaktoren auf Seiten der Frauen oder mit deren Wunsch nach einer Sectio gerechtfertigt. Bei letzterem scheint es sich häufig um Fehlinterpretationen zu handeln (Hainer & Kowalcek, 2009; Panda, Begley, & Daly, 2020), ersteres erklärt nicht die großen Unterschiede bei den Sectionsraten zwischen verschiedenen Kliniken, Regionen und Ländern.

Bei Kaiserschnitten kann prinzipiell zwischen primären/geplanten/elektiven Kaiserschnitten und sekundären bzw. Notkaiserschnitten unterschieden werden, wobei sekundäre und Notkaiserschnitte nicht in jedem Fall gleichbedeutend sind. Wird eine Sectio geplant und vor dem Einsetzen der Wehen

vorgenommen, handelt es sich um eine primäre Sectio, wird sie nach Einsetzen der Wehen vorgenommen, um eine sekundäre. Einer sekundären Sectio können eine Reihe geburtsmedizinischer Interventionen vorausgehen, in manchen Fällen ist es wahrscheinlich, dass diese erst dazu geführt haben, dass ein Kaiserschnitt notwendig geworden ist (Schick, Spineli, Raio, & Gross, 2020).

Die Studienlage zu Zusammenhängen zwischen dem Geburtsmodus und dem Geburtserleben (bzw. verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens) von Frauen ist nicht ganz eindeutig. So findet sich kein Zusammenhang zwischen dem Geburtsmodus und der Zufriedenheit der Frauen mit ihrer Geburtserfahrung (Fenaroli et al., 2019; Spaich et al., 2013), Unterschiede zwischen Frauen nach vaginaler im Vergleich zu Sectio-Geburt (Carquillat, Boulvain, & Guittier, 2016), ein negativeres Erleben, je stärker das Ausmaß an Medikalisierung der Geburt war (Preis et al., 2019), negatives Erleben der Geburt bei vaginal-operativer Geburt und Notsectio im Vergleich zu vaginaler Geburt und geplanter Sectio (Crossland, Kingdon, Balaam, Pilar Betrán, & Downe, 2020) bzw. ein negativeres Erleben bei vaginal-operativer und Kaiserschnittgeburt (nicht weiter differenziert) im Vergleich zu „normaler“ vaginaler Geburt (Kempe & Vikström-Bolin, 2020). In der Tendenz scheinen vaginal-operative Geburten sowie Notkaiserschnitte mit einem negativeren Erleben assoziiert, während Frauen eine vaginale Geburt positiver erleben. Bezüglich möglicher Auswirkungen einer elektiven Sectio auf das Geburtserleben besteht derzeit keine Einigkeit (Chabbert et al., 2020). Das negativere Erleben (ungeplanter) operativer Geburten wird vor allem über die Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Frau und dem tatsächlichen Ablauf der Geburt erklärt (Crossland et al., 2020).

In der vorliegenden Arbeit wurde die Stichprobe auf Frauen begrenzt, die ihr erstes Kind vaginal zur Welt gebracht haben, da derzeit in den deutschsprachigen Ländern noch immer knapp zwei Drittel aller Frauen ihre Kinder vaginal gebären und ein besonderes Augenmerk auf die Interventionen während der Geburt gelegt werden soll, die zumindest bei geplanten Kaiserschnitten nicht relevant werden.

6.4.3.5.2 Periduralanästhesie¹¹

In Deutschland bekamen im Jahr 2017 21.4% der Frauen bei vaginaler Geburt ihres Kindes eine Periduralanästhesie (PDA), 0.7% eine Spinalanästhesie (IQTIG, 2018). In Österreich lag die Rate an Peridural- und Spinalanästhesien im Jahr 2019 bei 16.4% aller vaginalen Geburten und ist seit 2008 signifikant gestiegen (von damals 12%; Institut für klinische Epidemiologie, IET, 2019). Frauen, die eine PDA erhalten haben, scheinen im Schnitt unzufriedener mit ihrem Geburtserleben als solche, bei deren Geburt keine PDA gelegt wurde (Falk et al., 2019; Fumagalli et al., 2021; Westergren et al., 2020). Dies scheint, zumindest bei erstgebärenden Frauen, unabhängig davon, ob eine Frau vor der Geburt geplant hatte, einen Kreuzstich in Anspruch nehmen zu wollen oder nicht (Westergren et al., 2020). Das Legen einer PDA ist zudem assoziiert mit einer zwei- bis dreifach erhöhten Interventionsrate. Jede Frau,

¹¹ Spinalanästhesie und Periduralanästhesie zählen zu den rückenmarksnahen Regionalanästhesieverfahren und unterbinden die Schmerzweiterleitung über die Nerven zum Gehirn. Eine dünne Nadel wird im unteren Bereich des Rückens in den Spinalkanal eingeführt und ein Betäubungsmittel darüber verabreicht. Bei der PDA wird dieses nicht direkt in die Rückenmarksflüssigkeit verabreicht, sondern in den umgebenden Raum. (Gesundheit Österreich GmbH, n.d.)

die eine PDA erhalten hatte, hatte mindestens eine weitere Intervention, die Chancen auf ein internes CTG erhöhten sich sogar um das 28.8 fache (Westergren et al., 2020). Sowohl für Primi- als auch für Multipara¹² zeigte eine Schweizer Studie, dass die Verabreichung einer PDA den zentralsten Prädiktor für eine anschließende Oxytocinverabreichung darstellte (OR 13.88, 95% KI [9.29; 20.74] bei Erstgebärenden und OR 15.52, 95% KI [9.94; 24.22] bei Multipara; Schick et al., 2020). Diese Assoziation fand sich auch bei Petersen et al. (2013).

6.4.3.5.3 Geburtseinleitung und wehenmodulierende Mittel

Eine Einleitung der Geburt erfolgt medikamentös (Verabreichung von synthetischem Oxytocin, Misoprostol, Dinoproston) oder mechanisch (über Eipolablösung, die Sprengung der Fruchtblase oder einen Ballonkatheter). In Deutschland wurden 2019 21.9% aller Geburten in Kliniken eingeleitet ($N = 164\,453$, keine Angabe zur Art der Einleitung; IQTIG, 2020), eine Verabreichung von Wehenmitteln mit dem Ziel der Förderung der Wehentätigkeit erfolgte bei 25% aller Geburten ($N = 187\,986$). Der Anteil der Frauen, deren Geburt eingeleitet wurde, ist in Österreich seit 2008 signifikant gestiegen, von 16% im Jahr 2008 auf 24% im Jahr 2019 (IET, 2019). Auch in den USA steigen die Verabreichungen geburtseinleitender Mittel seit den 1990er Jahren stark (von 9.6% 1990 auf 25.7% 2018, bei Primipara auf 31.7%; Declercq, Belanoff, & Iverson, 2020). Darunter fallen auch elektive Einleitungen vor SSW 39, wovon in den USA abgeraten wird, und über die Hälfte der elektiven Einleitungen scheinen ohne medizinische Indikation vorgenommen worden zu sein (13.8% aller Frauen, bei denen eingeleitet wurde; Declercq et al., 2020). Auf die Unterschiede in der Verabreichung und Dosierung des wehenstimulierenden Oxytocins über verschiedene Geburtsstationen/Länder hinweg wurde bereits eingegangen. Der Anteil der eingeleiteten Geburten scheint derzeit deutlich höher als medizinisch notwendig (Schick et al., 2020).

Angaben von türkischen Frauen in einer qualitativen Studie deuten darauf hin, dass die Schmerzen nach der Verabreichung von Oxytocin sehr viel schwerer zu ertragen oder, aufgrund der hohen Frequenz der Wehen, u.U. nicht bewältigbar sind (Aktaş & Aydın, 2019). Dies könnte mit dadurch verursacht sein, dass synthetisches Oxytocin die Blut-Hirn-Schranke nicht überwinden kann, womit die normalerweise durch eine hohe Oxytocinkonzentration im Blut bedingte Ausschüttung von schmerzlindernden Endorphinen nicht angestoßen wird (Lothian, 2019). Darum kann dann eine PDA notwendig werden. Zu einem möglichen Zusammenhang von Schmerzen und dem Geburtserleben weiter unten mehr.

Wichtig im Zusammenhang mit einer Einleitung der Geburt ist wie bei allen Interventionen, dass betroffene Frauen ausreichend über die Notwendigkeit, die Wirkungen, Nebenwirkungen und möglichen Alternativen zu einer (medikamentösen) Einleitung aufgeklärt werden. Eine Online-Befragung von $N = 698$ deutschen Frauen, bei denen die Geburt eingeleitet worden war, ergab hierzu, dass sich 50% der Befragten mehr Informationen zu Alternativen, der Methode und zu möglichen

¹² Schwangerschaft mit erstem Kind (Primipara) oder darauffolgende Schwangerschaft(en) (Multipara)

Nebenwirkungen gewünscht hätten, 49.9% mehr Unterstützung und 55.2% mehr Zeit (Schwarz, Gross, Heusser, & Berger, 2016). Zudem fühlte sich jede sechste Befragte in einer kalifornischen Studie von ihren Geburtshelfer*innen unter Druck gesetzt, der Einleitung ihrer Geburt zuzustimmen (Declercq et al., 2020). Betrachtet man in diesen Fällen das Geburtserleben der Frauen im Zusammenhang mit der erfolgten Geburtseinleitung, müsste an sich auch die Interaktions- und Kommunikationserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen berücksichtigt werden (da diese, wie oben erläutert, zentral für das Geburtserleben ist).

Während Fenaroli et al. (2019) einen Zusammenhang zwischen einer medikamentösen Geburtseinleitung oder Wehenverstärkung mit dem Geburtserleben nicht belegen, findet sich ein solcher an anderer Stelle. Nach Kontrolle für das Alter der Frau und die Parität stellte die Einleitung der Geburt in einer großen Stichprobe ($N = 16\,775$) einen signifikanten Risikofaktor für die Unzufriedenheit mit Geburtserleben dar (Falk et al., 2019). In einer weiteren, groß angelegten Studie ($N = 18\,396$) waren Frauen nach einer Einleitung ihrer Geburt mit Misopostol im Vergleich zu Frauen mit spontanem Geburtsbeginn ebenfalls weniger zufrieden mit ihrem Geburtserleben (Adler et al., 2020). Der Anteil an Frauen, die mit ihrem Geburtserleben zufrieden waren, lag auch in einer älteren Studie signifikant unter dem der Frauen mit spontanem Geburtsbeginn (Shetty, Burt, Rice, & Templeton, 2005). Hierbei war auch entscheidend, wie viel Zeit zwischen der Einleitung und der tatsächlichen Geburt des Kindes lag. Nicht erfolgreiche Einleitungen führen häufig zu einer sekundären Sectio, und ein langer Geburtsverlauf kann das Geburtserleben ebenso wie diese negativ beeinflussen.

Zum Zeitpunkt der Recherche im Rahmen dieser Arbeit (2019/2020) fanden sich keine Studien zu möglichen Zusammenhängen zwischen einer (medikamentösen oder anderweitigen) Hemmung der Wehen oder Hinauszögerung der Geburt und dem subjektiven Geburtserleben von Frauen (Tokolyse 2017: 8.6% aller Klinikgeburten in Deutschland, $N = 65\,172$; IQTIG, 2018).

6.4.3.5.4 Episiotomie (Dammschnitt)

Episiotomien werden in Österreich seit dem Jahr 2008 signifikant seltener durchgeführt, die Häufigkeit sank von 21.3% aller Geburten auf 12.9% (2019), wobei die Rate bei Erstgebärenden deutlich über der der Zweit-/Mehrfachgebärenden liegt (21.5% vs. 4.7%; IET, 2019). Eine Studie in der Türkei, bei der 351 Frauen nach der vaginalen Geburt ihres Kindes zu Interventionen unter der Geburt und ihrer Zufriedenheit mit dem Geburtserleben befragt wurden, ergab zum einen hohe Interventionsraten über alle inkludierten Maßnahmen hinweg sowie ein negativeres Geburtserleben, wenn bestimmte Interventionen durchgeführt worden waren. Darunter fiel auch die Episiotomie (Çalik, Karabulutlu, & Yavuz, 2018). Stadlmayr und Kolleg*innen treffen in ihrer Untersuchung keine eindeutige Aussage bezüglich dieser Intervention und dem Geburtserleben (Stadlmayr et al., 2004), auch wenn sich eine Assoziation zur Subskala *physical discomfort* des in der Studie vorgegebenen Fragebogens zeigte.

6.4.3.5.5 Vaginale Examinationen

Vaginale Examinationen (VE) gelten als Routineeingriff in der Geburtshilfe und dienen u.a. dazu, den Geburtsfortschritt und die Lage des Kindes beurteilen zu können. Sie werden nur in wenigen Studien explizit in ihrer möglichen Wirkung auf das Geburtserleben der Frau berücksichtigt. Die WHO empfiehlt bei Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase der Geburt eine VE alle vier Stunden, was den Vorgaben der aktuellen S3-Leitlinie zu vaginaler Geburt am Termin entspricht (AWMF, 2020b; WHO, 2018), die übliche Untersuchungsfrequenz in österreichischen Spitälern liegt derzeit bei etwa einer VE alle zwei Stunden (Rakos, 2017). In vielen Fällen wird jedoch häufiger untersucht, wobei Frauen die VE bei einer höheren Anzahl auch negativer erleben (de Klerk, Boere, van Lunsen, & Bakker, 2018). Zudem steigt für die Frau das Risiko für die Entwicklung von Fieber während und nach der Geburt sowie für hochgradige Dammrisse ab fünf oder mehr Examinationen (nach Kontrolle für mögliche konfundierende Variablen wie protrahierte Geburt, Geburtsgewicht des Kindes u.a.; Gluck et al., 2020a; Gluck et al., 2020b). Die vaginalen Untersuchungen können für manche Frauen zum einen physisch unangenehm und schmerzhaft sein, zum anderen auch als beschämend, übergriffig oder die Intimsphäre verletzend erlebt werden (Aktaş & Aydın, 2019; de Klerk et al., 2018). Bei Frauen, die in ihrer Vergangenheit sexualisierte Gewalt erfahren haben, können die Untersuchungen auch zu einer Re-Traumatisierung führen (Stewart, 2010). Nicht immer wird die Untersuchung angekündigt, über ihren Grund und den Befund aufgeklärt und das Einverständnis der Frau eingeholt (Rakos, 2012). Teilweise nehmen verschiedene Personen die Untersuchungen vor (die sich der werdenden Mutter zudem nicht immer mit Namen und Funktion vorstellen; de Klerk et al., 2018), in einigen Fällen sind dabei auch weitere Personen im Raum anwesend (etwa Ausbildungskandidatinnen). Manchmal dehnen die Geburtshelfer*innen bei den Untersuchungen zusätzlich den Muttermund manuell, was für die Frau sehr schmerzhaft sein kann (Rakos, 2017). Frauen, bei denen VE häufiger als alle zwei Stunden durchgeführt worden waren, waren weniger zufrieden mit ihrem Geburtserleben als Frauen, bei denen diese Intervention seltener durchgeführt worden war (Çalik et al., 2018).

6.4.3.5.6 Kardiotokografie (CTG)

Der Kardiotokograf, auch Herztönenwehenschreiber genannt, dient der Kontrolle bzw. Überwachung der kindlichen Herztöne sowie der Wehenaktivität der Frau. Die Kardiotokografie (CTG) kann dabei dauerhaft (ab einem bestimmten Zeitpunkt der Geburt oder auch über den gesamten Verlauf der Geburt) oder intermittierend (wiederholte CTG-Registrierung über mehrere Minuten, dazwischen CTG-Pause) vorgenommen werden. Die Verabreichung von geburtseinleitenden oder wehenfördernden Mitteln sowie das Legen einer PDA/Spinalanästhesie machen immer eine Dauerüberwachung mittels CTG notwendig (Steller, 2018), die die Bewegungsfreiheit der Frau stark einschränkt, was wiederum eine gute Verarbeitung der Wehen und den Umgang mit den Schmerzen erschweren kann. Die aktuellen Leitlinien der AWMF relativieren das Vorgehen in Bezug auf die Überwachung nach einer PDA jedoch und sehen die routinemäßige Dauerüberwachung bei einer bereits etablierten PDA nicht mehr vor (wenn

auch mind. 30 Minuten vor und nach Applikation; AWMF, 2020a, 2020b). Wie diese Empfehlung in der Praxis umgesetzt werden wird, bleibt abzuwarten¹³. Im Jahr 2017 brachten 47.5% der Gebärenden ($N = 776\,188$ Frauen) in Deutschland ihr Kind unter Dauerüberwachung mittels CTG zur Welt (IQTIG, 2018). In den USA scheinen die Raten höher zu liegen (66% der Geburten unter kontinuierlicher CTG-Überwachung bei Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Herrlich, 2013). Kritisiert wird, dass die Kardiotokographie zum routinemäßig eingesetzten medizinischen Überwachungstool in der klinischen Geburtshilfe wurde, bevor die Studienlage überhaupt Aussagen über einen möglichen Nutzen oder die Vorteile zugelassen hätte (Bosch, 2015; Lothian, 2019). Weiters produziert das CTG hohe Raten an falsch-positiven Ergebnissen, zeigt also häufig fälschlicherweise kindlichen Distress an, ohne dass dieser tatsächlich vorliegt (Spezifität zwischen 9% und 63%; Bosch, 2015). Ein pathologisches CTG stellt laut Dokumentation (in Deutschland) gleichzeitig einen der Hauptindikationen für Notkaiserschnitte dar (IQTIG, 2018).

Frauen, die fünf Jahre nach der Geburt ihres ersten Kindes zu ihrem Geburtserleben befragt wurden und dieses negativ einschätzten, hatten häufiger CTG-Kontrollen während ihrer Geburt angegeben (Maimburg et al., 2016), bei Westergren et al. (2020) war das Gebären unter Dauer-CTG mit einem negativen Geburtserleben der Frauen assoziiert.

6.4.3.5.7 Weitere Interventionen

Weitere geburtshilfliche Interventionen, die mit einem negativeren Geburtserleben assoziiert sein können, sind das Legen eines Blasenkatheters, die interne Überwachung der kindlichen Herztöne (internal fetal monitoring) bei der Geburt (Westergren et al., 2020), die Einschränkung der Frau in ihrer Bewegungsfreiheit, intravenöse Verabreichung von Flüssigkeit, Druckausübung auf den Fundus (Kristeller-Handgriff), Palpation der Kontraktionen (am Fundus), Einschränkungen bei Flüssigkeits- und/oder Nahrungsaufnahme, verzögertes Abklemmen der Nabelschnur und verzögerter erster Hautkontakt mit dem Kind (Çalik et al., 2018).

Neben den beschriebenen geburtshilflichen Maßnahmen scheinen viele weitere Faktoren das Geburtserleben von Frauen mit zu prägen. Die verschiedenen Einflussfaktoren können (in den meisten Fällen) nicht isoliert voneinander und auch nicht von den geburtshilflichen Interventionen, die zuvor näher behandelt wurden, betrachtet werden, da zahlreiche Wechselwirkungen bestehen, auf die zum Teil in Kürze eingegangen werden wird.

¹³ Die kürzlich veröffentlichte S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ (am 30. Dezember 2020 zur Veröffentlichung freigegeben) empfiehlt entsprechend den Empfehlungen der WHO (2018), bei Niedrig-Risiko-Schwangeren kein Aufnahme-CTG mehr zu schreiben, wenn die Geburt schon begonnen hat (AWMF, 2020b). Ebenfalls soll bei diesen Frauen in der aktiven Eröffnungsphase auf CTG-Aufzeichnungen zugunsten von wiederholter Kontrolle der kindlichen Herztöne via Auskultation verzichtet werden. Dieses Vorgehen wird jedoch von der Österreichischen Fachgesellschaft (OEGGG) abgelehnt und weiterhin eine CTG-Überwachung empfohlen. Eine Dauerüberwachung mittels CTG wird bei etablierter PDA nicht mehr als notwendig angesehen.

6.4.4 Kontrollerleben

Das Kontrollerleben von Frauen während der Geburt ihres Kindes scheint über die Studien hinweg einen recht zuverlässigen Prädiktor für ihr Geburtserleben darzustellen: Je mehr eine Frau das Gefühl der Kontrolle während ihrer Geburt behält, desto positiver ihr Geburtserleben (Chabbert et al., 2020; Fair & Morrison, 2012; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020) und desto eher ist die Geburt von positiven Emotionen und wenig Angst geprägt (Preis et al., 2019). Ein Mangel an Kontrollgefühl ist dagegen mit einem negativen Geburtserleben (Henriksen et al., 2017; Hollander et al., 2017), Angst- und Schuldgefühlen sowie depressiver Stimmung assoziiert (Preis et al., 2019; Stein DeLuca & Lobel, 2014). Das Ausmaß an erlebter Kontrolle trägt also zum Geburtserleben einer Frau bei und wird, in Abhängigkeit der konkreten Fragestellung, entweder als Dimension oder als Prädiktor dieses Erlebens konzipiert.

Werdende Mütter versuchen auf unterschiedliche Art und Weise, die Kontrolle über ihre und bei ihrer Geburt zu behalten. Dieses Kontrollgefühl ist für manche Frauen erreichbar durch die bewusste Entscheidung für eine stark technologisierte und medikalisierte Geburt oder einen Kaiserschnitt, andere wiederum fürchten genau in Hinblick darauf um ihre Kontrolle und Autonomie und suchen nach Alternativen (z.B. ein alternatives Geburtssetting; Coxon et al., 2014).

Das Gefühl der Kontrolle bei Geburt wird von befragten Frauen v.a. bezogen auf den eigenen Umgang mit ihrem Körper (Geburtsschmerzen und physiologische Abläufe) und ihr Verhalten, aber auch ihre aktive Beteiligung am Geburtsprozess und die Möglichkeit, Einfluss auf ihre Umgebung zu nehmen (das Verhalten der Hebamme oder die Atmosphäre im Raum; Karlström et al., 2015). Entsprechend unterscheiden einige Autor*innen zwischen externer und interner Kontrolle (Ford et al., 2009; Hosseini Tabaghdehi et al., 2020; Preis et al., 2019). Eine einheitliche Definition des Konstruktes liegt bisher zwar nicht vor, jedoch eine Konzeptanalyse aus dem Jahr 2013 (Meyer, 2013). Die Autorin gibt vier Facetten an, die das Kontrollerleben einer Frau bei der Geburt kennzeichnen. Kontrolle beziehe sich demnach auf die aktive Beteiligung der Frau an Entscheidungen, die die Geburt betreffen, auf ihren Zugang zu Informationen, auf ein Gefühl der Sicherheit (gefördert durch Vertrauen in und Unterstützung durch Geburtshelfer*innen) und zuletzt auf das Gefühl der Kontrolle über den eigenen Körper, Schmerzen und Emotionen (Meyer, 2013). Auch hier ließen sich die Facetten interne und externe Kontrolle differenzieren, zusätzlich spielt das Sicherheitsgefühl eine Rolle. Die Bedeutung des Sicherheitsgefühls bei der Geburt für das Kontrollerleben der Frau, das durch ein unterstützendes Umfeld hergestellt werden kann, bestätigen Karlström und Kolleg*innen und unterstreichen dabei auch die Bedeutung des Sicherheitsgefühls für ein positives Geburtserleben (Karlström et al., 2015). Für manche Frauen ist das Gefühl der Kontrolle auch damit verbunden, sich sicher genug zu fühlen, die Kontrolle an die Geburtshelfer*in abgeben zu können (Olza et al., 2018).

Zusätzlich zur erlebten Sicherheit steht scheinbar auch die Profession der Geburtshelfer*in mit dem Kontrollerleben der Frau in Zusammenhang. So gaben Frauen, die bei Geburt von Hebammen betreut wurden, ein höheres Ausmaß an Kontrolle und Zufriedenheit mit dem Geburtserleben an als

Frauen, die von medizinischem Personal (Gynäkolog*in, Geburtshelfer*in) betreut wurden (unabhängig davon, ob eine Sectio vorgenommen wurde oder nicht; Fair & Morrison, 2012).

6.4.5 Dauer der Geburt

Derzeit bestehende Uneinigkeiten darüber, welche Kriterien genau den Beginn einer Geburt zum Termin ausmachen und woran der Übergang von einer in eine andere Geburtsphase festgemacht werden sollte, erschweren die Vergleichbarkeit von und begrenzen die Aussagekraft der Studien, die die Geburtsdauer oder Dauer der ersten Phase der Geburt als Faktor in ihre Analysen mit einbeziehen (Hundley et al., 2020). Chabbert und Kolleg*innen (2020) sehen in ihrem Review die Situation bezogen auf die Geburtsdauer und das Geburtserleben von Frauen als nicht eindeutig an, wenn auch der Großteil der berücksichtigten Arbeiten auf ein negativeres Erleben bei langen Geburten hinweist, wie dies zwei weitere aktuelle Studien bestätigen. Dort stellte sowohl eine Länge der aktiven Geburtsphase von über 12 Stunden (Fumagalli et al., 2021) als auch eine sehr lange latente Geburtsphase (>18h; Ängeby, Sandin-Bojö, Persenius, & Wilde-Larsson, 2019) einen Risikofaktor für ein negatives Geburtserleben dar. Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen einer sehr kurzen Geburt und dem Geburtserleben sind widersprüchlich (Chabbert et al., 2020).

In Bezug auf den Zusammenhang der Geburtsdauer und der Anzahl an Interventionen bietet sich natürlich in einer längeren Zeit auch mehr Zeit für Interventionen. Kommen Frauen zu einem sehr frühen Zeitpunkt (in der latenten Geburtsphase bzw. bei einer Muttermundöffnung von weniger als 2, 3, 4 oder 5 cm – je nach Studie) in die Klinik, erfahren sie im Schnitt mehr geburtshilfliche Interventionen und operative Geburten als Frauen, die die Geburtsstation erst bei weiter vorangeschrittener Geburt (in der aktiven Geburtsphase oder bei einer Muttermundöffnung von 4–5 cm oder mehr) aufsuchen (Bailit, Dierker, Blanchard, & Mercer, 2005; Kempe & Vikström-Bolin, 2020; Miller, Armanasco, McCosker, & Thompson, 2020; Rota et al., 2018). Der Großteil der Frauen, die 2019 in Deutschland ein Kind zur Welt gebracht haben, wurde mit einer Muttermundweite von 0–2cm (49.2%) oder 3–5cm (23.5%) in der Klinik aufgenommen (IQTIG, 2020).

6.4.6 Schmerzen

„Der Schmerz ist sicher ein großes Hindernis für ein positives Geburtserleben“ heißt es bei Neumann und Maier (2019, S. 74), „[d]ie Linderung oder auch vollständige Beseitigung des Geburtsschmerzes wird oftmals von Professionellen mit einem positiven Geburtserlebnis assoziiert“ die Sicht vieler Geburtshelfer*innen bestätigend bei Schäfers (2013, S. 36). Bereits das 2002 veröffentlichte Review von Hodnett zu Geburtsschmerz und Geburtserleben deutete jedoch darauf hin, dass nicht von einem direkten und/oder starken Zusammenhang zwischen den beiden Größen ausgegangen werden kann. Dies wird durch den oben erläuterten Umstand gestützt, dass eine Geburt unter schmerzstillender Medikation (PDA) nicht zwangsläufig mit einem positiveren Erleben der Frau assoziiert ist (zum Teil sogar gegenteilig; Maimburg et al., 2016). Denn auch Frauen, die ihre Wehen extrem schmerzhaft erlebt haben, können diese Erfahrung als eine positive und bereichernde ansehen (zumindest im Kontext der

Hausgeburthilfe mit Unterstützung durch eine Hebamme; Thies-Lagergren, Ólafsdóttir, & Sjöblom, 2021). Es zeigt sich auch, dass Frauen, die während der Geburt eine Eins-zu-Eins-Betreuung (z.B. durch eine Hebamme oder Doula) erfahren, weniger schmerzstillende Mittel in Anspruch nehmen (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017; Knappe, Schnepf, Krah, & zu Sayn-Wittgenstein, 2013). In diesem Kontext sei noch darauf hingewiesen, dass beim rückwirkenden Erfassen der Geburtsschmerzen über Befragung der Betroffenen verschiedene (methodische) Schwierigkeiten bestehen (Jones, Whitburn, Davey, & Small, 2015) und eine Unterscheidung zwischen Schmerzen bei interventionsfreien Geburten und solchen mit Eingriffen in den Geburtsverlauf in bisherigen Studien (nach Wissen der Autorin) nicht vorgenommen wurde. Dies stellt jedoch einen nicht unwesentlichen Unterschied dar, da Frauen die Schmerzen nach medikamentöser Verstärkung der Wehen als intensiver, häufiger und schwerer handhabbar beschreiben (artificial pain; Aktaş & Aydın, 2019).

6.4.7 Parität, Erwartungen und Geburtsvorbereitung

Klarer als der Bezug zum Schmerzerleben scheint der Zusammenhang zwischen der Parität einer Frau und ihrem Geburtserleben. Primipara (also Frauen, die ihr erstes Kind auf die Welt bringen bzw. gebracht haben) scheinen ihre Geburt im Schnitt negativer zu erleben als Multipara (Adler et al., 2020; Falk et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Sigurdardottir et al., 2017; Westergren et al. 2020). Die Parität hängt zudem zusammen mit der Geburtsdauer (die erste Geburt dauert im Schnitt länger als weitere Geburten) und der Anzahl an Interventionen (Primipara erleben eine höhere Rate an Interventionen und häufiger schmerzstillende Medikamente; Fumagalli et al., 2021; Westergren et al., 2020). Dies kann beides mit zu einem negativen Erleben der Geburt beitragen. Eine weitere mögliche Erklärung könnten evtl. höhere Erwartungen der Frauen vor ihrer ersten Geburt im Vergleich zu Frauen, die bereits ein Kind auf die Welt gebracht haben, darstellen. Erfüllt eine Geburt die Erwartungen der zuvor Schwangeren, scheint dies mit einem positiveren Erleben zusammenzuhängen (Hildingsson, 2015; Hodnett, 2002; Preis et al. 2019).

Der Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses, bei dem werdende Eltern Informationen über die Schwangerschaft und Geburt erhalten und ggf. auch verschiedene körperliche Übungen durchführen, scheint insgesamt zu einem positiveren Erleben der Geburt beitragen zu können (Maimburg et al., 2016; Taheri et al., 2018). Jedoch finden sich auch gegenteilige Assoziationen, die evtl. mit dem Aufbau einer höheren Erwartungshaltung gut informierter Schwangerer zusammenhängen (Fumagalli et al., 2021). Höhere Erwartungen würden auch leichter enttäuscht, und diese Nicht-Erfüllung der eigenen Erwartungen könne dann (mit) zu einem negativen Geburtserleben führen. Gleichzeitig war der größte Anteil der Frauen, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, in dieser Studie erstgebärend (Fumagalli et al., 2021).

6.4.8 Beleghebamme oder Doula¹⁴

Wie bereits dargelegt wurde, ist eine vertrauensvolle Beziehung und eine gelungene Kommunikation zwischen einer werdenden Mutter und ihren Geburtshelfer*innen zentral für ein positives Erleben der Frau. Manche Hebammen arbeiten als Beleghebammen in Kliniken, in denen sie Geburten begleiten und zusätzlich die Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt betreuen. Werdende Mütter und Geburtshelfer*in haben hierbei vorab die Möglichkeit, eine Beziehung zueinander aufzubauen, Erwartungen und Wünsche zu besprechen und Fragen zu klären. So liegt es nahe, dass Frauen, die von einer vertrauten Hebamme begleitet wurden, höhere Chancen auf ein positives Geburtserleben hatten (OR 4.8, 95% KI [1.35–15.5]). Zudem gaben sie häufiger an, während der Geburt in Entscheidungen mit einbezogen und gut informiert worden zu sein, und erlebten ein (damit einhergehendes) höheres Kontrollgefühl (Hildingsson, Karlström, & Larsson, 2019; Hildingsson, Rubertsson, Karlström, & Haines, 2019). Auch die Begleitung durch eine Doula kann ähnlich positiv wirken (Knape et al., 2013).

6.4.9 Alter und Bildungsgrad

Die Erkenntnisse zu verschiedenen soziodemographischen Größen und dem Geburtserleben scheinen insgesamt nicht ganz eindeutig. Bezüglich des Alters der Frau finden sich Studien, die ein niedrigeres Alter bei der Geburt als protektiven Faktor (Smarandache et al., 2016) ansehen, andere, bei denen Frauen mit höherem Alter ein positiveres Geburtserleben angegeben haben (Mattison et al., 2018). Bezogen auf die Rate an Interventionen, die mit dem Geburtserleben assoziiert scheint, zeigte sich für Österreich zwar, dass Frauen über 35 Jahre häufiger eine operative Geburt erlebten (vaginal-operativ und Sectio), ein kausaler Zusammenhang zum Alter der Frauen jedoch nicht hergestellt werden konnte (Schildberger, Linzer, Hehenberger, Leitner, & Pfeifer, 2019). Entsprechend sind hier keine eindeutigen Aussagen möglich, was auch auf eine mögliche Rolle des Bildungsstatus der Mutter zutrifft (Chabbert et al., 2020).

6.4.10 Risikofaktoren für ein negatives Geburtserleben

Es liegen zahlreiche Studien zu weiteren Faktoren vor, die das Risiko eines negativen Geburtserlebens erhöhen. Dazu zählen etwa psychische Störungen in der Vorgeschichte der Frau (Henriksen et al., 2017; König et al., 2016; Simpson & Catling, 2016), Gewalterfahrungen in der Vergangenheit (Henriksen et al., 2017; Smarandache et al., 2016), Angst vor der Geburt (Fenaroli et al., 2019), eine ungeplante Schwangerschaft (Smarandache et al., 2016) sowie ein schlechter Gesundheitszustand der Mutter (Adler et al., 2020; Falk et al., 2019) oder des Kindes nach der Geburt (Falk et al., 2019). Möglicherweise spielen auch die Bindungsrepräsentationen der Mutter eine Rolle (Reisz, Brennan, Jacobvitz, & George, 2019). Auf weitere Variablen, die in der Forschung ebenfalls Beachtung finden, wird unter Kapitel 11.7 (Limitationen und Ausblick) eingegangen.

¹⁴ „A trained professional who provides continuous physical, emotional and informational support to a mother before, during and shortly after childbirth to help her achieve the healthiest, most satisfying experience possible” (Dona International, 2021). Hinweis: Doulas sind keine medizinischen Fachkräfte, werden privat finanziert und dienen v.a. der emotionalen Unterstützung der Frau.

6.4.11 Nachbesprechung der Geburtserfahrung

Zahlreiche Größen wirken und wechselwirken also während einer Geburt und spielen für das subjektive Erleben der Gebärenden eine Rolle. Aber auch Umstände und Ereignisse, mit denen eine Frau nach der Geburt ihres Kindes konfrontiert ist, können die Beurteilung ihrer Geburtserfahrung beeinflussen. Auf eine konkrete Maßnahme soll hier kurz eingegangen werden, da diese noch im Krankenhaus erfolgen und, falls notwendig, den Ausgangspunkt für eine weitere (psychologische) Anbindung der Frau darstellen kann: die Nachbesprechung der Geburt mit einer*inem Geburtshelfer*in. Aktuell liegen nur wenige Studien zum Thema vor, und die konkrete Konzeptualisierung der Maßnahme fällt zusätzlich sehr verschieden aus (Sheen & Slade, 2015). Auch wenn bisher nicht umfassend geklärt ist, ob eine Nachbesprechung der Geburt zu einer niedrigeren Morbidität (z.B. depressive Symptomatik oder PTBS) auf Seiten der Frauen führen kann (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg, & Bick, 2015), gibt es Hinweise auf positive Auswirkungen zielgerichteter postnataler Nachbesprechungen (Sheen & Slade, 2015) und einen Mehrwert dieser Intervention für die Betroffene. So schätzen sie die Möglichkeit, über das eigene Erleben bei der Geburt sprechen zu können, gehört und ernst genommen zu werden und mögliche offene Fragen zu klären, sehr (Baxter, McCourt, & Jarrett, 2014). Eine Nachbesprechung, die an den individuellen Erwartungen und Bedürfnissen der jeweiligen Frau ausgerichtet ist und geprägt ist von aktivem Zuhören und der Validierung ihrer Erfahrung, kann Frauen darin unterstützen, das Gefühl der Kontrolle (zurück) zu gewinnen und den Blick wieder in die Zukunft zu richten (Singurdadottir, Gamble, Gudmundsdottir, Sveinsdottir, & Gottferdsdottir, 2019). Viele Mütter scheinen sich zu wünschen, kurz nach der Geburt ein Angebot für eine Nachbesprechung ihrer Erfahrung zu bekommen, und die Autorinnen der zitierten Studie sehen den Bedarf, dieses Angebot in die Routineversorgung von jungen Müttern zu integrieren (Singurdadottir et al., 2019). Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit hat dies ebenfalls in seinen Gesundheitszielen rund um Schwangerschaft und Geburt aufgegriffen und fordert die „routinemäßige Durchführung von Feedback-Gesprächen mit Müttern zum Geburtsverlauf“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2018, S. 60), was bisher jedoch noch keine flächendeckende Umsetzung gefunden hat (Piwecki, Klietz, Becker, & Knappe, 2019). Im Jahr 2020 wurde in Deutschland das *Hilfetelefon schwierige Geburt* vom Verein Motherhood e.V. und der International Society for Pre- and Perinatal Psychology and Medicine eingerichtet, das als Anlaufstelle für Frauen dienen soll, die über ihre Geburt sprechen wollen. Ziel ist es u.a., die Anruferin emotional zu stabilisieren, zu klären, ob weitere Beratung oder Therapie sinnvoll erscheinen, und sie gegebenenfalls bei der Anbindung an eine längerfristige Versorgung zu unterstützen (Mother Hood e.V., 2021).

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen die Komplexität der Erforschung des subjektiven Geburtserlebens von Frauen auf. Unzählige Faktoren können als bedeutsam angesehen und verschiedene Definitionen des Konstruktes selber zugrunde gelegt werden. Geburtshilfliche Eingriffe spielen scheinbar eine Rolle, werden jedoch nicht als der zentralste, das Erleben der Frau am nachhaltigsten prägende Faktor angesehen. Hier scheint vielmehr die Betreuungserfahrung der Frau und

die Kommunikation und Interaktion mit den sie begleitenden Geburtshelfer*innen von höchster Wichtigkeit zu sein.

Ein Großteil der Studien, die sich mit geburtshilflichen Interventionen befassen, bezieht jedoch nur eine kleine Auswahl an (meist invasiven) Eingriffen mit ein, berücksichtigt die derzeitige übermäßige Medikalisierung der Geburtshilfe in Krankenhäusern und damit verbundene generell sehr hohe Rate an Eingriffen nicht ausreichend und zeigt in nur wenigen Fällen Wechselwirkungen zwischen der Praxis der aktuellen geburtshilflichen Versorgung (hohe Interventionszahlen und gleichzeitig schlechte Arbeitsbedingungen der Geburtshelfer*innen) und dem Geburtserleben von Frauen auf.

Wie von Svelato, Ragusa und Manfredi (2020) gefordert, sollten Studien zum subjektiven Geburtserleben von Frauen Interventionen in einem umfassenderen Ausmaß berücksichtigen, um zumindest ansatzweise auf die aktuelle Situation der Geburtshilfe zu reagieren. Auch mangelt es an Studien, die nicht explizit auf ein traumatisches Geburtserleben abzielen, sondern auch positive oder neutrale Erfahrungen von Frauen mit einbeziehen (McKelvin et al., in press). Gleichzeitig wäre es aufschlussreich, sich mögliche Wechselwirkungen zwischen einer niedrigen/hohen Anzahl an Interventionen und einer positiven/negativen Interaktionserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen genauer anzusehen und diese beiden (Einfluss-)Größen nicht isoliert voneinander zu betrachten.

II Empirie

7. Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Einfluss der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen auf das Geburtserleben zu untersuchen, und zwar in Relation zur Qualität der Interaktionserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen. Dabei soll zum einen auf einige ausgewählte Dimensionen dieses Erlebens, zum anderen auf ein Globalmaß zur rückwirkenden, umfassenden Beurteilung des Geburtserlebens eingegangen werden.

8. Methodik

8.1 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer querschnittlich angelegten DACH-Online-Fragebogenerhebung, die für einen Zeitraum von knapp drei Monaten (Juli – September 2020) über SoSci-Survey (Leiner, 2019) abgerufen werden konnte. Die Teilnehmerinnen wurden über die Hintergründe der Studie, die Anonymität der erhobenen Daten sowie die Möglichkeit, die Bearbeitung des mehrseitigen Fragebogens jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können, informiert. Eine Zustimmung der Frauen war, neben der Erfüllung einer Reihe von Kriterien, Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie.

Fünf Kriterien dienten als Filtervariable, um eine möglichst homogene Stichprobe zu garantieren (siehe unter 8.3). Im Anschluss wurde mittels Einzelitem eine globale Beurteilung zum eigenen Geburtserleben bei der Geburt des ersten Kindes erfragt, worauf die Salmon's Item List (Stadlmayr et al., 2001) in der deutschsprachigen Version folgte. Die beiden Subskalen Own Capacity und Perceived Safety des Childbirth Experience Questionnaire (CEQ; Dencker et al., 2010) gingen den anschließenden beiden Subskalen (Internal Control und External Control) des Support and Control in Birth Questionnaire (SCIB; Ford et al., 2009) voran. Darauf folgten das Quality of Provider Interactions Inventory (QPI-I, Sorenson, 2000) sowie 24 Items zur Abfrage konkreter Interventionen, die während der Geburt vorgenommen worden waren. Genauer zu den Fragebögen findet sich in Kapitel 8.4. Die Teilnehmerinnen wurden dann dazu befragt, ob ihnen eine Nachbesprechung der Geburt angeboten worden war und/oder ob sie sich eine solche gewünscht hätten, und machten Angaben zu ihrem Alter zum Zeitpunkt der Geburt, zum Alter ihres Kindes (entspricht zeitlichem Abstand zur Geburt), zu ihrer höchsten abgeschlossenen Ausbildung, zum Land, in dem sie ihr Kind geboren haben, zum möglichen Bestehen psychischer Probleme vor der Geburt und Gewalterfahrungen in ihrer Vergangenheit. Des Weiteren wurde nach dem Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses gefragt, ob die Schwangerschaft geplant oder ungeplant (bzw. gewünscht oder ungewünscht) eingetreten war und ob die Frau während der Schwangerschaft und Geburt von einer bekannten Hebamme (Beleghebamme) betreut worden war. Zuletzt konnten die Teilnehmerinnen im Rahmen zweier Fragen mit offenem Antwortformat Ergänzungen und Anmerkungen zur Studie und zu ihrer persönlichen Geburtserfahrung verfassen. Die Bearbeitung der Fragebogenbatterie hatte in Probeläufen etwa 20 Minuten in Anspruch genommen, die

durchschnittliche Bearbeitungszeit in der Stichprobe betrug ca. 15 Minuten, was die Teilnahme relativ zeitaufwändig machte, vor allem für Mütter mit (zumindest) einem Kleinkind.

8.2 Untersuchungsdurchführung

Die mittels SoSci-Survey erstellte Fragebogenbatterie wurde am 6. Juli 2020 zur Bearbeitung freigeschaltet und konnte über die URL www.soscisurvey.de/geburtserleben abgerufen werden. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen erfolgte über Snowball-Sampling, online und auch über Aushänge und das Auslegen von Flyern. Der Link wurde über die Verteiler, Homepages oder Social-Media-Kanäle verschiedener Vereine und Initiativen verbreitet (Mother Hood e.V., Roses Revolution Österreich, Mütterinitiative Südtirol, Onlineforum der Zeitschrift „Eltern“, Internationale Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin ISPPM e.V., profamilia Köln und Duisburg, Netzwerk Elterninitiativen für Geburtskultur) sowie auf der Homepage zweier deutscher Hebammenverbände (Bayerischer Hebammenverband und Hebammenverband Schleswig-Holstein) veröffentlicht. Zusätzlich wurden Aushänge im Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern Nanaya (Wien), in der Elternschule des Berliner DRK Klinikum Westend und im Mama Mia Elternzentrum Bayreuth angebracht (Flyer und Aushang finden sich im Anhang dieser Arbeit).

8.3 Stichprobe/Zielgruppe

Die Befragung richtete sich an Frauen, die ihr erstes Kind vor mindestens sechs, höchstens aber 36 Monaten vaginal und in einem Krankenhaus geboren haben. Der Zeitraum wurde zum einen aufgrund möglicher Verzerrungen bei einer Befragung kurz nach der Geburt gewählt, zum anderen, weil anzunehmen ist, dass Frauen in den ersten Monaten nach der Geburt ihres ersten Kindes über wenig zeitliche Kapazitäten verfügen und daher evtl. schwerer zu erreichen gewesen wären. Zudem liegen vor allem Studienergebnisse zum Geburtserleben vor, die auf einer Befragung der Frauen in den ersten Tagen, Wochen oder Monaten nach der Geburt beruhen, weniger auf Daten, die Monate bis Jahre nach dieser erhoben wurden. Die vaginale Geburt wurde als Auswahlkriterium gewählt, da dies derzeit den häufigsten Geburtsmodus darstellt und dem gewünschten Modus der meisten Frauen entspricht. Bei einem Einschluss von Kaiserschnittgeburten hätte zudem genau differenziert werden müssen (primär, Wunsch, sekundär, Not). Zusätzlich wird der Prädiktor (Interventionen) bei primären und Wunschkaiserschnitten nicht relevant, weswegen diese Gruppen hätten ausgeschlossen werden müssen. Es zeigte sich zudem, dass vorangegangene geburtshilfliche Interventionen bei Frauen mit einem sekundären Kaiserschnitt keinen kumulativen Zusammenhang mit dem Geburtserleben mehr aufwiesen (Chalmers & Dzakpasu, 2015). Weitere Voraussetzungen waren, dass es sich um eine Einlingsschwangerschaft (also keine Zwillinge oder höhergradige Mehrlinge) gehandelt hatte, die „termingerecht“ mit der Geburt des Kindes endete (Schwangerschaftswoche/SSW 37+0 – 40+6), das direkt nach der Geburt *nicht* auf eine Neonatologie verlegt werden musste, was einen schlechten Gesundheitszustand des Neugeborenen anzeigen (Falk et al., 2019) und zudem zu längeren Trennungen zwischen Mutter und Kind direkt nach der Geburt führen würde. Da in der Literatur keine einschlägigen

Daten zu Effektgrößen im konkreten Bereich dieser Studie gefunden wurden, wurde vorab keine Kalkulation der Stichprobengröße durchgeführt. Die angestrebte Teilnehmerinnenzahl wurde mit (zumindest) 100 festgelegt.

8.4 Messinstrumente

8.4.1 Verfahrensübersetzung

Ein Teil der vorgegebenen Fragebögen musste vor der Vorgabe aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt werden. Die betroffenen Instrumente bzw. Subskalen (QPI-I, SCIB und CEQ) wurden vorab einer Hebamme in Ausbildung (Österreich) vorgelegt, um die allgemeine Sinnhaftigkeit des Einsatzes der Verfahren im deutschsprachigen Kontext abzusichern. Im Anschluss wurden die entsprechenden Fragebögen nach den Regeln der Kunst von zwei unabhängigen Übersetzerinnen hin- und rückübersetzt und das jeweilige englischsprachige Original mit der englischen Rückübersetzung verglichen. Für die Klärung und Anpassung etwaiger Abweichungen wurde eine Nachbesprechung der Autorin mit den beiden Übersetzerinnen angesetzt und so die finalen deutschsprachigen Versionen der Fragebögen erarbeitet. Diese wurden zuletzt einer weiteren Hebamme (Deutschland) zur Durchsicht (mit der Bitte um Kommentar) vorgelegt, was an wenigen Stellen noch zu geringfügigen Anpassungen der Formulierungen führte.

8.4.2 Quality of Provider Interactions Inventory (QPI-I)

Zur Erfassung der Qualität der Betreuungserfahrung unter der Geburt wurde eine ins Deutsche übersetzte Version des Quality of Provider Interactions Inventory (QPI-I; Sorenson, 2000) vorgegeben. Dieser Fragebogen erfasst auf einem Kontinuum zwischen *affirmation* und *disaffirmation*, wie die Frau die verbale und nonverbale Kommunikation mit und zwischen den Geburtshelfer*innen erlebt hat sowie ihre Interaktionserfahrung mit diesen. Ein von affirmation gekennzeichnete Austausch führe laut Sorenson (2003) dazu, dass Beziehungsbedürfnissen der Frau begegnet wird, ihr subjektives Erleben ernst genommen und anerkannt und ihr Status als Mensch betont wird (im Gegensatz zu Objekt; Sorenson & Tschetter, 2010). Disaffirmation kennzeichne dagegen eine Art der Interaktion, die Vertrauen untergräbt, Unsicherheiten erzeugt, traumatisierend wirken kann und bei der sich die Frau eher wie ein Objekt als als Subjekt behandelt fühlt (Sorenson & Tschetter, 2010).

Der Fragebogen umfasst 29 Items, und die Addition der Einzelitems zu einem Summenscore ist möglich. Das Antwortformat stellt eine 5-stufige likertähnliche Skala mit einem Wertebereich von 1 bis 5 Punkten dar. Somit ergibt sich ein möglicher Gesamtscore von minimal 29 bis maximal 145 Punkten. Je nachdem, welcher der beiden Pole zentral für die untersuchte Fragestellung ist, kann das Instrument hinsichtlich der Ausprägung an affirmation (diese stellt in der vorliegenden Arbeit das positive Ende der Skala dar) oder bezüglich des Ausmaßes an disaffirmation ausgewertet werden. Die numerischen Werte der Anker der 5-stufigen Skala können zu diesen Zwecken vertauscht werden. In dieser Studie wurden die Anker wie folgt vorgegeben: 1 = *Stimme überhaupt nicht zu*, 2 = *Stimme nicht zu*, 3 = *weder noch*, 4 = *Stimme zu* und 5 = *Stimme voll und ganz zu*. Hohe Werte im Summenscore entsprechen dabei einer

hohen Ausprägung an affirmation und kennzeichnet damit eine hohe Qualität der Interaktions- und Kommunikationserfahrung. Beispielitems des Fragebogens wären „Es gab Momente, in denen ich mich alleine und von meinen Betreuungskräften im Stich gelassen fühlte“ (invertiert) oder „Ich wurde wertschätzend und respektvoll behandelt“. Unter die Geburtshelfer*innen/Pflegepersonal fallen die Hebammen, Krankenpfleger*innen und Ärzt*innen, die für die Versorgung der jeweiligen Frau bei der Geburt ihres Kindes zuständig waren. Zwanzig der insgesamt 29 Items werden bei der Auswertung invertiert.

Die interne Konsistenz des Fragebogens ist mit Werten von $\alpha = .97$ (Sorenson, 2003) und $\alpha = .96$ (Sorenson & Tschetter, 2010) als sehr gut zu bewerten, die Test-Retest-Reliabilität liegt mit $r = .89-.92$ (Sorenson, 2000) ebenfalls in einem zufriedenstellenden Bereich. Das Cronbach Alpha in der aktuellen Stichprobe liegt bei $\alpha = .98$, wobei keine Vergleichswerte für eine deutschsprachige Version des Fragebogens vorliegen. Lediglich die Auslassung eines einzelnen Items (Item 7) würde zu einer vernachlässigbaren Steigerung der internen Konsistenz (von .982 auf .983) führen. Jedoch würde das Weglassen der meisten Einzelitems die interne Konsistenz der Gesamtskala nur unwesentlich reduzieren (α bleibt immer bei mindestens .981). Somit sollte über eine Kürzung des Fragebogens nachgedacht werden, um die Ökonomie und Zumutbarkeit zu erhöhen.

8.4.3 Support and Control in Birth Scale (SCIB)

Die Support and Control in Birth Scale (SCIB; Ford et al., 2009) erfasst das Kontrollerleben von Frauen sowie die erlebte Unterstützung durch die anwesenden Geburtshelfer*innen. Im Unterschied zu manch anderem Maß zum Erheben des Kontrollerlebens (z.B. Stevens, Adams, Wallston, & Hamilton, 2019) konzipiert dieser Fragebogen das Kontrollerleben unter der Geburt nicht unidimensional, sondern unterscheidet zwischen External Control und Internal Control. Die dritte Subskala wird mit *Support* betitelt und erfasst über 12 Items, ob und wie sich eine Frau bei ihrer Geburt durch die Geburtshelfer*innen unterstützt gefühlt hat.

Es scheint naheliegend, dass die Skalen des SCIB miteinander in Zusammenhang stehen, da Frauen, die sich bei der Geburt ihres Kindes gut durch ihre Geburtshelfer*innen unterstützt und begleitet gefühlt haben, ein höheres Ausmaß an Kontrollgefühl berichten (Karlström et al., 2015). Die Interkorrelationen scheinen dabei moderat ausgeprägt (Internal Control und External Control $r = .55$; Internal Control und Support $r = .51$; External Control und Support $r = .69$; Ford et al. 2009).

Als Antwortformat wurde eine 5-stufige likertähnliche Skala gewählt, die Anker hierbei lauten: 5 = *Stimme voll und ganz zu*, 4 = *Stimme eher zu*, 3 = *weder noch*, 2 = *Stimme eher nicht zu*, 1 = *Stimme überhaupt nicht zu*. Im Zuge der Auswertung wurden die Mittelwerte über die Subskalen errechnet (Wertebereich 1–5), hohe Werte stehen für ein hohes Ausmaß an erlebter Kontrolle. Die sieben negativ formulierten Items der Control-Skalen wurden invertiert. Wird der vollständige Fragebogen vorgegeben, kann ein Summenscore über alle Items berechnet werden, der gute interne Konsistenz aufweist ($\alpha = .95$ bei Ford et al., 2009; $\alpha = .81$ bei Liu, Lu, Gau, & Liu, 2020).

Im Rahmen der Online-Studie wurden nur die beiden Subskalen Internal Control und External Control vorgegeben, da eine hohe Assoziation der dritten Subskala (Support) mit dem QPI-I naheliegt (z.T. sehr ähnliche Itemformulierungen), aber eine differenziertere Betrachtung des Kontrollerlebens bei der Geburt (als über ein Einzelitem wie etwa als Bestandteil der SIL-Ger) angestrebt wurde. Zudem wird die Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen (bzw. Kommunikations- und Interaktionserfahrung, die Unterstützung mit einschließt) in der vorliegenden Studie als Prädiktor für verschiedene Dimensionen des Geburtserlebens der Frau konzipiert, weswegen ein Einbezug der Support-Subskala vor dem Hintergrund der untersuchten Fragestellung nicht sinnvoll ist.

Die Skala Internal Control umfasst zehn Items und fragt nach der erlebten Kontrolle über die eigenen Reaktionen auf die erlebten Schmerzen, nach Kontrolle über Emotionen und das eigene Verhalten während der Geburt des Kindes. Die Skala External Control, die sich aus 11 Items zusammensetzt, zielt auf die erlebte Kontrolle über (geburtshilfliche) Maßnahmen, Informationsweitergabe und die Entscheidungsfindungsprozesse bei der Geburt ab. Beispielitems für die ins Deutsche übersetzte Version der Subskala zur internen Kontrolle lauten „Ich war geistig ruhig“ oder „Ich konnte meine Reaktionen auf den Schmerz kontrollieren“, Beispielitems zur Subskala externe Kontrolle wären „Ich hatte Kontrolle darüber, wann Maßnahmen stattfanden“ oder „Ich habe darüber entschieden, ob mir Informationen mitgeteilt wurden oder nicht“. Die Skalenbezeichnungen wurden im Kontext dieser Arbeit als externes bzw. internes Kontrollerleben übersetzt.

Die internen Konsistenzen der beiden berücksichtigten Subskalen scheinen gut, mit einem Cronbach α von .86 (Internal Control) bzw. .93 (External Control; Ford et al., 2009). Eine ins Chinesische übertragene Version des Fragebogens zeigt ebenfalls ausreichend gute Reliabilität, mit $\alpha = .75$ (Internal Control) und .71 (External Control; Lui et al., 2020). Die Test-Retest-Reliabilität (nach zwei Wochen) lag in dieser Studie bei $r = .96$, was als sehr gut angesehen werden kann. Im Zuge der Überprüfung der Kriteriumsvalidität des Fragebogens zeigten sich eine signifikante Korrelation zwischen der Subskala Internal Control und dem Questionnaire Measuring Attitudes about Labor and Delivery (Liu et al., 2020). Die internen Konsistenzen in der vorliegenden Stichprobe liegen bei $\alpha = .95$ (External Control) und $\alpha = .89$ (Internal Control) und damit in einem guten bis sehr guten Bereich. Der Fragebogen wurde in der ersten Validierungsstudie (i.e. gleichzeitig Entwicklungsstudie) von Frauen bearbeitet, deren Geburtserleben bis zu drei Jahre zurücklag, wobei der konkrete zeitliche Abstand zwischen Geburt und Bearbeitung des SCIB keinen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten zu haben scheint (Ford et al., 2009). Dementsprechend schien er für die Vorgabe im Rahmen dieser Masterarbeit gut geeignet.

8.4.4 Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)

Der Childbirth Experience Questionnaire (CEQ; Dencker et al., 2010) konzipiert das subjektive Geburtserleben als vierdimensionales Konstrukt, die vier postulierten Dimensionen sollen im Fragebogen entsprechend über folgende Skalen erfasst werden: Own Capacity, Perceived Safety,

Participation und Professional Support. Der CEQ ist für die Vorgabe an Frauen nach der ersten Geburt eines Kindes entwickelt worden.

In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich die Subskalen Own Capacity und Perceived Safety vorgegeben, da hohe Assoziationen der Subskalen Professional Support und Participation mit der einbezogenen Moderatorvariable (Qualität der Interaktion mit Geburtshelfer*innen) naheliegen. Während der CEQ diese Größe(n) also als Bestandteil des Geburtserlebens konzipiert, werden sie hier als Prädiktor (in Form eines Summenscores, nämlich den des QPI-I) in die theoretischen und statistischen Betrachtungen einbezogen.

Die Subskala Own Capacity umfasst acht Items, die sich auf Emotionen während der Wehen und Geburt, das Kontrollgefühl der Frau, ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit, die Fähigkeit des Copings mit der Situation und das erlebte Ausmaß an Schmerzen beziehen. Der Begriff wurde im Rahmen dieser Arbeit übersetzt mit *eigenes Bewältigungsvermögen*. Die Subskala Perceived Safety erfasst über sechs Items das Sicherheitsgefühl der Frau bei der Geburt ihres Kindes sowie verschiedene Erinnerungen an den Geburtsprozess. Die Skalenbezeichnung wurde hier mit *wahrgenommene Sicherheit* übersetzt, in dieser Arbeit wird der Begriff *Sicherheitsgefühl* äquivalent dazu verwendet.

Drei Items des CEQ werden mittels einer VAS beantwortet (erlebtes Ausmaß an Schmerzen, Kontrollerleben und Gefühl der Sicherheit), wobei die Teilnehmerin einen Wert zwischen 0 und 100 wählen kann (in der vorliegenden Studie lag der Wertebereich aus technischen Gründen bei 1–101). Die resultierenden Werte werden anschließend in eine kategoriale Variable überführt. Werte zwischen 0 (bzw. 1) und 40 (bzw. 41) erhalten den Wert 1, Werte zwischen 41 (bzw. 42) und 60 (bzw. 61) den Wert 2, Werte zwischen 61 (bzw. 62) und 80 (bzw. 81) den Wert 3 und Werte zwischen 81 (bzw. 82) und 100 (bzw. 101) erhalten den Wert 4 (Dencker et al., 2010). Die restlichen Items werden mittels einer 4-stufigen likertähnlichen Skala beantwortet (Anker: 1 = *trifft zu*, 2 = *trifft eher zu*, 3 = *trifft eher nicht zu*, 4 = *trifft gar nicht zu*). Das Item zum Schmerzerleben wird, ebenso wie die positiv formulierten Items, bei der Auswertung in invertierter Form mit einbezogen (hoher Schmerz wird als negativ angesehen, weniger Schmerzen als positiv). Somit stehen hohe Skalenmittelwerte für eine hohe Ausprägung des jeweiligen Faktors.

Die internen Konsistenzen des Fragebogens bzw. der Subskalen scheinen bisher zufriedenstellend, wobei eine aktuelle Studie auf schlechte interne Konsistenzen zweier Subskalen hindeutet: Own Capacity $\alpha = .38$ und Perceived Safety $\alpha = .41$ (Professional Support $\alpha = .92$; Participation $\alpha = .78$; Hildingsson & Rubertsson, 2020). Die Autor*innen sehen die Ursache dafür in der Zusammensetzung der Stichprobe, in der ein hoher Anteil der Frauen eine psychiatrische Diagnose in ihrer Vorgeschichte, eine hohe Ausprägung an Angst- und/oder Depressionssymptomatik und schlechte Erfahrungen im Gesundheitssystem angegeben hatten (Hildingsson & Rubertsson, 2020). Eine Validierung der aktuellen Version des Fragebogens (CEQ 2) ergab für die Subskala Own Capacity wiederum interne Konsistenzen von $\alpha = .76$ und für Perceived Safety $\alpha = .80$ (Walker, Dencker, & Thornton, 2020). Der Fragebogen diskriminiert erfolgreich zwischen verschiedenen Populationen, die

sich hinsichtlich ihres subjektiven Erlebens der Geburt unterscheiden sollten (Geburtsdauer unter/über 12 Stunden, Geburtsmodus vaginal vs. operativ, eingeleitete Geburt vs. keine Einleitung; Dencker et al., 2010). Auch in einer deutschen Studie zeigten Frauen nach einer medikamentösen Geburtseinleitung im Vergleich zu Frauen nach einem natürlichen Einsetzen der Wehen signifikant niedrigere Werte in den Bereichen Perceived Safety und Participation (Schaal et al., 2019). In der vorliegenden Stichprobe ergaben sich Cronbach Alphas von .83 (Own Capacity) und .93 (Perceived Safety).

8.4.5 Salmon's Item List (SIL-Ger)

Die Salmon's Item List (SIL; Salmon & Drew, 1992) konzipiert das Geburtserleben als mehrdimensional und wurde zu Beginn der 1990er Jahre auf Basis von spontanen Äußerungen von kurz nach der Geburt interviewten Frauen abgeleitet. Sie umfasst 20 Items in Form von Adjektiven oder kurzen Statements, die in ihrer negativen und positiven Ausprägung (als Anker) vorgegeben und mit einer 7-stufigen numerischen Skala versehen werden (z.B. 1 = *entspannt*, 7 = *nicht entspannt*; 1 = *ich kam gut klar*, 7 = *ich kam schlecht klar*; Stadlmayer et al., 2001). Die Befragte markiert den numerischen Wert zwischen 1 und 7, der ihrem Erleben während und kurz nach der Geburt am ehesten entspricht. Unterscheidet sich das Erleben zu verschiedenen Zeitpunkten (während und kurz nach der Geburt), ist ein Mittelwert zu bilden und dieser im Fragebogen zu markieren. Die Originalversion der SIL setzt sich aus drei Skalen zusammen: physical discomfort, emotional distress und fulfillment (Stadlmayer et al., 2001). Faktorenanalytische Untersuchungen (PCA) ergaben für den von Stadlmayer und Kolleg*innen (2001) ins Deutsche übersetzten Fragebogen (SIL-Ger) vier Faktoren.

Insgesamt setzt sich die SIL-Ger aus je zwei Dimensionen, die sich auf das intrapartale Erleben der Frau beziehen (emotionale Adaption und Schmerz/Belastungserleben), und zwei Dimensionen, die auf die postpartalen emotionalen Bewertungen der Frau abzielen (Erfülltheit und negatives emotionales Erleben), sowie drei Einzelitems (Angst, Kontrolle, Zeitdauer) zusammen (Stadlmayer, Cignacco, Surbek, & Büchi, 2009). Der Fragebogen besteht also aus sieben Subskalen, wobei der Summenscore über alle Skalen wie folgt berechnet werden kann: die Werte der Items 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18 und 20 werden durch Subtraktion von (der Zahl) 8 invertiert ($8-x$). Im Anschluss wird der Mittelwert über alle Items berechnet, dieser mit 20 multipliziert (die Sinnhaftigkeit dieses Schrittes ist nicht ganz klar) und vom resultierenden Ergebnis die Zahl 20 subtrahiert. Somit ergibt sich ein Wertebereich von 0–120 Punkten, wobei hohe Werte für ein positives Geburtserleben und eine positive Bewertung dessen stehen („good birth experience and evaluation“; Stadlmayer et al., 2006, S. 214). Ein Cutoff, der zwischen Frauen mit positiverem vs. negativerem Geburtserleben unterscheidet, ist mit Werten ≥ 70 (positives Erleben) bzw. < 70 (negatives Erleben) angegeben worden (Stadlmayer et al., 2006; Stadlmayer et al., 2009). Vereinzelt werden die Subskalen und ihre Assoziationen mit anderen interessierenden Konstrukten (z.B. medikamentöse Geburtseinleitung bei Schaal et al., 2019) getrennt untersucht, jedoch finden sich in der Literatur keine Angaben zur Berechnung der Scores der Einzelskalen. In der vorliegenden Arbeit wird daher der Gesamtscore berücksichtigt.

Die Salmon's Item List ist prinzipiell für eine Vorgabe kurz nach der Geburt eines Kindes vorgesehen (innerhalb von 48–96 Stunden). Wie vorab schon beschrieben kann es bei einer so zeitnahen Befragung der Frauen zu ihrem Geburtserleben zu verschiedenen Verzerrungen kommen. Der SIL-Ger wurde in einer Studie des Erstautors der deutschen Übersetzungs- und Validierungsstudie zudem bereits auch nach einem Zeitraum von zwei Jahren vorgeben (Stadlmayr et al., 2006), was dafür spricht, den Fragebogen auch nach längeren Zeiträumen als ursprünglich vorgesehen vorzugeben.

Die interne Konsistenz des Gesamtscores der SIL-Ger wird mit $\alpha = .88$ (Stadlmayr et al., 2007) angegeben und ist daher als gut zu betrachten. In der vorliegenden Studie ergab sich ein sehr hohes Cronbachs Alpha von $\alpha = .96$, was auf redundante Items hindeutet. Es liegen Hinweise darauf vor, dass der Summenscore des Fragebogens mit der Ausprägung an traumatogenen Stressreaktionen und depressiven Verstimmungen in den ersten Wochen nach der Geburt assoziiert ist (Stadlmayr et al., 2007).

8.4.6 Geburtshilfliche Interventionen

Wie bereits erwähnt wurden im Großteil der bisherigen Studien zum Einfluss oder Zusammenhang von geburtshilflichen Interventionen und dem subjektiven Erleben der Frau eine begrenzte Auswahl an (invasiven) Maßnahmen berücksichtigt. Wenige Studien bezogen umfassende Interventionen mit ein, darunter Chalmers und Dzakpasu (2015), die 11 verschiedene Interventionen berücksichtigten, oder Çalik et al. (2018), deren „Katalog“ 20 Interventionen umfasste (siehe Tabelle 2). Ein Instrument, das der Erfassung geburtsmedizinischer und -hilflicher Interventionen dienen soll, stellt der Intrapartum Intervention Score (Clement, Wilson, & Sikorski, 1999) dar, der ebenfalls 20 Eingriffe abfragt (Tabelle 2).

An mancher Stelle wird eine Unterscheidung in geburtshilfliche und geburtsmedizinische Maßnahmen vorgenommen (Rockenschaub, 2005), hier werden beide Formen der Interventionen als *geburtshilfliche Interventionen* zusammengefasst und konzipiert als Eingriffe oder Maßnahmen im Kontext der Geburtshilfe, die entweder häufig routinemäßig vorgenommen wurden oder werden (egal, ob in aktuellen Leitlinien empfohlen oder nicht) oder die einen (z.T. potenziell beeinträchtigenden) Einfluss auf die physiologischen und hormonellen Abläufe bei einer Geburt nehmen können. Es sind dabei explizit nicht nur im klassischen Sinn invasive Interventionen wie PDA, Episiotomie oder Infusionen gemeint, sondern auch solche, die die Gebärende anderweitig betreffen, etwa ihre Bewegungsfreiheit.

In der Erhebung zur vorliegenden Arbeit wurde nicht darauf eingegangen, ob eine tatsächliche medizinische Indikation für die abgefragten Interventionen vorgelegen hat, wobei dies durch den Modus der Erhebung (Selbstbericht der Frauen) auch schwer nachzuvollziehen gewesen wäre. Es wurde ebenfalls nicht abgefragt, ob die Teilnehmerinnen die jeweilige Intervention aktiv eingefordert/gewünscht hatten, was v.a. in Bezug auf eine Schmerzbehandlung denkbar wäre. Beides wurde vor dem Hintergrund der Erläuterungen zum Overuse an Interventionen in der Geburtshilfe so gehandhabt, da davon ausgegangen werden kann, dass nicht bei allen Teilnehmerinnen für jede berich-

Tabelle 2

Erfasste geburtshilfliche Interventionen nach Studie/Instrument im Vergleich

Autor*innen (Jahr)		
Chalmers & Dzaku (2015)	Çalik, Karabulutlu, & Yavuz (2018)	Clement, Wilson, & Sikorski (1999)
CTG-Einsatz	Dauer-CTG	CTG-Einsatz
-	Abhören kindlicher Herztöne (Doppler)	-
Geburtseinleitung	Geburtseinleitung	Einleitung der Geburt mit Prostaglandin
Verstärkung der Wehen (medikamentös o.a.)	-	Einleitung oder Beschleunigung der Wehen (Oxytocin)
Einlauf	Einlauf	Vaginales Zäpfchen o. Einlauf
Rasur Schambereich	Rasur Schambereich	-
-	-	Blasenkatheter
-	Sprengung der Fruchtblase	Sprengung der Fruchtblase
-	Vaginale Examinationen (zweistündlich)	Vaginale Examinationen
-	Verabreichung von Schmerzmedikamenten	Lachgas
-	-	PDA
-	-	Opioidanalgetikum
-	-	Anästhesie
-	-	Transkutane elektrische Nervenstimulation
-	Infusion	Infusion
-	Palpation der Kontraktionen	-
-	-	Internales Fetales Monitoring
-	-	Blutabnahme am Kopf des Fetus
Episiotomie	Episiotomie	Episiotomie
Geburt in Rückenlage	Einschränkung der Bewegungsfreiheit	-
Geburt mit hochgelegten Beinen	-	-
-	Einschränkung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	-
Kristeller-Handgriff	Kristeller-Handgriff	-
-	Forciertes Pressen nach Anleitung	-
-	Manueller Dammschutz	-
Forzeps/Saugglocke	Forzeps/Saugglocke	Forzeps/Saugglocke
Nähen (Wundversorgung)	-	Nähen am Damm, der Labien oder Vagina
-	-	Verabreichung Oxytocin in Nachgeburtsphase
-	Vaginale Spülung mit Chlorhexidin	-
-	Verzögertes Durchtrennen der Nabelschnur	-
-	Verzögerter Hautkontakt zum Kind	-
-	-	Seccio

Anmerkung: - gleichbedeutend mit: Intervention in der Studie nicht erhoben

tete Intervention medizinische Notwendigkeit bestanden hat oder diese Notwendigkeit (und/oder der Wunsch der Frau) zum Teil erst durch eine vorangegangene Intervention hervorgerufen worden ist. Die 24 einbezogenen Interventionen wurden auf Basis der aktuellen Literatur und in Abstimmung mit zwei Hebammen fixiert. Es handelte sich um eine künstliche Geburtseinleitung, künstliche Verstärkung/Beschleunigung der Wehen, künstliches Hemmen/Bremsen der Wehen, Legen eines Venenzugangs direkt nach Ankunft im Kreißsaal, Verabreichung von Infusionen, Blutabnahme(n), Rasur der Schamhaare, Einlauf/Klistier, Legen eines Blasenkatheters, Dauerüberwachung mittels CTG oder häufige CTG-Kontrollen, Einschränkung in der Bewegungsfreiheit, Einschränkung in der freien Wahl der Geburtsposition, Legen einer PDA oder Spinalanästhesie, Verabreichung von Opioiden, vaginale Examinationen häufiger als alle zwei Stunden/unangekündigt/durch verschiedene Personen, Manipulationen am Muttermund, Kristeller-Handgriff, Dammschnitt, Einsatz der Saugglocke, Einsatz der Geburtszange, Nähen des Damms/der Labien/der Vagina, aktives Management der Plazentaperiode und fetale Mikrobiutanalyse. Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, ob die jeweilige Intervention vorgenommen worden war und konnten mit *nein*, *ja* oder *weiß nicht* antworten.

8.4.7 Einzelitem Geburtserleben

Neben den beschriebenen Skalen und Instrumenten wurde den Frauen für die explorative Datenanalyse ein Einzelitem zur Abfrage ihres Geburtserlebens vorgegeben. Das Item lautete in Anlehnung an Henriksen et al. (2017): „Wenn Sie an Ihre Geburtserfahrung bei der Entbindung Ihres ersten Kindes insgesamt denken, wie würden Sie diese beurteilen?“. Als Anker wurden die Optionen *sehr positiv*; *eher positiv*, *aber mit negativen Aspekten*; *zu etwa gleichen Teilen positiv und negativ*; *eher negativ*, *aber mit positiven Aspekten* und *sehr negativ* vorgegeben. In der Kodierung bedeutet 1 eine sehr positive, 5 dagegen eine sehr negative Erfahrung. Es wurde explizit nicht nach der Zufriedenheit der Frauen gefragt.

8.5. Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens (konkret: Internal und External Control, Own Capacity und Perceived Safety) sowie einem Globalmaß zum Geburtserleben zu beleuchten. Weiters ist von Interesse, ob dieser Zusammenhang über die Qualität der Interaktions- und Kommunikationserfahrung mit den Geburtshelfer*innen (erfasst mittel QPI-I) moderiert wird. Es wird vermutet, dass Frauen mit vielen Interventionen und einer positiven Interaktionserfahrung ein positiveres Erleben angeben als Frauen, bei deren Geburt ebenfalls viele Interventionen vorgenommen wurden, die jedoch gleichzeitig eine negative Interaktionserfahrung machen mussten. Vermutet wird also ein langfristiger Puffereffekt der QPI, ähnlich dem von Stadlmayr et al. (2006) oder Ford und Ayers (2011) beschriebenen Effekten einer guten Betreuungs- und Beziehungserfahrung bzw. Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen bei der Geburt. Da dies jedoch

noch nicht im Zusammenhang mit einem Summenscore zu geburtshilflichen Interventionen untersucht wurde, werden die Hypothesenpaare hierzu ungerichtet formuliert.

Die Basis dieser Studie stellt eine rückwirkende Befragung von Frauen zu ihrer ersten Geburt dar.

8.5.1 Fragestellung 1

Geben Frauen, die bei der Geburt ihres ersten Kindes viele Interventionen erfahren haben, ein negativeres Geburtserleben/niedrigere externe o. interne Kontrolle, wahrgenommene(s) eigenes Bewältigungsvermögen und Sicherheit an als Frauen mit wenigen Interventionen?

H₀1a Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben gleich oft oder häufiger ein positives Geburtserleben (erhoben mittels SIL-Ger) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

H₁1a Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben seltener ein positives Geburtserleben (erhoben mittels SIL-Ger) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

H₀1b Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben gleich oft oder häufiger ein hohes Ausmaß an interner Kontrolle (erhoben mittels Internal Control Subskala des SCIB) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

H₁1b Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben seltener ein hohes Ausmaß an interner Kontrolle (erhoben mittels Internal Control Subskala des SCIB) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

Das Hypothesenpaar 1c kann analog zum Hypothesenpaar 1b für die Subskala External Control (SCIB) formuliert werden.

H₀1d Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben gleich oft oder häufiger hohe erlebte eigene Fähigkeiten (erhoben mittels Own Capacity Subskala des CEQ) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

H₁1d Frauen, bei denen viele Interventionen vorgenommen wurden, geben seltener ein hoch erlebtes eigenes Bewältigungsvermögen (erhoben mittels Own Capacity Subskala des CEQ) an als Frauen, bei denen weniger Interventionen vorgenommen wurden.

Das Hypothesenpaar 1e kann analog zum Hypothesenpaar 1d für die Subskala Perceived Safety (CEQ) formuliert werden.

8.5.2 Fragestellung 2

Beeinflusst die Interaktionserfahrung der Frauen mit dem geburtshilflichen Personal den Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen während der Geburt und verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens?

H₀2a Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und dem Geburtserleben (erhoben mittels SIL-Ger) wird nicht durch die Einschätzung der Qualität der Interaktionserfahrung mit den Geburtshelfer*innen moderiert.

H₁2a Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und dem Geburtserleben (erhoben mittels SIL-Ger) wird durch die Einschätzung der Qualität der Interaktionserfahrung mit den Geburtshelfer*innen moderiert.

Die Hypothesenpaare 2b, 2c, 2d und 2e können analog dazu formuliert werden, wobei sich die Moderation auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und den beiden Subskalen Internal und External Control des SCIB sowie den Subskalen Own Capacity und Perceived Safety des CEQ bezieht.

8.6 Angewandte statistische Auswertung

Hier werden die im Zuge der Datenauswertung angewendeten statistischen Verfahren erläutert. Alle Analysen wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistik (Version 26) durchgeführt. Teststatistiken, deren *p*-Wert unter .05 lagen, wurden als signifikant angesehen (Signifikanzniveau $\alpha = .05$). Bei einseitigen Testungen (gerichtete Hypothesen) wurde der *p*-Wert halbiert, um Aussagen bezüglich der Signifikanz der Ergebnisse zu treffen.

Im Rahmen der Deskriptivstatistik wurden Mittelwerte und Standardabweichungen für das Alter der Frauen und der Kinder (entspricht dem zeitlichen Abstand zwischen Geburt und Befragung) berechnet. Der Anteil an Frauen, die nach dem Gesamtscore der Salmon's Item List ein positives/negatives Geburtserleben angegeben hatten, wurde mittels des Cutoff-Wertes von 70 Punkten bestimmt (<70 entspricht negativer Erfahrung). Häufigkeiten wurden zudem für die Kategorien der Kontrollvariablen (Beleghebamme ja/nein, Geburtsvorbereitungskurs ja/nein, Gewalterfahrung ja/nein, psychische Vorbelastung ja/nein, Wunschkind ja/nein), den Geburtsort und den Bildungsgrad der Teilnehmer*innen ausgegeben.

Die Berechnung der Skalenmittelwerte bzw. Summenscores der Outcomevariablen erfolgte nach den Vorgaben der jeweiligen Autor*innen der Instrumente. Für alle Skalen wurde zudem die interne Konsistenz in Form von Cronbachs Alpha berechnet, wobei Werte ab .70 als akzeptabel angesehen werden können (Bortz & Döring, 2006).

Der Gesamtscore zur Bestimmung der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen wurde über das Aufsummieren der *ja*-Antworten ermittelt, denen der Wert 1 zugeordnet wurde. Dies entspricht einer konservativen Schätzung, da im Zuge der inferenzstatistischen Auswertung alle *weiß nicht*-Antworten als *nein* gewertet wurden (Umkodierung *nein* und *weiß nicht* zu 0). Zusätzlich wurde die Häufigkeit jeder einzelnen Intervention ausgegeben.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung wurden, nach Kontrolle der Voraussetzungen für dieses Vorgehen, Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet und auf Signifikanz geprüft. Im Zuge der inferenzstatistischen Überprüfung der Hypothesen H2a–H2e wurde mittels Gruppenvergleichen vorab ein möglicher Einfluss der erhobenen Kontrollvariablen auf die abhängigen Variablen (AV) beleuchtet.

Bei intervallskalierten Variablen wurde eine Gruppierung vorgenommen, die Gruppengrößen von $n > 30$ garantierte. Nach dem zentralen Grenzwerttheorem kann bei Stichprobengrößen ab 30 Personen eine Normalverteilung der Stichprobenmittelwerte angenommen werden (Bortz & Schuster, 2010). Bei Teilstichproben mit $n < 30$ wurde die Normalverteilungsannahme statistisch überprüft (Kolmogorov-Smirnov bzw. Shapiro-Wilk). Die Einteilung erfolgte bezogen auf den Bildungsstand in zwei Gruppen (kein akademischer Abschluss $n = 45$, 41.7%; akademischer Abschluss $n = 63$, 58.3%), bezogen auf das Alter der Frau und des Kindes in je drei Kategorien (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3

Gruppierung der Frauen und Kinder nach Alter ($N = 107$)

	<u>Altersgruppe</u>	<u>n (%)</u>
Frau bei Geburt	19–28	40 (37.4%)
	29–32	33 (30.8%)
	33–38	34 (31.8%)
Kind zum Zeitpunkt der Befragung	6–12	37 (34.6%)
	13–23	34 (31.8%)
	24–36	36 (33.6%)

Anmerkung: Alter der Frau in Jahren, Alter des Kindes in Monaten

Im Rahmen der Gruppenvergleiche kamen Einstichproben-t-Tests und Varianzanalysen (parametrische Testungen) bzw. Mann-Whitney-Tests (U-Test) bzw. Kruskal-Wallis-Tests (H-Test; nicht-parametrische Testungen) zum Einsatz. Bei signifikanten Ergebnissen wurde, wo möglich, die Effektstärke nach Cohen (Cohens d) bestimmt, um das Ausmaß der Gruppenunterschiede abschätzbar zu machen. Dabei gilt ein d ab 0.20 als kleiner, ab 0.50 als mittlerer und ab 0.80 als großer Effekt (Cohen, 1988). Zusätzlich wurden bei Gruppenvergleichen von $k = 3$ Gruppen post-hoc-Tests zur Spezifizierung der Unterschiede durchgeführt.

Kontrollvariablen, die im ersten Schritt signifikant geworden waren, wurden im Zuge der weiteren Analyse in die Berechnung multipler linearer Regressionen mit einbezogen, deren Ergebnisse

zusätzlich mittels Bootstrapping (1000 Ziehungen) abgesichert wurden. Es wurde die hierarchische Regression gewählt, wobei zunächst der Prädiktor (Anzahl an Interventionen), im zweiten Schritt der (mutmaßliche) Moderator (Summenscore QPI-I) und im letzten Schritt die jeweiligen Kontrollvariablen eingeschlossen wurden. So konnte überprüft werden, ob in der vorliegenden Stichprobe die jeweiligen Kontrollvariablen auch nach Einbeziehen der eigentlichen Prädiktoren noch signifikant zur Varianzerklärung beitragen würden. Für den Fall, dass sich dies bestätigte, wurden diese Kontrollvariablen im letzten Schritt, der Berechnung der Moderationsanalyse (via PROCESS Makro für SPSS, Version 3.5; Hayes, 2017), als Kovariate ins Modell mit aufgenommen.

Die Voraussetzungen für die Berechnung einer Regression wurden mittels Streudiagrammen der standardisierten Residuen und optischer Prüfung der Anpassungslinien (LOESS-Verfahren) sowie des Variance Inflation Factors (VIF) zur Identifikation einer möglichen (zu hohen) Multikollinearität überprüft. Der VIF sollte dabei deutlich unter einem Wert von 10 liegen (Field, 2018). Die Überprüfung auf mögliche einflussreiche Ausreißer erfolgte über die Kennwerte Cook-Distanz (Werte > 1 bedeutsam), den Mahalanobis-Abstand (bei Stichproben mit $N > 100$ Werte > 15 relevant) und den zentrierten Hebelwert (Maximum sollte nicht über einem Wert von $3 \times [(k+1)/N]$ liegen; Field, 2018). Es wurde dann je Outcomevariable eine Moderation, mit der Anzahl an Interventionen als UV und dem Summenwert der QPI-I als Moderatorvariable, berechnet. Im Zuge dieser Auswertung wurden die Significant Regions (Johnson-Neyman), bedingte Effekte (± 1 SD um den Mittelwert) und Werte zum grafischen Veranschaulichen der Daten (plotting) ausgegeben. Ersteres ermöglicht bei einer signifikanten Interaktion der Prädiktoren die Überprüfung, ab welchem Wert im Moderator ein Zusammenhang zwischen einer UV und AV signifikant wird, letzteres vereinfacht die Interpretation der Ergebnisse. Das PROCESS-Makro ermöglicht Schätzungen, die auch bei Verletzungen der Homoskedastizität robust sind, sowie die Zentrierung der Variablen des Interaktionsterms und wendet Bootstrapping (5000 Ziehungen) an. Erreicht ein Interaktionsterm statistische Signifikanz, können die Haupteffekte der einbezogenen Prädiktoren nicht mehr sinnvoll interpretiert werden.

Im Zuge der explorativen Analyse wurde mittels t-Test untersucht, ob sich Frauen mit Beleghebamme von solchen ohne hinsichtlich der Anzahl an Interventionen und dem Summenscore im QPI-I unterschieden (weniger Interventionen bei Eins-zu-Eins-Betreuung; Knappe et al., 2013). Mittels ANOVA wurde zudem geprüft, ob sich Frauen der verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich der Anzahl an Interventionen unterschieden, da ein „hohes“ Alter (i.e. 35+ Jahre) in der Geburtshilfe als Risikofaktor gilt.

Bezogen auf das Einzelitem, mit dem das Geburtserleben zu Beginn des Fragebogens abgefragt worden war, wurde der jeweilige Anteil an Frauen bestimmt, die ihre Erfahrung (eher) positiv, gemischt oder (eher) negativ einschätzen. Auch wurden Korrelationen (Spearman-Rho) zwischen den Werten des Einzelitems und den weiteren in der Studie einbezogenen Skalen zum Geburtserleben sowie der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung berechnet. Ein Einzelitem kann die vielen Facetten des Geburtserlebens nicht differenziert abbilden, dennoch könnte eine explorative Betrachtung

möglicher Assoziationen zwischen den spezifischen Skalen zum Geburtserleben und dem Globalitem von Interesse sein. Das Item stellte dabei keine Frage zur Zufriedenheit mit dem Geburtserleben dar, sondern erlaubte der Teilnehmerin zumindest die Differenzierung, ob und inwieweit ihr Erleben von eher positiven oder eher negativen Aspekten geprägt wurde. Besonders der Vergleich der Werte des Globalitems und der Werte der Salmon's Item List, deren Summenscore verschiedene Dimensionen des Geburtserlebens zusammenfassen soll, scheint hier interessant.

9. Ergebnisdarstellung

9.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 264 Personen den Fragebogen gesichtet und (zum Teil) bearbeitet. Nach Ausschluss aller Datensätze, die aufgrund zu vieler fehlender Werte nicht mit in die Auswertung mit einbezogen werden konnten, ergab sich eine Gesamtstichprobe von $N = 120$ Frauen. Der Altersdurchschnitt zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes lag bei 30.04 Jahren ($SD = 4.25$), die Altersspanne zwischen 19 und 38 Jahren. Die Geburt, auf die sich die Befragung bezog, lag im Mittel 18.35 Monate zurück ($SD = 8.92$), der vorgegebene Zeitraum von mindestens sechs bis maximal 36 Monaten wurde dabei ausgeschöpft. Die Teilnehmerinnen ($N = 108$) hatten ihr Kind in Deutschland (48.1%, $n = 52$) oder Österreich (40.7%, $n = 44$) zur Welt gebracht. Keine Frau wählte die Antwortmöglichkeit Schweiz aus, jedoch wählten 12 Frauen (11.1%) die Option *andere*. Das konkrete Land wurde dabei nicht erfasst, es kann jedoch vermutet werden, dass es sich um Frauen aus Südtirol handelt, da die Befragung von der Mütterinitiative dort beworben wurde und der Großteil der Bevölkerung dort deutschsprachig ist.

Die Mehrheit der Frauen (57.5%, $n = 61$) gab an, einen akademischen Abschluss zu besitzen ($N = 106$). Ebenso hatten die meisten einen Geburtsvorbereitungskurs ($N = 108$) besucht (85.2%, $n = 92$). Neununddreißig Frauen gaben an, vor, bei und nach der Geburt von einer Beleghebamme ($N = 108$) betreut worden zu sein (36.1%). Lediglich zwei Frauen (1.9%) gaben an, dass es sich bei ihrer ersten Schwangerschaft um ein nicht-gewünschtes Kind handelte ($N = 108$). Bezogen auf die psychische Gesundheit gaben 22 Frauen (20.4%) an, sich bereits einmal in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befunden zu haben ($N = 108$). Ebenfalls 22 Frauen hatten in der Vergangenheit psychische, physische, emotionale oder sexualisierte Gewalt erfahren ($N = 108$).

9.2 Gesamteinschätzung Geburtserleben

Der Mittelwert der Salmon's Item List zur umfassenden Beurteilung des Geburtserlebens lag bei 67.48 Punkten ($SD = 32.25$, $N = 119$) und damit unter dem von Stadlmayr et al. (2006) angegebenen Cutoff-Wert von 70 Punkten. Im Schnitt erlebten die Teilnehmerinnen der aktuellen Studie ihre Geburt demnach eher leicht negativ als positiv. Der höchste Score lag bei 113, der niedrigste bei lediglich 3 von 120 möglichen Punkten. Konkret erlebten 45.4% ($n = 54$) der Frauen ihre Geburt (eher) negativ, erreichten also einen Wert kleiner als 70 Punkte.

Zieht man das im Fragebogen inkludierte Einzelitem heran ($N = 120$), liegt der Anteil an Frauen mit einem (eher) negativen Geburtserleben mit 36.6% ($n = 44$) etwas niedriger (eher negativ: $n = 19$, 15.8%; sehr negativ: $n = 25$, 20.8%). Ein sehr positives Geburtserleben gaben dagegen 31 Frauen (25.8%), ein eher positives Erleben 35 der Teilnehmerinnen (29.3%) an. Die übrigen zehn Frauen (8.3%) sahen keine eindeutige positive oder negative Tendenz und wählten die Option *zu gleichen Teilen positiv wie negativ*.

9.3 Kontrollerleben (SCIB)

Bezogen auf die beiden Skalen Internal Control und External Control können keine Aussagen dazu getroffen werden, welcher Anteil an Frauen ein hohes im Vergleich zu einem niedrigen Kontrollerleben angegeben hatten, da, im Gegensatz zur SIL-Ger, keine Cutoff-Werte vorliegen, um eine solche Differenzierung vorzunehmen. Der Wertebereich der beiden Subskalen zur Externen und Internen Kontrolle liegt zwischen 1 und 5 und wurde ausgeschöpft. Der Mittelwert der Skala External Control ($N = 120$) lag in der aktuellen Stichprobe bei $M = 2.99$ ($SD = 1.18$), der Mittelwert der Skala Internal Control ($N = 120$) minimal höher bei 3.06 ($SD = 0.97$).

9.4 Bewältigungsvermögen und wahrgenommene Sicherheit (CEQ)

Für die Subskalen des CEQ liegen ebenfalls keine Cutoff-Werte vor, die Frauen mit hoher und Frauen mit niedriger Ausprägung in der jeweiligen Dimension abgrenzbar machen würden. Für die beiden inkludierten Subskalen kann je ein Wertebereich zwischen 1 und 4 erreicht werden, der im Fall der Skala Perceived Safety ($N = 120$) ausgeschöpft wurde. Der Maximalscore in der Skala Own Capacity ($N = 120$) lag bei 3.88 Punkten und damit leicht unterhalb der Obergrenze. Der Mittelwert dieser Skala lag bei $M = 2.33$ ($SD = 0.72$), der Mittelwert der Skala Perceived Safety leicht höher bei $M = 2.68$ ($SD = 1.03$).

9.5 Interventionen

Hundertundneunzehn Frauen machten Angaben zu den abgefragten geburtshilflichen Interventionen. Im Schnitt wurden, nach konservativer Schätzung, bei jeder Frau rund acht Interventionen vorgenommen ($M = 8.32$, $SD = 4.59$). Keine Frau bestätigte alle 24 Interventionen, die Angaben lagen zwischen keiner und maximal 21 Interventionen. Am häufigsten berichteten Frauen davon, bei Ankunft im Kreißsaal oder in der Klinik einen Venenzugang gelegt bekommen zu haben (68.9%), unter häufigen CTG-Kontrollen oder Dauer-CTG geboren zu haben (85.7%) und am Damm, den Labien oder der Vagina genäht worden zu sein (82.4%). Am seltensten wurde das Kind mittels Geburtszange geboren (2.5%), die Schamhaare der Frau rasiert (4.2%) oder eine Fetale Mikrobiutanalyse vorgenommen (13.4%). Ein Überblick über die absoluten und relativen Häufigkeiten aller erfassten Eingriffe finden sich in Tabelle 4. Lediglich bei vier der 24 abgefragten Interventionen hatte keine Frau die Option *weiß nicht* gewählt. Der höchste Anteil an *weiß nicht*-Antworten zeigte sich bei den Items Manipulationen

am Muttermund ($n = 17$), Fetale Mikroblutanalyse ($n = 17$), Verabreichung von Opioiden ($n = 16$) und aktives Management der Plazentaperiode ($n = 12$).

Tabelle 4

Absolute und relative Häufigkeiten der Interventionen unter der Geburt (N=119)

Intervention	nein	ja	weiß nicht
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Einleitung der Geburt	74 (62.2%)	43 (36.1%)	2 (1.7%)
Künstliche Beschleunigung der Wehen (Oxytocin)	65 (54.6%)	52 (43.7%)	2 (1.7%)
Künstliches Hemmen der Wehen	89 (74.8%)	23 (19.3%)	7 (5.9%)
Künstliche Öffnung der Fruchtblase	75 (63.0%)	38 (31.9%)	6 (5.0%)
Venenzugang nach Ankunft in Klinik/Kreißsaal	33 (27.7%)	82 (68.9%)	4 (3.4%)
Infusion (Flüssigkeit u./o. Schmerzmittel)	51 (42.9%)	66 (55.5%)	2 (1.7%)
Blutabnahme(n)	57 (47.9%)	49 (41.2%)	13 (10.9%)
Rasur der Schamhaare	111 (93.3%)	5 (4.2%)	3 (2.5%)
Einlauf/Klistier	97 (81.5%)	21 (17.6%)	1 (0.8%)
Blasenkatheter	80 (67.2%)	39 (32.8%)	-
Dauer-CTG o. häufige CTG-Kontrollen	15 (12.6%)	102 (85.7%)	2 (1.7%)
Einschränkung der Bewegungsfreiheit	73 (61.3%)	42 (35.3%)	4 (3.4%)
Einschränkung der Wahl der Geburtsposition	65 (54.6%)	51 (41.9%)	3 (2.5%)
PDA oder Spinalanästhesie	80 (67.2%)	39 (32.8%)	-
Opioide	84 (70.6%)	19 (16.0%)	16 (13.4%)
Vaginale Examinationen (öfter als 2-stündlich, durch verschiedene Personen o. unangekündigt)	85 (71.4%)	32 (26.9%)	2 (1.7%)
Manipulationen am Muttermund	75 (63.0%)	27 (22.7%)	17 (14.3%)
Kristeller-Handgriff	72 (60.5%)	42 (35.5%)	5 (4.2%)
Dammschnitt	91 (76.5%)	26 (21.8%)	2 (1.7%)
Saugglocke	86 (72.3%)	33 (27.7%)	-
Geburtszange	114 (95.8%)	3 (2.5%)	2 (1.7%)
Nähen des Dammes, der Labien o. Vagina	21 (17.6%)	98 (82.4%)	-
Aktives Management der Plazentaperiode	65 (54.6%)	42 (35.3%)	12 (10.1%)
Fetale Mikroblutanalyse	86 (72.3%)	16 (13.4%)	17 (14.3%)

Anmerkung: Im Zuge der Auswertung wurden die *weiß nicht*- und *nein*-Antworten zusammengefasst zu *nein* (numerischer Wert 0)

9.6 Qualität der Interaktionserfahrung (QPI)

Der Fragebogen zur Qualität der Interaktionserfahrung, der sich auf die Erfahrungen der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen bezieht, wurde von 119 Teilnehmerinnen bearbeitet. Es ergab sich ein Mittelwert von 108.99 Punkten ($SD = 34.83$), wobei der niedrigste Score bei 36, der höchste bei 145 Punkten lag, was gleichzeitig dem maximal erreichbaren Wert dieser Skala (Wertebereich 29–145) entspricht. Hohe Werte im QPI-I kennzeichnen ein hohes Ausmaß an affirmation und stehen für eine positive Kommunikations- und Interaktionserfahrung während der Geburt, ein Cutoff-Wert liegt jedoch nicht vor. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Items zeigten sich die niedrigsten Werte für Item 1 ($M = 2.91$, $SD = 1.48$) und Item 3 ($M = 3.11$, $SD = 1.55$), die sich auf die Erwartungen der Frau bezüglich der Geburt beziehen, und für Item 5 ($M = 3.43$, $SD = 1.61$), das abfragt, ob sich Frauen während der Geburt von ihren Geburtshelfer*innen alleine gelassen gefühlt hatten. Hohe Werte lagen vor allem in den Items 10 ($M = 4.21$, $SD = 1.33$), 17 ($M = 4.22$, $SD = 1.40$) und 27 ($M = 4.18$, $SD = 1.27$) vor, was andeutet, dass Frauen im Schnitt selten das Gefühl hatten, dass sich über sie lustig gemacht wurde, dass die Geburtshelfer*innen Drohungen vorbrachten oder dass sich diese inkonsistent zu ihren Aussagen verhielten.

9.7 Kontrollvariablen

Um vorab mögliche Zusammenhänge zwischen den Outcomevariablen (AV) mit einer Reihe von Kontrollvariablen (KV) abzuklären, wurden Gruppenvergleiche (mit der jeweiligen KV als Gruppierungsvariable) vorgenommen. Nach einem signifikanten Ergebnis wurde zusätzlich in einer multiplen linearen Regressionsanalyse überprüft, ob die Variable auch nach Einbezug der eigentlichen Prädiktoren signifikant zur Varianzerklärung beitragen konnte. Stellenweise waren die Teilstichproben in Hinblick auf die Gruppengrößen (n) sehr verschieden, weswegen die Aussagekraft der Ergebnisse zumindest in Frage gestellt werden muss. Bezüglich der Kontrollvariable Wunschkind wurde keine Analyse vorgenommen, da die Gruppengrößen extrem auseinanderlagen ($n_1 = 2$, $n_2 = 106$) und ein Gruppenvergleich hier nicht sinnvoll wäre.

Bezogen auf die Outcomevariable des SIL-Ger-Scores ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen mit ($M = 50.82$, $SD = 34.74$, $n = 22$) und Frauen ohne ($M = 73.38$, $SD = 29.85$, $n = 86$) Gewalterfahrung, $t(106) = 3.059$, $p = .003$ (Cohens $d = 0.73$; mittlerer Effekt) sowie Frauen ohne ($M = 59.40$, $SD = 33.67$, $n = 45$) und mit ($M = 75.49$, $SD = 29.30$, $n = 63$) akademischem Bildungsabschluss, $t(106) = -2.642$, $p = .009$ (Cohens $d = -0.52$; mittlerer Effekt). Zusätzlich zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($z = -2.798$, $p = .016^{15}$) zwischen der Gruppe der jüngsten Mütter (19–28 Jahre, $n = 40$, $M = 58.72$, $SD = 34.95$) und der mittleren Altersgruppe (29–32 Jahre, $n = 33$, $M = 81.79$, $SD = 23.83$) mit mittlerer Effektstärke ($r = .33$).

In der Skala Own Capacity des CEQ zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Müttern, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten ($M = 2.41$, $SD = 0.71$, $n = 92$), und solchen ohne

¹⁵ Nach Bonferroni-Korrektur

diese Vorbereitung ($M = 1.99$, $SD = 0.73$, $n = 16$), $t(106) = -2.162$, $p = .033$ (Cohens $d = 0.59$; mittlerer Effekt) und in Abhängigkeit vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Befragung. Dieser Unterschied wurde jedoch bei post-hoc-Vergleichen (Gabriel) nicht mehr signifikant.

Für das Sicherheitsgefühl der Frau bei der Geburt (Skala Perceived Safety des CEQ) spielten der Bildungsabschluss (nicht akademisch: $M = 2.43$, $SD = 1.05$, $n = 45$; akademisch: $M = 2.98$, $SD = 0.94$, $n = 63$; $t(106) = -2.854$, $p = .005$; Cohens $d = -0.56$; mittlerer Effekt) und das Alter der Frau bei der Geburt eine Rolle. Wieder unterschieden sich die jüngste ($M = 2.42$, $SD = 1.09$) von der mittleren Altersgruppe ($M = 3.11$, $SD = 0.88$; $z = -2.545$, $p = .033$) und die Gruppe der 29- bis 32-jährigen Frauen gab die höchsten Werte in der Perceived-Safety-Skala an. Die Größe des Effektes kann als an der Schwelle zwischen einem kleinen und einem mittleren Effekt angesehen werden ($r = .30$).

Auch bezogen auf die externe Kontrolle spielten der Bildungsgrad (nicht akademisch: $M = 2.75$, $SD = 1.25$, $n = 45$; akademisch: $M = 3.31$, $SD = 1.07$, $n = 63$; $t(106) = -2.540$, $p = .013$; Cohens $d = -0.50$; mittlerer Effekt) und das Alter der Frau eine Rolle. Die älteste der drei Gruppen ($M = 3.34$, $SD = 1.14$) unterschied sich knapp signifikant von der jüngsten Gruppe ($M = 2.69$, $SD = 1.3$; $z = -2.409$, $p = .048$) und gab im Schnitt das höchste externe Kontrollerleben an. Der Effekt ist als eben noch klein einzustufen ($r = .28$).

Zuletzt zeigten sich signifikante Unterschiede im Ausmaß der internen Kontrolle zwischen Frauen mit ($M = 3.20$, $SD = 0.93$, $n = 92$) versus ohne einen Geburtsvorbereitungskurs ($M = 2.63$, $SD = 1.18$, $n = 16$), $t(106) = -2.176$, $p = .032$ (Cohens $d = 0.59$; mittlerer Effekt) sowie in Abhängigkeit des Bildungsniveaus der Befragten (nicht akademisch: $M = 2.89$, $SD = 0.94$, $n = 45$; akademisch: $M = 3.27$, $SD = 0.99$, $n = 63$; $t(106) = -2.030$, $p = .045$; Cohens $d = -0.40$; kleiner Effekt).

In den anschließenden hierarchischen Regressionsanalysen wurde, nach Kontrolle über die nach Bootstrapping ausgegebenen 95%-Konfidenzintervalle, lediglich für die Skala External Control eine der Kontrollvariablen, nämlich das Alter der Frau zum Zeitpunkt der Geburt, signifikant (Tabelle 5). Hinsichtlich des Bildungsgrades ergab sich ein uneindeutiges Ergebnis, da das Bootstrapping zwar einen knapp nicht-signifikanten p -Wert ($p = .053$), gleichzeitig jedoch ein Konfidenzintervall ergab, das den Wert Null nicht enthält (95% KI $[-0.478, -0.011]$), was an sich für einen signifikanten Anteil der Kategorie Bildung an der Varianzerklärung in der Skala External Control spricht. Hier wird der p -Wert als Kriterium für Signifikanz herangezogen und daher das Ergebnis als knapp nicht signifikant interpretiert.

9.8 Nachbesprechung

Insgesamt hätten sich 78 Frauen eine Nachbesprechung ihrer Geburt gewünscht, 12 haben diese auch angeboten bekommen, neun weitere Frauen haben aktiv darum gebeten, und sechs dieser Teilnehmerinnen konnten ihre Geburt daraufhin nachbesprechen. Vierzig Frauen haben sich dagegen keine Nachbesprechung gewünscht, acht von ihnen hatten jedoch ein solches Angebot bekommen. Das

Tabelle 5

Ergebnisse des Regressionsmodells für die Skala External Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) sowie Alter und Bildungsgrad der Frau

Prädiktor	b^a [95% KI]	SE ^a	t	p^a
(Konstante)	-0.502 [-1.438, 0.411]	0.463	-1.095	.286
Anzahl Interventionen	-0.034 [-0.062, -0.008]	0.014	-2.258	.015
Interaktionserfahrung	0.027 [0.023, 0.031]	0.002	13.510	.001
Alter der Frau	0.040 [0.011, 0.070]	0.015	2.750	.011
Bildung	-0.240 [-0.478, -0.011]	0.117	-1.904	.053

^a Konfidenzintervalle, Standardfehler und p -Werte per BCa-Bootstrapping mit 1000 BCa-Stichproben

bedeutet, dass von den 118 Frauen, die die Frage zum Thema Nachbesprechung der Geburt beantwortet haben, lediglich 20 (ca. 17%) eine solche angeboten bekommen hatten, wobei sich die Mehrheit ($n = 78$, ca. 61%) eine Nachbesprechung gewünscht hätte.

10. Hypothesenprüfung

10.1 Fragstellung 1 (Zusammenhangshypothesen H1a–H1e)

Geben Frauen, die bei der Geburt ihres ersten Kindes viele Interventionen erfahren haben, ein negativeres Geburtserleben, niedrigere externe oder interne Kontrolle, wahrgenommenes Bewältigungsvermögen und Sicherheitsgefühl an als Frauen nach wenigen Interventionen?

Vermutet wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang, der sich für alle Skalen mit großer Effektstärke ($|r| > .50$) ergab (Tabelle 6). Für die Hypothesen H1a–H1e können daher die Nullhypothesen verworfen werden. Da es sich um rein korrelative Zusammenhänge handelt, kann nicht auf Kausalität geschlossen werden.

10.2 Fragestellung 2 (Moderationsmodelle H2a–H2e)

10.2.1 QPI, Interventionen und SIL-Ger

Geprüft wurde, ob die Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) den Zusammenhang zwischen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und dem Geburtserleben der Frauen, erhoben über den Summenscore der Salmon's Item List (SIL-Ger), moderiert. Insgesamt bearbeiteten $N = 119$ Frauen den Fragebogen SIL-Ger vollständig. Der Mittelwert liegt bei $M = 67.48$ ($SD = 32.25$).

Tabelle 6

Pearson-Korrelationen zwischen der Summe an Interventionen und den Skalen zum Geburtserleben

Skala Geburtserleben (N)	Summe an Interventionen
Salmon's Item List (119)	-.658*
External Control (120)	-.647*
Internal Control (120)	-.561*
Own Capacity (120)	-.553*
Perceived Safety (120)	-.699*

* $p < .001$ bei einseitiger Testung

Das getestete Modell erreichte Signifikanz, $F(3, 113) = 103.560$, $p < .001$, $R^2 = .67$. Die Moderationsanalyse ($N = 117$) ergab dabei einen signifikanten Effekt der Interventionsanzahl, $b = -1.47$, 95% KI $[-2.44, -0.50]$, $t(113) = -3.000$, $p = .003$, und der QPI, $b = 0.63$, 95% KI $[0.51, 0.76]$, $t(113) = 9.910$, $p < .001$ auf das Geburtserleben, jedoch erreichte die Interaktion der beiden Größen keine Signifikanz ($p = .366$). Somit wird die Alternativhypothese nicht angenommen und die H_0 beibehalten. Die QPI stellt hier also keine moderierende Größe dar.

10.2.2 QPI, Interventionen und Internal Control

Die zweite Hypothese bezog sich darauf, ob die Qualität der Interaktionserfahrung den Zusammenhang zwischen der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und der Dimension der internen Kontrolle bei der Geburt, erhoben mittels der Subskala Internal Control des SCIB, moderiert. Alle 120 Frauen bearbeiteten diese Skala, wobei sich ein Mittelwert von 3.06 Punkten ($SD = 0.97$) ergab. Das Gesamtmodell ($N = 118$) wurde signifikant, $F(3, 114) = 28.767$, $p < .001$, $R^2 = .35$, ebenso der Interaktionsterm (Tabelle 7).

Tabelle 7

Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Internal Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm

	b^a [95% KI]	SE	$t(df)$	p
Konstante	2.9368 [2.7550, 3.1187]	0.0918	31.989 (114)	<.001
Anzahl Interventionen (zentriert)	-0.0997 [-0.1336, -0.0658]	0.0171	-5.833 (114)	<.001
QPI Summenscore (zentriert)	0.0066 [0.0010, 0.0123]	0.0029	2.319 (114)	.022
Anzahl Interventionen x QPI	-0.0012 [-0.0020, -0.0004]	0.0004	-2.823 (114)	.006

^a Unstandardisierter Regressionskoeffizient; $R^2 = .35$

Die bedingten Effekte zeigten eine signifikante Interaktion der Anzahl an Interventionen und dem internen Kontrollerleben sowohl bei unterdurchschnittlicher als auch bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher QPI. Lag die Qualität der Interaktionserfahrung eine Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes, bestand also ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Internal Control, $b = -0.0579$, 95% KI $[-1.1050, -0.0108]$, $t(114) = -2.433$, $p = .017$. Bei durchschnittlich ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung bestand weiterhin ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Internal Control, $b = -0.0997$, 95% KI $[-0.1336, -0.0658]$, $t(114) = -5.833$, $p < .001$. Ebenso blieb bei hoch ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Internal Control bestehen, $b = -0.1415$, 95% KI $[-0.1838, -0.0992]$, $t(114) = -6.624$, $p < .001$.

Bei genauer Betrachtung der Significant Regions zeigte sich, dass die Anzahl an Interventionen und das interne Kontrollerleben ab einem QPI-Summenscore von ca. 68 Punkten in signifikantem Zusammenhang miteinander standen ($b = -0.0508$, $t(114) = -1.981$, $p = .050$), bei noch niedrigeren Werten der QPI jedoch nicht mehr. Mit steigenden Werten im QPI-I wurde dieser Zusammenhang größer, mit dem höchsten Wert bei einem QPI-Score von 145 Punkten ($b = -0.1426$, $t(114) = -6.602$, $p < .001$). Bei der Zunahme der Anzahl an Interventionen um einen Eingriff verringerte sich der Internal Control Score dann um 0.1426 Punkte. Eine grafische Veranschaulichung der Ergebnisse findet sich in Abbildung 2.

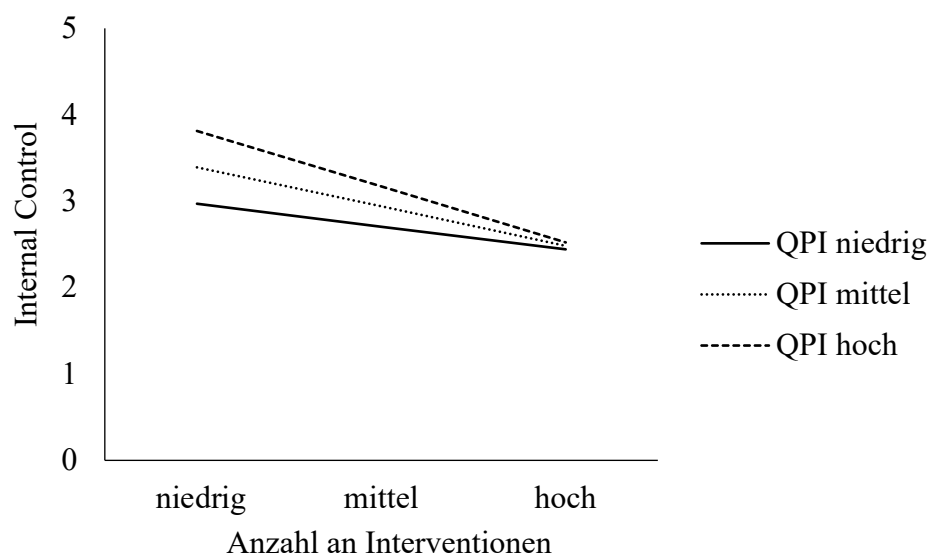


Abbildung 2. Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala *Internal Control*

10.2.3 QPI, Interventionen und External Control

Da in der vorangegangenen Regressionsanalyse das Alter der Frau bei der Geburt ihres Kindes signifikant zur Varianzaufklärung beigetragen hat, wurde diese Größe (stetige Variable) als Kovariate mit in die Berechnungen einbezogen, und das getestete Modell ($N = 106$) erreichte mit $F(4, 101) = 213.9239$, $p < .001$, $R^2 = .82$ Signifikanz. Für die Anzahl der Interventionen ergab sich ein signifikanter Effekt ($p = .019$), ebenso für die Qualität der Interaktionserfahrung ($p < .001$), den Interaktionsterm ($p = .004$) und das Alter der Frau ($p = .049$; siehe Tabelle 8), wobei letzteres nur knapp Signifikanz erreichte.

Tabelle 8

Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala External Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI), Interaktionsterm und Alter der Mutter bei der Geburt

	b ^a [95% KI]	SE	t(df)	p
Konstante	2.7443 [2.4906, 2.9980]	0.1279	21.457 (101)	<.001
Anzahl Interventionen (zentriert)	-0.0339 [-0.0622, -0.0057]	0.0142	-2.386 (101)	.019
QPI Summenscore (zentriert)	0.0293 [0.0255, 0.0331]	0.0019	15.251 (101)	<.001
Anzahl Interventionen x QPI	-0.0009 [-.0015, .0003]	0.0003	-2.960 (101)	.004
Alter Mutter bei Geburt	0.1209 [0.0006, 0.2413]	0.0670	1.993 (101)	.049

^a Unstandardisierter Regressionskoeffizient; $R^2 = .82$

Wie in Abbildung 3 dargestellt, bestand bei einer niedrigen Qualität der Interaktionserfahrung (1 *SD* unter Mittelwert im Moderator), den bedingten Effekten nach zu schließen, ein nicht-signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala External Control, $b = -0.0035$, 95% KI [-0.0319, 0.0249], $t(101) = -0.245$, $p = .807$. Bei extrem niedrigen QPI-Werten wurde dieser Zusammenhang positiv, blieb aber nicht signifikant (ab einem QPI-Score von 67 Punkten und weniger wird der Zusammenhang positiv mit $b = 0.0030$, 95% KI [-0.0273, 0.0333], $t(101) = 0.196$, $p = .845$). War die Qualität der Interaktionserfahrung durchschnittlich ausgeprägt, bestand ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala External Control, $b = -0.0339$, 95% KI [-0.0622, -0.0057], $t(101) = -2.386$, $p = .019$. Dieser blieb auch bei hoch ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung beobachtbar, $b = -0.0632$, 95% KI [-0.1028, -0.0236], $t(101) = -3.164$, $p = .002$.

Ab einem QPI-Summenscore von ca. 101 Punkten zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und dem externen Kontrollerleben ($b = -0.0269$, $t(101) = -1.984$,

$p = .050$). Mit zunehmendem QPI-Score wurde dieser Zusammenhang (im Betrag) größer und erreichte den höchsten Wert bei einem QPI-Score von ca. 142 Punkten ($b = -0.0632$, $t(101) = -3.164$, $p = .002$). Nahm die Anzahl an Interventionen um einen Eingriff zu, verringerte sich der External Control Score dann um 0.063 Punkte.

Das Alter der Frau trug weiter signifikant zur Varianzaufklärung bei. Ein explorativ durchgeführter Gruppenvergleich (Kruskal-Wallis) ergab, dass sich zumindest zwei der drei Altersgruppen bezüglich der Skala External Control unterschieden haben ($\chi^2(2) = 6.272$, $p = .043$). Es scheint, als haben Frauen höheren Alters im Schnitt ein höheres Ausmaß an externer Kontrolle erlebt als jüngere Frauen.

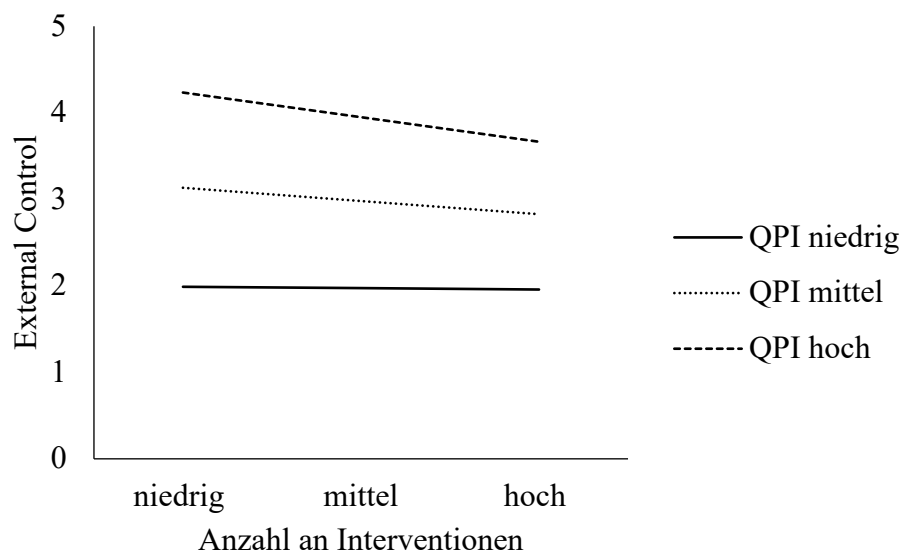


Abbildung 3. Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala *External Control*

10.2.4 QPI, Interventionen und Own Capacity

Auch bezogen auf die Skala Own Capacity wurde das Modell ($N = 118$) signifikant mit $F(3, 114) = 28.839$, $p < .001$, $R^2 = .41$ (Tabelle 9). Eine Analyse der bedingten Effekte (M und $\pm 1 SD$ im Moderator) ergab für die vorliegende Stichprobe Folgendes (siehe auch Abbildung 4):

War die Qualität der Interaktionserfahrung niedrig, bestand ein nicht-signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Own Capacity, $b = -.0218$, 95% KI $[-0.0598, 0.0162]$, $t(114) = -1.137$, $p = .258$. Bei mittel hoch ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung bestand ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und dem eigenen Bewältigungsvermögen der Frau, $b = -.0507$, 95% KI $[-0.0790, -0.0223]$, $t(114) = -3.542$, $p < .001$. Weiterhin zeigte sich bei hoch ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Own Capacity, $b = -.0795$, 95% KI $[-0.1130, -0.0461]$, $t(114) = -4.706$, $p < .001$.

Tabelle 9

*Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Own Capacity mit den Prädiktoren
Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm*

	b^a [95% KI]	SE	t(df)	p
Konstante [95% KI]	2.2488 [2.1251, 2.3725]	0.0625	36.006 (114)	<.001
Anzahl Interventionen (zentriert)	-0.0507 [-0.0790, -0.0223]	0.0143	-3.542 (114)	.001
QPI Summenscore (zentriert)	0.0094 [0.0056, 0.0131]	0.0019	4.937 (114)	<.001
Anzahl Interventionen x QPI	-0.0008 [-0.0015, -0.0002]	0.0003	-2.611 (114)	.010

^a Unstandardisierter Regressionskoeffizient; $R^2 = .41$

Eine Betrachtung der Significant Regions zeigte, dass der beobachtete negative Zusammenhang ab einem QPI-Score von ca. 88 Punkten signifikant und mit steigender Qualität der Interaktionserfahrung im Betrag größer wurde. Bei der bestmöglichen Qualität der Interaktionserfahrung (145 Punkte) sank der Score in der Subskala Own Capacity pro zusätzlich bei der Geburt vorgenommener Intervention um 0.08 Punkte.

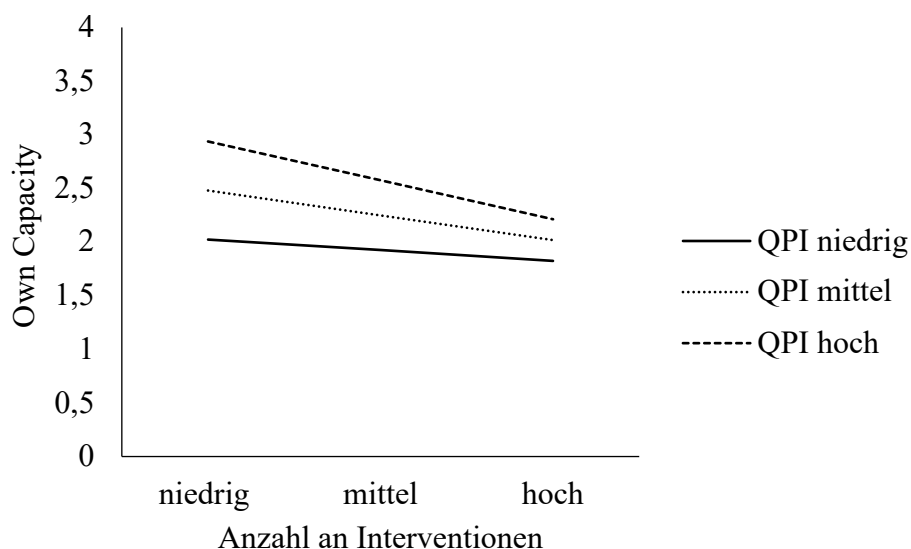


Abbildung 4. Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala Own Capacity

10.2.5 QPI, Interventionen und Perceived Safety

Das Modell ($N = 118$) zur Outcomevariable des Sicherheitsgefühls der Frau wurde signifikant mit $F(3, 114) = 254.231, p < .001, R^2 = .76$ (Tabelle 10).

Tabelle 10

Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Perceived Safety mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm

	b^a [95% KI]	SE	$t(df)$	p
Konstante [95% KI]	2.5969 [2.4744, 2.7194]	0.0618	41.993 (114)	<.001
Anzahl Interventionen (zentriert)	-0.0541 [-0.0815, -0.0268]	0.0138	-3.923 (114)	<.001
QPI Summenscore (zentriert)	0.0219 [0.0186, 0.0253]	0.0017	13.046 (114)	<.001
Anzahl Interventionen x QPI	-0.0008 [-0.0013, -0.0004]	0.0002	-3.590 (114)	.001

^a Unstandardisierter Regressionskoeffizient; $R^2 = .76$

Wie in Abbildung 5 grafisch dargestellt, zeigte sich, dass bei einer unterdurchschnittlichen Qualität der Interaktionserfahrung ein knapp nicht-signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und dem Sicherheitsgefühl der Frau bestand, $b = -.0253$, 95% KI [-0.0511, 0.0005], $t(114) = -1.941, p = .055$. Bei durchschnittlich ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung war dagegen ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen beobachtbar, $b = -.0541$, 95% KI [-0.0815, -0.0268], $t(114) = -3.923, p < .001$. Auch bei hoch ausgeprägter Qualität der Interaktionserfahrung bestand weiter ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Skala Perceived Safety, $b = -.0830$, 95% KI [-0.1195, -0.0464], $t(114) = -4.498, p < .001$.

Wurde im Fragebogen zur Qualität der Interaktionserfahrung ein Wert von ca. 75 Punkten erreicht, wurde der negative Zusammenhang zwischen der Anzahl der Interventionen und der Skala Perceived Safety signifikant ($p = .050$) und mit zunehmender Qualität der Interaktionserfahrung im Betrag größer. Bei Erreichen des maximal möglichen Wertes im QPI-I von 145 Punkten sank mit jeder zusätzlichen Intervention der Wert der Skala Perceived Safety um 0.08 Punkte ab.

10.3 Explorative Befunde

10.3.1 Beleghebamme, QPI und Interventionen

Frauen, die bei ihrer Geburt von einer Beleghebamme betreut werden, lernen diese im Allgemeinen bereits im Verlauf der Schwangerschaft kennen und können, im Idealfall, eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Hebamme aufbauen. Es besteht zudem noch vor der Geburt die Möglichkeit,

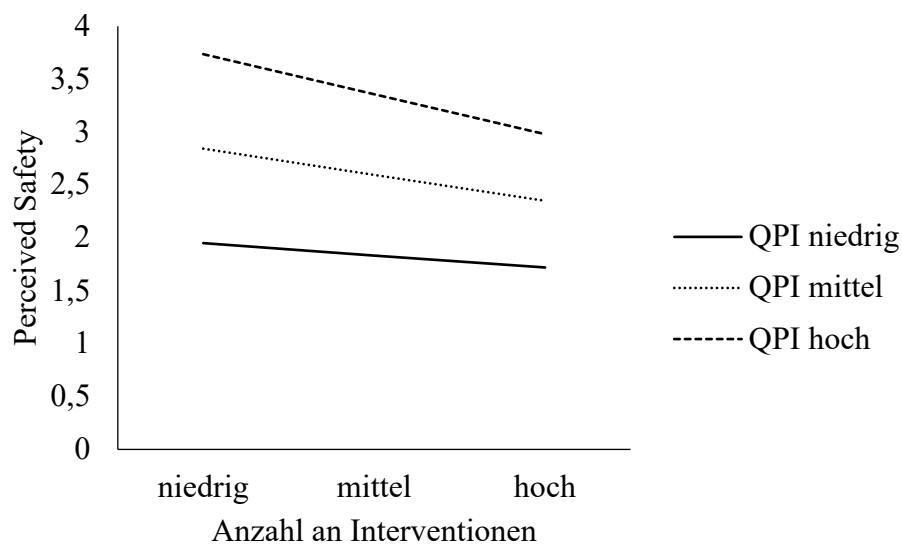


Abbildung 5. Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala *Perceived Safety*

Wünsche, Fragen und Ängste der werdenden Mutter zu besprechen und darauf einzugehen. Dies könnte dazu beitragen, dass die Qualität der Interaktionserfahrung bei der Geburt mit einer bekannten Hebamme positiver beurteilt wird als von Frauen, die ihre Hebamme(n) erst kennen lernen, wenn sie zur Geburt ins Krankenhaus kommen. Dies entspricht auch den Statements zweier Teilnehmerinnen dieser Studie. „Eine Beleghebamme zu haben, hat mir sehr viel Sicherheit gegeben. [...] Ohne meine Hebamme hätte ich sicher viel mehr Angst gehabt.“ (Case 577)

„Meine Hebamme hat mich super betreut, vorher und vor allem während der Geburt. Ich werde bei jedem weiteren Kind wieder eine private Hebamme bei der Geburt nehmen [...]“ (Case 885)

Ein explorativer Gruppenvergleich (*t*-Test) erreichte jedoch keine Signifikanz, es zeigte sich also kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Frauen mit und ohne Beleghebamme in der Beurteilung der QPI, $t(105) = -1.348$, $p = .181$.

Da es Hinweise darauf gibt, dass eine Eins-zu-Eins-Betreuung der Frau bei der Geburt ihres Kindes die Zahl der geburtshilflichen Interventionen reduzieren helfen könnte (Knappe et al., 2013), wurde zusätzlich per Gruppenvergleich untersucht, ob sich Frauen mit einer Beleghebamme von Frauen ohne eigene Hebamme in der Gesamtzahl der geburtshilflichen Interventionen unterscheiden. Auch hier ergab der *t*-Test kein signifikantes Ergebnis, $t(106) = 1.099$, $p = .274$. Frauen mit und ohne Beleghebamme unterschieden sich also nicht hinsichtlich der Anzahl an Interventionen, die bei der Geburt durchgeführt worden waren.

10.3.2 Alter der Frau und Interventionen

In Bezug auf die Interventionszahl wurde weiters überprüft, ob sich Frauen in Abhängigkeit von ihrem Alter bei der Geburt ihres ersten Kindes in der Gesamtzahl an Interventionen unterscheiden. Da ein

höheres Alter (35+ Jahre) als Risikofaktor gilt und Hinweise auf höhere Raten an Eingriffen bei Frauen höherer Altersgruppen vorliegen (Schildberger et al., 2019), scheint dies sinnvoll. Der Gruppenvergleich wurde mittels ANOVA durchgeführt, die jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede aufzeigen konnte ($F(2, 104) = 1.885, p = .157$). Es bestand demnach kein signifikanter Unterschied in der Anzahl an Interventionen, wenn Frauen der verschiedenen Altersgruppen verglichen wurden.

10.3.3 Korrelationen Globalitem Geburtserleben mit UV und AV

Zusätzlich wurden Korrelationen (Rangkorrelation nach Spearman) zwischen dem Einzelitem zum Geburtserleben, den unabhängigen und den Outcomevariablen berechnet, die alle mit großer Effektstärke signifikant wurden (Tabelle 11).

Tabelle 11

Korrelationen (Spearman-Rho) zwischen Globalitem zum Geburtserleben, unabhängigen Variablen (Anzahl Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung QPI) und Skalen zum Geburtserleben

Skala	Globalitem Geburtserleben
Summe Interventionen	.64 ^{*a}
QPI	-.76*
Own Capacity	-.77*
Perceived Safety	-.85*
External Control	-.72*
Internal Control	-.63*
Salmon's Item List Summenscore	-.88*

* Zweiseitige Signifikanz mit $p = .01$

^a Hohe Werte im Globalitem entsprechen einem negativen Geburtserleben

11. Diskussion

Im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung konnten für die Hypothesenpaare H1a–H1e und für vier der fünf Hypothesen zur Moderationsannahme die entsprechenden Nullhypothesen verworfen werden. Zunächst wird näher auf die Interventionsrate in der vorliegenden Stichprobe eingegangen, die für die Beantwortung der ersten Fragestellung zentral ist. Im Anschluss wird auf Fragestellung 2 und zuletzt die explorativen Befunde eingegangen werden, wobei jeweils ein Bezug zum aktuellen Forschungsstand hergestellt wird. Zuletzt folgen Limitationen dieser Studie, ein Ausblick auf mögliche anschließende Forschungsarbeiten und praktische Implikationen.

11.1 Interventionen und Geburtserleben

Geburten in Krankenhäusern scheinen über verschiedene Länder hinweg mit hohen Interventionsraten assoziiert (Clesse et al., 2018; Fox et al., 2019; Seijmonsbergen-Schermers et al., 2020), wobei sich ein deutlicher Overuse abzeichnet und nicht in jedem Fall auch eine Indikation für die Maßnahmen

vorzuliegen scheint (Declercq et al., 2020). Die Angaben der im Rahmen dieser Arbeit befragten Frauen scheinen diese Tendenz zu bestätigen. Lediglich eine Teilnehmerin der vorliegenden Stichprobe hatte angegeben, keine der erfassten Interventionen erfahren zu haben, vier Frauen gaben eine, sechs Frauen zwei Interventionen an. Im Vergleich zur Arbeit von Schwarz (2008), die einen Anteil an interventionsfreien Geburten von 8.2% (Risiko-Kollektiv 4.6%) feststellte, lag damit der Anteil an Geburten, bei denen keine Intervention vorgenommen worden war, in der vorliegenden Studie noch niedriger (bei 0.8%). Bei alleiniger Berücksichtigung der invasiven Eingriffe, die Schwarz in ihrer Studie erfasst hatte, lag der Anteil an interventionsfreien Geburten in der aktuellen Stichprobe mit 26.9% ($n = 32$) höher, Schwarz hatte in ihrer Erhebung jedoch zusätzlich Kaiserschnittgeburten berücksichtigt, die in der vorliegenden Arbeit nicht inkludiert waren.

Die durchschnittliche berichtete Interventionsrate liegt bei über acht Interventionen je Geburt und erscheint relativ hoch, zumal es sich bei allen Geburten um solche um den errechneten Termin herum (keine Übertragung) und ohne schwerwiegende gesundheitliche Komplikationen auf Seiten des Kindes gehandelt hatte, die zu einer Aufnahme auf eine Neonatologie geführt hätten. Komplikationen auf Seiten des Kindes (wie etwa vermuteter Sauerstoffmangel) können verschiedene Interventionen (etwa Dauer-CTG, fetale Mikrolutalanalyse, Einsatz von Saugglocke oder Zange) begünstigen. Zudem stellt diese Schätzung eine konservative Schätzung dar. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass nicht für alle erfragten Interventionen Vergleichswerte für den deutschsprachigen Raum vorliegen, eben so wenig wie für eine Gesamtinterventionsrate, und daher nicht klar ist, ob die berichtete durchschnittliche Anzahl an Maßnahmen der statistischen Norm entspricht oder nicht. Daher kann an sich nicht eindeutig von einer „hohen“ Rate gesprochen werden. Da jedoch von vielen Seiten eine Reduktion unnötiger und/oder routinemäßig vorgenommener Interventionen gefordert wird, kann die statistische Norm nicht als Gradmesser für die Notwendigkeit der Maßnahmen herangezogen werden und davon ausgegangen werden, dass in vielen Fällen Eingriffe hätten vermieden werden können. So haben knapp 70% der Teilnehmerinnen angegeben, dass ihnen direkt nach Ankunft in Klinik/Kreißsaal ein Venenzugang gelegt worden war. Auch wenn diese Maßnahme und ihre möglichen Auswirkungen auf den Geburtsverlauf und weitere Interventionen noch nicht umfassend untersucht sind, liegen Hinweise darauf vor, dass das standardmäßige Legen einer Venenverweilkanüle bei Ankunft in der Klinik „eine raschere und häufigere intrapartale Medikamentengabe nach sich zieht“ (Hartl, 2016, S. 28), also weitere Maßnahmen zu begünstigen scheint, ohne offensichtliche Vorteile oder einen unmittelbaren Nutzen für die Frau mit sich zu bringen. Weitere zahlreich berichtete Eingriffe waren häufige CTG-Kontrollen oder die Geburt unter Dauerüberwachung mittels CTG (85.7%) sowie Nähte am Damm, den Labien und/oder der Vagina, die der Versorgung von Rissen oder Schnitten dienen und die 82.4% der Befragten nannten. Regelmäßige CTG-Kontrollen zählen (bisher noch) zu den standardmäßig vorgenommenen Interventionen in der klinischen Geburtshilfe, wobei das Gebären unter Dauer-CTG mit einem negativen Geburtserleben assoziiert scheint (Westergren et al., 2020). In der vorliegenden Befragung kann nicht zwischen Frauen unterschieden werden, bei denen ein

kontinuierliches CTG geschrieben worden war, und Frauen, bei denen häufige Kontrollen durchgeführt worden waren, und die Einschätzung dessen, was unter „häufig“ zu verstehen war, lag bei den Teilnehmerinnen selber. Der Anteil an Geburten unter Dauer-CTG lag in Deutschland im Jahr 2017 bei 47.5% (IQTIG, 2018). Zieht man diesen Wert als Referenz heran, blieben etwa 38%, bei denen Gebärende der aktuellen Stichprobe häufige Kontrollen erfahren hatten. Die anteilige Verteilung in der befragten Stichprobe bleibt jedoch spekulativ.

Bereits bei Ankunft der Frau im Krankenhaus wird i.d.R. ein Aufnahme-CTG geschrieben (Neumann & Meier, 2019), wenn dies auch für Frauen aus dem Niedrig-Risiko-Kollektiv nicht mehr empfohlen wird (WHO, 2018). Die zu Jahresende 2020 veröffentlichte Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin (AWMF, 2020b) empfiehlt entsprechend kein Aufnahme-CTG mehr für Frauen ohne/mit nur wenigen Risikofaktoren bei Verdacht der bereits gestarteten Geburt, da sich kein nachweislicher Nutzen für die Frau und ihr Kind ergibt. Mit der Verabreichung wehenmodulierender Medikamente sowie verschiedenen konkreten Risikofaktoren geht jedoch immer das Schreiben eines Dauer-CTG einher (AWMF, 2020b). Dies bestätigten die Angaben der befragten Frauen¹⁶. Ebenso wurde die Maßnahme bis vor Kurzem auch noch für die späte Eröffnungs- und die Austrittsphase der Geburt empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG, 2013). Aktuell wird bei Niedrig-Risiko-Schwangeren empfohlen, die kindlichen Herztöne während der aktiven Eröffnungsphase mittels wiederholter Auskultation zu kontrollieren. Kann das nicht gewährleistet werden, etwa weil keine Eins-zu-Eins-Betreuung möglich ist, gilt eine CTG-Überwachung weiter als indiziert (AWMF, 2020b). Da Hebammen in Deutschland im Schnitt drei Frauen parallel betreuen, mit zahlreichen fachfremden Aufgaben betraut sind und zusätzlich einen hohen Dokumentationsaufwand berichten (IGES Institut, 2019), stellt sich die Frage, wie realistisch es für gebärende Frauen ist, ohne häufige oder dauerhafte CTG-Kontrolle(n) gebären zu können. Der niedrige Anteil an Frauen, die dieses Item mit *nein* beantwortet haben (12.6%), könnte unter anderem durch Ressourcenknappheit in der klinischen Geburtshilfe begünstigt worden sein.

Über 80% der befragten Frauen gaben an, nach der Geburt am Damm, den Labien und/oder der Vagina genäht worden zu sein. Wird bei einer Geburt ein Dammschnitt vorgenommen, wird die Wunde im Anschluss immer per Naht verschlossen (von Zahn et al., 2006), ebenso, wenn ein Riss II. Grades (Seeger, 2015) oder höhergradige Dammrisse (III. und IV. Grad) vorliegen (AWMF, 2020d). Bei Rissen I. Grades wird nach konkretem Fall entschieden, ob die Wunde verschlossen werden muss oder selbstständig abheilen kann (Seeger, 2015).

Die hohe Rate an Wundversorgung per Naht lässt sich nicht über die Häufigkeit an Dammschnitten alleine erklären, der in der vorliegenden Stichprobe bei 21.8% lag. Die Rate an Geweberissen wurde nicht abgefragt. Bezogen auf Dammrisse¹⁷, kam es im Jahr 2017 in deutschen

¹⁶ Von 43 Frauen, deren Geburt eingeleitet wurde, gaben 36 regelmäßige oder dauerhafte CTG-Kontrolle(n) an, nach der Verabreichung wehenverstärkender Mittel sind es 46 von 52 Frauen und nach einem Versuch, die Wehen/Geburt medikamentös zu bremsen, 20 von 23 Frauen.

¹⁷ Dammriss 1. Grades: oberflächliche Verletzung der Damm- und Scheidenhaut; Dammriss 2. Grades: Verletzungen der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur oder Beteiligung der Sphinktermuskulatur; Dammriss 3. Grades: Verletzung der

Kliniken bei 18% der Frauen, die ihr Kind spontan vaginal geboren hatten, zu einem Dammriss I. Grades, bei 20.3% zu einem Riss II. Grades, bei 1.3% zu einem Riss III. und bei 0.1% zu einem Riss IV. Grades (IQTIG, 2018), was eine Gesamtrate von 39.7% Dammverletzungen bei Spontangeburt ergibt. Bei vaginal-operativen Geburten lagen die Raten der II., III. und IV. -gradigen Dammrisse höher (respektive 22%, 5.5% und 0.4%; IQTIG, 2018). Geht man von diesen Zahlen aus und hätten in der vorliegenden Stichprobe ebenfalls etwa 40% der Frauen eine Dammverletzung erlitten, würde sich nach Addition der berichteten Rate an Dammschnitten eine „Dammverletzungsquote“ von etwa 62% ergeben. Aktuelle Zahlen zu Verletzungen der Vagina, Klitoris und/oder Labien bei vaginalen Geburten Erstgebärender liegen der Autorin nicht vor, für das Jahr 2012 aber wurden nach vaginaler Geburt (Deutschland) insgesamt 26.5% an Weichteilverletzungen (Zervixriss, Scheidenriss, Labien-/Klitorisriss und parakolpisches Hämatom) angegeben, wobei die Rate an Verletzungen der Vagina (18.5%) und der Labien/Klitoris (12%) den größten Anteil ausmachte (Seeger, 2015). Zieht man diese Zahlen als grobe Orientierung heran und berücksichtigt man die Tatsache, dass Nulliparität einen Risikofaktor für höhergradige Dammrisse darstellt (AWMF, 2020d), ließe sich der hohe Anteil an Frauen, die nach der Geburt genäht worden waren, möglicherweise erklären. Es könnte auch der Fall sein, dass überdurchschnittlich viele Frauen, die schwerere Geburtsverletzungen erlitten hatten, an der Befragung teilgenommen haben. Deutlich wird in jedem Fall, dass nach vielen Geburten eine Wundversorgung über Nähte notwendig scheint.

Zusätzlich zu den recht hoch erscheinenden Interventionszahlen stechen die Angaben zu Unsicherheiten bezüglich einzelner Eingriffe ins Auge, etwa in Bezug auf die Frage, ob Opiode verabreicht wurden ($n = 16$). Die Unsicherheit der Befragten könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Teilnehmerinnen keine (genaueren) Informationen dazu erhalten hatten, welche Medikamente ihnen verabreicht wurden und ob darunter auch solche aus der Gruppe der Opiode (z.B. Pethidin/Dolantin® oder Meptazinol/Meptid®) waren. Gleichzeitig sind auch nicht alle Frauen während der Geburt ihres Kindes voll aufnahmefähig für Informationen (Bringedal & Aune, 2019). Weitere Unsicherheiten schienen bezüglich der Frage nach Manipulationen am Muttermund bestanden zu haben ($n = 17$). Möglicherweise war für einige Teilnehmerinnen nicht klar, was alles darunter zu verstehen wäre (es wurde lediglich die manuelle Dehnung des Muttermundes als konkretes Beispiel im Fragebogen gelistet). Auch ist vorstellbar, dass die Handlungen der Geburtshelfer*innen (etwa bei den vaginalen Examinationen) für Frauen unter der Geburt nicht immer nachvollziehbar sind. Zum einen, da Frauen nicht sehen können, was genau passiert, zum anderen, weil nicht immer erklärt wird, was und warum eine Untersuchung (oder Manipulation) erfolgt. Dies könnte dazu geführt haben, dass 17 Frauen die *weiß nicht*-Option gewählt haben.

oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur und des M. shincter ani bei intakter Rektumwand; Dammriss 4. Grades: Verletzung der oberflächlichen Beckenbodenmuskulatur, des M. shincter ani bei externus und internus und des Rektums (AWMF, 2020b, S. 183)

Weitere Unsicherheiten bestanden in Bezug auf das aktive Management der Plazentaperiode (also wieder die Verabreichung eines Medikamentes oder eine manuelle Maßnahme; $n = 12$), Blutabnahmen ($n = 13$) und fetale Mikroblooduntersuchungen ($n = 17$), bei denen zu Analysezwecken (Sauerstoffgehalt im kindlichen Blut) eine Blutprobe am Kopf des ungeborenen Kindes entnommen wird. Vermutet werden könnte, dass der physisch sowie emotional und psychisch stark fordernde Prozess der Geburt oder auch sehr schmerzhaftes Wehen die Aufmerksamkeit der Frauen komplett gebunden hat und so die Maßnahmen nicht sicher bemerkt werden konnten. Manche Frauen beschreiben während der Geburt veränderte Bewusstseinszustände (Olza et al., 2018), die das Registrieren von Interventionen erschweren könnten. In einigen Fällen wurden möglicherweise auch mehrere Maßnahmen parallel vorgenommen und/oder zusätzlich ein Aufklärungsgespräch geführt, was es für die Betroffenen schwierig machen könnte, alle Details und Eingriffe wahrzunehmen. Auch wenn Studien darauf hindeuten, dass sich Frauen auch langfristig gut an die Geburt(en) ihres Kindes/ihrer Kinder erinnern können, liegen bisher keine Studien dazu vor, inwieweit dies auch auf die Erinnerung an geburtshilfliche Interventionen im Allgemeinen und Speziellen zutrifft.

11.2 Geburtserleben

Der SIL-Ger-Mittelwert lag in der Stichprobe bei 67.48 Punkten und damit knapp unter dem Cutoff von 70 Punkten, den Stadlymayr et al. (2006) angeben, um zwischen Frauen mit negativem und solchen mit positivem Geburtserleben differenzieren zu können. Im Schnitt haben die Teilnehmerinnen die Geburt ihres ersten Kindes also scheinbar eher leicht negativ erlebt und waren eher unzufrieden. Möglicherweise hat das Thema der Studie mehr Frauen mit negativen Erfahrungen bei der Geburt ihres Kindes angesprochen als solche mit positiven oder gemischten. Der Wert nahe dem Cutoff könnte auch interpretiert werden als „weder positiv noch negativ“, also ein durchschnittlich positives/negatives Geburtserleben. Im Einzelitem hatten jedoch lediglich zehn Frauen die neutrale Variante (*zu etwa gleichen Teilen positiv wie negativ*) gewählt. Um einem Bias in den Daten vorzubeugen, wurden traumatisierende Geburtserfahrungen in der Beschreibung nicht explizit genannt, sondern allgemein von *Geburtserleben* gesprochen. In den beiden offenen Items am Ende des Fragebogens zeigte sich, dass Frauen, die die Geburt ihres Kindes im ersten offenen Item belastend und negativ beschrieben haben, als Antwort auf das zweite offene Item mehrfach die Wichtigkeit der Studie und die Notwendigkeit von Veränderungen in der Geburtshilfe betonten.

„Ich hoffe sehr, dass diese Studie veröffentlicht wird und Frauen und Kindern hilft, die Geburtssituationen zu verbessern, die sicherlich noch um einiges schlimmer waren/sind als meine. Aber auch meine Situation begleitet mich bis heute“ (Case 114)

„Bitte, sorgen sie dafür dass das Ergebnis veröffentlicht wird, sodass Kliniken sich verbessern können. Ich möchte nicht, dass noch mehr Mütter unter solchen Bedingungen entbinden müssen, so wie ich es musste. Vielen Dank!“ (Case 201)

Das könnte darauf hindeuten, dass Frauen auch viele Monate nach einer als belastend erlebten Geburt das Bedürfnis haben, über ihre Erfahrung zu sprechen (im Fall der Studie: einen anonymen schriftlichen Kommentar zu verfassen) und daher tendenziell eher an Studien zum Thema teilnehmen. Im Falle einer als traumatisierend erlebten Geburt lässt sich diese Vermutung (Bedürfnis, über die Erfahrung zu sprechen) durch qualitative Befunde untermauern (Beck, 2009). Frauen, die ihre Geburt als traumatisierend erlebt hatten, berichteten zudem davon, dass der Fokus ihrer Geburtshelfer*innen und auch Angehörigen nach der Geburt oft alleine auf dem Kind lag (Freude, Erleichterung), ihre eigene sehr belastende Erfahrung während der Geburt jedoch wenig Beachtung und Aufmerksamkeit gefunden hatte (Beck, 2009). Entsprechend hatte eine Teilnehmerin (per E-Mail an die Autorin) auch von sich aus angeboten, für ein ausgiebiges Gespräch über ihre traumatisierenden Geburtserfahrungen zur Verfügung zu stehen, falls die Anonymität weiterhin gewährleistet wäre. Da sich diese Arbeit am quantitativen Forschungsparadigma orientiert, wurde dieses Angebot jedoch nicht aufgenommen¹⁸.

Zieht man das Einzelitem zum Geburtserleben heran, das lediglich für eine explorative Untersuchung eingefügt worden war, lag der Anteil der Frauen mit einer negativen oder sehr negativen Geburtserfahrung bei 36.6%. Das Item war relativ zu Beginn des Fragebogens platziert worden, um eine mögliche Beeinflussung der Antworten der Befragten durch die Items der anderen Fragebögen zu vermeiden. Hätten sich diese vor Bearbeiten des Einzelitems bereits detaillierter mit verschiedenen Facetten und Ereignissen während der Geburt ihres ersten Kindes auseinandergesetzt, hätte dies möglicherweise zu einem Bias führen können. Globalmaße scheinen im Gegensatz zu differenzierteren Fragebögen oder offen formulierten Items tendenziell positiver bewertet/beantwortet zu werden, was sich möglicherweise auch hier gezeigt haben könnte (Groß, 2003). Es wurde jedoch explizit nicht nach der Zufriedenheit der Frau mit ihrer Geburt gefragt, da im Kontext der Zufriedenheitsforschung zur gesundheitlichen Versorgung meist enorm hohe Raten an Zufriedenheit erzielt werden (Stahl & Nadj-Kittler, 2014). Die Korrelation zwischen dem Einzelitem und dem Summenscore der SIL-Gen war mit $-.88$ recht hoch (Tabelle 11). Dies könnte für einen Vorteil der Ausformulierung des Items¹⁹ gegenüber einer reinen Frage nach der Zufriedenheit mit dem Geburtserleben sprechen, was weiter exploriert werden könnte.

Da in Bezug auf die weiteren Skalen (des CEQ, SCIB und QPI-I) keine Cutoff-Werte vorliegen, die zwischen Frauen mit einer hohen und einer niedrigen Ausprägung der jeweiligen Dimension differenzieren können, kann keine Aussage dazu gemacht werden, ob die Teilnehmerinnen im Schnitt ein hohes oder niedriges Ausmaß an Kontrolle, an eigenem Bewältigungsvermögen, erlebter Sicherheit und Qualität der Interaktionserfahrung angegeben haben.

¹⁸ Der Teilnehmerin wurde das Angebot gemacht, bei der Suche nach Beratungsstellen oder therapeutischen Angeboten zu unterstützen und für Rückfragen weiter zur Verfügung zu stehen.

¹⁹ Meine Geburtserfahrung war... sehr positiv/eher positiv, aber mit negativen Aspekten/zu etwa gleichen Teilen positiv und negativ/eher negativ, aber mit positiven Aspekten/sehr negativ.

11.3 Fragestellung 1

Mit einer zunehmenden Anzahl an Interventionen verschlechterte sich den Ergebnissen nach das Geburtserleben der Frauen über die verschiedenen erfassten Dimensionen hinweg. Frauen mit vielen Interventionen gaben also im Schnitt ein negativeres Geburtserleben und niedrigere Zufriedenheit, ein geringeres Kontrollgefühl (extern wie intern) sowie ein niedrigeres Sicherheitsgefühl (Perceived Safety) und Bewältigungsvermögen (Own Capacity) an als Frauen mit weniger Interventionen. Dieses Ergebnis entspricht den Befunden von Chalmers und Dzakpasu (2015), die mit zunehmender Anzahl an Interventionen (Maximum 11) ein negativeres Geburtserleben der Frauen beobachtet hatten und einen kumulativen Effekt vermuteten. In der vorliegenden Arbeit zeigt sich diese Verschlechterung über die verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens hinweg ebenso, wie für die Summenskala der SIL-Ger, die das „übergreifende“ Erleben der Frauen zu erfassen versucht. Die Effektstärken waren dabei durchgehend hoch (siehe Tabelle 6).

Das Sicherheitsgefühl der Frauen schien bei vielen Interventionen besonders beeinträchtigt zu sein, was der recht hohe Korrelationskoeffizient von $r = -.699$ andeutet. Dies könnte z.B. damit zusammenhängen, dass Frauen, bei denen viele Maßnahmen vorgenommen worden waren, auch häufiger Komplikationen bei der Geburt erlebt haben, die diese notwendig gemacht hatten. In diesem Fall wäre jedoch nicht nachvollziehbar, ob sich die aufgetretenen Komplikationen oder die Häufung der Interventionen negativ auf das Sicherheitsgefühl der Frauen ausgewirkt haben oder beides ineinandergreift. Bezogen auf geburtshilfliche Interventionen hat sich für diese Skala in vergangenen Studien gezeigt, dass Frauen, deren Wehen künstlich verstärkt worden waren (Oxytocin), bei denen die Geburt künstlich eingeleitet worden war oder deren Geburt operativ beendet worden war, ein niedrigeres Sicherheitsgefühl angegeben hatten als Frauen ohne diese Eingriffe (Schaal et al., 2019; Walker et al., 2020; Walker, Wilson, Bugg, Dencker, & Thornton, 2015). Auch die Dauer der Geburt scheint eine Rolle zu spielen und Frauen mit einer sehr langen Geburt stärker verunsichert zu sein (Walker et al., 2015). Bei langen Geburten im Spital ist erwartbar, dass die Gesamtrate an Interventionen ebenfalls höher liegt als bei kurzen Geburten. So zeigt sich, dass Frauen, die bereits in der latenten Eröffnungsphase der Geburt in die Klinik kommen, im Schnitt mehr Interventionen erfahren als Frauen, die erst im weiteren Verlauf der Geburt (aktive Eröffnungsphase) ein Spital aufsuchen (Bailit et al., 2005; Kempe & Vikström-Bolin, 2020; Miller et al., 2020; Rota et al., 2018). Erstere verbringen anteilig an der Dauer der Geburt mehr Zeit im Kreißsaal als letztere. Die Dauer der Geburt, die, wie bereits angesprochen wurde, nur eingeschränkt zu operationalisieren ist, wurde im Rahmen dieser Studie nicht erhoben. Die Skala Perceived Safety fragt auch den Eindruck von der Kompetenz des medizinischen Fachpersonals sowie Ängste während der Geburt ab. Ein Eindruck von mangelnder Kompetenz der Geburtshelfer*innen kann nachvollziehbarerweise verunsichern und auch zu Ängsten auf Seiten der gebärenden Frau führen, die sich in der Verantwortung dieser Personen befindet.

Die niedrigste Assoziation der Gesamtsumme an Interventionen zeigte sich zur Skala Own Capacity des CEQ ($r = -.553$), die jedoch immer noch einen großen Effekt nach Cohen anzeigt. Frauen

nach Verstärkung der Wehen mit Oxytocin zeigten in vorangegangenen Studien niedrigere Werte in dieser Subskala, ebenso wie Frauen mit einer langen Geburtsdauer oder einer operativen Geburtsbeendigung (Sectio und instrumentell; Walker et al., 2020; Walker et al., 2015). Der Geburtsmodus, die Schmerzbehandlung mittels PDA, eine Wehenverstärkung mit Oxytocin und Komplikationen bei der Geburt führten in einer schwedischen Studie zu niedrigeren Werten auf der Skala Own Capacity des CEQ (Hildingsson et al., 2019). Eine negative Assoziation zu der Anzahl an Interventionen bei der Geburt scheint daher naheliegend.

Die Skala enthält Items, die nach dem Ausmaß an Schmerzen (Eröffnungsphase), Müdigkeit, Kontrollerleben und positiven Gefühlen bei Geburt fragen, und deckt damit verschiedene Facetten ab, die das Gefühl des Bewältigungsvermögens der Frau prägen können. In welchem Ausmaß die befragten Frauen Kontrolle über externe und interne Faktoren bei der Geburt ihres Kindes erlebt hatten, wurde mittels zweier Subskalen des SCIB noch genauer abgefragt.

Auch die Assoziationen zwischen der Anzahl an Interventionen und den Subskalen zum Kontrollerleben der Frauen wurden mit großen Effekten statistisch signifikant, wobei das Ausmaß an Varianzerklärung für die Skala External Control etwas höher liegt als für die Skala Internal Control. Geburtshilfliche Maßnahmen können im Allgemeinen zu einem Verlust des Kontrollgefühls führen, vor allem wenn Frauen sich nicht in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen fühlen (Downe et al., 2018; Fair & Morrison, 2012). So gaben etwa Frauen, die ihre Geburtsposition frei oder gemeinsam mit ihrer Hebamme oder ihrem*ihrer Partner*in wählen konnten, ein höheres Kontrollerleben an als Frauen, denen diese Entscheidung abgenommen worden war (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen, 2013). Das Ausmaß an erlebter Kontrolle bei der Geburt scheint zwischen dem Ausmaß an Medikalisierung der Geburt und dem umfassenden Geburtserleben einer Frau zumindest teilweise zu mediiieren (Preis et al., 2019).

In manchen Fällen können geburtshilfliche Maßnahmen auch das Erleben von Kontrolle fördern, nämlich dann, wenn sie von Frauen aktiv eingefordert werden oder diese rein auf die Expertise ihrer Geburtshelfer*innen vertrauen wollen (Bringedal & Aune, 2019; Westergren et al., 2020). In der vorliegenden Stichprobe zeichnete sich diese Assoziation jedoch nicht ab, da im Hinblick auf beide Skalen zum Kontrollerleben negative Zusammenhänge zur Gesamtzahl an Interventionen zu beobachten waren.

Die Skala External Control fragt explizit danach, ob die Befragte Kontrolle darüber hatte, welche Maßnahmen wann durchgeführt wurden, ob sie in Entscheidungen mit einbezogen wurde oder ob andere Personen die Kontrolle übernommen hatten, auf die sie keinen Einfluss nehmen konnte. Die ausgeprägte Medikalisierung in der Geburtshilfe führt aktuell dazu, dass bei vielen Geburten Interventionen ohne medizinische Indikation vorgenommen werden (Fox et al., 2019), was es für Frauen schwierig gestalten könnte, die Notwendigkeit jeder einzelnen Maßnahme nachvollziehen zu können, da diese nicht immer besteht. Es ist vorstellbar, dass mit zunehmender Anzahl an Eingriffen die Verunsicherung der Frauen zu- und das Kontrollgefühl abnimmt, was die Daten der vorliegenden Studie

untermauern. Die Skala Internal Control bezieht sich auf Reaktionen der Frau ihren Körper und ihr Verhalten betreffend, etwa auf ihren Schmerz und ihre Emotionen. Auch hier zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zur Anzahl der geburtshilflichen Interventionen. Die Verabreichung von Oxytocin zur Beschleunigung der Wehen kann, wie bereits erläutert, dazu führen, dass die Wehen als extrem schmerzhaft empfunden werden, was die Verarbeitung dieser erschweren kann (Pazandeh, Potrata, Huss, Hirst, & House, 2017). Ebenso kann eine Frau durch ein Dauer-CTG oder auch durch Aufforderung von Seiten der Geburtshelfer*innen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden, was ebenfalls die erfolgreiche Verarbeitung des Wehenschmerzes behindern kann (Romano & Lothian, 2008). Die Konzentration der Gebärenden auf den eigenen Körper und den Prozess der Geburt könnte zudem generell durch ein wiederholtes Eingreifen von außen gestört werden, was das Ausmaß an interner Kontrolle mindern könnte.

Stadlmayr und Kolleg*innen untersuchten in einer Studie aus dem Jahr 2004 über hierarchische Regressionsanalysen, inwieweit verschiedene Merkmale der Geburt verschiedene Dimensionen des Geburtserlebens, erhoben mittels SIL-Ger, beeinflussen. Sie kamen zu dem Schluss, dass geburtshilfliche Parameter wenig zur Varianzklärung beitragen. Der Geburtsmodus schien sich jedoch auf das Erleben negativer Emotionen auszuwirken und das Legen einer PDA, das Vornehmen eines Dammschnitts und die künstliche Verstärkung der Wehen waren assoziiert mit körperlichem Unwohlsein. Eine künstliche Geburtseinleitung war dagegen nicht mit einem negativeren Geburtserleben assoziiert (Stadlmayr et al., 2004). In einer längsschnitlich angelegten Studie hatten Frauen, die nach der Geburt mittels der SIL-Ger nach ihrem Geburtserleben und ihrer Zufriedenheit gefragt worden waren und ein negatives Erleben angegeben hatten (Punktwert < 70), häufiger eine PDA erhalten (und längere Geburten erlebt) als Frauen, deren Gesamtscore über 70 Punkten lag (Stadlmayr et al., 2006). Auch wenn sich Assoziationen zwischen verschiedenen geburtshilflichen Maßnahmen und den Subskalen der SIL-Ger andeuten, liegen bisher keine Befunde zu möglichen Zusammenhängen eines Summenscores zu geburtshilflichen Interventionen und der Salmon's Item List vor. In der aktuellen Arbeit lag die Assoziation zwischen der Gesamtanzahl an Interventionen und dem SIL-Ger Gesamtscore bei $r_s = -.658$ (Tabelle 6), was einem Ausmaß von etwa 43% Varianzklärung entsprechen würde. Ein Mehr an geburtshilflichen Interventionen ging hier also mit einem negativeren Geburtserleben und niedrigerer Zufriedenheit der Frauen einher. Eine Analyse auf Ebene der Subskalen wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht vorgenommen.

Da sich die vorangegangenen Ausführungen lediglich auf korrelative Zusammenhänge stützen, sind keine Aussagen über einen möglichen kausalen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und den verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens möglich.

11.4 Fragestellung 2

Zunächst zeigten sich korrelative Zusammenhänge zwischen der Anzahl an Interventionen und verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens. Im zweiten Schritt wurde geprüft, ob und inwiefern die Qualität der Interaktionserfahrung zwischen der Frau und ihren Geburtshelfer*innen (erhoben mittels

QPI-I) diesen Zusammenhang moderiert. Erwartet wurde, dass Frauen mit einer positiven Interaktionserfahrung und gleichzeitig vielen Interventionen bei der Geburt ein positiveres Geburtserleben (bzw. höhere Werte in den einbezogenen Skalen) angeben als Frauen mit negativer Interaktionserfahrung und vielen Interventionen.

11.4.1 Salmon's Item List

Bezogen auf die Salmon's Item List ergaben sich signifikante Effekte für die beiden Prädiktoren, nicht jedoch für die angenommene Interaktion der Größen, wobei das Modell 67% der Varianz erklärte. Die Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und die Qualität der Kommunikation und Interaktionserfahrung trugen also unabhängig voneinander zur Erklärung bei. Der Summenscore der SIL-Ger ergibt sich aus der Verrechnung sieben verschiedener Dimensionen und soll das umfassende Geburtserleben und die Zufriedenheit der Frau abbilden. Alle weiteren einbezogenen Skalen, für die das Moderationsmodell Gültigkeit erreichte, bilden hingegen spezifische Facetten des Geburtserlebens ab. Es ist denkbar, dass sich für einzelne Dimensionen der SIL-Ger ebenfalls Interaktionen zwischen dem Prädiktor und angenommenen Moderator ergeben hätten, diese sich jedoch nach der Verrechnung zum Globalscore gegenseitig aufheben oder nicht mehr ausreichen, um auch für das Modell mit dem Summenscore als Outcomevariable eine signifikante Interaktion zu ergeben. Die Berechnung sieben weiterer Moderationsanalysen sprengt den Rahmen dieser Arbeit, könnte aber explorativ als Ausgangspunkt für anschließende Studien dienen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten derweil darauf hin, dass sich sowohl eine hohe Anzahl an Interventionen während der Geburt als auch eine negative Interaktionserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen negativ auf ihr umfassendes Geburtserleben und ihre Zufriedenheit (erfasst mittels SIL-Ger) auswirken kann. Da lediglich unstandardisierte Regressionskoeffizienten vorliegen, kann keine Aussage über die Gewichtung der beiden Größen getroffen werden. Bezüglich des Prädiktors einer Summe an geburtshilflichen Interventionen liegen bisher keine Studienergebnisse vor, die Qualität der Interaktionserfahrung wurde in dieser Operationalisierung (QPI-I), nach Wissen der Autorin, ebenfalls noch nicht in Bezug zur SIL gesetzt. Jedoch stellt eine positive Beziehungserfahrung („intranatal relationships“; Stadlmayr et al., 2006, S. 214), die eine gebärende Frau mit ihren Geburtshelfer*innen macht, einen protektiven Faktor gegenüber einer langfristig sehr negativen Verarbeitung des Geburtserlebens dar (Stadlmayr et al., 2006), und eine Überschneidung der beiden Konstrukte ist denkbar.

Bisher scheint es, als wäre der Einfluss bestimmter geburtshilflicher Eingriffe auf das Geburtserleben von Frauen eher gering (Hodnett, 2002; Stadlmayr et al., 2004) und vor allem bedeutsam, wie sie sich behandelt und ob sie sich in Entscheidungen bezüglich der vorgenommenen Maßnahmen einbezogen fühlen (Patterson et al., 2019). Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigten, dass Interventionen scheinbar eine Rolle für das subjektive Geburtserleben (erhoben mittel SIL-Ger) spielen, und da die Rate an Eingriffen in den Geburtsverlauf in Kliniken derzeit unnötig hoch scheint, bieten diese einen Ansatzpunkt, über den sich das Geburtserleben von Frauen möglicherweise verbessern ließe. Gleichzeitig könnte die Senkung invasiver geburtshilflicher Maßnahmen zu einer Verbesserung der

Arbeitsbedingungen von Hebammen (IGES Institut, 2019) und Reduktion der Kosten in der Geburtshilfe beitragen, was sich wiederum positiv auf die Umsetzung einer frauenzentrierten Betreuung auswirken könnte.

11.4.2 Kontrollerleben (SCIB)

Das Kontrollerleben einer Frau stellt eine wichtige Komponente ihres Geburtserlebens dar, kann dieses nachhaltig prägen und sich auch auf das Wohlbefinden der jungen Mutter und den erfolgreichen Übergang zur Elternschaft auswirken (Meyer, 2013). In der vorliegenden Arbeit wurde das Kontrollerleben mittels zweier Subskalen des SCIB erhoben und damit zwischen internem und externem Kontrollerleben unterschieden. Geburtshilfliche Interventionen können sich negativ, eine gelungene Kommunikation und Interaktion zwischen der Frau und ihren Geburtshelfer*innen dagegen positiv auf das Geburtserleben auswirken. Ob zusätzlich eine Wechselwirkung zwischen diesen beiden Größen in ihrem Zusammenhang mit dem Kontrollerleben als Facette des Geburtserlebens vorliegt, wurde im Rahmen der Hypothesenprüfung H2b und H2c beleuchtet.

11.4.2.1 Internal Control

Im Gegensatz zur nicht signifikanten Interaktion zwischen der Anzahl an Interventionen und der QPI bezogen auf die SIL-Ger wurde diese für die Skala Internal Control signifikant, wobei das Modell lediglich 35% der Varianz erklärte, was unter dem Maß an Varianzerklärung der anderen getesteten Modelle lag (Tabelle 7). Die Items der Skala zielen auf Reaktionen der Frauen auf die Geburtsschmerzen, auf emotionale Reaktionen und Kontrolle über ihren Körper ab. Das Moderationsmodell wurde ab einem QPI-I Score von ca. 68 Punkten (von maximal 145 möglichen) signifikant, ab diesem Wert zeigte sich also ein Zusammenhang zwischen der Interventionszahl und der internen Kontrolle.

Insgesamt lag das Ausmaß an internem Kontrollerleben bei einer positiven Interaktionserfahrung mit den Geburtshelfer*innen (also hohem QPI-I Score) über dem von Frauen mit einer negativeren Interaktionserfahrung. Dies erinnert an die Ergebnisse von Chalmers und Dzakpasu (2015), die eine insgesamt höhere Zufriedenheit mit dem Geburtserleben bei einer positiven Einschätzung der Versorgung durch und der Merkmale der Geburtshelfer*innen beobachtet hatten, die unabhängig von der Anzahl an Interventionen war. Gleichzeitig lag in der aktuellen Stichprobe das interne Kontrollerleben bei wenigen geburtshilflichen Interventionen über die drei betrachteten Niveaus des QPI-I Scores hinweg ($-1\ SD/M/+1\ SD$) höher als bei vielen Interventionen (Abbildung 2). Mit zunehmender Anzahl an Interventionen nahm das Ausmaß an internem Kontrollerleben signifikant ab, und dies besonders bei Frauen mit hohen Werten im QPI-I ($+1\ SD$ über Mittelwert). Die Ausprägungen im Kontrollgefühl näherten sich bei zunehmender Interventionszahl über die drei Stufen der QPI-Ausprägung aneinander an. Bei einer geringen Anzahl an Interventionen unterschieden sich Frauen in Abhängigkeit der Ausprägung der Qualität der Interaktionserfahrung demnach deutlicher in ihrem internen Kontrollerleben als bei einer hohen Anzahl an Interventionen.

Eine Experimentalstudie zu den Auswirkungen stressreicher Interventionen und der Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen auf das Kontrollerleben von Frauen hatte ergeben, dass ein hohes Ausmaß an Unterstützung wesentlicher für das Kontrollerleben der Befragten war (großer Effekt) als belastende Maßnahmen während der Geburt (moderater Effekt; Ford & Ayers, 2009). Gleichzeitig wurde eine Interaktion der beiden Prädiktoren beobachtet. Bei der Einschätzung der Unterstützung als schlecht/niedrig war das Kontrollerleben der Teilnehmerinnen ebenfalls konsistent niedrig. Das Ausmaß an erlebter Kontrolle reduzierte sich durch stressreiche Interventionen nur, wenn das Ausmaß an Unterstützung hoch war (Ford & Ayers, 2009). In der aktuellen Studie zeigte sich für hohe QPI-I-Werte ebenfalls die stärkste Reduktion im Kontrollerleben, wenn die Anzahl der geburtshilflichen Maßnahmen zunahm. Bei niedrigen QPI-I-Werten spielte die Anzahl der Interventionen für das interne Kontrollerleben eine insgesamt geringere Rolle, ab Werten unter 68 Punkten fand sich entsprechend kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Skala Internal Control und der Anzahl an Interventionen mehr, und die niedrige Qualität der Interaktionserfahrung schien bestimmend für das geringe interne Kontrollerleben der Frau.

Ford und Ayers (2009) hatten in ihrer Studie nicht zwischen externem und internem Kontrollerleben differenziert, das Verhalten der Geburtshelfer*innen im Umgang mit der Gebärenden nimmt jedoch Einfluss auf beiden Facetten (Green & Baston, 2003). Bezogen auf das interne Kontrollerleben können sie Frauen etwa in der Verarbeitung der Wehen- und Geburtsschmerzen sowie emotional unterstützen, was Ängste und Anspannung reduzieren und bei einer kontinuierlichen Betreuung auch zu niedrigeren Interventionsraten führen kann (etwa weniger Schmerzmedikamente inkl. PDA; Green & Baston, 2003; Knappe et al., 2013).

Das interne Kontrollerleben der Befragten lag bei einer hohen Anzahl an Interventionen niedriger als bei weniger Interventionen, und der mögliche puffernde Effekt einer positiven Interaktionserfahrung schien mit zunehmender Anzahl an Interventionen ebenfalls abzunehmen. Denkbar wäre, dass eine höhere Rate an Eingriffen (ausgenommen Anästhesie) zu stärkeren Schmerzen führt, die dann, auch mit Unterstützung durch die Geburtshelfer*innen, schwerer zu verarbeiten sind; dass Frauen das Gefühl, ihren Körper oder den Prozess beeinflussen zu können, zunehmend verlieren (z.B. nach Verabreichung von Wehenmitteln oder bei Einschränkung in ihrer Bewegungsfreiheit); oder dass mit zunehmender Anzahl an Interventionen auch negative Gefühle und Stress bei der werdenden Mutter zunehmen, was es erschweren könnte, ein Gefühl der Kontrolle zu behalten und geistig ruhig zu bleiben.

Die Daten der Stichprobe belegen also die vermuteten Zusammenhänge, da bei einer hohen Anzahl an Interventionen das interne Kontrollerleben bei einer positiven QPI höher ausgeprägt schien als bei niedriger QPI, allerdings zeigte sich dies auch und besonders für Frauen mit wenigen oder durchschnittlich vielen Maßnahmen. Gleichzeitig waren niedrige Werte im QPI-I durchweg mit niedrigeren Werten in der Skala Internal Control assoziiert und eine sehr geringe QPI führte, unabhängig von der Interventionsrate, zu einem konstant niedrigen internen Kontrollerleben.

Insgesamt zeigt sich, dass die Qualität der Interaktionserfahrung eine bedeutendere Rolle für das interne Kontrollerleben, als Facette des Geburtserlebens, spielt als die Anzahl der Interventionen (Hodnett, 2002), Frauen aber bei hoher oder mittelhoch ausgeprägter QPI durchaus von einer Reduktion unnötiger Interventionen profitieren könnten, da sich dies positiv auf ihr internes Kontrollerleben auswirken könnte.

Der Anteil an Varianzerklärung des Modells war mit einem R^2 von .35 relativ gering. Es scheinen also, bezogen auf das Ausmaß an internem Kontrollerleben, noch weitere Faktoren bedeutsamen Einfluss zu nehmen, die hier nicht berücksichtigt wurden. Bisherige Studien deuten darauf hin, dass die vorgeburtlichen Erwartungen bezüglich des Kontrollerlebens eine Rolle spielen könnten, bei Primipara auch Sorgen bezüglich der Schmerzen, die Wehen und Geburt mit sich bringen (Green & Baston, 2003; Stein DeLuca & Lobel, 2014). Betrachtet man die Items des QPI-I, bei denen die Teilnehmerinnen im Schnitt die negativsten Einschätzungen abgegeben hatten, genauer, zeigt sich, dass diese Statements sich zum einen auf die (Nicht-)Erfüllung der Erwartungen der Frauen bezogen (Item 1 und Item 3), zum anderen darauf, ob sie sich von ihren Geburtshelfer*innen während der Geburt alleine gelassen gefühlt haben (Item 5). Green und Baston (2003) weisen in ihrer Studie darauf hin, dass Primipara, die während der Geburt das Gefühl hatten, alleine gelassen worden zu sein, eine fünffach höhere „Chance“ hatten, Kontrollverlust zu erleben. Dies könnte noch genauer exploriert werden.

11.4.2.2 External Control

Die Items der Skala External Control beziehen sich darauf, inwieweit eine Frau Kontrolle über die bei der Geburt vorgenommenen Maßnahmen, die Informationsweitergabe, andere Personen sowie den Moment der Geburt (i.S.v. das Kind erblickt das Licht der Welt) hatte. Die Qualität der Interaktionserfahrung steht in direktem Zusammenhang mit den Facetten, die die Skala External Control abbildet, da Geburtshelfer*innen diejenigen Personen sind, die Maßnahmen durchführen, Informationen weitergeben und bei der Geburt anwesend sind. In der Validierungsstudie zum Fragebogen Support and Control in Birth Scale wurden Zusammenhänge zwischen der Support-Skala, die Überschneidungen mit dem QPI-I aufweist, und den beiden Control-Skalen deutlich, vor allem mit der Skala External Control ($r = .69$; Ford et al., 2009).

Neben der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung wurde in der vorliegenden Arbeit auch das Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt berücksichtigt. Der Interaktionsterm und das postulierte Modell wurden signifikant und eine Varianzerklärung von 82% erreicht, was auf eine hohe Güte des Modells hindeutet (Tabelle 8).

Werden bei einer Geburt Interventionen notwendig, wünschen sich Frauen, in die Entscheidungsfindung mit eingebunden zu werden, da ihnen dies ermöglicht, ein Gefühl der Kontrolle zu behalten (Downe et al., 2018; Karlström et al., 2015). Die Analyse der bedingten Effekte zeigte, dass der Zusammenhang zwischen der Summe an Interventionen bei der Geburt und dem externen Kontrollerleben für niedrige Werte in der Qualität der Interaktionserfahrung nicht signifikant wurde. Das Kontrollerleben blieb hier, unabhängig davon, ob eine Frau wenige, durchschnittlich oder viele

Interventionen erfahren hatte, gleichbleibend niedrig und lag zudem deutlich unter dem Kontrollerleben von Frauen mit einer besseren QPI. Dies könnte darauf hindeuten, dass Frauen mit niedriger QPI eben nicht in Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung einbezogen worden waren, was sich dann negativ auf ihr externes Kontrollgefühl ausgewirkt haben könnte. Fühlen sich Frauen respektvoll und umsichtig behandelt, hängt dies dagegen mit einem höheren Kontrollerleben zusammen (Green & Baston, 2003). Die höchsten Werte in der Skala hatten Frauen angegeben, die sowohl wenige Interventionen erfahren als auch die Qualität der Interaktionserfahrung hoch eingeschätzt hatten. War die QPI durchschnittlich oder hoch ausgeprägt, zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Interventionszahl und der Skala External Control, wobei dieser mit zunehmender QPI (im Betrag) ebenfalls größer wurde. Dies entspricht den von Ford und Ayers (2009) berichteten Tendenzen, auch wenn die von den Autorinnen einbezogenen Größen sich leicht von denen der aktuellen Studie unterscheiden. Bei durchschnittlicher oder hoher QPI (bzw. ab einem QPI-Wert von ca. 101 Punkten) wirkte sich eine zunehmende Anzahl an Interventionen also negativ auf das externe Kontrollerleben der Frauen aus.

Die Annahme, dass Frauen mit vielen Interventionen, aber einer hohen QPI ein höheres Ausmaß an externer Kontrolle erleben als Frauen, die gleichzeitig eine niedrige QPI angegeben, war in der Stichprobe zu beobachten, auch wenn sich dieser Zusammenhang ebenfalls für Frauen mit niedriger bis moderater Interventionsrate zeigte. Die zentrale Bedeutung der QPI für das externe Kontrollerleben wurde sehr deutlich, da Frauen mit einer niedrig eingeschätzten QPI durchweg niedrige Werte in der Skala External Control erreichten. Es scheint also tatsächlich das WAS (Anzahl an Interventionen) weniger bedeutsam als das WIE (Patterson et al., 2019), das WAS sollte jedoch ebenfalls Berücksichtigung finden.

Bezogen auf die Rolle des Alters der Mutter bei der Geburt ihres Kindes ergab die explorative Analyse, dass die Gruppe der Mütter, die ihr Kind mit 33 oder mehr Jahren geboren hatten, im Vergleich zur Gruppe der jüngsten Mütter (19–28 Jahre) ein signifikant höheres externes Kontrollerleben angegeben hat (kleiner Effekt). Betrachtet man das Geburtserleben allgemein, entspricht dies den Ergebnissen von Mattison et al. (2018), die ein höheres Alter mit einem positiveren Geburtserleben in Verbindung bringen. Die Gruppenunterschiede im externen Kontrollerleben könnten möglicherweise auf eine intensivere Vorbereitung auf die Geburt bei späterer Schwangerschaft zurückzuführen sein (Nottingham-Jones, Simmonds, & Snell, 2020; Stoll & Hall, 2012), die mit einem positiven Geburtserleben, besserer Kommunikation mit den Geburtshelfer*innen während der Geburt, einer besseren Einbindung in die Entscheidungsfindung und reduzierten Interventionen assoziiert sein kann (Akca et al., 2017; Mueller, Webb, & Morgan, 2020; Taheri et al., 2018). Diese Vermutung bleibt jedoch spekulativ.

Vergleicht man die Werte im QPI-I, ab denen die Interaktion zwischen der Anzahl an Interventionen und den Skalen Internal bzw. External Control signifikant wurde, fällt auf, dass dieser Schwellenwert für das interne Kontrollerleben deutlich niedriger lag (68 Punkte) als für das externe Kontrollerleben (101 Punkte). Bei der Skala Internal Control musste die Qualität der

Interaktionserfahrung also deutlich niedriger liegen, bis die Interventionen keinen signifikanten Einfluss mehr auf das Kontrollerleben genommen haben. Daraus ließe sich schließen, dass die Anzahl an Interventionen eine größere Bedeutung für das interne Kontrollerleben haben könnte als für das externe Kontrollerleben. Die interne Kontrolle bezieht sich auf den Umgang mit Schmerzen, emotionalen Reaktionen und dem, was mit dem eigenen Körper während der Geburt geschieht. Denkbar wäre, dass eine hohe Anzahl an Interventionen die Fähigkeit der Mutter, einen guten Umgang mit den Wehen und der Geburt zu finden, mindert. So kann die Einschränkung der Bewegungsfreiheit die Verarbeitung der Wehen erschweren, die Verabreichung von wehenmodulierenden Mitteln die Vorhersehbarkeit der Wehenaktivität verringern oder eine hohe Anzahl an Eingriffen möglicherweise negative Gefühle hervorrufen (etwa Angst, dass etwas schief läuft und deswegen so viel interveniert werden muss). Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass das Modell nur einen geringen Teil der Varianz im Outcome erklärte und weitere Forschung notwendig scheint, um zentrale Größen im Bezug auf das interne Kontrollerleben der Frau bei der Geburt ausmachen zu können.

Die Anzahl der Interventionen schien für das externe Kontrollerleben, im Vergleich zum internen Kontrollerleben, weniger bedeutsam zu sein bzw. erst ab einem höheren QPI-I-Wert eine signifikante Rolle zu spielen. Einige Items der Skala External Control beziehen sich explizit auf die Kontrolle über geburtshilfliche Maßnahmen. Hat eine Frau das Gefühl, Kontrolle darüber zu haben, wann und welche Maßnahmen ergriffen werden, scheint es naheliegend, dass die reine Anzahl an Interventionen weniger bedeutsam ist.

Bei einer sehr hoch ausgeprägten QPI verringerte sich der Score der Skala Internal Control pro zusätzliche Intervention um 0.143 Punkte, der der Skala External Control lediglich um 0.063 Punkte. Dies unterstreicht die scheinbar gewichtigere Rolle der Interventionen für das interne Kontrollerleben der Frauen.

11.4.3 Eigenes Bewältigungsvermögen

Für die Skala Own Capacity des CEQ, die nach verschiedenen Gefühlen der Frau während der Wehen und Geburt fragt und zudem je ein Item zu Coping, Selbstwirksamkeit und Kontrolle beinhaltet, wurde das getestete Moderationsmodell ebenfalls signifikant ($R^2 = .41$), die Anzahl der Interventionen interagierte also mit der Qualität der Interaktionserfahrung, die eine Frau während der Geburt mit ihren Geburtshelfer*innen gemacht hatte (Tabelle 9). Wie bei der Skala External Control zeigte sich bei sehr niedriger QPI zunächst ein nicht signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung. Frauen, die die QPI als schlecht eingeschätzt haben, hatten also unabhängig davon, ob bei ihrer Geburt wenige oder viele Maßnahmen ergriffen worden waren, auch niedrige Werte im eigenen Bewältigungsvermögen. War die QPI durchschnittlich oder positiv ausgeprägt, nahm das eigene Bewältigungsvermögen bei zunehmender Anzahl an Interventionen signifikant ab, wobei dies am stärksten bei QPI-I-Werten von 145 Punkten (Maximalscore) zu beobachten war. Frauen mit hohen Werten im QPI-I gaben insgesamt die höchsten, Frauen mit niedriger QPI die niedrigsten Werte in der Skala Own Capacity an. Studien deuten darauf

hin, dass Frauen, die sich respektvoll und als Subjekt behandelt fühlen und die ihre Geburtshelfer*innen als rücksichtsvoll und aufmerksam wahrnehmen, ein höheres Ausmaß an Kontrolle erleben, die einen Bestandteil der Skala Own Capacity darstellt (Green & Baston, 2003). Ein hohes Ausmaß an Eingriffen während der Wehen und Geburt kann jedoch ebenfalls relevant werden, was auch eine israelische Studie aufzeigte, in der Frauen mit natürlichen (hier: ohne medizinische Eingriffe) im Vergleich zu Frauen mit medikalisierten (hier: mit medizinischen Eingriffen) Geburten, nach Kontrolle für das Alter der Mütter und verschiedene Persönlichkeitseigenschaften (u.a. Optimismus, Selbstwirksamkeit), in allen Skalen des CEQ höhere Werte erzielten (Handelzalts, Zacks, & Levy, 2016). Routinemäßig vorgenommene Interventionen können Frauen das Coping mit der Situation erschweren (Lothian, 2019), und eine lange Geburstdauer (>12h), die Verabreichung von Oxytocin und ein operativer Geburtsmodus (vaginal oder Sectio) gehen im Schnitt mit signifikant niedrigeren Werten in der Skala Own Capacity einher (kleine bis mittlere Effekte; Dencker et al., 2010; Dencker et al., 2020).

Der vermutete modulierende Effekt der QPI auf den Zusammenhang zwischen der Anzahl an Interventionen und dem wahrgenommenen Bewältigungsvermögen der Frau hat sich in der Stichprobe weitgehend gezeigt. Frauen, die eine sehr negative Kommunikations- und Interaktionserfahrung mit ihren Geburtshelfer*innen gemacht hatten, profitierten allerdings, bezogen auf ihr Bewältigungsvermögen, nicht signifikant von einer Reduktion der Interventionen. Hier wäre es zunächst wichtig, die Interaktion positiver zu gestalten und die Frau als Subjekt, mit Respekt und auf Augenhöhe zu behandeln, was an sich selbstverständlich sein sollte.

11.4.4 Sicherheitsgefühl

Zuletzt wurde eine Moderation des Zusammenhangs zwischen der Anzahl an Interventionen und dem Sicherheitsgefühl der Frau durch die Qualität der Interaktionserfahrung angenommen, wobei auch dieses Modell Signifikanz erreichte ($R^2 = .76$). Wie bei den Skalen Own Capacity und External Control wurde die Interaktion nur bei durchschnittlich oder hoch ausgeprägter QPI deutlich, nicht jedoch bei Frauen, die eine unterdurchschnittliche QPI angegeben haben. Wurde die QPI als schlecht eingeschätzt, war also auch das Sicherheitsgefühl der Frauen niedrig gewesen, egal, ob viele oder wenige geburtshilfliche Interventionen vorgenommen worden waren.

Ein Gefühl von Sicherheit bei der Geburt scheint zentral für eine langfristig positive Geburtserfahrung und zu großen Teilen durch das Verhalten der Hebammen hergestellt zu werden (Karlström et al., 2015). Die Studie von Gärtner et al. (2014), in der Frauen nach den für sie wichtigsten Aspekten für ihr Geburtserleben gefragt wurden, hatte zudem ergeben, dass das Verhalten und die Einstellung der Geburtshelfer*innen und das Gefühl der Sicherheit und Zuversicht deutlich vor medizinischen Aspekten gereiht wurden (wie Interventionen, Geburtsmodus, Geburtsort). Konsistent zeigte sich in der aktuellen Arbeit ein höheres Sicherheitsgefühl bei Frauen, die die QPI positiv erlebt hatten, im Vergleich zu Frauen, die diese als durchschnittlich oder unterdurchschnittlich eingeschätzt hatten. Ab einem QPI-I-Score von ca. 75 Punkten nahm das Sicherheitsgefühl mit zunehmender Anzahl an Interventionen signifikant ab, besonders bei einer sehr positiv eingeschätzten QPI (145 Punkte). Dies

deutet darauf hin, dass sich eine hohe Interventionsrate durchaus negativ auf das Sicherheitserleben der werdenden Mütter auswirken kann, wie Unterschiede im CEQ bei Frauen nach „natürlicher“ und „medikalisierte“ Geburt zeigten (Handelzalts et al., 2016). Wie bereits bezogen auf die Skala Own Capacity erläutert, unterscheiden sich Frauen auch in der Skala Perceived Safety, wenn die Dauer der Geburt (über oder unter 12 Stunden), die Verabreichung von Oxytocin (ja/nein) oder der Geburtsmodus („natürlich“/operativ) als Gruppierungsvariable herangezogen werden (Dencker et al., 2020). Auch eine deutsche Studie zur künstlichen Geburtseinleitung ergab niedrigere Werte in der Skala Perceived Safety des CEQ im Vergleich zu Frauen mit natürlichem Beginn des Geburtsprozesses (Schaal et al., 2019).

Judith Lothian beschreibt in ihrem Artikel „Do not disturb: the importance of privacy in labor“ (2004) die paradox erscheinende Situation, dass die meisten Frauen ihre Kinder aus Gründen der Sicherheit in einem Krankenhaus auf die Welt bringen wollen, dass aber die physiologischen Reaktionen der Gebärenden in eben diesem klinischen Setting oftmals Reaktionen gleichen, die unter Unsicherheit oder dem Gefühl der Schutzlosigkeit auftreten („when we feel unsafe or unprotected“; S. 5). Sie führt dies darauf zurück, dass häufige Störungen des Geburtsprozesses und Ablenkungen auftreten, die eine hormonelle Stressreaktion hervorrufen können und die Frau damit physiologisch in einen fight-or-flight-Modus versetzt wird, auch wenn sie sich auf rationaler Ebene sicher fühlt. Die Ausschüttung von Katecholaminen kann dazu führen, dass die Wehen nachlassen und das Blut aus dem Uterus in die großen peripheren Muskelgruppen abgezogen wird (Buckley, 2015). Oft ist ein Nachlassen der Wehen auch zu beobachten, wenn eine Frau in der Eröffnungsphase der Geburt im Krankenhaus ankommt. Diese physiologischen Reaktionen bei Unsicherheiten, Störungen oder tatsächlichen Gefahren sind evolutionsbiologisch sinnvoll, um die Frau in der äußerst vulnerablen Situation der Geburt zu befähigen, einen geschützteren Ort für die Niederkunft aufzusuchen (Buckley, 2015). Lothian sieht es daher als zentral an, Frauen eine möglichst ungestörte Geburt zu ermöglichen, bei der sie kontinuierlich unterstützt werden und sich sicher fühlen können.

Auf ein Nachlassen der Wehen nach Ankunft in der Klinik wird häufig mit der Verabreichung von Wehenmitteln reagiert, um die Geburt wieder in Gang zu bringen (in der Stichprobe hatten 43.7% aller Frauen wehenfördernde Mittel bekommen). Auf diese Intervention können weitere Maßnahmen folgen, etwa wenn die Wehenfrequenz sehr häufig und die Schmerzen für die Frau zu groß werden, wenn das CTG pathologisch erscheint oder die Intervention keine Wirkung zeigt. Eine protrahierte Geburt und ein pathologisches CTG stellen, neben dem Zustand nach Sectio, die Hauptindikationen für eine Kaiserschnittgeburt dar (IQTIG, 2018). Sieht man geburtshilfliche Interventionen (wie hier konzipiert) als Störungen oder zumindest Eingriffe in den Geburtsprozess an, die Stressreaktionen bei der Frau hervorrufen können, scheint es naheliegend, dass das Sicherheitsgefühl von Frauen mit vielen Interventionen (zumindest bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher QPI) niedriger liegt als bei wenigen. Ein hohes Ausmaß an Interventionen könnte der Frau zudem suggerieren, dass medizinische Komplikationen vorliegen, die diese begründen, und somit zusätzlich zu Verunsicherung oder Angst um die Gesundheit des Kindes (oder der eigenen) führen.

Die Verbesserung der Qualität der Kommunikation und Interaktion zwischen den Geburtshelfer*innen und der Frau scheint die primäre Maßnahme, um das Sicherheitsgefühl werdender Mütter erhöhen zu können. Gleichzeitig lohnt es sich jedoch auch, routinemäßig vorgenommene Interventionen zu hinterfragen und unnötige Maßnahmen zu reduzieren. Denn hatten sich Frauen als Subjekt und auf Augenhöhe behandelt gefühlt und gleichzeitig wenige Interventionen bei der Geburt erfahren, gaben sie in der Skala Perceived Safety im Schnitt die höchsten Werte an.

11.5 Nachbesprechung

In Bezug auf eine Nachbesprechung der Geburt entsprachen die Ergebnisse dieser Befragung dem Wunsch vieler Frauen nach einem solchen Angebot, den Sigurdardottir und Kolleginnen (2019) und Piwecki et al. (2019) auch für Deutschland beschrieben hatten. Die Angaben der Teilnehmerinnen deuteten darauf hin, dass dies momentan für Geburten in Krankenhäusern im deutschsprachigen Raum keine Routine darstellt, da lediglich in 20 Fällen ein solches Angebot gemacht worden war, allerdings handelte es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe. Nicht alle der Teilnehmerinnen hatten den Wunsch, ihre Geburt nachbesprechen zu können, und dieser scheint vor allem nach einer negativen Geburtserfahrung zu bestehen (Piwecki et al., 2019). Wie konkret ein Gespräch strukturiert sein sollte und welche Person dieses mit der Mutter wann und in welchem Rahmen idealerweise durchführen könnte, um einen Vorteil für die Frau mit sich zu bringen, ist derzeit noch nicht umfassend erforscht (Piwecki et al., 2019). Die Tatsache aber, dass sich sehr viele Frauen eine Nachbesprechung wünschen, deutet darauf hin, dass sich junge Mütter durchaus einen Nutzen davon erhoffen. Eine Maßnahme zur Nachbesprechung soll zudem im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele in Deutschland flächendeckend Umsetzung finden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Der Bedarf nach einem Angebot an die Frauen ist daher ebenso deutlich wie der nach Studien, die konkrete Maßnahmen auf ihren Nutzen hin überprüfen und eine flächendeckende Implementierung in der klinischen Geburtshilfe ermöglichen.

12. Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten insgesamt auf langfristige Auswirkungen (mind. drei Jahre) der Anzahl an geburtshilflichen Interventionen und vor allem der Qualität der Interaktionserfahrung zwischen der werdenden Mutter und ihren Geburtshelfer*innen sowie der Wechselwirkung der beiden Größen auf verschiedene Facetten des Geburtserlebens von Frauen hin, die ihr erstes Kind termingerecht vaginal in einem Krankenhaus geboren haben. Die zentrale Bedeutung einer positiven Interaktionserfahrung für ein positives Geburtserleben, Gefühle der Kontrolle und Sicherheit sowie das eigene Bewältigungsvermögen wurde durch die Daten der befragten Frauen und Mütter untermauert. Eine hohe Anzahl an geburtshilflichen Interventionen wirkte sich in der Stichprobe dagegen negativ auf diese Facetten aus. Für das globale Geburtserleben, mittels Summenscore der SIL-Ger erfasst, schienen beide Faktoren unabhängig voneinander zu wirken, für die spezifischen Facetten des Geburtserlebens übte die Qualität der Interaktionserfahrung eine modulierende Wirkung aus. So

wurde die Anzahl der Interventionen nur relevant (bzw. hat sich nur dann negativ auf die Outcomevariable ausgewirkt), wenn diese (die QPI) durchschnittlich oder hoch war, alleine bei der Skala Internal Control auch bei unterdurchschnittlichen Werten im QPI-I. In zukünftigen Studien zu möglichen Auswirkungen von Interventionen bei der Geburt oder der Qualität der Interaktionserfahrung auf verschiedene Facetten des Geburtserlebens sollte diese Wechselwirkung berücksichtigt und die Prädiktoren nicht isoliert voneinander betrachtet werden.

Über eine Verbesserung der Interaktion und Kommunikation zwischen den Geburtshelfer*innen und der Frau, die dazu führt, dass sich die werdende Mutter als Individuum und Subjekt wahrgenommen und wertschätzend und respektvoll behandelt fühlt, ließen sich verschiedene Dimensionen des subjektiven Geburtserlebens, konkret das Ausmaß an interner und externer Kontrolle, das Sicherheitsgefühl und das eigene Bewältigungsvermögen der Frau, sowie auch die umfassende Zufriedenheit mit dem Geburtserleben (wie sie die SIL-Ger konzipiert) positiv beeinflussen. Bei einer bereits durchschnittlich guten bis sehr guten Qualität der Interaktionserfahrung wäre zusätzlich die Reduktion unnötiger geburtshilflicher Interventionen ein Schritt, der sich sowohl positiv auf die genannten Facetten des Geburtserlebens als auch auf die Arbeitssituation von Hebammen auswirken könnte (IGES Institut, 2019). Bei einer unterdurchschnittlichen QPI zeigte eine niedrige Interventionsrate, bezogen auf die Skalen External Control, Own Capacity und Perceived Safety, zwar keinen Vorteil, dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Vermeidung unnötiger Interventionen keinerlei Nutzen mit sich bringen könnte. Geburtshilfliche Interventionen (wie in dieser Studie konzipiert) greifen in die Physiologie der Geburt ein, können Risiken für die physische und psychische Gesundheit der Frau (z.T. auch des Kindes) bergen und sollten daher nicht ohne Indikation vorgenommen werden (Jansen et al., 2013; Romano & Lothian, 2008). Derzeit werden Interventionen nachweislich jedoch auch aus Gründen der Klinikorganisation, aus Personalmangel oder rein routinemäßig vorgenommen, und nur ein Bruchteil der Hebammen hatte im Rahmen der IGES-Befragung (Deutschland) angegeben, dass KEINE unnötige Pathologisierung und/oder Medikalisierung von Geburten stattfindet (IGES Institut, 2019). Hebammen verbringen aktuell viel Zeit mit dem Management und der Überwachung von Gerätschaften sowie der Dokumentation von Maßnahmen und Geburtsprozess, wodurch Zeit für eine angemessene Betreuung und Unterstützung der Frauen selber zu fehlen scheint (IGES Institut, 2019; Romano & Lothian, 2008). Ein Betreuungsschlüssel von Eins-zu-Eins, den über 70% der im Rahmen der IGES-Erhebung befragten Hebammen als angemessen angesehen hatten, wird momentan nur selten erreicht, nun aber, in der neuen Leitlinie, auch offiziell ab dem Beginn der aktiven Eröffnungsphase der Geburt empfohlen (AWMF, 2020b).

Eine flächendeckende Umsetzung der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin könnte Verbesserungen für Frauen, die ihr Kind in einer Klinik gebären, mit sich bringen. Unnötige Interventionen sollen reduziert, Frauen besser in Entscheidungen einbezogen, ab der aktiven Eröffnungsphase kontinuierlich betreut und in aktiver Eröffnungsphase nicht mehr alleine gelassen werden. Auch sollen das psychische Befinden und subjektive Geburtserleben der Frauen mehr

Beachtung finden. Jedoch wird bereits in der Richtlinie selber auf die oft knappen Ressourcen hingewiesen und z.B. in Bezug auf die Kontrolle der kindlichen Herztöne angeführt, dass „[d]er Personalschlüssel [gewährleisten] muss, dass *best-practice*-Empfehlungen umgesetzt werden können“ (Hervorhebung im Original; AWMF, 2020b, S. 41). Personalknappheit stellt momentan ein virulentes Problem in der Geburtshilfe dar, ebenso unterfinanzierte Abrechnungspauschalen, die falsche finanzielle Anreize setzen (Du Bois & Perl, 2018). Hebammen in einer australischen Studie sahen u.a. Zeitknappheit, administrative Abläufe, mangelnde kollegiale Unterstützung oder Verhinderung durch Vorgesetzte als Barrieren dafür an, eine Richtlinie zur Förderung der normalen Geburt (Queensland Normal Birth Guideline) in der Praxis umzusetzen (Toohill, Sidebotham, Gamble, Fenwick, & Creedy, 2017). Auch waren Bedenken, für mögliche negative Outcomes verantwortlich gemacht zu werden, wenn die Leitlinie befolgt würde, ausschlaggebend. Abrechnungsarrangements unterstützten zudem eine interventionsreiche Geburtshilfe mehr als eine kontinuierliche Betreuung der Frauen, und nur die Hälfte der befragten Geburtshelfer*innen gab an, dass ihre Einrichtung die Umsetzung der Richtlinie befürwortete und förderte (Toohill et al., 2017). Ähnliche Hindernisse sind wohl für die Implementierung der S3-Leitlinie in den deutschsprachigen Ländern erwartbar, sofern nicht gleichzeitig der politische Wille vorhanden ist, die umfassende Gesundheit von schwangeren Frauen und jungen Müttern zu priorisieren, eine bessere Finanzierung der Geburtshilfe zu garantieren und die praktische Umsetzung und Wirksamkeit der neuen Empfehlungen zu evaluieren.

Bezogen auf die hohen Interventionsraten ließen sich bereits heute Veränderungen auf Klinikenebene anstoßen, die zur Reduktion unnötiger Maßnahmen führen, ohne mit Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Frauen oder Neugeborenen einherzugehen. Dies zeigte ein Aktionsforschungsprojekt einer schwedischen Klinik mit dem Ziel, die „natürliche Physiologie“ der Geburt zu fördern (Nyman et al., 2017). Hier wurde, ohne Veränderungen am Personalstand, eine signifikante Reduktion verschiedener Interventionen (Aufnahme-CTG, Häufigkeit CTG über 30 Minuten, fetale Mikrobiutanalyse, Wehenbeschleunigung mittels Oxytocin) erreicht. Dabei alleine kann es jedoch nicht belassen werden. Die aktuellen Rahmenbedingungen in der Geburtshilfe führen auf Seiten vieler Geburtshelfer*innen zu Unzufriedenheit und Überlastung (IGES Institut, 2019), was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Frau und ihrer/ihren Hebamme(n) erschwert und sich negativ auf die Interaktionserfahrung auswirkt (Patterson et al., 2019). Eine Verbesserung ihrer Arbeitssituation könnte es den Geburtshelfer*innen dagegen erleichtern, frauenzentrierte Geburtshilfe zu leisten, was sowohl die Interaktion und Kommunikation mit den werdenden Müttern verbessern als auch Interventionen reduzieren (AWMF, 2020b) und sich damit positiv auf verschiedene Dimensionen des Geburtserlebens auswirken könnte.

Es wird deutlich, dass strukturelle Gegebenheiten Einfluss auf das vielschichtige Geburtserleben von Frauen nehmen, das, wie erläutert, lange nachwirkt und bedeutsam für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mutter, ihre Partnerschaft, den Bindungsaufbau zum*zur Neugeborenen, die kindliche Entwicklung und die Entscheidung für oder gegen weitere Kinder ist. Die

Geburtshilfe im Jahr 2021 kann es nicht mehr als ausreichend ansehen, dass eine junge Mutter (und ihr Kind) die Geburt körperlich gesund „überstehen“, vielmehr wäre den Forderungen von Jenny Patterson et al. (2019) höchste Wichtigkeit einzuräumen:

- (1) Raise the status of psychological wellbeing for childbearing women and make it of equal importance to physical wellbeing, with clear focus upon care provider interaction
- (2) Create a midwife centered system that enables midwives to provide optimal care provider interaction and improve relationship-based care
- (3) Challenge underlying toxic cultures that currently persist in the maternity service system, which undermine the work of midwives and consequently the experience of women (Patterson et al., 2019, S. 21)

Ergänzen und bestätigen lassen sich diese Forderungen durch die Erkenntnisse einer Metaanalyse von Taheri und Kolleg*innen (2018), die die Unterstützung der Frau während einer interventionsarmen Geburt sowie eine gute Vorbereitung der Schwangeren auf das, was sie erwarten kann, als zentrale Angriffspunkte für die Förderung eines positiven Geburtserlebens ansehen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit untermauern dies: Sowohl die geburtshilflichen Interventionen als auch die Interaktion und Kommunikation der Geburtshelfer*innen und der werdenden Mutter bieten Stellschrauben, über die deren Gefühl der Kontrolle und Sicherheit gefördert, ihr Bewältigungsvermögen gestärkt und ein positives Erleben und eine hohe Zufriedenheit der Frauen erreicht werden kann.

13. Limitationen und Ausblick

Eine wesentliche Limitation der vorliegenden Studie stellt die Verwendung von eigens übersetzten Instrumenten dar, die im deutschsprachigen Raum bisher nicht validiert wurden. Die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse wird dadurch eingeschränkt, was bei der Interpretation mitbedacht werden muss. Alleine die SIL-Ger stellt ein Verfahren dar, das bereits im Jahr 2001 übersetzt und erstmalig validiert worden war (Stadlmayr et al., 2001). Aktuell befindet sich zudem eine deutschsprachige Version des CEQ im Validierungsprozess (N.K. Schaal, persönliche Mitteilung, 07.02.2020), womit ein weiteres Instrument zur Erfassung des Geburtserlebens zur Verfügung stünde. Im Vergleich zur Forschungsaktivität im englischsprachigen Raum stellt dies jedoch immer noch eine prekäre Situation dar, die die Erfassung repräsentativer und vergleichbarer Daten zu verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens von Frauen in Österreich, Deutschland und der Schweiz erschwert. Gerade die Einführung der neuen Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin sowie die Forderungen im Rahmen der Nationalen Gesundheitsziele rund um die Geburt (BMG, 2018) machen den Bedarf nach Instrumenten deutlich, die die möglichen (positiven) Auswirkungen ihrer Implementierung auf das Erleben von Frauen abbilden könnten. Bezogen auf die SIL-Ger wünschte sich eine der Teilnehmerinnen eine Trennung der Fragen zu ihren Gefühlen und ihrem Schmerzerleben während der Geburt von denen nach der Geburt, da diese in ihren Augen nicht miteinander vergleichbar seien.

Möglicherweise stellt sich dieses Problem weniger, wenn der Fragebogen bereits kurz nach der Geburt, wie es regulär auch angedacht ist, vorgegeben wird. Zwar gibt es eine Studie, in der Frauen zwei Jahre nach der Geburt mittels der Salmon's Item List befragt wurden (Stadlmayr et al., 2006), weitere Studien zu einer Vorgabe zu späterem Zeitpunkt wären jedoch wünschenswert, um die Aussagekraft des Fragebogens auch in diesen Fällen abzusichern und ggf. eine mögliche sinnvolle Adaption ableiten zu können. Auch könnten das Moderationsmodell, wie es hier für den Summenscore der Skala geprüft wurde, für die einzelnen Subskalen des Fragebogens geprüft werden, um differenzierte Aussagen zu einer möglichen Wechselwirkung der Anzahl an Interventionen und der QPI bezüglich der SIL-Ger machen zu können.

Neben den „klassischen“ Geburtshelfer*innen können Frauen heute in vielen Regionen auch auf privat finanzierte Doulas zurückgreifen, deren Anwesenheit und Unterstützung das Geburtserleben zum Positiven beeinflussen können (Knappe et al., 2013). Diese Form der Betreuung wurde in der aktuellen Arbeit nicht berücksichtigt, was sich eine Teilnehmerin jedoch gewünscht hätte, die bei ihrer Geburt von einer Doula begleitet worden war. Ebenso wurde nicht auf die mögliche Anwesenheit der*des Partner*in oder anderer Vertrauenspersonen (Freund*in, Elternteil o.a.) bei der Geburt eingegangen. Zum einen stellt die Begleitung durch den*die Partner*in heute die Regel dar (Neumann & Meier, 2019), zum anderen erschien die bereits einbezogene Anzahl an Kontrollvariablen bereits sehr hoch, sodass hier keine weiteren Größen mehr inkludiert werden sollten. Dies wäre jedoch im Rahmen weiterer Studien im deutschsprachigen Raum durchaus sinnvoll. Zusätzliche Variablen, die Beachtung finden könnten, sind bezogen auf die Frauen z.B. ihr Gesundheitsverhalten in der Schwangerschaft, mögliche Ängste vor der Geburt, ihr sozioökonomischer Status, ob sie einer Einwandererfamilie entstammen und ob sie in Partnerschaft leben bzw. ihr Beziehungsstatus. Bezogen auf die konkrete Schwangerschaft könnte abgefragt werden, ob und, wenn ja, welche gesundheitlichen Komplikationen aufgetreten sind, die sich möglicherweise auf die Geburt ausgewirkt haben. Bezogen auf die Interventionen könnten weitere Eingriffe inkludiert und ihre medizinische Notwendigkeit abgefragt werden, wobei hierbei eine Analyse der Geburtsberichte der Kliniken sinnvoll erscheinen würde. Der Fragebogen zur Qualität der Interaktionserfahrung ließe sich zudem getrennt für Hebammen und ärztliches Personal bearbeiten, um ein differenzierteres Bild dieser Größe zu erhalten. Allerdings scheint es nicht sinnvoll, alle der hier gelisteten Vorschläge im Rahmen einer einzelnen Studie umzusetzen, da dies die Komplexität der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse stark erhöhen und auch die Zumutbarkeit der Batterie, vor allem durch eine lange Bearbeitungszeit, in Frage stellen würde.

Teilnehmerinnen der aktuellen Studie benötigten im Schnitt knapp 15 Minuten, um den kompletten Fragebogen zu bearbeiten. Viele Dokumente wurden jedoch nur lückenhaft ausgefüllt, und die finale Stichprobe dadurch deutlich reduziert. Dass Frauen, die ein Kleinkind betreuen, wenig Zeit und Kapazität für die Bearbeitung langer Fragebogenbatterien haben, scheint nachvollziehbar. Für zukünftige Studien wäre es daher anzustreben, die Bearbeitungszeit zu senken, etwa indem Fragebögen überarbeitet und redundante Items (wie sie sich v.a. im QPI-I zeigten) ausgespart werden oder sich auf

einen einzelnen Fragebogen als Outcomevariable oder gar eine einzelne Facette des Geburtserlebens der Frau fokussiert wird.

Wie erläutert besteht in der Scientific Community bisher weder Einigkeit über ein theoretisches Konzept des Geburtserlebens noch über alle (wesentlichen) Dimensionen, die das subjektive Erleben einer werdenden Mutter ausmachen. Viele Studien beziehen sich bisher auf ein globales Maß, was eine differenzierte Betrachtung und Aussagen über spezifische Facetten, wie etwa das Sicherheitsgefühl der Frau, nicht ermöglicht. Der hier gewählte Ansatz, konkrete Facetten aufzugreifen und in Bezug zu bekannten Einflussgrößen zu setzen, erscheint daher sinnvoll und könnte dazu beitragen, sich dem Konstrukt in einem schrittweisen Prozess immer weiter anzunähern, und so auch ein besseres Verständnis für mögliche Risiko- und Schutzfaktoren auf verschiedenen Ebenen zu entwickeln. So könnten weitere Studien zum Zusammenhang zwischen geburtshilflichen Interventionen und dem Kontrollerleben dazu beitragen, die größere Bedeutung der Interventionen für das interne, im Vergleich zum externen Kontrollerleben zu klären und weitere wesentliche Größen auszumachen, über die das (interne) Kontrollerleben der Frauen gefördert werden könnte. Wichtig wäre es allgemein, immer kulturelle, institutionelle, politische und soziale Rahmenbedingungen und vor allem auch gesellschaftliche Diskurse, die Vorstellungen von einer „erfolgreichen Geburt“ prägen, mitzudenken.

Bezogen auf geburtshilfliche Interventionen scheint es ein komplexes Unterfangen, konkrete Auswirkungen einzelner Maßnahmen auf bestimmte Facetten des Geburtserlebens zu erfassen, da die Bedingungen, unter denen die Maßnahmen ergriffen werden, individuell sehr verschieden sein können und sie häufig miteinander in Zusammenhang stehen bzw. sich gegenseitig begünstigen (Interventionskaskade). Auch bildet dieses Vorgehen die aktuelle Praxis in der klinischen Geburtshilfe nicht adäquat ab, in der Geburten in vielen Fällen mit zahlreichen Interventionen einhergehen und nur wenige Situationen vorstellbar sind, in denen z.B. lediglich ein Wehentropf verabreicht, ansonsten jedoch keinerlei weitere Maßnahme ergriffen wird. Zudem fehlt es aktuell an Studien, die die Definition einer geburtshilflichen Intervention weit fassen und tatsächlich versuchen, alle gängigen Maßnahmen abzudecken, die in die Physiologie der Geburt eingreifen oder für Frauen unangenehm sein können, wie dies etwa bei der Beschränkung in der Bewegungsfreiheit der Fall ist. Ob tatsächlich ein kumulativer Effekt geburtshilflicher Interventionen auf verschiedene Dimensionen auf das Geburtserleben vorliegt (Chalmers & Dzakpasu, 2015), bleibt also weiter zu erforschen, wobei der modulierende Effekt der Qualität der Interaktionserfahrung, wie er sich in der vorliegenden Studie zeigte, ebenfalls berücksichtigt werden sollte. Da Hinweise darauf vorliegen, dass sich der Geburtsmodus einer instrumentell-vaginalen Geburt (Saugglocke oder Geburtszange) negativ auf das Geburtserleben auswirken kann, sollte diese Intervention zudem möglicherweise gesondert betrachtet und zwischen vaginaler und vaginal-operativer Geburt unterschieden werden.

Die zentrale Bedeutung der Erfahrungen, die eine Frau mit ihren Geburtshelfer*innen macht und die sich in der Literatur deutlich abzeichnet, konnte in der aktuellen Studie für die Qualität der Interaktionserfahrung ebenfalls belegt werden. In Bezug auf den *personal relationship factor*

(Macpherson, Roqué-Sánchez, Legget, Fuertes, & Segarra, 2016) gehen verschiedene Autor*innen von verschiedenen Begrifflichkeiten aus, deren Abgrenzung nicht immer eindeutig erscheinen. So überschneiden sich etwa die Support-Subskala des SCIB und der QPI-I inhaltlich in einigen Items, oder auch die Subskalen Participation und Professional Support des CEQ und der QPI-I. Um Verwirrung zu vermeiden, scheint es, wie auch schon in Bezug auf die verschiedenen Dimensionen des Geburtserlebens, hilfreich, klar zu umreißen, auf was genau sich bezogen wird, wenn auf die Betreuungserfahrung der Frau mit ihren Geburtshelfer*innen eingegangen wird. Auch hier wäre zudem die Entwicklung und/oder Validierung standardisierter Fragebögen für den Einsatz im deutschsprachigen Raum wünschenswert.

Zuletzt sollte der Forderung, ein salutogenetisches Verständnis von Geburt als Grundlage für weitere Forschung im Feld anzunehmen, nachgekommen werden (Downe, Calleja Agius, Balaam, & Frith, 2020). Bewusst wurde in der Beschreibung der aktuellen Studie und auch in der Fragebogenbatterie das Thema Trauma und Geburt nicht aufgegriffen und versucht, Frauen mit positiven wie negativen oder auch ambivalenten Erfahrungen anzusprechen. Den Fokus auf Faktoren, die ein positives Geburtserleben fördern können, zu legen und die positiven Auswirkungen einer solchen Erfahrung für Frauen, Kinder, Familien, Geburtshelfer*innen und Gesellschaft zu betonen, könnte Argumente dafür liefern, das aktuelle Paradigma in der klinischen Geburtshilfe weiter zu überdenken und eine frauenzentrierte Geburtshilfe flächendeckend umzusetzen.

Literatur

- Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:415. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03106-4>
- Akca, A., Esmer, A. C., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 259, 1127–1133. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>
- Aktaş, S., & Aydin, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37, 176–192. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (Februar 2019). Approaches to limit interventions during labor and birth. Abgerufen unter <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- Ängeby, K., Sandin-Bojö, A.-K., Persenius, M., & Wilde-Larsson, B. (2019). Women's labour experience and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. *Midwifery*, 77, 155–164. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.006>
- Ananth, C. V., Wilcox, A. J., & Gyamfi-Bannerman, C. (2013). Obstetrical interventions for term first deliveries in the US. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27, 442–451. <https://doi.org/10.1111/ppe.12068>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91, 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Anderson, G. (2003). A concept analysis of “normal birth”. *Evidence Based Midwifery*, 1, 48–54.
- Antia-Tatić, D. (11. April 2019). Ausgeliefert, überfordert, gedemütigt – wenn Geburt traumatisiert. *Dasbiber*. Abgerufen unter <https://www.dasbiber.at/content/das-intime-ist-politisch>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2020a). *Die geburtshilfliche Analgesie und Anästhesie. S-1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe*. Abgerufen unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-038l_S1_Die-geburtshilfliche-Analgesie-und-Anaesthesia_2020-03.pdf

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2020b).
Die vaginale Geburt am Termin. S-3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften. Abgerufen unter
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2020c).
Die vaginale Geburt am Termin. S-3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften – Kurzfassung.
 Abgerufen unter
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083k_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01_1.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2020d).
Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt.
 Abgerufen unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-079l_S2k_Dammriss-III-IV-Grades_2020-12_1.pdf
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46, 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Badr, L. K., Ayvazian, N., Lamah, S., & Charafeddine, L. (2018). Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behavior and Development*, 51, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.003>
- Bailit, J. L., Dierker, L. R., Blanchard, M. H., & Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105, 77–79. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000147843.12196.00>
- Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: a meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40, 817–834. <https://doi.org/10.1002/imhj.21812>
- Bastos, M., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4:CD007194. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>
- Bauer, B., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2009). Welche Bedeutung hat das Konzept der persönlichen Kontrolle auf das Geburtserleben von Frauen? Ergebnisse der Interventionsstudie „Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal“. In F. Siedentopf, M. David, J.-P. Siedentopf, A. Thomas, & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Moderne. Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert* (S. 377–382). Frankfurt a. M.: Mabuse.

- Baxter, J. D., McCourt, C., & Jarrett, P. M. (2014). What is current practice in offering debriefing services to post partum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*, 30, 194–219.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.013>
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: a metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12, 453–472. <https://doi.org/10.1177/104973202129120016>
- Beck, C. T. (2009). Birth trauma and its sequelae. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10, 189–203.
<https://doi.org/10.1080/15299730802624528>
- Beck, C. T. (2011). A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*, 21, 301–311. <https://doi.org/10.1177/1049732310390698>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Bell, A. F., Andersson, E., Goding, K., & Vonderheit, S. C. (2018). The birth experience and maternal caregiving attitudes and behavior: a systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 66–76. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.007>
- Bell, A. F., Rubin, L. H., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O. A., & Carter, C. S. (2019). The birth experience and subsequent maternal caregiving attitudes and behavior: a birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 613–620. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0921-3>
- Bertelsmann Stiftung (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Abgerufen unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Kaiserschnitt.pdf
- Bigelow, A. E., Beebe, B., Power, M., Stafford, A.-L., Ewing, J., Egleson, A., & Kaminer, T. (2018). Longitudinal relations among maternal depressive symptoms, maternal mind-mindedness, and infant attachment behavior. *Infant Behavior and Development*, 51, 33–44.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.006>
- Bisits, A. (2016). Risk in obstetrics – perspectives and reflections. *Midwifery*, 38, 12–13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.010>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7), 1–80. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Paulo Souza, J., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12:e1001847.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bosch, A. (2015). Methoden der fetalen Überwachung in Schwangerschaft und Geburt. In C. Mändle & S. Opitz-Kreuter (Hrsg.), *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (6. Aufl., S. 327–381). Stuttgart: Schattauer.
- Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L., & Handa, V. L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217:342. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.027>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019). Woman-centered care: an integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Brander, D., & Beinder, E. (2007). Auswirkungen der Periduralanästhesie (PDA) auf das Geburtserlebnis. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211, 76–81. <https://doi.org/10.1055/s-2007-960629>
- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Britton, J. R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33, 37–44. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.658464>
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heat, I., ... Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*, 390, 156–168. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perception of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x>
- Buckley, S. J. (Januar 2015). *Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Abgerufen unter <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>
- Bücker, T. (19. Februar 2020). Wehenmittel. Lasst die Gebärenden nicht alleine. *Zeit Online*. Abgerufen unter https://www.zeit.de/gesellschaft/2020-02/wehenmittel-cytotec-geburtseinleitung-schwangerschaft-gesundheit?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.startpage.com%2F
- Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (n.d.). *Gebrauchsinformation: Information für Anwender. Syntocinon 5 I.E. Lösung zur Injektion*. Abgerufen unter https://aspregister.basg.gv.at/aspregister/faces/aspregister.jspx?_afLoop=339221841336887&_afWindowMode=0&_adf.ctrl-state=rkfs8p8fw_4

- Bundesministerium für Gesundheit (2018). *Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt* (3. Auflage). 4. Auflage abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesundheit_rund_um_die_Geburt_barrierefrei.pdf
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do not harm – interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M.-J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experience? *Midwifery*, 43, 21–28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T., & Guittier, M.-J. (2017). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:279. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>
- Catov, J. M., Newman, A. B., Kelsey, S. F., Roberts, J. M., Sutton-Tyrrell, K. C., Garcia, M., ... Ness, R. B. (2006). Accuracy and reliability of maternal recall of infant birth weight among older women. *Annals of Epidemiology*, 16, 429–431. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.09.004>
- Chabbert, M., Panagiotou, D., & Wendland, J. (2020). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39, 43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Chalmers, B. (2017). Pregnancy and birth are normal, healthy processes. In B. Chalmers (Ed.), *Family Centred Perinatal Care: Improving Pregnancy, Birth and Postpartum Care* (pp. 17-33). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316809662.005>
- Chalmers, B., & Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: the Canadian Maternity Experience Survey findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33, 374–387. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., ... Young, D. (2009). Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36, 13–25. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00291.x>
- Chassin, M. R., & Galvin, R. (1998). *The urgent need to improve health care quality: consensus statement*. Abgerufen unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223995/>
- Clement, S., Wilson, J., & Sikorski, J. (1999). The development of an intrapartum intervention score based on women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17, 53–62. <https://doi.org/10.1080/02646839908404584>

- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalization: a systematic review. *Midwifery*, 66, 161–167.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R. (2014). Women's experience of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14:359. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>
- Coddington, R., Catling, C., & Homer, C. (2020). Seeing birth in a new light: the transformational effect of exposure to homebirth for hospital-based midwives. *Midwifery*, 88:102755.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102755>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N. J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16, 51–67. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
- Crossland, N., Kingdon, C., Balaam, M.-C., Pilar Betrán, A., & Downe, S. (2020). Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: a systematic mixed methods review. *Reproductive Health*, 17:83. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00915-w>
- Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2019). Humanisation in pregnancy and childbirth: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 1744–1757.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15152>
- Dahlen, H. C. (2019). Is it time to ask whether facility based birth is safe for low risk women and their babies? *EClinicalMedicine*, 14, 9–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.005>
- Dahlen, H. C., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C., & Thornton, C. (2012). Rates of obstetric interventions among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*, 2:e001723. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001723>
- Daly, D., Minnie, K. C. S., Blignaut, A., Blix, E., Nilsen, A. B. V., Denkcer, A., ... Uvnäs-Moberg, K. (2020). How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PLoS ONE*, 15:e0227941.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227941>
- Daniels, E., Arden-Close, E., & Mayers, A. (2020). Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their partner's birth trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:236. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02902-2>
- Declercq, E., Belanoff, C., & Iverson, R. (2020). Maternal perceptions of the experience of attempted labor induction and medically elective inductions: analysis of survey results from listening to mothers in California. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:458. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03137-x>

- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to mothers III. Pregnancy and Birth* (report of the third national U.S. survey of women's childbearing experience). Abgerufen unter <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/listening-to-mothers-iii-pregnancy-and-birth-2013.pdf>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 817–824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8:560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- de Klerk, H. W., Boere, E., van Lunsen, R. H., & Bakker, J. J. H. (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39, 90–95. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>
- Dencker, A., Bergqvist, L., Berg, M., Greenbrook, J. T. V., Nilsson, C., & Lundgren, I. (2020). Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: a confirmatory factor analysis of the revised Childbirth Experience Questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:199. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0>
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth Experience Questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:81. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (August 2013). *S1 Leitlinie: Anwendung des CTG während Schwangerschaft und Geburt*. Abgerufen unter https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015036_Anwendung_von_CTG_waehrend_Schwangerschaft_und_Geburt/015036_2013.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (2020). *Position der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe*. Abgerufen unter https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2020/08/Positionspapier_DGHWi_Gewalt_neu-21082020.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2021a). *Landkarte der Kreißsaalschließungen*. Abgerufen unter <https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/kreisssaalschliessungen>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2021b). *Landkarte der Unterversorgung*. Abgerufen unter <https://www.unsere-hebammen.de/mitmachen/unterversorgung-melden/>
- Dikmen Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Dona International (2021). *What is a doula?* Abgerufen unter <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>

- Dorsch, V. M. (2010). Baby Blues oder postpartale Depression? Seelisches Tief nach der Entbindung. *MMW Fortschritte der Medizin*, 152, 27–31. <https://doi.org/10.1007/BF03367491>
- Downe, S., Calleja Agius, J., Balaam, M.-C., & Frith, L. (2020). Understanding childbirth as a complex salutogenetic phenomenon: The EU COST BIRTH Action Special Collection. *PLoS ONE*, 15: e0236722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236722>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., & Gülmezoglu, M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS ONE*, 13:e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of experience on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3:e001570, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Du Bois, G., & Perl, F. M. (Dezember 2018). *Muss die Geburtshilfe raus aus dem DRG Vergütungssystem?* Abgerufen unter https://www.aerztinnenbund.de/downloads/6/Aerztin_3.18_Seite_14-15.pdf
- Dudenhausen, J. W. (2008). Schwangerschaft und Geburt im 21. Jahrhundert. In C. Wulf, A. Hänsch, & M. Brumlik (Hrsg.), *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder* (S. 231–240). München: Fink.
- Esswein, A. (3. Januar 2020). Schwere Geburt. *Die Zeit*, S. 31.
- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.013>
- Falk, M., Nelson, M., & Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth in a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:494. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2633-8>
- Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., Svelato, A., Gesi, L., Molidoro, G., ... Ragusa, A. (2019). The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:419. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2561-7>
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30, 185–193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). London: Sage.
- Ford, E., & Ayers, S. (2009). Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.009>

- Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health, 26*, 1553–1570.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 353–359.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.008>
- Ford, E., Ayers, S., & Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health, 18*, 245–252.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0882>
- Forssén, A. S. K. (2012). Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care: Interviews with elderly Swedish women. *Qualitative Health Research, 22*, 1535–1546. <https://doi.org/10.1177/1049732312449212>
- Fox, H., Callander, E., Lindsay, D., & Topp, S. (2019). Evidence of overuse? Patterns of obstetric interventions during labour and birth among Australian mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*:226. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2369-5>
- Franzkowiak, P. (13. Juni 2018). *Biomedizinische Perspektive*. Abgerufen unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>
- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K. (13. Juni 2018). *Gesundheit*. Abgerufen unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>
- Freitas Silveira, M., Arndt Mesenburg, M., Damaso Bertoldi, A., Loret De Mola, C., Garcia Bassani, D., Rodrigues Domingues, M., ... Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders, 256*, 441–447.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Riva, A., Nespoli, A., & Locatelli, A. (2021). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women and Birth, 34*, 154–161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.012>
- Gärtner, F. R., de Miranda, E., Rijnders, M. E., Freeman, L. M., Middeldorp, J. M., Bloemenkamp, K. W. M., ... van den Akker-van Marle, M. E. (2015). Good reliability and validity for a new utility instrument measuring the birth experience, the Labor and Delivery Index. *Journal of Clinical Epidemiology, 68*, 1184–1194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.05.020>
- Gärtner, F. R., Freeman, L. M., Rijnders, M. E., Middeldorp, J. M., Bloemenkamp, K. W. M., Stiggelbout, A., M., & van den Akker-van Marle, M. E. (2014). A comprehensive representation of the birth-experience: identification and prioritization of birth-specific domains based on a mixed-method design. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*:147.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-147>

- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S., & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth*, 41, 108–115. <https://doi.org/10.1111/birt.12093>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Geisel, E. (9. April 2016). Gewalt in der Geburtshilfe. In Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Bundesgeschäftsstelle (Hrsg.), *Gewalt in der Geburtshilfe* (S. 2–4). Abgerufen unter https://www.greenbirth.de/images/pdf/enca_-2016_gewalt_in_der_geburtshilfe.pdf
- Geisel, E. (n.d.). *Systematische Manipulationen zur Geburtseinleitung nachgewiesen*. Abgerufen unter: [https://www.greenbirth.de/images/Geisel - Geburts-Tage_G%C3%B6ttingen_final.pdf](https://www.greenbirth.de/images/Geisel_-_Geburts-Tage_G%C3%B6ttingen_final.pdf)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020). *Mutterpass*. Abgerufen unter https://www.gba.de/downloads/17-98-4161/2020-02-20_G-BA_Mutterpass_web.pdf
- Gerbaud, L., Mascart, M., Belgacem, B., Lejeune, M. L., Lacombe, C., Prunayre, M., ... Vincent, J. (2003). Development of a self-administered questionnaire to assess women's satisfaction with maternity care. *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 32, 139–156.
- Gerechte Geburt (2020). *Alarmierende Zahlen zu Gewalt im Kontext von Geburtshilfe*. Abgerufen unter <https://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/zahlen-deutschland/>
- Gesundheit Österreich GmbH. (n.d.). *Regionalanästhesie und Sedoanalgesie*. Abgerufen unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/narkose/lokalanaesthesia>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2021). *Kapitel 2.10.2 Mütter- und Säuglingssterblichkeit*. Abgerufen unter https://www.gbe-bund.de/gbe/ergebnisse.prc_tab?fid=25383&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=10&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=37512656&hlp_nr=2&p_janein=J
- Gluck, O., Herman, H. G., Tal, O., Grinstein, E., Bar, J., Kovo, M., ... Weiner, E. (2020a). The association between the number of vaginal examinations during labor and perineal trauma: a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301, 1405–1410. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05552-z>
- Gluck, O., Mizrachi, Y., Herman, H. G., Bar, J., Kovo, M., & Weiner, E. (2020b). The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:246. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02925-9>
- Goerke, K. (2018). Geburtshilfliche Operationen. In K. Goerke, J. Steller & A. Valet (Hrsg.), *Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe* (10. Aufl., S. 319–337). München: Elsevier.

- Goerke, K., Steller, J., & Valet, A. (Hrsg.) (2018). *Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe* (10.Aufl.). München: Elsevier.
- Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30, 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Groß, M. M. (2003). Die Geburtserfahrung – eine Übersichtsarbeit. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63, 321–325.
- Handelzalts, J. E., Zacks, A., & Levy, S. (2016). The association of birth model with resilience variables and birth experience: home versus hospital birth. *Midwifery*, 36, 80–85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.005>
- Hainer, F., & Kowalcek, I. (2009). Zwischen geplanter Sectio und einer möglichst natürlichen vaginalen Entbindung – wie bewerten schwangere Frauen die angebotenen Entbindungsmodi? In F. Siedentopf, M. David, J.-P. Siedentopf, A. Thomas, & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Moderne. Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert* (S. 341–345). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots”. *Psychology & Health*, 27, 1166–1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Hartl, N. (März 2016). Ist ja nur eine Vorsichtsmaßnahme? *Österreichische Hebammenzeitung*, 03, 26–29. Abgerufen unter <https://zeitung.hebammen.at/wp-content/uploads/sites/18/2017/12/A3-16.pdf>
- Haucke, K., & Dippong, N. (2012). Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin. *Ethik in der Medizin*, 24, 43–55. <https://doi.org/10.1007/s00481-011-0131-2>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hebammenverband Niedersachsen e.V. (19. Januar 2021). *Neue S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“*. Abgerufen unter <https://hebammen-niedersachsen.de/neue-s3-leitlinie-vaginale-geburt-am-termin/>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – a mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Hildingsson, I. (2015). Women’s birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and Birth*, 28, e7–e13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.011>
- Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors associated with a positive birth experience: an exploration of Swedish women’s experiences. *International Journal of Childbirth*, 3, 153–164. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.3.3.153>

- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2019). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women and Birth*, 34, e255–e261.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>
- Hildingsson, I., & Rubertsson, C. (2020). Childbirth experience among women with fear of birth randomized to internet-based cognitive therapy or midwife counseling. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41, 205–214.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1634047>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth – birth outcome and women’s experiences of intrapartum care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 21, 33–38.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 160–172.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0)
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women’s perceptions and views. *Archives of Women’s Mental Health*, 20, 515–523.
<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Hollins Martin, C. J., & Martin, C. R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 30, 610–619.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006>
- Holopainen, A., Verhage, M. L., & Oosterman, M. (2020). Childbirth experience associated with maternal and paternal stress during the first year, but not child attachment. *Frontiers in Psychiatry*, 11:562394. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.562394>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: a qualitative study. *Nursing Open*, 7, 1233–1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Hundley, V., Downe, S., & Buckley, S. J. (2020). The initiation of labour at term gestation: physiology and practice implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, 4–18. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006>
- IGES Institut (September 2019). *Stationäre Hebammenversorgung*. Abgerufen unter https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_objs24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- Institute for Safe Medication Practices (2018). ISMP list of high-alert medications in acute care settings. Abgerufen unter <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>

- Institut für klinische Epidemiologie, IET (Dezember 2019). *Geburtenregister Österreich. Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2018*. Abgerufen unter <https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groe/groe-jahresbericht-2018>
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG (1. August 2018). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren*. Abgerufen unter https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG (2020). *Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Geburtshilfe. Qualitätsindikatoren und Kennzahlen*. Abgerufen unter <https://iqtig.org/qs-berichte/bundesauswertung/>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 31–37.
- Jansen, L., Gibson, M., Carlson Bowles, B., & Leach, J. (2013). First do not harm: interventions during childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 22, 83–92. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.2.83>
- Johansson, C., & Finnbogadóttir, H. (2019). First-time mothers' satisfaction with their birth experience – a cross-sectional study. *Midwifery*, 79:102540. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experience of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15:1722564. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Jones, L. E., Whitburn, L. Y., Davey, M.-A., & Small, R. (2015). Assessment of pain associated with childbirth: women's perspectives, preferences and solutions. *Midwifery*, 31, 708–712. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.012>
- Junqueira de Souza, K., Rattner, D., & Bauermann Gubert, M. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51:69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- Karlsdóttir, S. F., Sveinsdóttir, H., Kristjansdóttir, H., Aspelund, T., & Olafsdóttir, O. A. (2018). Predictors of women's positive childbirth pain experience: findings from an Icelandic national study. *Women and Birth*, 31, e178–e184. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.007>
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Katz Rothman, B. (2014). Pregnancy, birth and risk: an introduction. *Health, Risk & Society*, 16, 1–6. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.876191>

- Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 156–159.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.01.041>
- Knape, N., Schnepf, W., Krah, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2013). Die Effektivität der Eins-zu-Eins-Betreuung während der Geburt. Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatalogie*, 217, 161–172. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1355382>
- König, J. (2014). Posttraumatische Belastungsstörungen nach der Geburt. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62, 165–173. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000192>
- König, J., Schmid, S., Löser, E., Neumann, O., Buchholz, S., & Kästner, R. (2016). Interplay of demographic variables, birth experience and initial reactions in the prediction of symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. *European Journal of Psychotraumatology*, 7:32377. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.32377>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, e49–e59.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Lefkovich, E., Rigó Jr., J., Kovács, I., Talabér, J., Szita, B., Kecskeméti, A., ... Baji, I. (2018). Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36, 434–448.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1475726>
- Leiner, D. J. (2019). SoSci Survey (Version 3.2.16) [Computer Software]. Abrufbar unter <https://www.sosicisurvey.de>
- Liu, S.-Y., Lu, Y.-Y., Gau, M.-L., & Liu, C.-Y. (2020). Psychometric testing of the support and control in birth scale. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:293. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02888-x>
- Lothian, J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *Journal of Perinatal Education*, 13, 4–6. <https://doi.org/10.1624/105812404X1707>
- Lothian, J. A. (2019). Healthy birth practices #4: avoid interventions unless they are medically necessary. *Journal of Perinatal Education*, 28, 94–103. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.94>
- Lundgren, I., Karlsdóttir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 4, 115–128. <https://doi.org/10.1080/17482620802423414>
- Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, F. O., Fuertes, F., & Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68–78.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.003>

- Maimburg, R. D., Væth, M., & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth – a five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women and Birth*, 29, 450–454. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>
- Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K., & Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45, 322–327. <https://doi.org/10.1111/birt.12352>
- McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (in press). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>
- Meyer, S. (2013). Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 218–228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06051.x>
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 172–182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388, 2176–2192. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Miller, Y. D., Armanasco, A. A., McCosker, L., & Thompson, R. (2020). Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:469. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03149-7>
- Mother Hood e.V. (2020). Hilfetelefon Schwierige Geburt. Abgerufen unter <https://hilfetelefon-schwierige-geburt.de/schwierige-geburt/>
- Mueller, C. G., Webb, P. J., & Morgan, S. (2020). The effects of childbirth education on maternity outcomes and maternal satisfaction. *Journal of Perinatal Education*, 29, 16–22. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.29.1.16>
- Mundlos, C. (2015). *Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal*. Baden-Baden: Tectum.
- Nadig, M. (2011). Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual: Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In P.-I. Villa, S. Moebius, & B. Thiessen (Hrsg.), *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven* (S. 39–73). Frankfurt: Campus.
- National Maternity Review (2015). *National review of maternity services: assessment of quality in maternity services*. Abgerufen unter <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/07/Assessment-of-Quality-in-Maternity-Services.pdf>
- Neumann, H., & Maier, B. (2019). *Geburt positiv erleben. Chancen und Grenzen moderner Entbindungsmöglichkeiten*. Berlin: Springer.
- Nijagal, M. A., Wissig, S., Stowell, C., Olson, E., Amer-Wahlin, I., Bonsel, G., ... Frax, A. (2018). Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Services Research*, 18:953. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3732-3>

- Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29, e107–e114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Nottingham-Jones, J., Simmonds, J. G., & Snell, T. L. (2020). First-time mothers' experience of preparing for childbirth at advanced maternal age. *Midwifery*, 86:102558. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102558>
- Nyman, V., Roshani, L., Berg, M., Bondas, T., Downe, S., & Dencker, A. (2017). Routine interventions in childbirth before and after initiation of an Action Research project. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 86–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.11.001>
- O'Connell, R., & Downe, S. (2009). A metasynthesis of midwives' experience of hospital practice in publicly funded settings: compliance, resistance and authenticity. *Health*, 13, 589–609. <https://doi.org/10.1177/1363459308341439>
- Österreichisches Hebammengremium (2021). *Hebammensuche*. Abgerufen unter https://www.hebammen.at/hebammensuche-ergebnis/?ort=Wien&hebammen_name=&allg_kasse=on&activity-4=4&activity-3=3&activity-12=12
- Österreichisches Hebammengremium (n.d.). *Respektvolle Geburtshilfe: die universellen Rechte für schwangere und gebärende Frauen*. Abgerufen unter <http://www.hebammen.at/media/RespektvolleGeburtshilfe.pdf>
- Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., ... Ozaki, N. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 68, 631–639. <https://doi.org/10.1111/pcn.12171>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., ... Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8:e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Panda, S., Begley, C., & Daly, D. (2020). Influence of women's request and preference on the rising rate of Caesarean section – a comparison of reviews. *Midwifery*, 88:102765. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102765>
- Patterson, J., Hollins Martin, C. J., & Karatzias, T. (2019). Disempowered midwives and traumatized women: exploring the parallel processes of care provider interactions that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery*, 76, 21–35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.010>
- Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J., & House, A. (2017). Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalization: a qualitative study from Iran. *Midwifery*, 53, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.001>

- Perez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 201–202.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Petersen, A., Poetter, U., Michelsen, C., & Gross, M. M. (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288, 245–254. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2737-8>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, M. B., Malley, J. C., Johnson, D. C., & Southwick, S. M. (2009). Subsyndromal posttraumatic stress disorder is associated with health and psychosocial difficulties in veterans of operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and Anxiety*, 26, 739–744. <https://doi.org/10.1002/da.20574>
- Pittrof, R., Campbell, O. M. R., & Filippi, V. G. A. (2002). What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 277–283.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810401.x>
- Piwecki, K., Klietz, L., Becker, A. L., & Knappe, N. (2019). Geburtsnachgespräch – Kommunikation als Ressource zur Verarbeitung der Geburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 223, E92–E93. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3401281>
- Ponti, L., Smorti, M., Ghinassi, S., Mannella, P., & Simoncini, T. (in press). Can a traumatic childbirth experience affect maternal psychopathology and postnatal attachment bond? *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00650-2>
- Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43, 105–117.
<https://doi.org/10.1177/0361684318779537>
- Queensland Clinical Guidelines (Juni 2018). *Normal Birth*. Abgerufen unter https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf
- Rakos, E. (2017). Die vaginale Untersuchung während der Geburt. Ein Eingriff zwischen Routinemaßnahme und Intimitätsverletzung. *Tagungsband des 11. Forschungsforums der österreichischen Fachhochschulen*. Abgerufen unter http://ffhoarep.fh-ooe.at/bitstream/123456789/843/1/Panel_103_ID_283.pdf
- Ramanah, R., Dumont, A., Schepens, F., Traore, M., Gaye, A., Schaal, J. P., ... Rude, N. (2014). Satisfaction with obstetrical care: development and validation of a scale on quality of care. *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 42, 477–482.
<https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.05.002>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17:21.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>

- Reisz, S., Brennan, J., Jacobvitz, D., & George, C. (2019). Adult attachment and birth experience: importance of a secure base and safe haven during childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37, 26–43. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1509303>
- Rockenschaub, A. (2005). *Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst* (3., verbesserte Auflage). Wien: Facultas.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN*, 37, 94–105. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x>
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E., & Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31, 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
- Royal College of Midwives (1. März 2016). *Interventions in normal labour and birth*. Abgerufen unter <https://www.rcm.org.uk/publications/?query=interventions+in+normal+labour+and+birth&page=1>
- Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 474–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x>
- Salmon, P., & Drew, N. C. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 317–327. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90068-D](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90068-D)
- Schaal, N. K., Fehm, T., Albert, J., Heil, M., Pedersen, A., Fleisch, M., & Hepp, P. (2019). Comparing birth experience and birth outcome of vaginal births between induced and spontaneous onset of labour: a prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300, 41–47. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05150-8>
- Schäfers, R. (2013). Schmerzmanagement. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2., aktualisierte Auflage, S. 36–56). Stuttgart: Hippokrates.
- Schäfers, R. (2015). Einfluss des Geburtserlebens auf die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 2, 40–45. <https://doi.org/10.3205/zhwi000005>
- Schick, C., Spineli, L. M., Raio, L., & Gross, M. M. (2020). First assessed cervical dilatation: is it associated with oxytocin augmentation during labour? A retrospective cohort study in a university hospital in Switzerland. *Midwifery*, 85:102683. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102683>

- Schildberger, B., Linzer, D., Hehenberger, L., Leinter, H., & Pfeifer, C. (2019). Der Einfluss des maternalen Alters auf ausgewählte geburtshilfliche Parameter. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 79, 1208–1215. <https://doi.org/10.1055/a-0859-0826>
- Schönberger, P. (2013). Das Selbstbestimmungsrecht der Frau. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (2., aktualisierte Auflage, S. 13–19). Stuttgart: Hippokrates.
- Schwarz, C. M. (2008). *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung – am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984–1999 in Niedersachsen* (Dissertation, Technische Universität Berlin). Abgerufen unter https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/2289/3/Dokument_46.pdf
- Schwarz, C. M., Gross, M. M., Heusser, P., & Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: results of an online-survey in Germany. *Midwifery*, 35, 3–10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.002>
- Seeger, S. (29. April 2015). Prävention und Versorgung von Verletzungen der Geburtswege. Abgerufen unter https://geburtshilfe-halle.de/fileadmin/user_upload/media/Vortraege_Scripte/Geburtsverletzungen-gyntogo_2015_Onlineversion.pdf
- Seijmonsbergen-Schermers, A. E., van den Akker, T., Rydahl, E., Beeckman, K., Bogaerts, A., Binfa, L., ... de Jonge, A. (2020). Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. *PLoS Medicine*, 17:e1003103. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003103>
- Shearer, M. (1983). The difficulty of defining and measuring satisfaction with perinatal care. *Birth*, 14, 130–131.
- Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of 'debriefing' after childbirth: is there a case for targeted intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33, 308–320. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1009881>
- Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: a qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P., & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour – a questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 123, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.03.004>
- Shorey, S., Yang, Y. Y., & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1236–1244. <https://doi.org/10.1111/jan.13534>

- Shorten, A. (2010). Bridging the gap between mothers and medicine: “new insights” from the NIH consensus conference on VBAC. *Birth*, 37, 181–183. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00404.x>
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30, 450–459. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
- Singurdadottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Sveinsdottir, H., & Gottferdsdottir, H. (2019). Processing birth experiences: a content analysis of women’s preferences. *Midwifery*, 69, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman’s life? Part II: Nature and consistency of women’s long-term memories of their first birth experience. *Birth*, 19, 64–81. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>
- Simon, R. M., Johnson, K. M., & Liddell, J. (2016). Amount, source, and quality of support as predictors of women’s birth evaluations. *Birth*, 43, 226–232. <https://doi.org/10.1111/birt.12227>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: a literature review. *Women and Birth*, 29, 203–207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16:114. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>
- Sorenson, D. S. (2000). *Quality of provider interactions inventory*. Brookings, SD: South Dakota State University (unpublished).
- Sorenson, D. S. (2003). Healing traumatizing provider interactions among women through short-term group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 259–269. <https://doi.org/10.1053/j.apnu.2003.10.002>
- Sorenson, D. S., & Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46, 14–25. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x>
- Sorgo, G. (2008). Gebären in einer Konsumgesellschaft. In C. Wulf, A. Hänsch, & M. Brumlik (Hrsg.), *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder* (S. 171–186). München: Fink.
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women’s satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, 401–406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.07.040>

- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., ... Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 211–224. <https://doi.org/10.1080/01674820600804276>
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Adler, J., Surbek, D., & Bürgin, D. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.11.016>
- Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hösli, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., ... Bürgin, D. (2001). Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 205–214. <https://doi.org/10.3109/01674820109049975>
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D., & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Hebamme*, 22, 13–19.
- Stadlmayr, W., Schneider, H., Amsler, F., Bürgin, D., & Bitzer, J. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's Item List (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2003.12.015>
- Stahl, K. (2019). Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*, 6:20190517. <https://doi.org/10.3205/zhwi000012>
- Stahl, K., & Nadj-Kittler, M. (September 2014). *Neue Perspektiven. Wie die Erfahrung von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern*. Picker Report 2014. Abgerufen unter http://loewenstern.vl-pr.de/wp-content/uploads/2015/12/PICKER_REPORT.pdf
- Statistik Austria (19. September 2012). 22. September ist häufigster Geburtstag in Österreich. Abgerufen unter http://www.statistik.at/web_de/presse/066854.html
- Statistik Austria (Hrsg.) (März 2019). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2017*. Abgerufen unter https://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=543
- Statistik Austria (10. September 2020a). *Lebensgeborene (mit inländischem Geburtsort) seit 2009 nach ausgewählten medizinischen Merkmalen*. Abgerufen unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/medizinische_und_sozialmedizinische_merkmale_von_geborenen/110619.html

- Statistik Austria (10. September 2020b). *30,1% der 2019 Geborenen kamen per Kaiserschnitt zur Welt; 7,4% waren Frühgeborene*. Abgerufen unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/geborene/124268.html
- Statistisches Bundesamt (13. Juli 2020a). *Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr*. Abgerufen unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>
- Statistisches Bundesamt (19. Juni 2020b). *Krankenhausentbindungen in Deutschland*. Abgerufen unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhausentbindungen-kaiserschnitt.html>
- Stein DeLuca, R., & Lobel, M. (2014). Diminished control and unmet expectations: testing a model of adjustment to unplanned Cesarean delivery. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 14, 183–204. <https://doi.org/10.1111/asap.12040>
- Steller, J. (2018). Geburt. In K. Goerke, J. Steller & A. Valet (Hrsg.), *Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe* (10. Aufl., S. 259–318). München: Elsevier.
- Stevens, N. R., Adams, N., Wallston, K. A., & Hamilton, N. A. (2019). Factors associated with women's desire for control of healthcare during childbirth: psychometric analysis and construct validation. *Research in Nursing & Health*, 42, 273–283. <http://doi.org/10.1002/nur.21948>
- Stevens, N. R., Wallston, K. A., & Hamilton, N. A. (2012). Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. *Journal of Psychometric Obstetrics & Gynecology*, 33, 15–24. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.652996>
- Stewart, M. (2010, March 1st). *Vaginal examination in labour – what do women say?* Abgerufen unter <https://www.aims.org.uk/journal/item/vaginal-examination-in-labour-what-do-women-say>
- Stoll, K., & Hall, W. (2012). Childbirth education and obstetric interventions among low-risk Canadian women: is there a connection? *Journal of Perinatal Education*, 21, 229–237. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.4.229>
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 318–324. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
- Svelato, A., Ragusa, A., & Manfredi, P. (2020). General methods for measuring and comparing medical interventions in childbirth: a framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20:279. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02945-5>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15:72. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

- Takehara, K., Noguchi, M., Shimane, S., & Misago, M. (2014). A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:221. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/221>
- Thiel-Bonney, C., & Cierpka, M. (2004). Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 601–622.
- Thies-Lagergren, L., Ólafsdóttir, & Ó. A., Sjöblom, I. (2021). Being in charge in an encounter with extremes. A survey study on how women experience and work with labour pain in a Nordic home birth setting. *Women and Birth*, 34, 122–127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.015>
- Toohill, J., Sidebotham, M., Gamble, J., Fenwick, J., & Creedy, D. K. (2017). Factors influencing midwives' use of an evidence based Normal Birth Guideline. *Women and Birth*, 30, 415–423. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.008>
- Tracy, S. K., & Tracy, M. B. (2003). Costing the cascade: Estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 717–724.
- Turkmen, S., Tjernström, M., Dahmoun, M., & Bolin, M. (2018). Post-partum duration of satisfaction with childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44, 2166–2173. <https://doi.org/10.1111/jog.13775>
- Vedam, S., Stoll, K., Khemet Taiwo, T., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16:77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- von Zahn, J., Schnell-Inderst, P., Gothe, H., Häussler, B., Menke, D., Brüggengjürgen, B., ... Vasem, J. (2006). *Episiotomie bei der vaginalen Geburt*. Abgerufen unter https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta131_bericht_de.pdf
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31, 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>
- Walker, K. F., Dencker, A., & Thornton, J. G. (2020). Childbirth experience questionnaire 2: validating its use in the United Kingdom. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 5:100097, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100097>
- Walker, K. F., Wilson, P., Bugg, G., Dencker, A., & Thornton, J. G. (2015). Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:86, <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0513-4>
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (in press). Women's experiences of birth trauma: a scoping review. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>

- Westergren, A., Edin, K., Lindkvist, M., & Christianson, M. (2020). Exploring the medicalization of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women and Birth*, 34, e118–e127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.009>
- World Health Organization, WHO (2015a). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Abgerufen unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=09F957332087FA75ACDE2F22C3ACCB31?sequence=1
- World Health Organization, WHO (2015b). *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen*. Abgerufen unter https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf;sequence=22
- World Health Organization, WHO (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Abgerufen unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=16F53CB9209A28F9BD0BFD45670E45DE?sequence=1>
- World Health Organization, WHO (2019). *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100 000 live births) – Finland, Venezuela, RB, Austria*. Abgerufen unter https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=FI-VE-AT&year_high_desc=false

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Konzeption des Geburtserlebens in einer Auswahl an Fragebogenverfahren</i>	36
Tabelle 2. <i>Erfasste geburtshilfliche Interventionen nach Studie/Instrument im Vergleich</i>	72
Tabelle 3. <i>Gruppierung der Frauen und Kinder nach Alter (N = 107)</i>	76
Tabelle 4. <i>Absolute und relative Häufigkeiten der Interventionen unter der Geburt (N=119)</i>	80
Tabelle 5. <i>Ergebnisse des Regressionsmodells für die Skala External Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) sowie Alter und Bildungsgrad der Frau</i>	83
Tabelle 6. <i>Pearson Korrelationen zwischen der Summe an Interventionen und den Skalen zum Geburtserleben</i>	84
Tabelle 7. <i>Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Internal Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm</i>	84
Tabelle 8. <i>Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala External Control mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI), Interaktionsterm und Alter der Mutter bei der Geburt</i>	86
Tabelle 9. <i>Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Own Capacity mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm</i>	88
Tabelle 10. <i>Ergebnisse des Moderationsmodells für die Skala Perceived Safety mit den Prädiktoren Anzahl der Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung (QPI) und Interaktionsterm</i>	89
Tabelle 11. <i>Korrelationen (Spearman-Rho) zwischen Globalitem zum Geburtserleben, unabhängigen Variablen (Anzahl Interventionen, Qualität der Interaktionserfahrung QPI) und Skalen zum Geburtserleben</i>	91

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Die Multidimensionalität der Geburtserfahrung (aus Groß, 2003, S.323)	34
<i>Abbildung 2.</i> Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala <i>Internal Control</i>	85
<i>Abbildung 3.</i> Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala <i>External Control</i>	87
<i>Abbildung 4.</i> Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala <i>Own Capacity</i>	88
<i>Abbildung 5.</i> Grafische Darstellung der Interaktion der Anzahl an Interventionen und der Qualität der Interaktionserfahrung für die Outcomeskala <i>Perceived Safety</i>	90

III Anhang

Vorbemerkung

Zwei Frauen meldeten rück, dass der Begriff „Entbindung“ im Kontext der Geburt, vor allem vor dem Hintergrund von Gewalt, die Frauen im Kreißsaal zum Teil angetan wird, nicht verwendet werden sollte, da er die Frau rein als passive Teilnehmerin an ihrer Geburt darstellt und auch den aktiven Part des Kindes nicht einbezieht. Entsprechend wurde auf den Begriff im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet und durchgehend die Begriffe Geburt und gebären/zur Welt bringen verwendet. In der Fragebogenbatterie und im Flyer/Aushang zur Studie wurde der Begriff jedoch noch verwendet, wovon für zukünftige Studien abgeraten wird.

Fragebogen zu geburtshilflichen Interventionen

In diesem Abschnitt wird es um verschiedene Formen der Intervention gehen, die bei Entbindungen vorgenommen werden können. Bitte geben Sie an, welche der genannten Interventionen bei der Geburt Ihres ersten Kindes vorgenommen wurde(n). Denken Sie dabei an den Zeitraum von Ihrer Ankunft im Krankenhaus bis zu den ersten Stunden nach der Geburt.

Wurde die folgende Intervention bei der Geburt Ihres ersten Kindes vorgenommen?

Einleitung der Geburt (durch Oxytocin-Tropf, Prostaglandingabe in Form von Tablette oder Gel vor dem Muttermund oder auch mechanisch durch Anwendung eines Ballonkatheters oder eine Eipolablösung)	nein	ja	Weiß nicht
Künstliche Beschleunigung/Verstärkung der Wehen durch Oxytocinverabreichung (sog. Wehentropf)	nein	ja	Weiß nicht
Künstliches Hemmen/Bremsen der Wehen (durch Verabreichung von Wehenhemmern, i.d.R. Tokolytika)	nein	ja	Weiß nicht
Künstliche Öffnung der Fruchtblase (Amniotomie)	nein	ja	Weiß nicht
Legen eines Venenzugangs direkt nach der Ankunft in der Klinik oder im Kreißsaal (zum Anschließen von Infusionen z.B. in der Ellenbeuge oder am Handrücken)	nein	ja	Weiß nicht
Infusion mit Schmerzmitteln und/oder zur Versorgung mit Flüssigkeit	nein	ja	Weiß nicht
Blutabnahme(n)	nein	ja	Weiß nicht
Rasur der Schamhaare	nein	ja	Weiß nicht
Einlauf/Klistier (um Darmentleerung anzuregen)	nein	ja	Weiß nicht
Legen eines Blasenkatheters	nein	ja	Weiß nicht
Dauerüberwachung mittels CTG oder häufige CTG-Kontrollen (Kardiotokographie = Herztonwehenschreiber zur Überwachung der Wehentätigkeit und der Herztöne des Kindes; wird mit einem Gurt um den Bauch angebracht)	nein	ja	Weiß nicht
Einschränkung Ihrer Bewegungsfreiheit (z.B. durch Aufforderung, liegen zu bleiben, auch wenn Sie sich hätten bewegen wollen)	nein	ja	Weiß nicht
Einschränkung in Ihrer freien Wahl der Geburtsposition (als das Kind zur Welt kam)	nein	ja	Weiß nicht
PDA (Periduralanästhesie = Kreuzstich) oder Spinalanästhesie	nein	ja	Weiß nicht
Verabreichung von Opioiden (z.B. Pethidin/Dolantin oder Meptazinol/Meptid)	nein	ja	Weiß nicht
Vaginale Examinationen (Untersuchungen) häufiger als alle 2 Stunden, unangekündigt oder durch verschiedene Personen	nein	ja	Weiß nicht

Manipulationen am Muttermund (z.B. manuelle Dehnung des Muttermundes)	nein	ja	Weiß nicht
Kristeller-Handgriff (Versuch, das Kind über Druck von außen auf die Bauchdecke nach unten und durch das Becken zu schieben)	nein	ja	Weiß nicht
Dammschnitt (Schnitt im Genitalbereich, der normalerweise während einer Presswehe vorgenommen wird und dem Kind mehr Raum beim Durchtreten verschaffen soll)	nein	ja	Weiß nicht
Einsatz der Saugglocke (um Ihr Kind aus dem Geburtskanal zu ziehen)	nein	ja	Weiß nicht
Einsatz der Geburtszange (um Ihr Kind aus dem Geburtskanal zu ziehen)	nein	ja	Weiß nicht
Nähen des Damms, der Labien oder der Vagina (zum Schließen von Rissen oder Schnitten)	nein	ja	Weiß nicht
Aktives Management der Plazentaperiode (z.B. Oxytocingabe, um die Lösung und Geburt der Plazenta zu beschleunigen, oder auch manuelle Plazentalösung)	nein	ja	Weiß nicht
Fetale Mikrobloodanalyse (Blutabnahme am Kopf Ihres Kindes)	nein	ja	Weiß nicht

Einzelitem zum Geburtserleben

Wenn Sie an Ihre Geburtserfahrung bei der Entbindung Ihres ersten Kindes insgesamt denken, wie würden Sie diese beurteilen?

Bitte wählen Sie die Auswahlmöglichkeit aus, die Ihnen am passendsten erscheint.

Meine Geburtserfahrung war...

sehr positiv	eher positiv aber mit negativen Aspekten	zu etwa gleichen Teilen positiv und negativ	eher negativ aber mit positiven Aspekten	sehr negativ
--------------	--	---	--	--------------

Frage zur Nachbesprechung der Geburt

Manchen Frauen wird noch im Krankenhaus eine Nachbesprechung ihrer Entbindung angeboten, etwa von einer Hebamme die sie bei der Geburt ihres Kindes begleitet hat. Wie war das bei Ihnen und hätten Sie sich eine Nachbesprechung gewünscht?

Wählen Sie bitte die zutreffende Formulierung aus.

- ☐ Mir wurde keine Nachbesprechung angeboten und ich wollte damals auch keine
 - ☐ Mir wurde keine Nachbesprechung angeboten, aber ich hätte mir eine solche gewünscht
 - ☐ Mir wurde eine Nachbesprechung angeboten, ich wollte damals jedoch keine
 - ☐ Mir wurde eine Nachbesprechung angeboten und ich habe mir diese auch gewünscht
-
- ☐ Auf mein aktives Bitten/Nachfragen hin konnte ich meine Geburt nachbesprechen
 - ☐ Trotz meiner aktiven Bitte/Nachfrage danach konnte ich meine Geburt nicht nachbesprechen

Offene Items

Möchten Sie noch etwas ergänzen, das Ihnen in Bezug auf Ihre Geburtserfahrung persönlich wichtig war? Nutzen Sie, falls Sie möchten, bitte das freie Feld.

Möchten Sie noch etwas zu dieser Studie anmerken?
Falls ja, nutzen Sie bitte das freie Feld.



Studie zum subjektiven Geburtserleben bei Entbindung im Spital

Liebe (potenzielle) Teilnehmerin,

mein Name ist Alina Dorsch und ich stehe kurz vor dem Ende meines Masterstudiums im Fachbereich klinische Psychologie an der Universität Wien. In den letzten beiden Jahren habe ich mich vertieft mit psychologischen Fragestellungen rund um das Thema Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft beschäftigt und den Eindruck gewonnen, dass das subjektive Erleben von Frauen (nicht nur, aber besonders) in diesem Kontext deutlich mehr Aufmerksamkeit von Seiten der Gesellschaft, aber unbedingt auch der psychologischen Forschung bekommen sollte.

Da das subjektive Erleben einer Frau auch längerfristig bedeutsam für ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit, den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind, ihre Partnerschaft und viele weitere Bereiche ist, möchte ich mich in meiner Masterarbeit diesem Erleben und an Faktoren, die dieses beeinflussen können, annähern.

ZIELGRUPPE

Zur Zielgruppe meiner Studie zählen Frauen, ...

- die ihr erstes Kind vor frühestens 6 Monaten, höchstens aber 36 Monaten vaginal in einem Spital/Krankenhaus entbunden haben,
- die ihr Kind zwischen den Schwangerschaftswochen 37+0 und 41+6 zur Welt gebracht haben,
- die dabei NICHT mit Zwillingen oder Mehrlingen schwanger waren und
- deren Kind direkt nach der Geburt NICHT auf die Neonatologie verlegt werden musste.

Falls diese Kriterien auf Sie zutreffen, würde ich mich sehr freuen, wenn Sie mich bei meiner Arbeit unterstützen und den unter folgendem Link abrufbaren, anonymen online Fragebogen ausfüllen: www.soscisurvey.de/geburtserleben
(Die Teilnahme ist bis Ende September 2020 möglich)

Bei Fragen zu mir, zur Studie oder (später auch) zu den Ergebnissen, schreiben Sie mir gerne eine E-Mail an: alina.dorsch@univie.ac.at

**Herzlichen Dank
für Ihre Unterstützung!**

Studie zum subjektiven Geburtserleben bei Entbindung im Spital

Liebe (potenzielle) Teilnehmerin,

mein Name ist Alina Dorsch und ich stehe kurz vor dem Ende meines Masterstudiums im Fachbereich klinische Psychologie an der Universität Wien. In den letzten beiden Jahren habe ich mich vertieft mit psychologischen Fragestellungen rund um die Themen Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft beschäftigt und den Eindruck gewonnen, dass das subjektive Erleben von Frauen (nicht nur, aber besonders) in diesem Kontext deutlich mehr Aufmerksamkeit von Seiten der Gesellschaft, aber unbedingt auch der psychologischen Forschung bekommen sollte.

Da das subjektive Erleben einer Frau auch längerfristig bedeutsam für ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit, den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind, ihre Partnerschaft und viele weitere Bereiche ist, möchte ich mich in meiner Masterarbeit diesem Erleben und an Faktoren, die dieses beeinflussen können, annähern.

ZIELGRUPPE

Zur Zielgruppe meiner Studie zählen Frauen, ...

- die ihr erstes Kind vor frühestens 6 Monaten, höchstens aber 36 Monaten vaginal in einem Spital/Krankenhaus entbunden haben,
- die ihr Kind zwischen den Schwangerschaftswochen 37+0 und 41+6 zur Welt gebracht haben,
- die dabei NICHT mit Zwillingen oder Mehrlingen schwanger waren und
- deren Kind direkt nach der Geburt NICHT auf die Neonatologie verlegt werden musste.

Falls diese Kriterien auf Sie zutreffen, würde ich mich sehr freuen, wenn Sie mich bei meiner Arbeit unterstützen und den unter folgendem Link abrufbaren, anonymen online Fragebogen ausfüllen:

www.soscisurvey.de/geburtserleben

(Die Teilnahme ist bis Ende September 2020 möglich)

Bei Fragen zu mir, zur Studie oder (später auch) zu den Ergebnissen, schreiben Sie mir gerne eine E-Mail an: alina.dorsch@univie.ac.at oder rufen mich an unter +43 [REDACTED]



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at

Studie zum Geburtserleben
www.soscisurvey.de/geburtserleben
Kontakt: alina.dorsch@univie.ac.at