

Universität Bremen
Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften

Die Wahl des Geburtsorts – Eine Analyse der Entscheidungskriterien schwangerer Frauen am Beispiel des Hebammenkreißsaals

Dissertation zur Erlangung des Dr. Public Health

Vorgelegt von
Oda von Rahden, Diplom Psychologin, Hebamme
Universität Bremen

31. Mai 2011

Erstgutachterin: Prof. Dr. Petra Kolip, Universität Bielefeld
Zweitgutachter: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen

Kolloquium: 31. August 2011

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | EINLEITUNG | 5 |
| 2 | WANDEL GEBURTSHILFLICHER VERSORGUNG | 10 |
| 2.1 | Medizinische Entwicklungen | 10 |
| 2.2 | Medikalisierung der Geburtshilfe | 15 |
| 2.2.1 | Medikalisierungsprozesse | 15 |
| 2.2.2 | Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt | 17 |
| 2.2.3 | Der Einsatz des CTGs | 19 |
| 2.2.4 | Die programmierte Geburt | 19 |
| 2.2.5 | Verdeckte Medikalisierung | 21 |
| 2.3 | Psychosoziale und gesellschaftliche Einflüsse auf Veränderungen der Geburtshilfe | 22 |
| 2.4 | Entwicklung der außerklinischen Geburtshilfe | 26 |
| 2.5 | Ansprüche an eine evidenzbasierte und frauenzentrierte Geburtshilfe | 28 |
| 3 | GESELLSCHAFTLICHE EINFLUSSGRÖßEN AUF DIE HEUTIGE GEBURTSHILFE | 34 |
| 3.1 | Einflussfaktoren auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt | 38 |
| 3.1.1 | Umgang mit Schwangerschaft und Geburt | 38 |
| 3.1.2 | Gesellschaftliche Bewertung von Behinderung | 41 |
| 3.2 | Zur Bedeutung von Selbstbestimmung | 43 |
| 3.2.1 | Zum Stellenwert von Wahlfreiheit | 50 |
| 3.2.2 | Bedeutung von Beratung im Kontext von Selbstbestimmung..... | 52 |
| 3.2.3 | Internet und Printmedien als Informationsquellen | 58 |
| 3.3 | Aktuelle Nutzerinnenansprüche an die geburtshilfliche Versorgung | 63 |
| 4 | GEBURTSHILFLICHES ANGEBOT | 68 |
| 4.1 | Geburtshilfliche Modelle | 69 |
| 4.1.1 | Prinzipien der Hebammenarbeit | 70 |
| 4.1.2 | Das geburtsmedizinische Betreuungsmodell..... | 71 |
| 4.1.3 | Geburtshilfliche Praxis in Deutschland | 72 |
| 4.2 | Geburtshilfliches Versorgungsangebot in Deutschland | 74 |
| 4.2.1 | Klinische Geburtshilfe | 74 |
| 4.2.2 | Hebammengeleitete klinische Geburtshilfe..... | 75 |
| 4.2.3 | Außerklinische Geburtshilfe | 80 |
| 5 | INDIVIDUELLE ENTSCHEIDUNGSFAKTOREN FÜR EINEN GEBURTSORT | 83 |
| 5.1 | Bildungsniveau und Informationsstand | 83 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 5.2 | Ängste..... | 84 |
| 5.3 | Erwartungen..... | 86 |
| 5.4 | Sicherheitsbedürfnis..... | 87 |
| 6 | ENTWICKLUNG DER FRAGESTELLUNG | 89 |
| 6.1 | Public Health Relevanz..... | 89 |
| 6.2 | Konkretisierung der Fragestellung | 92 |
| 7 | DER HEBAMMENKREIßSAAL AM KLINIKUM BREMERHAVEN REINKENHEIDE | 95 |
| 8 | METHODISCHES VORGEHEN | 98 |
| 8.1 | Methodik der Datenerhebung | 98 |
| 8.1.1 | Angestrebte Stichprobe..... | 103 |
| 8.1.2 | Rekrutierung..... | 103 |
| 8.2 | Durchführung..... | 105 |
| 8.3 | Auswertungsstrategie | 107 |
| 9 | DARSTELLUNG UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE | 109 |
| 9.1 | Sicherheitsbedürfnis..... | 109 |
| 9.1.1 | Hebammenkreißaal | 109 |
| 9.1.2 | Herkömmlicher Kreißaal..... | 111 |
| 9.1.3 | Gruppenübergreifende Sicherheitsaspekte | 112 |
| 9.2 | Fehlendes Sicherheitsgefühl | 113 |
| 9.3 | Betreuung | 114 |
| 9.3.1 | Hebammenbetreuung | 114 |
| 9.3.1.1 | Präsenz | 114 |
| 9.3.1.2 | Direktive Betreuung..... | 116 |
| 9.3.1.3 | Lob/Zuspruch..... | 117 |
| 9.3.1.4 | Feinfühligkeit | 118 |
| 9.3.2 | Ärztliche Betreuung..... | 118 |
| 9.3.2.1 | Einschätzung vor der Geburt..... | 118 |
| 9.3.2.2 | Beurteilung nach der Geburt | 119 |
| 9.3.3 | Begleitpersonen | 121 |
| 9.3.3.1 | Einschätzung vor der Geburt..... | 121 |
| 9.3.3.2 | Beurteilung nach der Geburt | 122 |
| 9.3.4 | „Feine Antennen“ | 125 |
| 9.4 | Kontinuität..... | 126 |
| 9.4.1 | Einschätzung vor der Geburt | 126 |
| 9.4.2 | Beurteilung nach der Geburt..... | 128 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 9.5 | Selbstbestimmung | 132 |
| 9.5.1 | Einschätzung vor der Geburt | 132 |
| 9.5.2 | Beurteilung nach der Geburt..... | 135 |
| 9.6 | Negative Geburtserfahrungen | 140 |
| 9.7 | Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen | 143 |
| 9.7.1 | Wunsch nach Planbarkeit | 143 |
| 9.7.2 | CTG und Körpergefühl | 145 |
| 9.8 | Gründe für die Wahl des jeweiligen Kreißsaalmodells | 147 |
| 9.8.1 | Hebammenkreißsaal | 148 |
| 9.8.2 | Herkömmlicher Kreißsaal..... | 151 |
| 9.8.3 | Zufriedenheit mit der Kreißsaalentscheidung | 155 |
| 9.8.3.1 | Hebammenkreißsaal | 155 |
| 9.8.3.2 | Herkömmlicher Kreißsaal | 156 |
| 9.9 | Gründe für den Ausschluss anderer Geburtsorte | 158 |
| 9.9.1 | Nutzerinnen des Hebammenkreißsaalmodells | 158 |
| 9.9.2 | Nutzerinnen des herkömmlichen Kreißsaalmodells..... | 162 |
| 10 | DISKUSSION DER ERGEBNISSE | 165 |
| 10.1 | Sicherheitsbedürfnis..... | 165 |
| 10.2 | Betreuungsaspekte | 167 |
| 10.3 | Kontinuität | 168 |
| 10.4 | Selbstbestimmung..... | 170 |
| 10.5 | Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen | 175 |
| 10.6 | Interventionen..... | 176 |
| 10.7 | Wahrgenommene Unterschiede zwischen den Kreißsaalmodellen und der Kreißsaalentscheidung | 179 |
| 10.8 | Limitationen der Studie | 181 |
| 11 | FAZIT UND AUSBLICK | 183 |
| 11.1 | Reduzierung von Medikalisierung..... | 183 |
| 11.2 | Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe..... | 185 |
| 12 | LITERATUR | 189 |
| 13 | TABELLENVERZEICHNIS | 208 |
| 14 | ANHANG | 209 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 14.1 | Informationsschreiben Rekrutierung..... | 210 |
| 14.2 | Kurzfragebogen t1 | 212 |
| 14.3 | Interviewleitfaden t1 | 217 |
| 14.4 | Interviewleitfaden t2 | 220 |
| 14.5 | Postscriptum t2 | 223 |

1 Einleitung

Bei der gesundheitlichen Versorgung von Frauen spielt der Bereich der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe eine wichtige Rolle. Die Geburtenzahlen sind zwar rückläufig, dennoch bekommt ein Großteil der Frauen in Deutschland früher oder später ein oder mehrere Kinder (Statistisches Bundesamt, 2010a). Im Jahr 2008 wurden in Deutschland 682.514 Kinder geboren (Statistisches Bundesamt, 2010b, 2010c). Im Unterschied zu der gesundheitlichen Versorgung in anderen Bereichen handelt es sich bei den Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung jedoch in der Regel nicht um Patientinnen, sondern um gesunde Frauen in einer natürlichen Lebensphase, die nicht zwingend der ärztlichen oder klinischen Behandlung bedürfen. In Hinblick auf eine Überversorgung von gesunden Frauen und Maßstäbe der Nutzerinnenorientierung birgt dieser Umstand besondere Implikationen für die Versorgungspraxis. Vor dem Hintergrund der zunehmenden medizintechnischen Ausrichtung dieser Lebensphase kommt einer Evaluation der klinischen geburtshilflichen Versorgung große Bedeutung zu. Die Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität von geburtshilflichen Betreuungskonzepten ist in Hinblick auf eine frauengerechte Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung. Die Interessen der Nutzerinnen dürfen hierbei nicht unberücksichtigt bleiben.

Schwangerschaft und Geburt sind wichtige biographische Erfahrungen, deren gesundheitliche Relevanz im Lebensverlauf von Frauen sehr bedeutsam ist (Simkin, 1991). Inwieweit diese Lebensphase von Frauen als gelungen erlebt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab und lässt sich nicht auf ein „Hauptsache gesund!“ reduzieren. Medizinische Ergebnismaße, die Outcomes, sind hier sicherlich von entscheidender Bedeutung. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit von Mutter und Kind eine grundlegende Voraussetzung für die Zufriedenheit mit dieser Lebensphase darstellen. Darüber hinaus scheinen jedoch weitere Faktoren, jenseits „harter“ Outcomes, einen großen Einfluss auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt zu haben. Nach derzeitigem Erkenntnisstand kann angenommen werden, dass das Geburtserleben und die Zufriedenheit damit sowohl von der individuellen Einstellung als auch von den tatsächlich unter der Geburt stattfindenden Ereignissen geprägt werden (Green et al., 2003). Diverse psychosoziale Faktoren haben einen vergleichbaren Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtsergebnis. So nennen Ehlert et al.(2003) unter anderem Familienstatus, Berufstätigkeit, frühere Schwangerschaften, Anzahl positiver und negativer kritischer Lebensereignisse und deren subjektive Bewertung als Merkmale der psychosozialen Lebenssituation Schwangerer. Es kann angenommen werden, dass die Merkmale der Lebenssituation Bewertungsprozesse und Verhaltensweisen der Schwangeren beeinflussen und somit entscheidend zur Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der Geburtserfahrung beitragen (Ehlert et al., 2003). Weiterhin können beispielsweise die Art und Weise der Betreuung während der Schwangerschaft und Geburt, der Geburtsort und das Erleben von Selbst- oder Fremdbestimmung von Relevanz sein.

Bislang liegen wenige Erkenntnisse hierzu vor. Annahmen über die Wünsche und Bedürfnisse von Frauen bezüglich der geburtshilflichen Versorgung sind bislang kaum wissenschaftlich überprüft worden (Green et al., 2003).

In Deutschland werden üblicherweise zur Beurteilung einer gut verlaufenen Schwangerschaft und ebensolchen Geburt biomedizinische Parameter herangezogen. Diese Kriterien beleuchten jedoch nur einen Teil der Aspekte, die geburtshilfliche Versorgungsqualität ausmachen, und können somit nur sehr eingeschränkt abbilden, wie die geburtshilfliche Versorgung von Nutzerinnen erlebt und bewertet wird. Da psychosoziale Faktoren einen nicht unerheblichen Anteil daran haben, ob Schwangerschaft und Geburt von Frauen als gelungene Lebensphase wahrgenommen werden, erscheinen medizinische Outcomes zur Beurteilung von geburtshilflicher Versorgungsqualität als alleiniges Qualitätskriterium nicht ausreichend. Dieses Erkenntnis schlägt sich bisher allerdings nicht auf die Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen in der Geburtshilfe nieder. Das wichtigste Instrument zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe in Deutschland, die bundesweite Perinatalerhebung (Goerke & Lack, 2000), wertet diverse medizinische Outcome-Maße aus, beleuchtet aber in keiner Weise die Bedürfnislagen von Frauen und ihre Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. Aufgrund dieser einseitig medizinischen Betrachtung der geburtshilflichen Versorgungsqualität muss die Berücksichtigung von Nutzerinneninteressen bei der Bewertung von geburtshilflicher Versorgung derzeit als unzureichend bezeichnet werden.

Zur Realisierung der reproduktiven Rechte von Frauen ist es notwendig, die äußeren Rahmenbedingungen der geburtshilflichen Versorgung so zu gestalten, dass Frauen befähigt werden, diese Lebensphase so eigenständig zu gestalten, wie es ihren Bedürfnissen entspricht. Bereits 1987 stellte das europäische Regionalbüro der WHO (1987) bei einer Analyse der europäischen Geburtshilfe fest, dass die Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung weder bei der Planung von geburtshilflichen Betreuungskonzepten noch in Hinblick auf ihre Zufriedenheit berücksichtigt werden. Konzepte, die die Perspektive der Nutzerinnen berücksichtigen und darüber hinaus der Medikalisierung entgegenwirken, sind in Deutschland bisher fast ausschließlich im außerklinischen Bereich, in Form von Haus- oder Geburtshausgeburten, zu finden. Für den klinischen Bereich der geburtshilflichen Versorgung hat sich daran bis heute nur geringfügig etwas verändert.

Vermutlich aufgrund der hohen Bewertung des Sicherheitsaspektes, welcher sehr stark mit der klinischen Geburtshilfe assoziiert wird, werden außerklinische Betreuungskonzepte jedoch nur von einem sehr kleinen Teil Schwangerer nachgefragt. Vor diesem Hintergrund zeigt sich die Notwendigkeit, auch für die klinische Geburtshilfe Konzepte zu entwickeln, die Partizipation der Nutzerinnen ermöglichen und der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt entgegenwirken. Klinische geburtshilfliche Versorgungsangebote berücksichtigen diese Aspekte bislang wenig und es besteht noch großer Verbesserungsbedarf.

Kenntnisse über die Bedürfnislagen der Nutzerinnen sind hierzu grundlegend. Bislang liegen allerdings nur wenige Erkenntnisse dazu vor, welche Erwartungen und Bedürfnisse Frauen an die klinische Geburtshilfe stellen und welchen Stellenwert geburtshilfliche Interventionen beziehungsweise Aspekte einer natürlichen Geburt bei der Wahl eines klinischen Geburtsortes haben (David & Kentenich, 2008). Wenngleich Selbstbestimmung heute ein anerkannter Betreuungsaspekt ist, liegen derzeit kaum Erkenntnisse dazu vor, welche konkreten Vorstellungen Frauen an eine selbstbestimmte Geburt stellen und wie diese ausgestaltet sein sollte. Anknüpfend an diese spärliche Erkenntnislage, soll diese Arbeit die Perspektive der Nutzerinnen von klinischer Geburtshilfe näher beleuchten und auf die Entscheidungskriterien bei der Wahl des klinischen Geburtskonzeptes fokussieren. Hierzu wird das in Deutschland noch relativ junge Konzept des Hebammenkreißsaals in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt, da hier erstmals im klinischen Setting eine interventionsarme und an den Bedürfnissen der Nutzerinnen orientierte Geburtshilfe angeboten wird (Sayn-Wittgenstein, 2007; Sayn-Wittgenstein et al., 2007).

Nachdem 2003 der erste Hebammenkreißsaal Deutschlands am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide eröffnet wurde, hat sich dieses Betreuungskonzept mittlerweile zunehmend etabliert. Derzeit (Stand Oktober 2010) existieren in Deutschland zehn Hebammenkreißsäle (Fachhochschule Osnabrück, 2009). Dieses Konzept scheint zukunftsweisend, da es im klinischen Setting verortet ist, was dem von den meisten Schwangeren gewählten Geburtsort entspricht. Außerdem sieht das Konzept die Berücksichtigung des Wunsches nach Mitgestaltung und Selbstbestimmung (Ahner et al., 1996) vor und bietet somit den Rahmen für eine partnerschaftliche Betreuung. Mit diesem Betreuungskonzept wurde in Deutschland erstmals ein klinisches geburtshilfliches Betreuungsangebot eingeführt, welches sich vom Risikoblick der Geburtsmedizin löst und eine hebammengeleitete Geburtshilfe im klinischen Setting anbietet. Das Versorgungsmodell richtet sich an gesunde Schwangere mit einem geringen geburtshilflichen Risiko. Sie können sich entscheiden, ob sie sich während der Geburt im herkömmlich ärztlich geleiteten Kreißsaal oder im Hebammenkreißsaal betreuen lassen wollen. Zentrales Anliegen des Konzeptes ist eine beziehungsorientierte Betreuung, die an den individuellen Bedürfnissen der Frau ausgerichtet ist und somit die Eigenständigkeit und Autonomie der Gebärenden fördert. Ziel dieses Betreuungsangebotes ist ein Optimum an Gesundheit, das das emotionale und psychische Wohlergehen von Mutter und Kind berücksichtigt.

Da das Konzept in Deutschland noch relativ neu ist, liegen bislang keine Erkenntnisse vor, inwieweit ein Hebammenkreißsaal die Bedürfnisse der Frauen bzw. Paare trifft. Studien aus dem Ausland zeigen, dass die Betreuung von Frauen in hebammengeleiteten Abteilungen zu einer größeren Zufriedenheit führt. Dieser Effekt lässt sich sowohl für die Betreuung vor, während und nach der Geburt feststellen (Biro et al., 2003; Hundley et al., 2001; Hundley et al., 1997; Lavender et al., 1999; MacVicar et al., 1993; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Waldenström et al., 2000; Waldenström & Nilsson, 1993; Waldenström & Turnbull, 1998; Walker et al., 1995).

Derzeit ist unklar, inwieweit sich diese Ergebnisse auch auf deutsche Hebammenkreißsäle übertragen lassen. Die Untersuchung von Entscheidungskriterien Schwangerer bei der Wahl des Geburtskonzepts im Rahmen dieses Promotionsvorhabens soll das Konzept Hebammenkreißsaals aus der Perspektive der Nutzerinnen näher beleuchten.

Das Projekt „Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal“, welches im Rahmen des Verbundprojektes „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess-Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal“ durchgeführt wurde, liegt diesem Promotionsvorhaben zugrunde. Die Studie wurde am Klinikum Reinkenheide Bremerhaven durchgeführt, da dies zum Zeitpunkt der Datenerhebung der erste und einzige Hebammenkreißsaal in Deutschland war.

Diese Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Da eine Kenntnis vom derzeit vorherrschenden geburtshilflichen System grundlegend erscheint, um das Entstehen von bestimmten Erwartungen und Ansprüchen auf Nutzerinnenseite nachzuvollziehen, wird der Wandel der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland zu Beginn dieser Arbeit in Kapitel 2 vorgestellt. Hierbei wird neben den medizinischen Entwicklungen die Medikalisierung der Lebensphase Schwangerschaft und Geburt problematisiert. Weiter wird auf Einflüsse eingegangen, die zu Veränderungen der geburtshilflichen Versorgungslandschaft führten und unter anderem zur Etablierung eines außerklinischen Versorgungsangebots führten. Diese Ausführungen münden in eine Beschreibung der Ansprüche an eine frauenzentrierte und evidenzbasierte Geburtshilfe.

Kapitel 3 behandelt gesellschaftliche Einflussgrößen auf die derzeit in Deutschland praktizierte Geburtshilfe. Hierzu zählen das Erleben von Schwangerschaft und Geburt unter heutigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die gesellschaftliche Bewertung von Behinderung. Anschließend wird ausführlich auf die Bedeutung von Selbstbestimmung im Kontext von Schwangerschaft und Geburt eingegangen, indem verschiedene Aspekte von Selbstbestimmung sowie deren Grenzen aufgezeigt werden.

Kapitel 4 liefert eine Beschreibung der derzeitigen Geburtshilfe in Deutschland. Es werden die Unterschiede zwischen den Prinzipien von Hebammenarbeit und dem biomedizinischen Modell von Geburtshilfe aufgezeigt und dargelegt, wie sich diese Modelle in der Praxis niederschlagen. Hier wird als Beispiel hebammengeleiteter Geburtshilfe das Modell des Hebammenkreißsaals beschrieben und noch einmal auf die außerklinische Geburtshilfe eingegangen. Da die maternale Entscheidung für oder gegen einen Geburtsort nicht allein von äußeren Bedingungen beeinflusst wird, befasst sich das Kapitel 5 mit den individuellen Faktoren, die eine Rolle spielen. Im sechsten Kapitel wird die Bedeutung einer an den Bedürfnissen der Nutzerinnen orientierte Geburtshilfe aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht dargelegt und die Fragestellung dieser Untersuchung konkretisiert.

Um ein besseres Verständnis des empirischen Teils dieser Arbeit zu ermöglichen, werden vor der Darstellung der Untersuchung das Setting der Studie, das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide mit seinem Hebammenkreißsaal, sowie der Verbund Hebammenforschung, der die Evaluation durchführte, vorgestellt. Hieran schließt sich in Kapitel 8 die Beschreibung des methodischen Vorgehens an. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in Kapitel 9 interpretierend dargestellt, bevor in Kapitel 10 die wesentlichen Ergebnisse im Lichte der Theorie diskutiert werden. Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 11 mit einem Fazit und Ausblick.

Die Dissertation ist in einer geschlechtersensiblen Sprache verfasst. Da die Zielgruppe der Untersuchung weiblich ist, wird von Nutzerinnen gesprochen, auch wenn einzelne Aussagen auch deren Partner betreffen. Bei den Betreuungspersonen (außer den Hebammen) wird die Binnen-I-Schreibweise verwendet, um deutlich zu machen, dass beide Geschlechter gemeint sind. Bei anderen Personen (-gruppen) wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, weibliche Vertreter sind hier mitgemeint.

2 Wandel geburtshilflicher Versorgung

Um sich der Frage nach den Entscheidungskriterien bei der Wahl des Geburtsorts zu nähern, erscheint es sinnvoll, nicht nur das innovative Konzept des Hebammenkreißsaals und die derzeitig in Deutschland zur Verfügung stehenden geburtshilflichen Angebote zu betrachten. Vielmehr ist auch zu beleuchten, welchen Strömungen die geburtshilfliche Versorgung unterliegt und was für einen Wandel das zur Folge hat. Das Entscheidungsverhalten von schwangeren Frauen ist zum einen davon geprägt, welche Angebote überhaupt zur Verfügung stehen, zum anderen passen geburtshilfliche Anbieter ihr Angebot der Nachfrage an. Dieser Wechselwirkung soll im Folgenden näher nachgegangen werden.

Veränderungen in der geburtshilflichen Versorgung sind nicht allein auf neue medizinische Erkenntnisse und Methoden zurückzuführen, sondern ebenso auf kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse, welche sich in veränderten Rahmenbedingungen und veränderten Ansprüchen von Frauen und Paaren niederschlagen (David & Kentenich, 2008; Husslein, 2008; Rath, 2008). Zur Beleuchtung des Wandels geburtshilflicher Versorgung wird nicht nur eine medizinisch-biologische Perspektive in den Blick genommen, sondern die geburtshilfliche Versorgung ebenso aus ethnologischer Sicht betrachtet, so dass kulturelle Einflüsse ebenfalls Berücksichtigung finden. Im Folgenden wird daher zuerst auf die medizinisch-technischen Veränderungen der Geburtshilfe in Deutschland (2.1) und auf die Medikalisierung der Geburtshilfe (2.2) eingegangen, bevor im Anschluss daran in Kapitel 2.3 psychosoziale und gesellschaftliche Einflüsse beleuchtet werden und auf die Entwicklungen der außerklinischen Geburtshilfe eingegangen wird.

2.1 Medizinische Entwicklungen

Betrachtet man die Veränderungen der geburtshilflichen Versorgungslandschaft in Deutschland ab der Mitte des letzten Jahrhunderts, ist die Verlagerung der Geburten in die Klinik sicherlich die augenscheinlichste Veränderung. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fanden 99% der Geburten zu Hause statt. Über die Jahrzehnte hinweg setzte jedoch eine Verlagerung zur Klinikgeburt ein. Dieser Wandel vollzog sich aufgrund von unterschiedlichen Strömungen nur sehr zögerlich. Die Notwendigkeit von Klinikentbindungen bei normalen Schwangerschaften wurde lange kontrovers diskutiert. Nur 26 % der Geburten wurden als klinikbedürftig eingeschätzt und vor diesem Hintergrund schien der höhere volkswirtschaftliche Kostenaufwand von Klinikgeburten nicht gerechtfertigt. Des Weiteren fehlte es an Krankenhausbetten, sollten alle Geburten in die Klinik verlagert werden. Nichtsdestotrotz war in allen hoch industrialisierten Ländern ein Trend zur Klinikgeburt zu beobachten. Wodurch dieser Trend ausgelöst wurde, ist unklar. Der Mitte des letzten Jahrhunderts herrschende Mangel an Wohnraum sowie ungünstige Wohnverhältnisse schienen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Mitte der 1960er Jahre betrug die Rate der Klinikentbindungen in

Deutschland 60%, während zur gleichen Zeit in den USA und der Sowjetunion die Rate der Klinikentbindungen bereits bei 92% lag. In Westdeutschland führte erst die Einführung der Kostenübernahme für Klinikentbindungen bei normalen Geburten durch die Krankenkassen zu einem schnellen Anstieg der Rate der Klinikentbindungen (Gubalke, 1985). Seither finden ca. 98% der Geburten in einem Krankenhaus statt (BMFSFJ, 2001).

Der Trend von der Haus- zur Klinikgeburt unterlag nicht rein medizinischen Entwicklungen, sondern wurde von diversen Einflüssen, u. a. der geringer werdenden Bereitschaft von Ärzten, bei Hausgeburten tätig zu werden, geprägt. Mit der Verlagerung der Geburt in die Klinik kam es zunehmend zu einer Betrachtung von Schwangerschaft und Geburt als einer kritischen Lebensphase, die von Risiken geprägt ist und daher der Überwachung bedarf (Hassauer, 1983). Seither gilt eine niedrige Mütter- und Säuglingssterblichkeit als das entscheidende Qualitätsmerkmal in westlichen geburtshilflichen Systemen. Während 1950 noch die perinatale Mortalitätsrate bei 49,9 ‰ und die Müttersterblichkeit bei 2 ‰ lagen, sanken die perinatale und mütterliche Mortalität bis 2007 auf 5,5 ‰, bzw. 0,041 ‰ (BQS, 2008; Statistisches Bundesamt, 2007a; Wulff, 1988). Diese Senkung der Mortalitätsraten wird von Medizinern auf die Intensivierung der medizinischen Vorsorge und Geburtsüberwachung zurückgeführt, ohne dass je ein Kausalzusammenhang nachgewiesen wurde und andere Experten diesen Zusammenhang vor dem Hintergrund diverser anderer Einflussgrößen bezweifeln (WHO, 1987). In der Folge dieser Intensivierung kam es zu einer fortschreitenden Technisierung der Lebensphase von Schwangerschaft und Geburt (Albrecht-Engel, 1995). Geprägt wurde dieser Trend durch neue medizinische Entwicklungen, wie beispielsweise das CTG¹ (Reibnitz & List, 2000). Mit der Etablierung der programmierten Geburt in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine Extremform der Technisierung und Medikalisierung der Geburt erreicht (zur Medikalisierung siehe Kapitel 2.2). Hierbei wurde dem natürlichen Geburtsbeginn zuvorgekommen, indem die Geburt an einem festgelegten Termin durch Öffnen der Fruchtblase und die Gabe von Wehenmitteln künstlich eingeleitet wurde. Sie ist Ausdruck einer biologisch-mechanistischen Ausrichtung der Geburtshilfe, welche auf moderne medizintechnische Methoden vertraut und versucht, naturgegebene Zufälligkeiten der Geburt (wie z. B. den spontanen Geburtsbeginn) auszuschalten (zur programmierten Geburt siehe Kapitel 2.2.4). Die Bedeutung des subjektiven Erlebens und die Bedürfnisse der Schwangeren bzw. Gebärenden wurden der Technisierung untergeordnet.

Dies änderte sich jedoch in Anbetracht neuer Erkenntnisse um die Bedeutung der psychischen Bedürfnisse von Mutter und Kind. Der Einsatz von Medizintechnik wurde nunmehr kritisch hinterfragt. In geburtshilflichen Kolloquien dieser Zeit finden sich neben Vertretern einer medizintechnisch kontrollierten Geburtshilfe zunehmend Kritiker, die die Würde von Frau und Kind durch diese „aggressive“ Geburtshilfe verletzt

¹ CTG: Cardiotocograph (Herztonwehenschreiber)

sehen (Hassauer, 1983). Die Kontroverse um diese Entwicklungen der klinischen Geburtshilfe wurde auch unter Experten z. T. emotional geführt und ist nicht immer mit Fakten begründet. So nennt Saling (1981), ein Pionier der Perinatalmedizin, in seiner Eröffnungsrede auf dem 9. Deutschen Kongress für Perinatale Medizin den Einbezug psychosozialer Perspektiven „psychologische Umweltverschmutzung“. Die beste Lösung läge in einer vollen Ausnutzung der technischen Möglichkeiten bei Berücksichtigung psychischer Aspekte, wobei diese nicht überbewertet werden dürften. Im Gegenteil: die von Leboyer (1981) propagierte Reizminimierung bei der sanften Geburt sei als bedenklich einzustufen (Saling, 1981).

Forschungen der US-amerikanischen Pädiater Klaus und Kennell (1982) zur Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung untermauerten die Kritik an der gängigen geburtshilflichen Praxis dieser Zeit. Klaus und Kennell (1982) stellten fest, dass die damals übliche Trennung von Mutter und Neugeborenem nach der Geburt neben anderen Aspekten der Geburtsbetreuung hinderlich für das Entstehen der Mutter-Kind-Bindung ist. Sie prägten den Begriff des Bondings, der die emotionale Bindung zwischen Eltern und ihrem Kind bezeichnet. Die Mutter bzw. die Eltern sind die ersten Personen, zu denen das Neugeborene eine Beziehung aufbaut. Die ersten Stunden nach der Geburt spielen für diesen „Prozess des Verliebenseins“ (Lang, 2009) eine besondere Rolle und werden als sensible Phase bezeichnet. Während dieser Zeit sind sowohl die Mutter als auch das Kind biologisch darauf ausgerichtet, in Kontakt miteinander zu treten. Entgegen früheren Annahmen ist das Kind hierbei kein passives Wesen, sondern nimmt seine Mutter, bzw. Eltern mit all seinen Sinnen wahr und sucht automatisch nach der Brust, um daran zu saugen. Die Mutter richtet ihre gesamte Aufmerksamkeit auf das Neugeborene. Die besondere Hormonlage, die Mutter und Kind nach der Geburt haben, begünstigt diese Kontaktaufnahme, wirkt auf beide beruhigend und fördert das Explorationsverhalten des Neugeborenen. Durch diese frühe Interaktion zwischen Säugling und Eltern wird die Basis für eine lebenslange Bindung gelegt. Dieses enge emotionale Band ist die Grundlage dafür, dass die Eltern sich, trotz der Entbehrungen wie Schlafmangel, zuverlässig und fürsorglich um ihren Nachwuchs kümmern und somit das Gedeihen des Kindes sicherstellen (Lang, 2009).

Klaus und Kennell (1983a) stellten fest, dass die Geburtsmedizin jener Zeit die Bindung zwischen Mutter und Kind nach der Geburt extrem erschwerte. Ihre Kritik bezog sich hierbei, neben der frühen Trennung von Mutter und Kind, auf verschiedene Aspekte der klinischen Geburtshilfe, die im Folgenden angerissen werden (Klaus & Kennell, 1983a, 1982). Die zur Schmerzbekämpfung in den 70er und 80er Jahren häufig verabreichten Opioide wurden in Bezug auf das Bonding sehr problematisch eingestuft. Opioide haben eine überraschend geringe analgetische Wirkung, führen jedoch zu einer starken Sedierung von Mutter und Kind. Bei der Mutter führt dies zu einem gedämpften Zustand, der mit einer Verringerung von mütterlichen Gefühlen beim ersten Kontakt mit dem Neugeborenen einhergeht. Die Folgen einer Opioidgabe sind für das Kind noch gravierender. Aufgrund der schnellen Passage der Plazen-

taschranke werden diese Neugeborenen häufig mit niedrigeren Apgarwerten² geboren und haben eine Atemdepression, die mitunter durch Gabe von Gegenmitteln behandelt werden muss. Weitere Folgen sind ein geringeres Such- und Saugverhalten, sowie häufiges Schreien und schlechtes Saugen an der Brust. Diese Beeinträchtigungen sind noch 60 Stunden nach der Geburt zu beobachten (Lang, 2009). Weiterhin wurde festgestellt, dass die damals übliche Geburtsumgebung hinderlich für das Bonding war. Grelles Licht, laute Geräusche und zu niedrige Raumtemperatur erschwerten es neben der unruhigen Atmosphäre durch das Personal dem noch licht- und geräusch-empfindlichen Neugeborenen, seine Eltern zu „entdecken“ (Lang, 2009; Klaus & Kennell, 1983b).

Diese Erkenntnisse über das Bonding (DeVries, 1984; Klaus & Kennell, 1983a,b, 1982) sowie die zunehmende Kritik an der technisierten Geburtshilfe durch die Frauengesundheitsbewegung führten zu einer Untermauerung der Bedeutung des Geburtserlebnisses, so dass seit den 80er Jahren ein Umdenken einsetzte und das subjektive Erleben von Schwangerschaft und Geburt bei der Betreuung von Frauen letztlich als bedeutsamer Betreuungsaspekt anerkannt wurde. Nicht zuletzt, da man einen Zusammenhang zwischen gestörter Bondingphase und späterem Kindesmissbrauch feststellte, wurde auch von Seiten der Mediziner der Förderung des Bondings ein größerer Stellenwert eingeräumt (De Vries, 1984; Eyer, 1992; Klaus & Kennell, 1982).

De Vries (1984) stellt fest, dass diese Entwicklung zu einer Humanisierung der Geburtshilfe sowohl von Nutzerinnen als auch von den Anbietern geburtshilflicher Versorgung vorangetrieben wurde. Der Trend zu einer den Bedürfnissen angepassten Geburtshilfe führt DeVries (1984) dennoch nicht auf die Argumente der Frauenbewegung zurück, welche die Wichtigkeit einer natürlichen Geburt betonten und die Abhängigkeit von der Technik kritisierten. Vielmehr waren es die Erkenntnisse um die Bedeutung des Bondings die zur Humanisierung der Geburtshilfe führten und darauf hindeuteten, dass die außerklinische Geburtshilfe optimale Rahmenbedingungen für gelungenes Bonding biete. Trotz der Erkenntnis, dass die Routineabläufe und die Atmosphäre der Klinik das Bonding erschwerten, wurde jedoch, mit Betonung der Gefahren von Hausgeburten, an dem klinischen Geburtsort festgehalten:

„[...] We believe that certain priorities in the birthing process must be maintained if rational decisions regarding birthing environment are to be made. The first priority is a live and healthy mother; the second, a live and healthy baby; and the third, a psychologically rewarding experience for the parents and the baby.“ (Mediziner, zitiert nach (De Vries, 1984; S. 98).

De Vries (1984) sieht in dieser Argumentation einen Versuch der Mediziner, die Macht über das Fachgebiet der Geburtshilfe zu erhalten:

² Der Apgar-Score ist ein Punktschema zur Beurteilung des klinischen Zustands von Neugeborenen. Er wurde benannt nach der Anästhesistin Virginia Apgar, welche 1951 dieses Bewertungsschema entwickelte.

„The more important and relevant issue raised by bonding research would seem to be how to facilitate home births, but because this alternative is incompatible with the ideology that sustains medical control of birth, it has been ignored by medical professionals.“ (De Vries, 1984; S. 99)

Dennoch ging De Vries (1984) davon aus, dass die Forderungen der Nutzerinnen und die Erkenntnisse des Bondings letztlich zu einer humanisierten Geburtshilfe führen würden, die die starke Medikalisierung ablösen würde. Aus heutiger Sicht ist diese Entwicklung jedoch ausgeblieben.

Einige Kliniken bemühten sich seither, ihr geburtshilfliches Angebot, zumindest vordergründig, an den Bedürfnissen von Schwangeren auszurichten, zumal Frauen bei der Wahl ihrer Geburtsklinik zunehmend ihren eigenen Vorstellungen und nicht der ärztlichen Empfehlung folgten (David & Kentenich, 2008; Riegl, 1996; WHO, 1987). Dies führte jedoch nicht zu einer Reduktion des medizintechnischen Einsatzes in der klinischen Geburtshilfe, sondern im Gegenteil: Parallel zur Anerkennung psychischer Betreuungsaspekte entwickelten und etablierten sich medizintechnische Interventionsmethoden immer weiter (Sayn-Wittgenstein, 2007). Der Einsatz von medizintechnischen Interventionsmethoden ist heute in Deutschland bei normalen Geburten allgemein üblich. In der Folge wird diese stark technologische Ausrichtung der heutigen Geburtshilfe von den Nutzerinnen wie auch von den beteiligten Berufsgruppen in der Regel als „normal“ erlebt (Schücking, 2003a).

Die geburtshilfliche Entwicklung in der DDR verlief ähnlich der in Westdeutschland. Nach einer Verlagerung von Haus- zu Klinikentbindungen entwickelte sich eine so genannte Intensivgeburtshilfe, die sich durch einen starken Einsatz von Medizintechnik auszeichnete. Gradmesser geburtshilflicher Leistung waren auch in der DDR mütterliche und kindliche Morbiditäts- und Mortalitätsraten. In den 80er Jahren wurden zwar die Nachteile der Intensivgeburtshilfe erkannt, dies hatte jedoch keine Reduktion des Technikeinsatzes zur Folge. Stattdessen wurde eine neue „Psychohygiene“ gefordert. Man bemühte sich um eine familienorientierte Geburtshilfe, ohne die Intensivgeburtshilfe einzuschränken. Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte stellte vielmehr eine Ergänzung der medizintechnisch ausgerichteten Geburtshilfe dar. In der praktischen Umsetzung bedeutete dies, Väter wurden bei der Geburt zugelassen, es wurde Bonding unterstützt, Rooming-in ermöglicht und das Stillen gefördert (Kraatz, 1964; Schulze & May, 1984).

Auch in Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des geburtshilflichen Angebots in Deutschland wird davon ausgegangen, dass die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts der Frau nicht zu einer Reduktion von geburtshilflichen Interventionen führen wird. Im Gegenteil, es wird angenommen, dass es zu einem weiteren Anstieg von Geburtseinleitungen und Kaiserschnitten auf Wunsch kommen wird. Weiter wird vermutet, dass der Servicegedanke bei der geburtshilflichen Versorgung mehr Gewicht bekommen wird (Husslein, 2008; Rath, 2008). Laut Husslein (2008) wird sich die Geburtshilfe der Zukunft der Lebensform des 21. Jahrhunderts anpassen, welche auf Planbarkeit und Reduzierung von Risiken ausgerichtet sei. Eine Geburt stellt

hierbei nur „eine kurze Unterbrechung des Befindlichkeitszustandes“ dar (Huch 2001, zitiert nach Husslein 2008, S. 698). Der Geburtshelfer Rath (2008) befürchtet, dass hohe medizinische und paramedizinische Ansprüche der Nutzerinnen zu einer zunehmenden Herausforderung für die GeburtshelferInnen werden. Aufgrund der zunehmenden Klagebereitschaft wird davon ausgegangen, dass geburtshilfliches Handeln in stärkerem Maße von forensischen Überlegungen beeinflusst sein wird und dies den Trend zu einer invasiven Geburtshilfe zusätzlich verstärken wird. Husslein (2008) konstatiert, dass zur weiteren Senkung von Morbiditäts- und Mortalitätsraten eine „risikoadaptierte“ oder „antizipierte“ geburtshilfliche Versorgung anzustreben sei. Bereits früh in der Schwangerschaft werden Frauen hierbei nach Risiken selektiert und in weiterführende Behandlungskonzepte übermittelt. Risikoschwangere werden in Perinatalzentren der Maximalversorgung betreut und Schwangere ohne oder mit geringen Risiken in „Kliniken mit Hotelcharakter“ (Husslein, 2008; S. 696)

2.2 Medikalisierung der Geburtshilfe

Die Entwicklungen der klinischen geburtshilflichen Versorgung sowie die oben beschriebenen Prognosen sind untrennbar verflochten mit dem parallel verlaufenden Prozess der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt. Zum besseren Verständnis dieser Entwicklungen erscheint es sinnvoll, Medikalisierungsprozesse näher zu betrachten und im Weiteren die Medikalisierung der Lebensphase rund um Schwangerschaft und Geburt weiter auszuführen.

2.2.1 Medikalisierungsprozesse

Von Medikalisierung wird gesprochen, wenn bislang nicht zum Fachgebiet der Medizin gehörende Aspekte des Lebens in die Zuständigkeit dieser Disziplin gelangen, bzw. von ihr vereinnahmt werden. Einhergehend damit werden Definitionen von Normalität und Abweichung geschaffen, wo bislang eine breite Palette an Ausprägungen möglich war und Lösungen für Beschwerden oder Probleme nicht im medizinischen Bereich gesucht wurden. Dieser Vorgang lässt sich für alle (Umbruchs-) Phasen des menschlichen Lebens beobachten. Illich (1975, 1995) beschrieb bereits in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts, wie die Medizin, ähnlich wie Gesetz und Religion, definiert, was normal, angemessen und wünschenswert ist. Der amerikanische Medizinsoziologe Zola (1972) ging noch weiter, indem er konstatierte, dass die Medizin traditionelle Institutionen wie Gesetz und Religion sogar verdränge. Für MedizinerInnen erweitert sich durch Medikalisierung das Tätigkeitsfeld über die klassischen Bereiche der Behandlung und Heilung von Krankheiten hinaus. Nach Zola (1972) ist damit ein Machtzugewinn verbunden, der die Medizin zu einer Instanz der sozialen Kontrolle macht.

Durch Medikalisierung entstehen nicht nur neue Diagnosen, sondern es werden auch neue Gruppen von Patienten geschaffen. Illich (1975) spricht in diesem Zusammen-

hang von neuen Außenseitern. Abweichungen sozialen Lebens, wie Alkoholismus, Kriminalität oder psychische Befindlichkeiten, werden in medizinischen Fachbegriffen neu definiert, die die sozialen Komponenten dieser Verhaltensweisen außer Acht lassen. Handlungsweisen, die früher als unmoralisch oder unerwünscht betrachtet wurden, werden zu Symptomen einer Krankheit und werden somit vom gesellschaftlichen zum individuellen Problem (Smeenk & ten Have, 2003).

Ein Merkmal für die Medikalisierung körperlicher Erscheinungen ist ihre Normierung. Es werden Grenzwerte festgelegt, die sich entweder aus der Berechnung des statistischen Durchschnitts, zum Beispiel der Schwangerschaftsdauer, ergeben, oder sich an einem festgelegten Idealwert orientieren. Abweichungen von dieser künstlich festgelegten Norm werden als pathologisch betrachtet und bedürfen somit der Behandlung. Diese Pathologisierung ist ein weiterer Aspekt der Medikalisierung. Der nächste Schritt der Medikalisierung betrifft die Regulierung der Normabweichung, also die Therapie mit den der Medizin zur Verfügung stehenden Mitteln. Der menschliche Körper wird in ein mechanistisches Bild gerückt und die damit assoziierte Störanfälligkeit erfordert regelmäßige Kontrollen und „Reparaturen“. Es setzt eine regelrechte Kettenreaktion ein, denn sowohl Diagnostik als auch Therapie schaffen weitere Probleme, die wiederum in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fallen (Illich, 1995; Kolip, 2000; Smeenk & ten Have, 2003).

Medikalisierung führt zu einer Verantwortungsübertragung an MedizinerInnen und zugleich zu einer Entmündigung von Menschen in Bezug auf Selbsthilfe bei Beschwerden, der Gestaltung von Lebensprozessen oder der Suche nach Lösungen außerhalb der Medizin. Durch den Prozess der Medikalisierung wird ein medizinischer Behandlungsbedarf in Lebensbereichen geschaffen, deren Bewältigung ursprünglich in den Kompetenzbereich des Einzelnen fiel. Somit dehnte sich der Zuständigkeitsbereich der Medizin aus und für MedizinerInnen bot sich ein erweitertes Tätigkeitsspektrum (Zola, 1972).

Smeenk und ten Have (2003) konstatieren, dass Gesundheit in westlichen Gesellschaften als höchstes Gut und als Quelle für ein glückliches Leben betrachtet wird. Der Medizin wird die Aufgabe zugeschrieben, Gesundheit zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Demzufolge ist es die Gesellschaft selbst, die, neben dem Fach der Medizin, Medikalisierungsprozesse vorantreibt. Den Nutzerinnen von gesundheitlichen bzw. geburtshilflichen Versorgungsleistungen kommt hierbei ebenfalls eine bedeutsame Rolle zu und sie können nicht als reine Opfer der Medikalisierung betrachtet werden. Der Wunsch nach Gestaltbarkeit des eigenen Körpers und das Bedürfnis, mit dem eigenem Körper Normwerten zu entsprechen, schürt die Nachfrage nach Medikalisierung.

2.2.2 Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt

Für Schwangerschaft und Geburt führte die Medikalisierung zu einer Neudefinition. In dieser Lebensphase wird nunmehr ein medizinisch zu lösendes Problem gesehen und eine starke Gewichtung auf die Pathologie gelegt. Die Schwangerschaft wird per se als überwachungspflichtiger und behandlungsbedürftiger Zustand definiert und in diesem Zuge wird aus einer schwangeren Frau zwangsläufig eine Patientin. Dieser wird vermittelt, sie sei einer Vielfalt von Komplikationen, ausgelöst durch die Schwangerschaft, ausgesetzt. Kringeland und Möller (2006) bringen diese Perspektive folgendermaßen auf den Punkt:

„Childbearing is not expected to be a normal part of life, but as nine month of risk.“ (Kringeland & Möller, 2006; S. 190)

Normale Schwangerschaftsveränderungen, wie Müdigkeit oder Stimmungsschwankungen, werden zu Symptomen erklärt, und die Definitionsmacht darüber, wo die Grenze zwischen „normal“ und „abweichend“ ist, liegt in den Händen von FachärztInnen. Die Unterscheidung in „normal“ und „abweichend“ legitimiert sodann weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen (David & Kentenich, 2008; Smeenk & ten Have, 2003).

Aufgrund der fehlenden Vorhersehbarkeit und Planbarkeit von Schwangerschaft und Geburt geht diese Lebensphase für Frauen in der Regel mit Gefühlen der Unsicherheit einher. Dies kann mit der Befürchtung verbunden sein, keine Möglichkeiten zu haben, diese Phase selbst kontrollieren und steuern zu können. Diese Gegebenheiten bieten einen fruchtbaren Boden für eine medikalisierte Herangehensweise an diese Lebensphase von Seiten der Nutzerinnen: Das Bedürfnis, diese Zeit kontrollierbarer und weniger Angst auslösend zu gestalten, trifft auf die medizinisch ausgerichtete Schwangerschaftsbetreuung, die den Schein erweckt, mit medizinischen Lösungen könne die Kontrolle über Ablauf und Ausgang der Schwangerschaft erreicht werden. Besonders für Frauen der heutigen Gesellschaft liegt in der Abgabe von Kontrolle eine alltagsfremde Erfahrung, so dass das Streben nach Kontrollmöglichkeiten in Anbetracht der bevorstehenden Geburt nachvollziehbar erscheint (Beck-Gernsheim, 2006). Geburt geht immer mit einem gewissen Kontrollverlust einher,³ und es kann als Ausdruck von Medikalisierung bewertet werden, wenn GeburtshelferInnen von „neurotischer“ Geburtsangst oder „neurotischer“ Angst vor Kontrollverlust sprechen (David & Kentenich, 2008). Dies stellt eine Pathologisierung und in der Folge Medikalisierung von an sich angemessenen Befürchtungen und natürlichen Ängste dar.

³ Der Kontrollverlust während der Geburt bezieht sich zum einen auf den Geburtsvorgang an sich, der durch körperliche Prozesse gesteuert wird und sich somit einer bewussten Kontrolle durch die Gebärende entzieht. Zum anderen sind Gebärende aufgrund des Wehenschmerzes von der Unterstützung und Betreuung durch Begleit- und Fachpersonen abhängig, was einen weiteren Kontrollverlust darstellt.

Auch die Hoffnung auf ein gesundes Kind, die mit jeder Schwangerschaft einhergeht, ist nunmehr zu einem mit medizinischen Mitteln (scheinbar) zu lösendem Problem geworden: Durch die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik (PND) erscheint die Geburt eines behinderten Kindes als vermeidbares Unglück. Diese Betrachtungsweise führt zu einem sozialen Druck, präventiv-medizinische Untersuchungen in Anspruch zu nehmen, und es ist zu fragen, welchen Einfluss dies auf die Entscheidungsfreiheit werdender Eltern in Hinblick auf die Durchführung dieser Untersuchungen hat (Smeenk & ten Have, 2003). Der starke Wunsch und der Glaube an die Machbarkeit eines gesunden Kindes führen dazu, dass viele Frauen Angebote der PND letztlich annehmen (siehe unter Kapitel 3.1.2) (Diekämper, 2010; Kolip, 2000). Fast unbemerkt geraten Frauen so in eine starke Abhängigkeit vom medizinischen System und verlieren weitgehend, andere Ressourcen und Copingstrategien zu nutzen. Bereits in den 80er Jahren beschrieb Illich (1976), dass das Vordringen der Medizin in diverse Lebensbereiche zur Folge hat, dass der Mensch zunehmend abhängig von der medizinischen Wissenschaft werde und Fähigkeiten zur Selbstheilung verloren gingen.

Ein weiteres Problem der Medikalisierung in der Geburtshilfe liegt in den immer geringer werdenden geburtshilflichen Fähigkeiten und Kenntnissen der im klinischen Bereich Tätigen. Die Wenigsten kennen eine nichtmedikalisierte Geburt aus eigener Erfahrung. Das geburtshilfliche Handeln orientiert sich demzufolge an den in der medikalisierten Geburtshilfe gemachten Erfahrungen (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die gesamte geburtshilfliche Literatur stützt sich auf Beobachtungen der medikalisierten Geburtshilfe, so dass diverse Erkenntnisse zum physiologischen Geburtsablauf gar nicht mehr vorhanden sind (z. B. physiologische Geburtsdauer, Häufigkeit von Dammrissen, Häufigkeit von Wochenbettdepressionen). Dieses Phänomen betrifft Hebammen und GeburtshelferInnen gleichermaßen. So gibt es zum Beispiel immer weniger GeburtshelferInnen, die Erfahrung mit vaginalen Beckenendlagegeburten haben und verschiedene vaginal-operative Entbindungsmethoden beherrschen. Auch beim Können der Hebammen ist eine Verlagerung von klinischen Fertigkeiten zu beobachten. So werden die Palpation⁴ und Auskultation⁵ oder Lagerungskennnisse immer weniger angewendet, während parallel dazu ein geschulter Umgang mit Technologien zu beobachten ist (Bryar, 2003). Der Betreuungsstil von klinisch tätigen Hebammen, so wird von der WHO bereits 1987 kritisiert, gleicht sich immer mehr dem der ÄrztInnen an, und die enge persönliche und soziale Unterstützung ist im klinischen Setting fast nur noch in Form einer Nebentätigkeit zu finden (WHO, 1987).

⁴ Das mit den Händen am Bauch der Schwangeren durchgeführte Ertasten der kindlichen Größe, Lage und Stellung im Mutterleib.

⁵ Das Abhören der kindlichen Herztöne mit einem Holzstethoskop, dem Pinard-Hörrohr oder mit einem tragbaren Ultraschallgerät.

2.2.3 Der Einsatz des CTGs

Die Medikalisierung hat weiterhin Auswirkungen auf das Gebärverhalten von Frauen, da sie ihre Entfaltungsmöglichkeiten einschränkt. Nachfolgendes Beispiel der Anwendung des CTGs zeigt dies deutlich. Ursprünglich entwickelt für komplizierte Geburten, wurde diese Technik ohne Prüfung ihrer Validität nach kurzer Zeit auch für normale Geburten verwendet (Enkin et al., 2000). Da sich der physiologische fetale Geburtsstress nur schwer mittels CTG vom der fetalen Hypoxie (einer Notsituation des Kindes) unterscheiden lässt, führt dies häufig zu falsch positiven Befunden und in der Folge zu weiteren medizinischen Interventionen bei einem an sich normalen Geburtsverlauf. Eine weitere ungünstige Begleiterscheinung der CTG-Überwachung während der Geburt ist die eingeschränkte Bewegungsfreiheit der Gebärenden. Hier beschneidet die Technik die freie Positionswahl der Gebärenden und schränkt ihre Möglichkeiten selbstbestimmt zu gebären ohne erwiesenen geburtshilflichen Nutzen massiv ein. Im Gegenteil, das Risiko für weitere unnötige medizinische Interventionen erhöht sich.

Der Einsatz der CTG-Überwachung hat weiterhin Implikationen für die Qualität der Hebammenbetreuung. Im Gegensatz zur intermittierenden Auskultation der kindlichen Herztöne, bei der die Hebamme regelmäßig oder ständig an der Seite der Gebärenden bleibt, ist eine regelmäßige Hebammenpräsenz bei Dauereinsatz des CTGs nicht erforderlich. Die Hebamme übt zunehmend eine medizintechnische Überwachungsfunktion aus und leistet weniger individuelle Betreuungsarbeit (Enkin et al., 2000).

Für unkomplizierte Geburten wird der Nutzen des CTGs bereits seit den 90er Jahren von der WHO (1987) als zweifelhaft eingestuft. Dennoch ist sein Einsatz in deutschen Kliniken nach wie vor wenig umstritten und ungebrochen häufig. 95,1% der klinischen Geburten 2007 fanden unter CTG-Überwachung statt (BQS, 2008). Dem Problem der falsch-positiven Befunde wird nicht mit einem eingeschränkten Einsatz dieser Technik begegnet, sondern mit dem Einsatz weiterer differentialdiagnostischer Methoden, wie der fetalen Mikroblutuntersuchung (MBU)⁶. Diese wurde 2007 bei 16,6% der klinischen Einlingsgeburten bei auffälligem CTG-Befund durchgeführt (BQS, 2008).

2.2.4 Die programmierte Geburt

Als beispielhaft für eine Extremform von medikalisierte Geburtshilfe kann die in den 70er Jahren breit angewandte programmierte Geburt betrachtet werden. Die drei Aspekte der Medikalisierung, nämlich die Normierung, Pathologisierung und Regulie-

⁶ MBU = Mikroblutuntersuchung: Kapillarblutentnahme aus der Kopfschwarte des ungeborenen Kindes zur Bestimmung der Sauerstoffversorgung. Wird bei Anzeichen im CTG für einen Sauerstoffmangel des Kindes durchgeführt. Diese Untersuchung geschieht mit Hilfe eines Spekulum durch die Vagina der Gebärenden.

nung, lassen sich sehr deutlich daran aufzeigen. Vorbedingung für eine programmierte Geburt ist die Terminierung der Geburt. Gemeint ist damit die Festlegung des optimalen Zeitpunkts für die aktive Beendigung der Schwangerschaft. Die Notwendigkeit der Geburtsterminierung wurde in einer Timingstörung zwischen kindlicher Reife und mütterlicher Geburtsreife gesehen. So wurde eine Schwangerschaftsdauer von 282 Tagen als Norm festgesetzt, unabhängig von individuellen mütterlichen oder kindlichen Kriterien. Abweichungen von dieser Norm wurden als pathologische Timingstörung betrachtet und bedurften einer Regulierung, nämlich der Programmierung der Geburt. Die aktive Beendigung der Schwangerschaft sollte eine unvorbereitet eintretende Spontangeburt verhindern, da man diese für risikoreicher als eine programmierte Geburt hielt. Eine unvorbereitet eintretende Geburt galt als starke psychische Belastung für die Mutter, weiter wurden das Risiko des vollen Magens bei einer Narkose und das Infektionsrisiko durch einen vollen Darm hervorgehoben. Diese Risiken ließen sich durch eine programmierte Geburt, also die Einleitung der Geburt an einem vorher festgelegten Termin, umgehen (Hillemanns & Steiner, 1978). Grundlage für diese Geburtsplanung war die Sicht auf Geburt als ein steuerbarer und beeinflussbarer Vorgang sowie die Annahme, dass der an sich natürliche Geburtsprozess intensiv zu überwachen und kontrollieren sei (Hillemanns & Steiner, 1978). Die programmierte Geburt wurde ab den 80er Jahren selbst von GeburtshelferInnen zunehmend kritisch beurteilt, zumal die erhoffte Senkung von Morbiditäts- und Mortalitätsraten ausblieb (Hassauer, 1983; Richter et al., 1983; Rüttgers et al., 1983).

Obwohl heute die programmierte Geburt selbst von GeburtshelferInnen als Irrweg der Geburtsmedizin betrachtet wird (David & Kentenich, 2008), ist die Geburtseinleitung nach wie vor eine häufige geburtshilfliche Intervention. 2007 wurden 17,9% der klinischen Geburten in Deutschland eingeleitet, und bei 7,4 % der Geburten wurde eine medikamentöse Zervixreifung⁷ durchgeführt. Daraus ergibt sich, dass bei rund einem Viertel der klinischen Geburten in Deutschland der Geburtsbeginn künstlich beeinflusst wurde (BQS, 2008). Der Geburtseinleitung kommt im Zusammenhang mit Medikalisierung besondere Bedeutung zu, weil eingeleitete Geburten in der Regel mit stärkeren Schmerzen, dem Einsatz von Schmerzmedikationen und einer erhöhten Rate operativer Geburten einhergehen. Die Einleitung stellt somit ein entscheidendes Glied in einer Kette von immer invasiver werdenden Behandlungsformen dar (WHO, 1987). Bereits in den 90er Jahren wird von der WHO zur geburtshilflichen Versorgung in Europa festgestellt, dass

„wir uns gegenwärtig immer stärker in die Ketten der technologischen diagnostischen Eingriffe und Behandlungsinterventionen verwickeln“ (WHO, 1987; S.112).

⁷ Die medikamentöse Zervixreifung ist eine Methode zur Geburtseinleitung bei unreifem Gebärmutterhals. Hierbei werden synthetisch hergestellte Prostaglandine per vaginaler Untersuchung an den Muttermund gebracht. Es kommt zum Einsetzen von Wehen und einer Reifung des Gebärmutterhalses bei 60-80% der Fälle. In 4-8% der Fälle treten sehr häufige Wehen bis hin zu Dauerkontraktionen auf (Jensen & Martius, 1998).

Diese Diskussionen sind nach wie vor aktuell. So wird derzeit über verschiedene Zeitpunkte zur Geburtseinleitung, dem Einsatz von Wehenmitteln und dem Wunschkaiserschnitt als Formen von medikalierter Geburtshilfe diskutiert (David & Kentenich, 2008).

2.2.5 Verdeckte Medikalisierung

Die Medikalisierung früherer Jahrzehnte fand im Rahmen eines paternalistisch ausgerichteten medizinischen Systems statt, bei der der (in der Regel männliche) Arzt der Frau als Patientin (vor-)verschrieb, welcher „therapeutische“ Weg zu gehen sei (David & Kentenich, 2008). Heute findet Medikalisierung weniger offensichtlich statt. Die Medizin erscheint nicht mehr als die vorantreibende Autorität, die, fast autokratisch, festlegt, welche Maßnahmen und Interventionen während Schwangerschaft und Geburt durchzuführen seien. Mittlerweile scheint es, dass es die Frauen selbst sind, die den starken Einsatz von medizintechnischen Interventionen in Zusammenhang mit Schwangerenvorsorge und Geburtsbetreuung einfordern und die Medizin diese Nachfrage lediglich bedient. Der Wiener Geburtshelfer Husslein (2008) begründet diese Nachfrage mit der geringeren Kinderzahl der heutigen gebärfähigen Generationen, die das Sicherheitsbedürfnis und den Wunsch nach Planbarkeit der Geburt ansteigen ließen. Weiterhin, so argumentiert er, wird in der Geburt ein einzigartiges Lebensereignis gesehen, das, ähnlich einer Hochzeitsfeier, gut geplant wird. Diese Bedürfnisse versuchen Frauen mit medizinischen Mitteln, wie der geplanten Geburtseinleitung oder dem geplanten Wunschkaiserschnitt, zu stillen. In der derzeitigen geburtshilflichen Versorgungslandschaft wird es als verpflichtend betrachtet, im Sinne einer Patientenautonomie diesen Bedürfnissen von Frauen nachzukommen (David & Kentenich, 2008; Rath, 2008). Der Geburtshelfer Rath (2008) geht davon aus, dass es in Zukunft einen Paradigmenwechsel hin zu einer präventiven und invasiven Geburtshilfe geben werde. Auch Husslein (2008) prognostiziert, dass es zu einer zunehmend invasiven Geburtshilfe kommen wird. Der Kaiserschnitt wird demnach zur vorherrschenden Geburtsform avancieren und es wird zu einem Anstieg von Geburten unter Periduralanästhesie kommen, da diese Interventionen die Geburt planbar und die Risiken kalkulierbarer machten (Husslein, 2008).

Auch wenn renommierte GeburtshelferInnen den Einbezug von Nutzerinneninteressen inzwischen als obligatorisch betrachten, tun sie dies nicht uneigennützig - dient sie doch zugleich der weiteren Etablierung einer invasiven und medizintechnisch ausgerichteten Geburtshilfe. Dies zeigt sich daran, dass das Mitspracherecht von Frauen auf jene Interventionen beschränkt bleibt, in denen wenig wissenschaftliche Evidenzen vorliegen (Rath, 2008). Hieran ist erkennbar, dass der Anspruch der Medizin auf alleinige Entscheidungsmacht in Bezug auf geburtshilfliche Vorgehensweisen weiterhin besteht. Das den Frauen angebotene Mitspracherecht dient mehr der Rechtfertigung und Etablierung von umstrittenen medizinischen Interventionsmethoden, als dass es einer Nutzerinnenorientierten und frauengerechten geburtshilflichen

Versorgung dienlich wäre. Die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt geschieht heute also wesentlich verdeckter, indem sie verschleiert als frauengerechte Gesundheitsversorgung präsentiert wird. Es bedarf eines genauen Blickes, um diese versteckte Form von Medikalisierung und weiblicher Entmündigung durch die nach wie vor männlich dominierte Medizin (Schmacke, 1997) zu erkennen.

Diese Ausführungen zur Medikalisierung und ihren Auswirkungen auf die klinische Geburtshilfe verdeutlichen, dass mit dem Konzept des Hebammenkreißsaals eine Trendwende der klinischen geburtshilflichen Versorgung verbunden ist. Erstmals wurde ein klinisches geburtshilfliches Betreuungskonzept entwickelt und implementiert, das die Reduktion von medizinischen Interventionen explizit zum Ziel hat und somit anstrebt, der Medikalisierung der klinischen Geburtshilfe entgegenzuwirken (Verbund Hebammenforschung, 2007).

2.3 Psychosoziale und gesellschaftliche Einflüsse auf Veränderungen der Geburtshilfe

Nachdem unter 2.1 und 2.2 die medizinische Perspektive geburtshilflichen Wandels in den Blick genommen wurde, wird im Folgenden näher darauf eingegangen, welche Bedeutung gesellschaftlichen und psychosozialen Einflüssen zukommt. Wie schon bei der Betrachtung der Rolle der Nutzerinnen bei der Ausweitung der Medikalisierung gezeigt wurde, ist deren Einfluss sowohl bei der Etablierung von neuen Methoden und geburtshilflichen Trends, wie zum Beispiel der Wassergeburt, als auch beim Verschwinden von geburtshilflichen Vorgehensweisen nicht zu unterschätzen. Frauen wählen Geburtskliniken nach persönlichen Bedürfnissen aus und setzen hierbei mitunter andere Prioritäten als geburtshilfliche Experten. So kann die Frage nach dem Vorhandensein von Parkmöglichkeiten am Krankenhaus ebenso bedeutsam sein wie die Möglichkeit, zur Geburt eine Periduralanästhesie zu bekommen. Auf diese Weise kommt es zu einer „Abstimmung mit den Füßen“, bei der diejenigen Kliniken nachgefragt werden, die den Qualitätskriterien der Nutzerinnen entsprechen und nicht die mit den besten medizinischen Outcomes (David & Kentenich, 2008; Husslein, 2008; Riegl, 1996, 2008). Dadurch entstehen geburtshilfliche Trends, die zu einer starken Nachfrage von bestimmten Angeboten führen. Als beispielhaft hierfür lassen sich die Verbreitung der Wassergeburt und von geburtsvorbereitender Akupunktur ebenso nennen wie der geplante Wunschkaiserschnitt oder die Geburt unter Periduralanästhesie.

De Vries et al. (2001) stellten fest, dass die Ansichten einer Gesellschaft über die geburtshilfliche Versorgung ebenso das Produkt wie auch der Grund für diese Versorgung sind. Es kann demnach von einer gegenseitigen Beeinflussung ausgegangen werden. De Vries et al. (2001) konstatieren, dass die Ausgestaltung von Geburt in einer Gesellschaft ein Ergebnis ist aus den Wünschen von Frauen, welche wiederum das Produkt von größeren Strömungen und medizinischen Entwicklungen sind. Die Ethnologin und ehemalige Vorsitzende der Gesellschaft für Geburtsvorbe-

reitung (GfG) Albrecht-Engel (1995) spricht von einem geburtshilflichen System einer Gesellschaft, welches um den Bereich Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit dem Kind existiert. Auch sie kommt zu dem Schluss, dass die Bedürfnisse von werdenden Eltern nicht losgelöst vom vorhandenen geburtshilflichen Versorgungsangebot betrachtet werden können, da sich Bedürfnisse und geburtshilfliche Angebote eines Kulturkreises gegenseitig beeinflussen.

Die Ausführungen von De Vries et al. (2001) zu den Entwicklungen von geburtshilflichen Betreuungssystemen verschiedener westlicher Länder machen nicht nur deutlich, wie groß der Einfluss von kulturellen und gesellschaftlichen Strömungen auf das jeweilige geburtshilfliche Versorgungssystem ist, sondern auch, wie unterschiedlich diese Entwicklungen verlaufen können. In den USA führte in den 70er Jahren die Kritik an der paternalistisch und mechanistisch ausgerichteten Geburtshilfe zur Gründung der Alternative Birth Movement (ABM). Diese setzte sich für den Aufbau von alternativen Geburtssettings innerhalb und außerhalb von Kliniken ein. Diese Strömung konnte sich allerdings nie durchsetzen, da die Nutzerinnen zwar die wohnliche Atmosphäre von alternativen Geburtssettings zu schätzen wussten, aufgrund des starken Vertrauens in Geburtstechnologien auf diese jedoch nicht verzichten wollten. Zudem wurde die ABM von Geburtsmedizinerinnen stark bekämpft, welche zwar das Geburtserleben als wichtige Dimension des Geburtsprozesses anerkannten, diese aber weiterhin der Überwachung durch die eigene Disziplin unterstellten. Anders als in den USA wurde den Bedürfnissen von Nutzerinnen in Norwegen großer Stellenwert eingeräumt. Vor der Gründung von neuen geburtshilflichen Abteilungen fanden Befragungen von Schwangeren und Wöchnerinnen statt, die dann zum Aufbau von alternativen geburtshilflichen Betreuungseinrichtungen führten. Die Einführung dieser Einrichtungen zog, im Gegensatz zu der ABM in den USA, wesentliche Veränderungen der geburtshilflichen Versorgungslandschaft Norwegens nach sich. Die Berücksichtigung von Nutzerinnenbedürfnissen führt in den Niederlanden wiederum zu einem entgegengesetzten Wandel: Hier weicht die bisherige Bewertung von Schwangerschaft und Geburt als natürliche Lebensvorgänge zunehmend auf. In den letzten Jahren entstand eine wachsende Bewegung, die für Frauen einen freien Zugang zur Periduralanästhesie und zum Wunschkaiserschnitt fordert. Es wird dem geburtshilflichen System von Seiten der Nutzerinnen vorgeworfen, es sei zu restriktiv, indem es Frauen diese Optionen verwehre. Nach De Vries et al. (2001) ist davon auszugehen, dass sich diese Einstellung zunehmend verbreiten wird und sich das niederländische geburtshilfliche System dem früher oder später anpasst (De Vries et al., 2001; Mathews & Zadak, 1991).

Ähnlich wie in den USA kam es in Deutschland Mitte der 70er Jahren zu einer zunehmenden Kritik an der medizintechnischen Ausrichtung der Geburtshilfe: Frauen kritisierten den Umgang mit Mutter und Kind und begannen, für eine selbstbestimmte Geburt zu kämpfen (Stolzenberg, 2000). Die Frauengesundheitsbewegung propagierte eine Abkehr von der medizintechnischen Ausrichtung der Geburtshilfe und förderte in der Gesellschaft ein Bewusstsein dafür, dass Schwangerschaft und Geburt

natürliche Vorgänge sind (David & Kentenich, 2008). 1980 gründete sich die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung (GfG) und bot nach englischem und US-amerikanischem Vorbild in Deutschland erstmals Geburtsvorbereitungskurse an, die sich an den Bedürfnissen der Frauen und nicht an den Gebärbedingungen der Kliniken orientierten. Frauen und Paare formulierten neue Ansprüche, wie die Anwesenheit des Partners und Rooming-in, und entschieden sich anhand ihrer persönlichen Kriterien für oder gegen eine Geburtsklinik. Dieser zunehmende Konkurrenzdruck führte dazu, dass immer mehr geburtshilfliche Abteilungen versuchten, den Bedürfnissen werdender Eltern gerecht zu werden, ohne jedoch vom biomedizinischen Betreuungsansatz abzurücken. Wie unter 2.5 ausgeführt wird, haben gesellschaftliche Veränderungen der jüngeren Vergangenheit zwar zu einer stärkeren Berücksichtigung des Selbstbestimmungsanspruchs von Frauen geführt, eine Abkehr von der medizintechnischen Ausrichtung der Geburtshilfe ist damit aber mittlerweile, auch von Seiten der Nutzerinnen, nur noch eingeschränkt verbunden. Schückings (1995) Analyse der Geburtshilfe in Europa zeigte ähnliches. Sie konstatiert, dass den Frauen keine zentrale und aktive Rolle im Geburtsprozess zugestanden wird.

Diese Beispiele aus verschiedenen westlichen Ländern, neben Deutschland, zeigen, dass sich das geburtshilfliche System in einzelnen Gesellschaften unterschiedlich entwickelt. Trotz eines vergleichbaren medizinischen Entwicklungsstands führen diverse gesellschaftliche Einflüsse dazu, dass die Einschätzung und Bewertung davon, was für gute Geburtshilfe gehalten wird, sehr verschieden ausfallen. De Vries et al. (2001) konstatieren, dass die Ansichten einer Gesellschaft über die geburtshilfliche Versorgung ebenso das Produkt wie auch der Grund für diese Versorgung sind.

Auch Enkin et al. (2000) beschreiben, dass die Definitionen von guter geburtshilflicher Praxis sehr vielfältig sind. Der Anspruch, dass die geburtshilfliche Versorgung effektiv sein soll, wird von Nutzerinnen, Kostenträgern und geburtshilflichen Dienstleistern geteilt, gleichwohl herrscht Uneinigkeit darüber, was eine effektive und sichere Geburtshilfe ausmacht. Die Ansichten darüber, was richtig und erstrebenswert ist, fallen hierzu sehr unterschiedlich aus. Die Interessen reichen von der Hervorhebung der Nutzerinnenbedürfnisse, mitunter zu Lasten von Sicherheitsaspekten, bis hin zu dem Anspruch, perinatale Morbidität und Mortalität zu minimieren, in diesem Falle zu Lasten der Berücksichtigung mütterlicher Bedürfnisse. Weiterhin wird von Seiten der Kostenträger auf eine Orientierung an Kriterien der Effizienz gedrängt. Bei der Frage nach einer Definition von guter geburtshilflicher Praxis müssen darüber hinaus der kulturelle Hintergrund, die Lebensbedingungen von Frauen sowie die materiellen Ressourcen einer Gesellschaft berücksichtigt werden, da diese, neben Traditionen, Modeerscheinungen, kommerziellen Zwängen und Politik, Einfluss auf die Meinungsbildung haben (Enkin et al., 2000). Aufgrund dieser unterschiedlichen Perspektiven ist es schwer, einen gemeinsamen Nenner für gute geburtshilfliche Praxis zu finden.

Der kulturelle Wandel, dem geburtshilfliche Betreuungskonzepte unterliegen, ist demzufolge nicht allein den Wünschen und Bedürfnissen werdender Eltern zuzu-

schreiben. Geburtshilfliche Betreuungssysteme wecken, so De Vries et al. (2001), bestimmte Bedürfnisse bei den Frauen und verändern sich letztlich selbst, um eben diese Ansprüche zu erfüllen. Bei der Entwicklung von frauenzentrierten geburtshilflichen Betreuungskonzepten ist es demzufolge sinnvoll, nicht nur die Bedürfnisse der Nutzerinnen in den Blick zu nehmen, sondern diese im Kontext des geburtshilflichen Systems zu sehen, den Ursprung dieser Bedürfnisse zu beleuchten und zu fragen, wer von der Beachtung der Nutzerinneninteressen tatsächlich profitiert.

Ein anderes Problem bei der Etablierung von neuen geburtshilflichen Versorgungsmodellen ist der Umstand, dass erst die Bekanntheit eines neuen Angebots zu einer Nachfrage und positiven Bewertung durch die Nutzerinnen führt. Porter und Macintyre (1984) untersuchten in England die Zufriedenheit⁸ von Schwangeren mit zwei verschiedenen Betreuungsmodellen und kamen zu dem Ergebnis, dass Frauen mit der erhaltenen Betreuung in der Regel zufrieden waren. Neues und Unbekanntes wurde demgegenüber negativer beurteilt. Weitere Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass Frauen mit einem Versorgungsmodell zufrieden sind und es für das Beste halten, weil es das Bekannte und Übliche ist. Neuerungen im Versorgungssystem werden zuerst einmal kritisch und tendenziell negativ beurteilt. Dieser Umstand muss bei der Einbindung von Nutzerinnenbedürfnissen in die Ausgestaltung geburtshilflicher Versorgung Berücksichtigung finden, da sich sonst bestehende Strukturen lediglich verfestigen und sich Neuerungen nur schwer etablieren können (Hundley & Ryan, 2004; Porter & Macintyre, 1984; Teijlingen et al., 2003). Die großen Unterschiede der praktizierten Geburtshilfe, nicht nur zwischen ansonsten ähnlichen Ländern, sondern auch zwischen verschiedenen Krankenhäusern, Berufsgruppen, sogar Individuen, lassen sich also durch das Zusammenwirken von diversen Faktoren erklären (Enkin et al., 2000).

Bevor unter 2.5 der Frage nachgegangen wird, welche Ansprüche an eine optimale geburtshilfliche Versorgung sich für das deutsche geburtshilfliche System stellen lassen, wird im Folgenden beschrieben, wie sich in Deutschland neben der klinischen Geburtshilfe ein außerklinischer geburtshilflicher Betreuungssektor entwickeln konnte.

⁸ Bei „Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis“ handelt es sich nicht nur um eine Emotion, sondern um ein komplexes mehrdimensionales Konstrukt, das zudem zeitlichen Veränderung unterliegt. Die Messung von Zufriedenheit ist daher ausgesprochen problematisch. Zum einen ist unklar was genau darunter verstanden wird, zum anderen haben der Erhebungszeitpunkt, die physische Regeneration der Wöchnerin (z. B. Wundheilung, Aufnahme des Stillens, Mobilität) und Aspekte der sozialen Erwünschtheit ebenso Einfluss auf die Antworten wie Emotionen (z. B. Freude oder Sorgen um das Baby). Dennoch ist Zufriedenheit ein wichtiger Indikator für die Nutzerinnenperspektive geburtshilflicher Versorgung, so dass dieser Aspekt nicht außer Acht gelassen werden kann. Trotz der Diskussion um die Problematik bei der Erhebung von Zufriedenheit im Kontext von Schwangerschaft und Geburt (Redshaw, 2008; Hodnett, 2002; Bramadat & Driedger, 1993; Shearer, 1987, 1983), soll in dieser Arbeit nicht näher darauf eingegangen werden, wenngleich der Aspekt Zufriedenheit bei der Diskussion vorliegender Ergebnisse berücksichtigt wird.

2.4 Entwicklung der außerklinischen Geburtshilfe

Die außerklinische Geburtshilfe in Deutschland entwickelte sich in den 70er Jahren aus der Kritik der Frauengesundheitsbewegung an den herrschenden Verhältnissen der klinischen Geburtshilfe. Es wurde die damals männlich dominierte Medizin kritisiert und ihr Frauenfeindlichkeit und die Zementierung von tradierten Rollenbildern vorgeworfen. In den von der Frauengesundheitsbewegung nach US-amerikanischem Vorbild (Boston Women's Health Book Collective, 1976) gegründeten Frauengesundheitszentren sollten Frauen mit Hilfe von Informationen und Selbsthilfe ihren eigenen Körper (wieder-) entdecken und ihre Gesundheit in die eigene Hand nehmen. Hiermit sollte der Abhängigkeit von Frauen von der Gynäkologie entgegenge wirkt werden. Die Kritik an der Gynäkologie bezog sich ferner auf ihre Kontrolle über die Gebärfähigkeit von Frauen. (Stolzenberg, 2000).

Da die Frauengesundheitszentren sich im Bereich der reproduktiven Gesundheit stärker mit Themen zur Verhütung, Abtreibung und Sexualität befassten, entstand ab Mitte der 70er Jahre eine eigenständige Geburtshausbewegung, die sich auf die Kritik an der gängigen klinischen Geburtshilfe gründete. Zur damaligen Zeit war die Programmierung der Geburt auf dem Höhepunkt, und kaum eine Geburt fand ohne Eingriffe wie Dammschnitt, Wehen- und Schmerzmittelgabe statt. Gebärende konnten sich aufgrund der Herztonüberwachung mittels CTG nicht bewegen und mussten zur Geburt auf dem Rücken liegen. Geburtshilfliche Betreuung orientierte sich an klinischen Strukturen und Gegebenheiten anstatt am natürlichen Geburtsvorgang. In diesem Umgang wurde eine Form von Gewalt gegen Frauen gesehen (Stolzenberg, 2000).

Die Förderung der Selbstbestimmung war in Frauengesundheitszentren und Geburtshäusern ein zentrales Anliegen, und in der Haus- bzw. Geburtshausgeburt wurde eine Möglichkeit erkannt, selbstbestimmte und natürliche Geburtshilfe wieder zu etablieren. Die Frauengesundheitsbewegung zog mit diesen Forderungen starke Anfeindungen durch MedizinerInnen und öffentliche Meinung auf sich. Diese reichten bis hin zu dem Vorwurf der Jugendgefährdung (Stolzenberg, 2000). Die neu entstandene Bewegung zu außerklinischen Geburten wurde ebenso von massiver Kritik der Schulmedizin begleitet. SchulmedizinerInnen argumentierten mit einer angeblich erhöhten perinatalen und mütterlichen Mortalität in der außerklinischen Geburtshilfe, und Hebammen wurden mit dem Vorwurf der fahrlässigen Gefährdung von Mutter und Kind konfrontiert (Berg & Süß, 1994). Populärwissenschaftliche Medien griffen die von GeburtsmedizinerInnen hervorgebrachte Polemik auf und beschrieben die außerklinische Geburtshilfe als riskant, leichtsinnig und gefährlich (Baumgärtner & Rahden, 2010). Trotz der mittlerweile nachgewiesenen hohen Qualität außerklinischer Versorgungskonzepte werden diese nach wie vor in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert (OnlineFocus Gesundheit, 2006, 2009).

Dennoch war die Entwicklung eines außerklinischen geburtshilflichen Versorgungssektors nicht aufzuhalten. Populärwissenschaftliche Publikationen, die die Vorteile

einer natürlichen und selbstbestimmten Geburt im eigenen Heim priesen, unterstützten diese Entwicklung (Odent, 1979; Stark, 1976; Wilberg, 1980). Seit den 80er Jahren ist ein Betreuungsangebot durch Hebammen entstanden, das die Bedürfnisse werdender Eltern nach einem ungestörten und interventionsarmen Geburtserlebnis aufgegriffen hat. Im außerklinischen Setting wird eine selbstbestimmte Geburt angeboten, die sich an den Stärken und Ressourcen der Gebärenden orientiert und durch eine kontinuierliche Betreuung gekennzeichnet ist⁹ (Bauer, 2000). Im Gegensatz zu den Anbietern von klinischer Geburtshilfe wurden die Forderungen der Frauengesundheitsbewegung und die Bedürfnisse der Nutzerinnen von freiberuflich arbeitenden Hebammen aufgegriffen, da sie dem Berufsverständnis und den Ansprüchen an die eigene Berufstätigkeit entgegenkamen (In den 70er und 80er Jahren fanden sich im außerklinischen Bereich insbesondere Hebammen wieder, die sich aufgrund von Unzufriedenheit mit den klinischen Bedingungen für die freiberufliche Tätigkeit entschieden hatten). Die Forderungen fielen hier auf fruchtbaren Boden und führten zur Etablierung eines eigenen geburtshilflichen Sektors außerhalb der Kliniken.

Neben der Hausgeburtshilfe wurden deutschlandweit mittlerweile ca. 100 Geburtshäuser eröffnet. Hier wird eine integrierte, präventive Versorgung angeboten, die die Bereiche Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung umfasst. In der außerklinischen Geburtshilfe wird eine hebammengeleitete 1:1-Betreuung angeboten. Das bedeutet, schwangere Frauen werden kontinuierlich durch ein und dieselbe Hebamme oder ein Hebammentandem¹⁰ betreut. Im Optimalfall begleitet eine Hebamme eine Frau bereits während der Schwangerschaft durch Vorsorgetermine und Geburtsvorbereitungskurse, betreut sie während der Geburt und führt während des Wochenbetts Hausbesuche durch. Durch diese kontinuierliche Betreuungsform wird ein Vertrauensverhältnis zwischen Schwangerer und Hebamme ermöglicht, was als wesentliche Sicherheitsquelle für die Frau bei der Geburt angesehen wird. Durch umfangreiche Informationen und den Einbezug in sämtliche Entscheidungsprozesse soll dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen Rechnung getragen werden. Aufgrund der Sicht auf Schwangerschaft und Geburt als physiologische Prozesse wird der Einsatz von Medizintechnik und Interventionen so gering wie möglich gehalten (BQS, 2008).

Zur Qualitätssicherung wurde für die außerklinische Geburtshilfe ein eigenes Qualitätssicherungssystem entwickelt, das seit 1999 eingesetzt wird. (Alscher, 2004; Neumeyer, 2000; Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Auswertung der außerklinischen Geburten in Deutschland bescheinigt diesem Geburtsort, bei deutlich weniger Interventionen als in der klinischen Geburtshilfe, ebenso gute Outcomes. Dies wird unter anderem auf die gute Risikoselektion und die Kooperation mit Kliniken zurückgeführt (Loytved & Wenzlaff, 2007).

⁹ Nach der Wiedervereinigung fand diese Entwicklung gleichermaßen in den neuen Bundesländern statt.

¹⁰ Bei einem Hebammentandem wird eine Frau von zwei ihr bekannten Hebammen betreut, die sich mit der Rufbereitschaft, zumeist wochenweise, abwechseln.

Die durch Hebammen angebotene außerklinische Geburtshilfe kann mittlerweile als etablierter Bestandteil der geburtshilflichen Versorgungslandschaft in Deutschland betrachtet werden und stellt für Frauen ohne geburtshilfliche Risiken eine Wahlmöglichkeit zur Klinikgeburt dar. Dennoch wird diese Betreuungsform nur von einem kleinen Teil Schwangerer nachgefragt. Der Anteil der außerklinischen Geburtshilfe an der Gesamtgeburtenrate ist mit rund 2% gleich bleibend klein (Sayn-Wittgenstein, 2007). Dies kann zum einen auf einen Informationsmangel zum Tätigkeitsspektrum von Hebammen zurückgeführt werden. Zum anderen ist es vor dem Hintergrund der Risikoausrichtung ärztlicher Schwangerenbetreuung nicht verwunderlich, dass für die Geburt ebenfalls ein medizinisch ausgerichtetes Setting gewählt wird. Weiter kann vermutet werden, dass die heute weitgehend etablierte Assoziation von Sicherheit und Krankenhaus starken Einfluss auf die Wahl des Geburtsorts hat. Die relativ geringe Inanspruchnahme außerklinischer geburtshilflicher Angebote weist deutlich auf die Notwendigkeit hin, für die klinische Geburtshilfe neue Betreuungskonzepte zu entwickeln, die eine interventionsarme und frauenzentrierte Geburtshilfe anbieten.

2.5 Ansprüche an eine evidenzbasierte und frauenzentrierte Geburtshilfe

An die bisherigen Ausführungen des Kapitels 2 schließt sich die Frage an, wie sich für die hiesige geburtshilfliche Versorgungslandschaft gute und frauenzentrierte *klinische* Geburtshilfe definieren ließe und wie die Geburtshilfe in Hinblick auf dieses Ziel zu optimieren wäre. Bei der Betrachtung der derzeitigen geburtshilflichen Versorgung fällt auf, dass sie, wie oben beschrieben, durch einen ausgeprägten Einsatz von Technik und hohe Interventionsraten gekennzeichnet ist. Noch Anfang dieses Jahrtausends beschrieb Marsden Wagner, der ehemalige Leiter der Abteilung „Mutter- und Kindgesundheit“ der WHO, die geburtshilfliche Versorgung in Deutschland als eine Mischung aus hoch technisierter „high-tech“-Betreuung, wie sie in den USA, Frankreich und Brasilien vorherrsche, und einem humanisierten Ansatz mit niedrigen Interventionsraten, wie man ihn in skandinavischen Ländern und den Niederlanden finde (Wagner, 2003). Aus heutiger Sicht lässt sich feststellen, dass trotz dieser Humanisierung oder wie Rath (2008) es formulierte, der Anerkennung des Selbstbestimmungsanspruchs die Interventionsraten steigende Tendenz haben.

Zur Realisierung einer evidenzbasierten und frauengerechten klinischen geburtshilflichen Versorgung lässt sich demzufolge der Abbau von Über- und Fehlversorgung als zentrales Ziel ausmachen. Nach Sayn-Wittgenstein (2007) erfordert dies ein grundlegendes Umdenken in der geburtshilflichen Versorgung, welches sie mit dem Leitmotiv ihres Berichts „Geburtshilfe neu denken“ auf den Punkt bringt. Diverse Untersuchungen und medizinische Interventionen werden (fast) routinemäßig und nicht nach Abwägung des individuellen Risikos bzw. beim Vorliegen von Komplikationen

eingesetzt¹¹. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der Regel um normale physiologische Prozesse handelt, kann somit von einer Über- bzw. Fehlversorgung des Gesunden gesprochen werden. Demgegenüber steht die gleichzeitige Unterversorgung von schwangeren Frauen in belastenden Lebenssituationen, die mit höheren Risiken einhergehen. Diese schwangeren Frauen werden aufgrund eines erschwerten Zugangs zum Gesundheitssystem nicht erreicht und somit nicht adäquat betreut (Baumgärtner & Rahden, 2010; Simoes et al., 2003). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beschreibt in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ Überversorgung als eine Versorgung über die Bedarfdeckung hinaus mit nicht indizierten Leistungen, bzw. mit Leistungen ohne gesicherten Nutzen, welche außerdem die Kosten nicht rechtfertigen. Von einer Fehlversorgung wird gesprochen, wenn eine Leistung nicht fachgerecht bzw. nicht bedarfsgerecht erbracht wird. Leistungen, die trotz anerkannten Bedarfs und gesicherten Nutzens, nicht erbracht werden, werden als Unterversorgung bezeichnet. Der Sachverständigenrat konstatiert, dass es in diversen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems zu Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002). Deutlich wird die Über- und Fehlversorgung in der geburtshilflichen Versorgung in Anbetracht des Umstands, dass weder die perinatale Sterblichkeit noch die Frühgeburtsrate mit dem Anstieg der Interventionsraten gesenkt wurden. Die perinatale Moralität schwankt zwischen 1988 und 2008 zwischen 5,5 ‰ und 5,3 ‰ (Gesundheitsberichterstattung, 2010).

In Hinblick auf eine frauenzentrierte geburtshilfliche Versorgung lassen sich verschiedene Ansatzpunkte ausmachen, welche gleichermaßen in Bezug auf eine Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung relevant sind:

- Wiederhinführung zu einer Sicht auf Schwangerschaft und Geburt als normales und physiologisches Ereignis, sowohl bei Professionellen als auch bei Nutzerinnen (in Anlehnung an „Geburtshilfe neu denken“, Wittgenstein, 2007)
- Orientierung an den Lebenslagen und Bedürfnissen von Frauen
- Zielgruppenorientierung: Niedrigschwellige Zugänge zur geburtshilflichen Versorgung, vor allem für Frauen aus belasteten und mit höheren Risiken behafteten Lebenssituationen
- Zugang zu Informationen über die Wirksamkeit von geburtshilflichen Interventionen erleichtern, damit
- geburtshilfliche Interventionen auf erwiesenermaßen wirksame beschränkt werden und nur beim Vorliegen einer Indikation durchgeführt werden.

¹¹ Wie beispielsweise der routinemäßige Einsatz des CTG-Gerätes bei normal verlaufenden Schwangerschaften im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.

Im Folgenden wird auf diese Punkte näher eingegangen.

Wiederhinführung zu einer Sicht auf Schwangerschaft und Geburt als normales und physiologisches Ereignis

In Hinblick auf eine frauenzentrierte und qualitätsgesicherte Geburtshilfe scheint ein Umdenken, bzw. eine veränderte Betrachtungsweise dieser Lebensphase angezeigt. Dies betrifft Professionelle ebenso wie Nutzerinnen. Schücking (1995) analysierte die Geburtshilfe in acht europäischen Ländern¹² und stellte fest, dass alte Traditionen rund um Schwangerschaft und Geburt in den meisten Ländern fast verschwunden sind und sich bei allen Beteiligten eine medizinische Sicht auf Schwangerschaft und Geburt durchgesetzt hat. Sayn-Wittgenstein (2007) spricht die Grundeinstellung der an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen an, wenn sie „Geburtshilfe neu denken“ (S.185) fordert. Sie sollten ihren Arbeitsauftrag vorrangig in der Ausübung von gesundheitsfördernden Aufgaben sehen. Um Frauen wieder in die Lage zu versetzen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus eigener Kraft zu gestalten und zu meistern, sollte sich die Betreuung an den individuellen Bedürfnissen und Lebenswelten sowie dem kulturellen Hintergrund orientieren. Sayn-Wittgenstein (2007) stellt weiter fest, dass sich die Erfahrung der eigenständigen Gestaltung dieser Lebensphase positiv auf das gesamte weitere Gesundheitsverhalten von Frauen auswirken kann. Eine Sicht auf Schwangerschaft und Geburt als normales physiologisches Ereignis würde weiterhin eine Reduktion von Interventionen ohne eindeutigen Nutzen nach sich ziehen.

Orientierung an den Lebenslagen und Bedürfnissen von Frauen

Ziel der Orientierung an den Lebenslagen von Frauen ist, sowohl spezifische Ressourcen als auch Risikofaktoren zu erkennen, diese zu berücksichtigen und, im Sinne eines Empowerments, zu bearbeiten. Hierbei wird, gemäß des salutogenetischen Ansatzes, der Fokus auf die Stärken und Ressourcen gelegt. Kolip (2009) sieht hierin eine handlungsleitende Grundlage für Interventionen. Das Konzept des Hebammenkreißsaals kann hier als Beispiel für eine Orientierung an den Lebenslagen angeführt werden und zeigt zudem, dass diese Ausrichtung sich auch im klinischen Versorgungsbereich realisieren lässt (Kolip, 2009). Eine Orientierung an den Lebenslagen führt untrennbar zu einer Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen. Derzeit scheint diese jedoch nur vordergründig zu existieren. Die heutige Geburtshilfe in Deutschland bietet zwar eine breite Angebotspalette, es erscheint aber dennoch fraglich, ob damit die Bedürfnisse schwangerer Frauen abgedeckt werden können. Aufgrund der dünnen Datenlage liegen hierzu bislang kaum Erkenntnisse vor. Die Geburtshilfe einzelner Krankenhäuser unterscheidet sich nur in kleinen Bereichen

¹² Schweden, Norwegen, Österreich, Tschechien, neue Bundesländer Deutschlands, Luxemburg, Frankreich und Niederlande

voneinander, und die vielfältigen Angebote im außerklinischen Betreuungsbereich werden nur von einem kleinen Teil Schwangerer nachgefragt. Das Vorhandensein einer breiten Angebotspalette geburtshilflicher Betreuungsformen bedeutet demnach nicht, dass die Bedürfnisse der Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung gedeckt würden.

Zielgruppenorientierung: Niedrigschwellige Zugänge zur geburtshilflichen Versorgung, vor allem für Frauen aus belasteten und mit höheren Risiken behafteten Lebenssituationen

Aufgrund der positiven Wirkung auf das Gesundheitsverhalten von Frauen erscheint es sinnvoll, Nutzerinnen einen größeren Gestaltungsspielraum für die Lebensphase rund um Schwangerschaft und Geburt zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass geburtshilfliche Betreuungskonzepte stärker als bisher am spezifischen Bedarf und an den Bedürfnissen der Nutzerinnen ausgerichtet werden sollten. Hierbei gilt es, der Vielfalt von Frauen gerecht zu werden. Die Zielgruppe der schwangeren Frauen ist ausgesprochen inhomogen, so dass eine Zielgruppenorientierung sinnvoll erscheint, um Frauen mit spezifischen Versorgungs- bzw. Präventionsbedarf zu erreichen. Als Beispiele hierfür nennt Kolip (2009) unter anderem allein erziehende Frauen, Frauen mit Migrationshintergrund und geringen Deutschkenntnissen und/oder ungesichertem Aufenthaltsstatus, Frauen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung oder Frauen mit Behinderungen. Um die Betreuung stärker am Bedarf und an den Bedürfnissen der Nutzerinnen zu orientieren, schlägt das Europäische Regionalbüro der WHO vor, die grundständige Betreuung gesunder Schwangerer von Hebammen durchführen zu lassen und nur im Fall von Abweichungen FachärztInnen hinzuzuziehen. Hierin wird nicht nur die Möglichkeit gesehen, Interventionen und Kosten zu reduzieren, es wird sich davon ebenfalls eine Steigerung der Zufriedenheit der Schwangeren versprochen (Di Mario et al., 2005). Weiterhin stellt die Betreuung durch Hebammen eine sehr niedrigschwellige Betreuungsform dar, die sich eng an der Zielgruppe orientiert und so auch Frauen aus sozial benachteiligten Gruppen erreichen kann. Aufgrund der Kommstruktur der derzeit gängigen ärztlichen Betreuung wird diese von der Zielgruppe sozial Benachteiligter häufig nur eingeschränkt in Anspruch genommen. Mit dem Konzept der Familienhebammen liegt in Deutschland bereits eine vielversprechende Betreuungsform vor, die Familien mit erhöhten gesundheitlichen, psychosozialen und sozioökonomischen Risiken als Zielgruppe hat (Nakhla, 2009; Sayn-Wittgenstein, 2007). Auch im Rahmen der regulären Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft ist eine Zunahme an Hebammenbetreuung zu beobachten, eine Verlagerung der grundständigen Betreuung gesunder Schwangerer in den Aufgabenbereich von Hebammen, wie es die WHO vorschlägt, ist damit jedoch nicht verbunden. Die ärztliche Vorsorge ist nach wie vor die gängige Vorsorgeform in der Schwangerschaft (Baumgärtner & Rahden, 2010).

Zugang zu Informationen über die Wirksamkeit von geburtshilflichen Interventionen erleichtern, um geburtshilfliche Interventionen auf erwiesenermaßen wirksame zu beschränken

Der Ansatzpunkt zur Beschränkung von geburtshilflichen Interventionen fußt auf der Überlegung, dass diverse geburtshilfliche Interventionen für pathologische Geburtsverläufe entwickelt wurden und somit auch nur in diesen Fällen durchgeführt werden sollten (Sayn-Wittgenstein, 2007). Darüber hinaus wird von Di Mario et al. (2005) gefordert, dass nur noch die Interventionen zum Einsatz kommen sollten, die erwiesenermaßen wirksam und im individuellen Fall sinnvoll sind. Da bislang diverse Interventionen durchgeführt werden, für die kein Nachweis der Wirksamkeit vorliegt, ist es anzustreben, Informationen zum Nutzen einzelner geburtshilflicher Interventionen leichter zugänglich zu machen. Mit dem Buch „Guide to effective Care in Pregnancy and Childbirth“ lieferten Enkin et al. (2000) eine objektive Bewertung von diversen geburtshilflichen Praktiken, die sich lediglich an wissenschaftlichen Evidenzen orientiert und dadurch eine Grundlage für individuelle informierte Entscheidungen zwischen vorhandenen Alternativen bieten soll (Enkin et al., 2000). Gleiches strebt die WHO mit ihrer Reproduktive Health Library an, in der Informationen zu evidenzbasierten geburtshilflichen Methoden über das Internet abgerufen werden können (WHO, 2010). In Großbritannien hat das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) die Aufgabe, Professionelle im Gesundheitswesen mit Informationen zu evidenzbasierten medizinischen Methoden zu versorgen. Es gibt regelmäßig Empfehlungen zur Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und verfasst zu verschiedenen Themenbereichen Berichte, die online abgerufen oder in Heftform bestellt werden können (NICE, 2010). In Deutschland wird diese Aufgabe vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übernommen. Zu geburtshilflichen Fragestellungen bietet es bislang allerdings nur sehr wenige Informationen (IQWiG, 2010), so dass Hebammen und GeburtshelferInnen hierzulande nach wie vor auf Quellen aus dem englischsprachigen Raum angewiesen sind. Zum derzeitigen Stand ist demzufolge für geburtshilfliche PraktikerInnen kein einfacher und schneller Zugang zu wissenschaftlichen Evidenzen von geburtshilflichen Untersuchungen und Interventionen gegeben. Eine Aufbereitung dieser Daten in Form von Empfehlungen, wie es das NICE für Großbritannien liefert, wäre hier wegweisend.

Betrachtet man die geburtshilfliche Betreuungslandschaft in Deutschland, kann abschließend festgestellt werden, dass derzeit keine Abkehr vom risikoorientierten Blick auf diese Lebensphase zu beobachten ist, sondern vielmehr ein Trend zu einer weiteren Risikoorientierung und somit medizintechnischen Ausrichtung vorzufinden ist. Sayn-Wittgensteins (2007) Forderung „Geburtshilfe neu denken“ kann somit als eine große und noch zu lösende Herausforderung betrachtet werden. Demgegenüber erscheint das Konzept des Hebammenkreißsaals erfolgversprechend, da es die oben dargelegten Aspekte einer frauenzentrierten und evidenzbasierten Geburtshilfe aufgreift und schwangeren Frauen, die eine Geburt in der Klinik anstreben, eine Betreu-

ungsform bietet, die sich die Reduktion von Interventionen und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Nutzerinnen zum Ziel gesetzt hat. Bislang waren diese Betreuungsaspekte nur in der außerklinischen Geburtshilfe, wie unter 2.4 ausgeführt, zu finden. Das Konzept des Hebammenkreißsaals wie auch das der Familienhebammen zeigen, dass sich trotz der vorherrschenden Risikoausrichtung inzwischen Versorgungsformen etablieren, die die oben angeführten Kriterien einer frauenzentrierten und evidenzbasierten Geburtshilfe anstreben, teilweise erfüllen und somit auch dem Ziel einer angemessenen Versorgung näher kommen.

3 Gesellschaftliche Einflussgrößen auf die heutige Geburtshilfe

Zur Betrachtung der aktuellen Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland ist es erforderlich, näher zu beleuchten, welche Rolle gesellschaftlichen Veränderungen zukommt und welche Auswirkungen diese auf den Wandel der geburtshilflichen Versorgungslandschaft haben. Im Folgenden wird daher auf den Generationenwandel und die damit einhergehenden Veränderungen der Familienstrukturen, auf das heutige Frauenbild sowie auf Rollenverteilungen in Paarbeziehungen und auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes eingegangen.

Die heutige Generation potenzieller Eltern in den alten wie neuen Bundesländern lebt in einer Gesellschaft, die sich in vielen Lebensbereichen stark von der Eltern- und Großelterngeneration unterscheidet. Gesellschaftliche Veränderungen, wie die Emanzipation der Frau und Veränderungen des Arbeitsmarktes, führten zu einer Individualisierung von Lebensbiographien (Beck & Beck-Gernsheim, 2004). Die Familie ist zwar nach wie vor die angestrebte Lebensform, kann aber nicht mehr als bindende und feste Institution betrachtet werden. Lockerere Familienstrukturen, die sich zum Beispiel in einer Entkoppelung von Ehe und Elternschaft und in einer Abnahme an Verbindlichkeit ausdrücken, begünstigen ebenso wie die besseren Bildungschancen von Frauen und die damit verbundenen beruflichen Planungen, dass die Gründung einer Familie nicht mehr selbstverständlich zum Lebensentwurf gehört. Die Realisierung des Kinderwunsches hängt heute zu einem großen Teil von der Aufgaben- und Rollenverteilung innerhalb einer Partnerschaft und von den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes ab (BMFSFJ, 2006). Dieser Wandel setzte in der alten Bundesrepublik Ende der 70er Jahre ein, während in der DDR aufgrund von staatlicher finanzieller Förderung und Absicherung der Familiengründung noch länger am klassischen Familienmodell festgehalten wurde. Erst in Zusammenhang mit der Wiedervereinigung kam es zu einer schnellen Annäherung an westdeutsche Verhältnisse (BMFSFJ, 1995; BZgA, 2006a). Der in den neuen Bundesländern mit der Wende zu verzeichnende Geburtenrückgang wird darauf zurückgeführt, dass sich junge Frauen aufgrund der mit der Wende verbundenen Unsicherheiten vorrangig um ihre Ausbildung und anschließende Berufslaufbahn bemühen und die Familiengründung nachgestellt angestrebt wird. Heute herrschende Arbeitsmarktunsicherheiten führen dazu, dass Frauen in den neuen Bundesländern nicht mehr wie frühere Frauengenerationen der DDR ihre Kinder in sehr jungen Jahren bekommen (BMFSFJ, 1995).

Die Entscheidung für ein Kind wird heute somit in den alten wie in den neuen Bundesländern später getroffen, und der Anteil derer, die sich ganz gegen Kinder entscheiden, wächst. So ist das Durchschnittsalter bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Noch während der 70er und 80er Jahre bekamen junge Paare in der DDR bereits mit Anfang 20 das erste Kind (BZgA, 2006a). Mitte der 70er Jahre waren Frauen bei der Geburt des ersten Kindes in Ostdeutschland durchschnittlich 21 Jahre und in Westdeutschland durchschnittlich knapp 25 Jahre alt. Bis 2006 ist das Durchschnittsalter bei Geburt

des ersten Kindes in Deutschland auf 29,7 Jahre gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2006, 2007b, 2007c). Neuere Daten liegen nur für das Alter bei ehelichen Geburten vor. Dieses lag 2008 bei 31,3 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2010a).

Die Tendenz, die Familiengründung aufzuschieben, wird zusätzlich begünstigt durch eine weit verbreitete Fehleinschätzung von Fruchtbarkeit und reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten. Nach einer Untersuchung von Stöbel-Richter et al. (2006) wird die abnehmende Fruchtbarkeit von Frauen unterschätzt und die Erfolgsraten reproduktionsmedizinischer Behandlungen werden überschätzt. Die Konsequenz des aufgeschobenen Kinderwunsches kann somit letztlich zu einer ungewollten Kinderlosigkeit führen.

Der Mikrozensus 2008 zeigte, dass vielfältige Faktoren in Zusammenhang mit Kinderlosigkeit in Deutschland zu diskutieren sind. So wird festgestellt, dass immer mehr Ledige Kinder bekommen und die Familiengründung somit nicht mehr zwangsläufig an eine Ehe gebunden ist. Weiterhin spielen geographische Faktoren eine Rolle. Im Osten Deutschlands werden mehr Kinder geboren als im Westen und in ländlichen Regionen mehr als in den Städten. Frauen mit Migrationshintergrund bleiben seltener kinderlos und bekommen durchschnittlich mehr Kinder. Ferner fällt auf, dass die Rate der kinderlosen Frauen steigt, je höher das Bildungsniveau ist (Egeler, 2009). Hierbei kann nicht von ungewollter Kinderlosigkeit gesprochen werden, denn der ursprüngliche Kinderwunsch wird oft in anbetracht der tatsächlich vorhandenen Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zurückgestellt bzw. aufgegeben. Die Kinderlosigkeit wird also zumeist bewusst gewählt und ist Ausdruck der Anpassung des Kinderwunsches an die Realitäten (Beck-Gernsheim, 2006).

Beck-Gernsheim (2006) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass mütter- und kinderfeindliche Rahmenbedingungen für den nachlassenden Kinderwunsch von Frauen ursächlich sind und nicht etwa die Frauenerwerbsarbeit an sich:

„Die Frauen der jüngeren Generation, mit dem Versprechen von Gleichberechtigung, Chancengleichheit, eigenem Leben aufgewachsen, haben darauf ihre Zukunftspläne gebaut – bis sie dann schmerzhaft feststellen müssen, dass diesem Versprechen ein kleingedruckter Hinweis anhängt: Gilt nicht für Mütter! Daher nun die Enttäuschung, nicht deshalb, weil alle Frauen die große Karriere anstreben [...]; aber deshalb, weil bestimmte Rechte und Freiheiten bisher selbstverständlich zu ihren Leben gehörten, [...] bis dann mit dem Kind die große Wende einsetzt.“ (Beck-Gernsheim, 2006; S.139).

Ein weiterer Aspekt, der Einfluss auf die Familiengründung hat, ist das veränderte Frauenbild. Für Frauen der heutigen gebärfähigen Generation gilt das frühere Bild der Hausfrau und Mutter als weitgehend überholt. Eine berufliche Karriere ist zentraler Bestandteil des Lebensentwurfs von Frauen geworden, zu dem Kinder nicht mehr selbstverständlich dazugehören. Die Mutterschaft heutiger Zeit ist demgegenüber mit sehr hohen Ansprüchen überfrachtet. Gesellschaftliche Normen erwarten, dass

Frauen Kinder und eine berufliche Karriere in Einklang bringen (Hager, 2006). Ein Lebensentwurf mit Kindern und Karriere ist für Frauen in Deutschland jedoch nach wie vor nur schwer umzusetzen (Allmendinger, 2010; Badinter, 2010). Zum einen fehlt es an genügend Kinderbetreuungsplätzen (BMFSFJ, 2004), zum anderen lastet die Betreuung der Kinder zumeist auf den Schultern der Frauen (Beck-Gernsheim, 2008). Noch im Jahr 2003 nahmen kaum Väter Elternzeit in Anspruch: In 4,7% der Familien nahmen Väter, bei gleichzeitiger Berufstätigkeit, Elternzeit in Anspruch und zu 0,2 % waren Väter in den ersten drei Lebensjahren des Kindes für die Kinderbetreuung allein zuständig und nicht berufstätig (BMFSFJ, 2004).

Zum 1. Januar 2007 wurde das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) verändert. Durch Einführung eines einkommensabhängigen Elterngeldes sollte hierbei erreicht werden, den Anteil der Väter, die Elternzeit in Anspruch nehmen, zu erhöhen. Die maximale Bezugszeit von 14 Monaten kann für Paare nunmehr nur in Anspruch genommen werden, wenn beide Partner Elternzeit beantragen. Welche Veränderungen das seit 01.01.07 gültige BEEG auf das Inanspruchnahmeverhalten von Elternzeit hat, wurde vom BMFSFJ im Rahmen einer Evaluationsstudie untersucht (BMFSFJ, 2008a). Hierzu wurden im Mai und Juni des Jahres 2008 Elternhaushalte befragt, die im ersten Quartal 2007 (Elterngeldgruppe) bzw. im letzten Quartal 2006 (Vergleichsgruppe) ein Kind bekommen hatten. Die Zahl der Elterngeldanträge lag 2008 bei 12% und damit dreimal höher als vor Einführung des BEEG. In 84% der befragten Haushalte der Elterngeldgruppe bezog ausschließlich die Mutter Elterngeld (welches an die Inanspruchnahme von Elternzeit gebunden ist). Das BMFSFJ kommt zu dem Schluss, dass es für viele Familien nach wie vor nicht möglich ist, dass der Vater die Erwerbstätigkeit reduziert. Ein weiterer Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht in Bezug auf die Dauer der Elternzeit. 66,2% der Väter, die Elternzeit beantragen, nehmen nur 2 Monate Elternzeit. Demgegenüber beträgt die Dauer der Elternzeit bei 84% der Frauen 12-14 Monate (BMFSFJ, 2008b). Knapp 1,5 Jahre nach der Geburt des Kindes ist jede zweite befragte Mutter der Elternzeitgruppe wieder erwerbstätig. 39% planen, innerhalb der nächsten 6 Jahre die Erwerbstätigkeit wieder aufzunehmen. Hierbei fällt auf, dass Akademikerinnen, Frauen in den neuen Bundesländern und Frauen, deren Partner Elternzeit beantragt haben, häufiger nach 1,5 Jahren wieder erwerbstätig sind. Allerdings übt ein Großteil der Frauen die Erwerbstätigkeit in Teilzeit aus. 56% geben an, in Teilzeit zu arbeiten und 23% arbeiten stundenweise (BMFSFJ, 2008a). Diese Zahlen zeigen deutlich, dass trotz der stärkeren Einbindung der Väter es nach wie vor die Mütter sind, für die die Geburt eines Kindes mit einer Berufsunterbrechung einhergeht:

„Die Befragung „Junge Familie I“ zeigt, dass Mütter auch weiterhin deutlich mehr Zeit für die Betreuung des Kindes aufwenden als Väter. Es zeigt sich jedoch auch, dass die Einbindung des Vaters in die Kinderbetreuung gestärkt wird“ (BMFSFJ, 2008a, S. 64).

Auch die Zeitbudgeterhebungen des Statistischen Bundesamts zeigen, dass bei der Zeitverwendung von Männern und Frauen nach wie vor das klassische Rollenmodell

zutage tritt. So verwenden Frauen in Abhängigkeit des Umfangs der Erwerbstätigkeit zwischen 2,42 (Vollzeit erwerbstätig) und 5,51 (nicht erwerbstätig) Stunden pro Tag Zeit für Hausarbeit und Kinderbetreuung. Bei Männern liegt die für diese Tätigkeiten aufgebrauchte Zeit zwischen 1,53 (Vollzeit erwerbstätig) und 4 Stunden (nicht erwerbstätig) täglich. Erst nach dem Eintritt in das Rentenalter werden die Aufgaben in Haushalt und Familie partnerschaftlich zwischen den Geschlechtern geteilt (Statistisches Bundesamt, 2004).

Aufgrund dieser stärkeren zeitlichen Beanspruchung mit Familienarbeit und der Berufsunterbrechung von Frauen bei der Geburt eines Kindes, stellen Kinder daher nach wie vor ein biographisches und soziales Risiko dar (Schneider, 2003). Die Entscheidung für Kinder kann Frauen aus ihrem Beruf drängen, zu wirtschaftlichen Einbußen und somit zum sozialen Abstieg führen. Aus diesem Grund wird die Entscheidung für ein Kind oft erst nach Absicherung der Berufslaufbahn getroffen. Auf diese Weise wird versucht, das mit der Elternschaft verbundene Existenzrisiko zu verringern und berufliche Verwirklichungschancen zu erhalten (Berg, 2003; BZgA, 2005a).

Die heutigen Anforderungen des Arbeitsmarktes stellen einen weiteren Aspekt dar, der zunehmend Berücksichtigung bei der Familienplanung findet. Die für ein berufliches Fortkommen erforderlichen Eigenschaften der Mobilität und Flexibilität stehen im Widerspruch zu den Erfordernissen einer Familie. Kinder stellen eine biographische Festlegung dar, die die in der Arbeitswelt geforderten flexiblen Anpassungsleistungen stark einschränken. Um der fehlenden Planbarkeit der Berufswelt zu begegnen, muss die Familienplanung also um so gründlicher durchdacht werden, damit auch mit Kindern möglichst flexibel auf Veränderungen im Erwerbsbereich reagiert werden kann (Helfferich, 2003). Die Soziologin Helfferich (2003) konstatiert, dass dem Zwang zur Planung gleichzeitig die Unmöglichkeit von Planung gegenübersteht. Diese Situation ist eine große Herausforderung und stellt ein Dilemma dar, dessen Lösung auch in einem völligen Verzicht auf Kinder liegen kann. Im Falle der aufgeschobenen Familienplanung ist die fruchtbare Zeitspanne im Leben der Frau fast verstrichen, bevor die Entscheidung für ein Kind fällt. Die Frage der Elternschaft ist demnach das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, der sich nicht nur mit dem „wann“, sondern auch mit dem „ob“ auseinandersetzt. Elternschaft ist heutzutage demzufolge keine reine Schicksalsfrage mehr (Beck-Gernsheim, 2006; Kohli & Burkart, 1992).

Es sind allerdings nicht allein die beruflichen Ambitionen von Frauen, die Einfluss darauf haben, ob und wann ein Paar Kinder bekommt. Eine Untersuchung der BZgA (2006a) zeigte, dass Männer grundsätzlich zwar aufgeschlossen gegenüber der Familiengründung sind, dies jedoch ebenfalls in hohem Maß von ihrer beruflichen Qualifikation und dem Einkommen abhängig machen. Helfferich et al. (BZgA, 2006a) befragten im Auftrag der BZgA Männer zwischen 25 und 54 Jahren in verschiedenen Regionen Deutschlands und fanden heraus, dass die Familiengröße vom Einkommen der Männer abhing und dass hoch qualifizierte Männer spät ihr erstes Kind bekamen. Die Entscheidungsphase, die der Gründung einer Familie voraus geht, wird

demnach gleichermaßen von den Einstellungen und beruflichen Ambitionen von Frau und Mann geprägt.

In diesem langen Prozess, der einer Entscheidung für oder gegen ein Kind voraus geht, sieht Beck-Gernsheim (2006) keinen rein privaten Konflikt, sondern vielmehr einen epochalen gesellschaftlichen Wandel. Heutige Lebensläufe unterliegen demnach veränderten Erwartungen, Anforderungen und Abhängigkeiten, bieten aber auch neue Freiräume, wie eben auch die Entscheidung für oder gegen Kinder (Beck-Gernsheim, 2006; Kohli & Burkart, 1992).

3.1 Einflussfaktoren auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt

3.1.1 Umgang mit Schwangerschaft und Geburt

Die vielfältige Problemlage, mit der sich Frauen und Paare bei der Frage nach eigenen Kindern auseinandersetzen müssen, bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Bewertung und das Erleben von Schwangerschaft und Geburt bei denjenigen, die sich letztendlich für ein Leben mit Kindern entscheiden. Nachdem bereits das Eintreten der Schwangerschaft sorgfältig geplant war, ist es nur folgerichtig, bei dem Verlauf der Schwangerschaft und Geburt ebenfalls nichts dem Zufall zu überlassen. Die Zeit der Schwangerschaft wird geprägt von Überlegungen und Planungen zur Gestaltung dieser Lebensphase. Die Bedürfnisse werdender Eltern orientieren sich hierbei stark an Maßstäben von Planbarkeit und Risikominimierung. Die soziale und biographische Bedeutung dieser Lebensphase erfährt dadurch eine veränderte Bewertung: Sie wird nicht mehr als schicksalhaftes Ereignis wahrgenommen, sondern als ein Prozess mit kalkulierbaren Risiken, welcher der Überwachung und Steuerung durch die Medizin bedarf (Klein, 2004; Schnitzer, 2004).

Aufgrund der Verlagerung des Gebärens in die Klinik ging das lebensweltlich geprägte Erfahrungswissen rund um Schwangerschaft und Geburt, welches frühere Generationen besaßen, in der heutigen Gesellschaft weitgehend verloren. Die Entwicklung der modernen Geburtshilfe ging mit einer starken Abnahme an Laienkompetenz einher (Schmacke, 1997). Die Zeit der Schwangerschaft, der Übergang in die Elternschaft und die damit verbundene Neuorientierung in der Gesellschaft werden heute nicht mehr eingebettet in das soziale Umfeld erlebt, da dieses aufgrund des fehlenden Erfahrungswissens für Schwangere nur noch wenig Sicherheit vermittelnde Aspekte bietet. Heute finden Schwangere Unterstützungsangebote sowie eine Stärkung ihres Sicherheitsempfindens außerhalb ihres Lebenskontextes im institutionalisierten Versorgungsbereich: Ärzte, Ärztinnen und Hebammen haben diese Lücke weitgehend geschlossen. Das medizinische Expertenwissen hat somit Funktionen übernommen, die früher innerhalb des sozialen Netzes erfüllt wurden (Schnitzer, 2004). Im Gegensatz zu einem unterstützenden sozialen Umfeld müssen diese Angebote von den werdenden Eltern jedoch eigenständig in Erfahrung gebracht und aufgesucht werden. Zum einen müssen Schwangere sich einen Überblick über die diver-

sen angebotenen Dienstleistungen verschaffen, zum anderen werden sie mit der Frage konfrontiert, welche Angebote sie in Anspruch nehmen möchten. Dies bezieht sich sowohl auf die im Rahmen der üblichen Schwangerenvorsorge angebotenen IGeL-Leistungen¹³, als auch auf diverse Kursangebote rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt.

Die moderne Geburtsmedizin bedient das Bedürfnis nach dem gut geplanten Kind, indem sie mit ihren Angeboten nicht nur die Planbarkeit, sondern auch die Machbarkeit eines Wunschkindes suggeriert. Die Angebote der Pränataldiagnostik und medizinischen Schwangerschaftsüberwachung kommen den Bedürfnissen werdender Eltern hier entgegen, da davon erhofft wird, die naturgegebenen Unsicherheiten und Risiken in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt weitgehend ausschalten zu können. Es sind nunmehr neben den MedizinerInnen auch die werdenden Eltern selbst, die Schwangerschaft und Geburt in ein medizinisches Licht rücken. Smeenk und ten Have (2003) beschreiben, wie in einem schleichenden und stetigen Prozess immer neue Technologien Einzug in die vorgeburtliche Betreuung halten, so dass Frauen dies kaum bemerken können. Die Normalität, mit der heute selbst völlig gesunde Schwangere medizinische Untersuchungen und Interventionen in großem Umfang nachfragen, verwundert vor diesem Hintergrund nicht (Schücking, 2003a; Schwarz & Schücking, 2004; Urbschat, 1999, 2001).

Schindele (2000) kritisiert, dass dieser medizinisch ausgerichtete Blick auf Schwangerschaft und Geburt emotionale und soziale Aspekte weitgehend unberücksichtigt lässt und diese Lebensphase auf rein körperliche Vorgänge und deren Risiken reduziert:

„Frauen gehen, heute mehr denn je, nicht mehr mit einem Kind, sondern mit dem Risiko schwanger. Dieses Bewusstsein prägt die neun Monate einer Schwangerschaft und prägt auch die Wahrnehmung dieses Prozesses.“
(Schindele, 2000; S. 140)

Diese kulturelle Haltung beeinflusst das Schwangerschaftserleben, indem es Schwangere verunsichert und einen hoffnungsvollen und von Neugier geprägten Umgang mit Schwangerschaft und Geburt unmöglich macht (Schindele, 2000).

Vor dem Hintergrund der schwindenden Unterstützungsfunktion des sozialen Umfelds ist es nachvollziehbar, dass anderswo nach Bestätigung und Absicherung gesucht wird. Die Schwangerenvorsorge wird so zu einer Prozedur, die der Schwangeren versichern soll, dass „alles in Ordnung“ sei. Da diese Absicherung jedoch nicht sehr lange Bestand hat, führt dies zur Abhängigkeit der Schwangeren von der medizinischen Institution (Schindele, 2000) und zu einer weiteren Schwächung des Vertrauens in ihren Körper (Ensel, 1994; Rahden, 2004).

¹³ IGeL-Leistungen ist die Kurzform für Individuelle Gesundheitsleistungen. Dies sind Zusatzleistungen in ärztlichen Praxen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Meist handelt es sich um Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die von ÄrztInnen gegen Selbstzahlung angeboten werden. Der medizinische Nutzen ist bei einigen IGeL-Leistungen fragwürdig.

Die Historikerin Duden (1991, 2002) beschreibt die Auswirkungen dieses veränderten Umgangs mit Schwangerschaft und Geburt auf das Selbstbild schwangerer Frauen. Das eigene Körperempfinden und Zutrauen in die Gebärfähigkeit des Körpers schwindet und führt zu einer Entfremdung vom eigenen Körper. Eine Fülle an medizinischen Untersuchungen und Interventionen im Verlauf der Schwangerschaft tritt anstelle der Selbstwahrnehmung und suggeriert der Schwangeren, dass nicht sie selbst weiß, wie es ihr und dem ungeborenen Kind geht, sondern erst eine Diagnose durch Experten (in Gestalt von Arzt oder Ärztin) dies feststellen könnte. Diesen Vorgang bezeichnet Duden (1991, 2002) als Entkörperung.

Großen Einfluss auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt hat auch die Pränataldiagnostik (PND). Unter den Begriff PND fallen alle Untersuchungsmethoden, mit denen ein ungeborenes Kind auf Fehlbildungen oder krankhafte Störungen untersucht werden kann. Sie werden in invasive und nicht-invasive Untersuchungsmethoden unterteilt. Zu den gängigsten nicht-invasiven Methoden zählen verschiedene Ultraschalluntersuchungen, bei denen neben Wachstum und Fehlbildungen auch Hinweise auf genetische Störungen untersucht werden. Des Weiteren zählen Hormonbestimmungen des mütterlichen Blutes zu den nicht-invasiven PND-Methoden. Invasive Untersuchungsmethoden werden durch Eindringen mittels einer Kanüle in den Körper der Mutter vorgenommen. Hierzu zählen die Amniocentese, Chorionzottenbiopsie und Nabelschnurpunktion. Wegen des Fehlgeburtrisikos werden diese Methoden seltener eingesetzt (Hepp, 2006; Rauskolb, 1998). Auf eine detailliertere Beschreibung der pränataldiagnostischen Methoden wird hier verzichtet (eine kurze Erläuterung gängiger PND-Methoden findet sich in den Fußnoten unter 3.1.2).

Die Inanspruchnahme der PND ist in den letzten Jahren stetig angestiegen und nicht mehr auf Schwangere mit erhöhten Risiken begrenzt. Mittlerweile hat sich die PND als fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge etabliert (BZgA, 2006b; Diekämper, 2010), so dass sich jede Schwangere, unabhängig von objektiv vorliegenden Risiken, mit der PND auseinandersetzen muss. Diese Auseinandersetzung wirkt sich auf das Erleben der Schwangerschaft aus. Aspekte, die die vorherige (Groß-) Müttergeneration nicht kannte, nämlich das Sichtbarmachen des Ungeborenen, die damit verbundene Vorwegnahme von Informationen über das Kind und der Zwang, Entscheidungen zu treffen, müssen von schwangeren Frauen und ihren Partnern bewältigt werden. Unabhängig davon, ob PND letztlich in Anspruch genommen wird, führen die dadurch eröffneten Optionen zu einer Verunsicherung.

Die PND suggeriert, dass optimale Startchancen für ein Kind bereits vor der Geburt geschaffen werden können. Die Verantwortung hierfür wird, mit Hinweis auf die Patientenautonomie, den Eltern zugeschrieben. Sie sollen selbst entscheiden, ob und welche Untersuchungen der PND sie in Anspruch nehmen wollen. Diese Perspektive begünstigt die Vorstellung, dass sich die Geburt von gesundheitlich belasteten Kindern durch verantwortungsbewusstes Handeln der werdenden Eltern (in Form von Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen) vermeiden ließe (Berg, 2003; Ensel, 2010). Die Medizinethikerin Graumann (2003) sieht in diesem Umgang

mit Schwangerschaft und Geburt einen Versuch, gesellschaftliche Probleme mit medizinischen Verfahren zu kurieren.

In Anbetracht der geringen gesellschaftlichen Unterstützung von Familien mit behinderten Kindern ist es nicht verwunderlich, dass werdende Eltern bereitwillig die Methoden der PND in Anspruch nehmen, in dem Glauben, alles für die Geburt eines gesunden Kindes tun zu können (Searle, 1996). Helfferich (2003) konstatiert ebenfalls, dass die Reproduktionstechnologien unserer Zeit eine medizinische Lösung für ein an sich gesellschaftliches Problem darstellen. Die von Nutzerinnen und Gesellschaft an die PND geknüpfte Erwartung führt zu einer verringerten Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen, was wiederum den Druck auf werdende Eltern erhöht, die Geburt eines behinderten Kindes zu vermeiden (Schmacke, 1997). Dieses Anspruchsdenken drückt sich unter anderem in dem Anstieg von Schadensersatzklagen nach Geburt von ungewollten oder behinderten Kindern aus (Feldhaus-Plumin, 2008).

In Hinblick auf die Geburt führt die Sorge vor einem behinderten Kind dazu, dass auch bei der Wahl des Geburtsorts Sicherheitskriterien eine zentrale Rolle spielen. Wer am Ende der Schwangerschaft die Entscheidungsfragen rund um die PND hinter sich gelassen hat, wird bei der Geburt keine Risiken eingehen wollen, die das vermeintlich gesunde Kind schädigen könnten.

3.1.2 Gesellschaftliche Bewertung von Behinderung

Der Entscheidungsweg für oder gegen medizinische Untersuchungen und Interventionen, insbesondere bei der Inanspruchnahme von PND, wird nicht ausschließlich von persönlichen Einstellungen und Bedürfnissen geprägt, sondern findet stets eingebettet im gesellschaftlichen Kontext statt. Aufgrund der hohen Erwartungen, die an die vorgeburtliche Diagnostik geknüpft werden, ist ein Klima entstanden, in dem die Geburt eines behinderten Kindes als vermeidbares Unglück betrachtet wird. Die Angebote der PND suggerieren die Machbarkeit gesunder Kinder. In der Folge werden den heutigen vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden regelrecht prophetische Kräfte zugesprochen, die die Geburt von gesunden Kindern garantieren können (Ensel, 2010; Schmacke, 1997). Diese irrige Annahme wirkt sich ungünstig auf die Toleranz gegenüber Behinderungen aus. Dies bekommen, neben den Behinderten selbst, die Frauen zu spüren, die kein gesundes Kind zur Welt bringen:

"Haben sie das nicht vorher gewusst?" Wie kann ich da antworten, wenn mein Sohn mit Down-Syndrom, so wie er ist - wunderbar - neben mir steht?" (1000 Fragen-Projekt, 2003)

Unter diesem von außen herangetragenem Erwartungsdruck wird die Freiheit, selbst zu entscheiden, ob und welche Untersuchungen während der Schwangerschaft in Anspruch genommen werden, immer mehr eingeschränkt. Eltern, die ein behindertes Kind austragen, sehen sich vermehrt Schuldzuweisungen wie „Das muss doch heute

nicht mehr sein“ ausgesetzt (Volz, 2003). Die Inanspruchnahme vorgeburtlicher Untersuchungen dient demnach weniger dem Zweck, sich frühzeitig auf eine etwaige Behinderung des Kindes einzustellen, als vielmehr der Sicherstellung der Kindesgesundheit. Deutlich wird dies an den hohen Abbruchraten nach auffälligem PND-Befund: Nach einer Untersuchung von Rohde und Woopen (2007) wurden nur 19% der Schwangerschaften, die nach PND einen auffälligen Befund aufwiesen, nicht abgebrochen.

Die Inanspruchnahme von PND ist heute zur Selbstverständlichkeit geworden. Nach einer repräsentativen Befragung von 791 Schwangeren und jungen Müttern haben nur 15% der Befragten auf PND verzichtet. Mehr als 70% der befragten Frauen gab an, mehr als die drei in den Mutterschaftsrichtlinien empfohlenen Ultraschalluntersuchungen in Anspruch genommen zu haben, um Fehlbildungen des Kindes ausschließen zu können. Rund ein Drittel der Frauen ließ einen Triple-Test¹⁴ und/oder einen Erst-Trimester-Test¹⁵ durchführen und 40% ließen die Nackenfalte¹⁶ des Kindes messen. 11,5% ließen eine Amniocentese¹⁷ und 3,3% eine Chorionzottenbiopsie¹⁸ durchführen. Jede dritte Befragte war nicht bereit, eine Behinderung des Kindes zu akzeptieren (BZgA, 2006b).

Frauen bekommen wenig Unterstützung durch die Gesellschaft, sollte ihr Kind behindert auf die Welt kommen. Sie sind daher bereit, viel auf sich zu nehmen, um dies zu vermeiden (Searle, 1996). Es ist zu vermuten, dass der Umgang mit PND und die derzeitige Praxis vorgeburtlicher Untersuchungen die Gefahr bergen, dass gesunde Kinder zur gesellschaftlichen Norm werden und somit die Inanspruchnahme von PND zur Pflicht wird (Hufendiek et al., 2005). Der schwangeren Frau als Nutzerin von PND wird somit die Verantwortung und Pflicht übertragen, die Geburt eines gesunden Kindes sicherzustellen. Das Argument der Selbstbestimmung untermauert dabei abermalig, dass das Problem durch das individuelle Verhalten der Frau und nicht durch die Verbesserung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu lösen sei.

Die hier beschriebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen können heute von keiner Schwangeren ignoriert werden, so dass sie sich gezwungenermaßen mit Fragen und Einstellungen zu Behinderung und deren (scheinbarer) Vermeidung auseinandersetzen muss. Es ist nachvollziehbar, dass dies Auswirkungen auf das individuelle Schwangerschaftserleben und das Bedürfnis nach Absicherung hat und somit

¹⁴ Blutentnahme bei der Frau zur Bestimmung von Hormonen. Dient der Risikoeinschätzung (BZgA, 2006b).

¹⁵ Blutentnahme bei der Frau zur Bestimmung von Hormonen, welche in Bezug zu Nackenfaltenmessung und Alter der Frau gesetzt werden. Dient der Risikoeinschätzung (BZgA, 2006b).

¹⁶ Messung der Nackenfalte des Ungeborenen per Ultraschall. Ab einer gewissen Dichte werden weitere diagnostische Untersuchungen empfohlen und mit den ermittelten Daten wird eine statistische Risikoeinschätzung getroffen (BZgA, 2006b).

¹⁷ Einstich in die Fruchtblase durch die Bauchdecke der Frau zur Entnahme von kindlichen Zellen aus dem Fruchtwasser. Anschließend Untersuchung der Chromosomen auf Anzahl und Struktur (BZgA, 2006b).

¹⁸ Einstich in den Mutterkuchen durch die Bauchdecke der Frau. Chorionzottengewebentnahme zur Untersuchung des Chromosomensatzes.

die Ausgestaltung der Schwangerschaft beeinflusst. Die Frage nach dem Geburtsort wird gleichermaßen von der Einstellung zu bzw. der Angst vor der Behinderung eines Kindes tangiert. Die Annahme, die Verantwortung für die Gesundheit des Kindes selbst in der Hand zu haben, führt zur Wahl eines Geburtsorts, von dem die größtmögliche Sicherheit erwartet wird und der zudem gesellschaftlich als sicherer Geburtsort anerkannt ist. Für den deutschen Kulturkreis ist dies das Krankenhaus. Hierin kann eine Ursache für die geringe Nachfrage nach außerklinischen Geburtsorten gesehen werden.

Wie in den Ausführungen zur PND und zur Bewertung von Behinderung aufgezeigt wurde, ist die Verlagerung von Verantwortung von den Professionellen zu den Nutzerinnen eine entscheidende Veränderung der geburtshilflichen Versorgung. Einhergehend mit diesem Prozess wird der Aspekt der Selbstbestimmung von Professionellen und Nutzerinnen gleichermaßen betont. Im Folgenden soll daher die Bedeutung und Ausgestaltung von Selbstbestimmung in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt näher beleuchtet werden.

3.2 Zur Bedeutung von Selbstbestimmung

Bei der Betrachtung der Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in den letzten Jahrzehnten darf der Aspekt der Selbstbestimmung nicht fehlen. Heute besteht eine veränderte Anspruchshaltung auf Seiten der Nutzerinnen, zu der Selbstbestimmung selbstverständlich dazugehört. In Anbetracht des großen Stellenwertes, der der Selbstbestimmung eingeräumt wird, erscheint es bemerkenswert, wie unterschiedlich die Interpretationen von Selbstbestimmung ausfallen.

Lange Zeit wurde unter dem Schlagwort Selbstbestimmung von Frauen für eine natürliche und familienorientierte Geburtshilfe gestritten, die die Wünsche und Bedürfnisse der Gebärenden in den Mittelpunkt stellt und sich durch den minimalen Einsatz von Interventionen auszeichnet (Kitzinger, 1980). Mittlerweile wird das Ermöglichen bzw. die Wahrung der Selbstbestimmung der Frau in der Geburtshilfe von den Nutzerinnen als selbstverständlich angesehen und stellt für die Anbieter geburtshilflicher Betreuung ein Gebot dar, das nicht mehr ignoriert werden kann. Nach Duden (2005) ist der Anspruch auf Selbstbestimmung zu einem Argument geworden, das keinen Einspruch zulässt. Der Geburtshelfer Rath (2008) beschreibt, dass sich die Rolle der Frau von der „Funktion der Mutter“ zu einer „gleichberechtigten Partnerin“ entwickelt habe und das Selbstbestimmungsrecht der Frau daher nunmehr anerkannt werden müsse.

Der Rahmen, in dem sich die Selbstbestimmung der Frau während Schwangerschaft und Geburt abspielt, wie auch die Umsetzung werden allerdings kontrovers diskutiert. Die Selbstbestimmung der Frau wird mittlerweile als schlagkräftiges Argument sowohl von den Nutzerinnen als auch von den geburtshilflichen Anbietern für die Durchsetzung einer breiten Palette geburtshilflicher Möglichkeiten ins Feld geführt. Unter dem Schlagwort Selbstbestimmung wird heute nicht mehr nur für eine interven-

tionsarme und familienorientierte Geburt gestritten, sondern ebenso für eine technisierte Geburtshilfe, von der sich Nutzerinnen ein Höchstmaß an Sicherheit und/oder eine möglichst schmerzarme Geburt versprechen.

Wo Selbstbestimmung früher eine Forderung *von* Frauen war, die selbst entscheiden wollten, ob und wann sie Kinder bekommen, ist sie heute zunehmend eine Forderung *an* Frauen geworden, die mit dem Argument der Selbstbestimmung durch die Medizin zur Durchführung umstrittener Untersuchungen gedrängt werden (Duden, 2005). Auch Berg (2003) stellt fest, dass Selbstbestimmung im Sinne von Patientenautonomie heute in der Medizin zum zentralen ethischen Paradigma geworden sei und als Begründung für die Einführung neuer medizinischer Angebote dient. Auf diese Weise wird es der schwangeren Frau überlassen, zwischen verschiedenen, mitunter riskanten Optionen zu wählen. Duden (2005) sieht hierin eine unmögliche Entscheidung und spricht daher von einer Entscheidungsfalle.

Neben diesem Entscheidungszwang bedeutet diese Auslegung des Selbstbestimmungsanspruchs aber auch, dass von Frauen erwartet wird, dass sie selbst die Verantwortung für ihre und die Gesundheit ihres Kindes übernehmen. Dies ist in Anbetracht der vielen unbekannteten Einflussgrößen und der Informationsflut zu Schwangerschafts- und Geburtsthemen jedoch kaum möglich (Duden, 2005). Die Medizinethikerin Bockenheimer-Lucius (2002) konstatiert, dass diese Forderung an die Nutzerinnen nicht vertretbar ist. Die Übernahme von Verantwortung ist eine ärztliche Pflicht, die nicht vollständig an die Nutzerinnen abgegeben werden kann, da schwangere Frauen ein Recht auf Verantwortungsübernahme durch ÄrztInnen haben. Um dem Selbstbestimmungsanspruch von Frauen gerecht zu werden, plädiert Bockenheimer-Lucius (2002), wie noch ausgeführt wird, für eine geteilte Verantwortung.

Diese veränderte Auslegung des Selbstbestimmungsbegriffs lässt sich nicht nur im Bereich der Geburtshilfe beobachten, sondern betrifft alle Bereiche gesundheitlicher Versorgung. Graumann (2007) beschreibt, dass Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen eine neue Bedeutung bekommen, die dazu führt, dass PatientInnen¹⁹ zunehmend als KundInnen wahrgenommen werden und ÄrztInnen dadurch zu Dienstleistern werden. Folge dieses Wandels ist, dass der Patient/die Patientin (in der Rolle als KundIn) selbst für die Konsequenzen einer Behandlung verantwortlich ist (Graumann, 2007).

Diese veränderte Interpretation des Patientenbegriffs und die damit verbundene Auslegung des Selbstbestimmungsarguments wirken sich auf den Stellenwert der Bedürfnisse der Nutzerinnen und die daraus erwachsende Nachfrage bestimmter Untersuchungen oder Methoden aus. Bei ethisch und sozial umstrittenen medizinischen

¹⁹ Im Folgenden wird neben dem im Bereich der Geburtshilfe zunehmend etablierten Terminus der Nutzerin auch der Begriff der PatientIn verwendet, da die hier skizzierte Diskussion um Selbstbestimmung und NutzerInnenorientierung in allen Bereichen gesundheitlicher Versorgung geführt wird und gleichermaßen für die geburtshilfliche Versorgung bedeutsam ist.

Angeboten dienen sie nunmehr als Legitimation für deren Einführung und Nutzung (Kuhlmann, 2003).

Dieser Einbezug von PatientInnen in die Behandlung wird unter dem Begriff Nutzerorientierung kontrovers diskutiert (Mozygamba et al., 2009; Schaeffer, 2004). Befürworter sehen in diesem Ansatz eine Chance, das bisher stark paternalistisch ausgerichtete Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen neu zu gestalten und den Handlungsspielraum auf Seiten der PatientInnen zu erhöhen. Diese Sicht der Nutzerorientierung ist jedoch zweischneidig: Die Anforderungen, die dieser Ansatz an die PatientInnen stellt, werden als hoch eingestuft. Es ist fraglich, ob PatientInnen diese Ansprüche überhaupt erfüllen können (Schaeffer, 2004). Gleiches lässt sich für die geburtshilfliche Versorgung feststellen, wo Nutzerinnen in Anbetracht einer Flut von zum Teil widersprüchlichen Informationen vor ebensolche hohen Anforderungen gestellt werden (zu Informationsquellen siehe auch Kapitel 3.2.3). Gleichwohl gehen Reibnitz et al. (2001) für den Bereich der Patientenberatung davon aus, dass souveräne Patientenentscheidungen unter bestimmten Bedingungen möglich sind. PatientInnen befinden sich krankheitsbedingt in einer individuell nicht lösbaren Problemsituation, die durch Not und Leiden gekennzeichnet ist. Aufgrund dieser Vulnerabilität können sie leicht ausgenutzt werden. Selbst mündige PatientInnen können somit die Rolle eines Kunden im marktwirtschaftlichen Sinne nicht erfüllen. Im Gegensatz zum Kunden ist die Autonomie von PatientInnen mehr oder weniger eingeschränkt, und sie sind auf Unterstützung angewiesen. Es muss bei dem Verhältnis zwischen PatientInnen und gesundheitlichen Dienstleistern von einer asymmetrischen Beziehungsstruktur ausgegangen werden, da die ExpertInnen immer den entscheidenden Wissensvorsprung haben. PatientInnen sind auf das Wissen der ExpertInnen und somit auf deren Beratung angewiesen. Schaeffer (2004) problematisiert daher die Verwendung von Begriffen wie „Klient“, „Kunde“ oder „Konsument“ im Gesundheitswesen. Diese der Marktwirtschaft entlehnten Termini suggerieren, zwischen Anbietern der gesundheitlichen Leistung und dem Patienten/der Patientin bestünde eine symmetrische Beziehungsstruktur. Hiervon kann aber im Falle eines erkrankten Menschen, denn hierum handelt es sich bei einem Patienten/einer Patientin, nicht selbstverständlich ausgegangen werden. Die Bioethikerin Graumann (2007) kommt zu dem gleichen Schluss: PatientInnen befinden sich in einer Ausnahmesituation, bedingt durch beispielsweise Schmerzen oder Angst, und sind dadurch in starkem Maße von medizinischen ExpertInnen abhängig. Unter diesen Voraussetzungen dürfen Eigenverantwortung und Selbstbestimmung nicht als gegeben vorausgesetzt werden. Demzufolge darf im Bereich des Gesundheitswesens nicht generell die Wahrnehmung von Handlungsautonomie von PatientInnen angenommen werden. Weiterhin lässt sich das Schutzbedürfnis von PatientInnen nicht durch die Übertragung von Konsumentenrechten befriedigen (Rosebrock, 2001).

Braun (2009) beschreibt eine weitere Einschränkung der Nutzerorientierung und verdeutlicht somit die Grenzen dieses Ansatzes zusätzlich: Aktives, souveränes und kommunikationsfähiges NutzerInnenverhalten, eine der Voraussetzungen von Nut-

zerorientierung, kann nur von einem kleinen Teil der PatientInnen erfüllt werden. Untere soziale Schichten können den Verhaltensanforderungen kaum genügen. Aufgrund von diversen Hemmnissen, unter anderem der Bildungsferne, erscheint ein Empowerment wenig aussichtsreich für diese Bevölkerungsgruppen. Aufgrund dieses „sozialen Dilemmas“ bezeichnet Braun (2009) die Nutzerorientierung als ein Minderheitenkonzept, welches nicht auf breite Bevölkerungsgruppen angewendet werden kann.

Dennoch kann die Rolle der PatientInnen nicht mehr nur darauf reduziert werden, Anweisungen und Anordnungen des Arztes/der Ärztin in Form von guter Compliance anzunehmen. Hurrelmann (2001) erklärt, dass sich die Rolle der PatientInnen gewandelt hat. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit liegt demnach nun bei den PatientInnen selbst, die von passiven NutzerInnen von Gesundheitsleistungen zu AkteurInnen im Gesundheitssystem geworden sind. Hurrelmann (2001) sieht in der Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen im Sinne des Empowerments eine Voraussetzung für diesen eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper und der Gesundheit.

Dieser Wandel der Patientenrolle lässt sich – mit Einschränkungen - auch auf das Inanspruchnahmeverhalten von Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung übertragen. Green et al. (2003) stellen für die geburtshilfliche Versorgung fest, dass eine Zunahme des Wunsches nach Mitbestimmung zu beobachten ist. Weiterhin wird das Gefühl, selbst die Kontrolle darüber zu haben, was mit einem geschieht, von Frauen als sehr wichtig eingestuft. Die Verantwortungsübertragung an Schwangere bzw. Gebärende gestaltet sich allerdings nicht einfach. Auch wenn die Beschränkungen der Nutzerorientierung in Bezug auf (chronisch) Kranke formuliert wurden (Braun, 2009; Graumann, 2007; Schaeffer, 2004), lassen sie sich gleichermaßen auf den geburtshilflichen Versorgungsbereich übertragen. Schwangere, und vor allem Gebärende, befinden sich in einer Ausnahmesituation, die den üblichen Erfahrungshorizont übersteigt und die Handlungsautonomie einschränkt. Besonders in Anbetracht von Geburtsschmerzen können die oben beschriebenen Anforderungen der Nutzerorientierung kaum noch von ihnen erwartet werden. So sind Angst vor Schmerz, Kontrollverlust und Versagensängste beispielsweise Motive, die zu einem Wunsch nach Interventionen, wie einer Periduralanästhesie oder Kaiserschnitt, beitragen (Bockenheimer-Lucius, 2002). Von einer informierten und selbstbestimmt getroffenen Entscheidung kann unter diesen Bedingungen nicht gesprochen werden.

Bockenheimer-Lucius (2002) sieht es hier als ärztliche Fürsorgepflicht, die Autonomie der Frau zu wahren und eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Um der Frau die Verantwortung für das Kind und den Geburtsmodus übertragen zu können, hält Bockenheimer-Lucius (2002) das Recht der Frau auf Information, Vertrauen und Respektierung ihrer Entscheidung für zwingend notwendig. In Anbetracht der oben dargelegten Beschränkungen der Patientenautonomie könnte nach Bockenheimer-Lucius (2002) die geteilte Verantwortung ein mögliches Ziel sein. Auf diese Weise wird den Nutzerinnen die Selbstverantwortung für ihre eigene Gesundheit

bzw. die Ausgestaltung ihrer Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung ermöglicht, ohne in die Pflicht genommen zu werden und ohne dass die Medizin die Verantwortung vollständig abgibt. Im Sinne der Selbstbestimmung kann nach Bockenheimer-Lucius (2002) selbst ein Wunschkaiserschnitt gerechtfertigt sein²⁰.

Auch das Konzept der geteilten Verantwortung setzt jedoch Beratungskonzepte voraus, die den Nutzerinnen einen bestmöglichen Zugang zu unabhängigen Informationen ermöglichen (während der Schwangerschaft und unter der Geburt), sowie eine Stärkung der individuellen Bewältigungskompetenzen im Sinne eines Empowerments. Es liegen derzeit jedoch weder für ein Empowerment der Nutzerinnen noch für die Information und Beratung, wie unter 3.2.2 und 3.2.3 ausführlich beschrieben wird, tragfähige Konzepte vor.

In Anbetracht der hier dargelegten Problematik von Nutzerorientierung im Gesundheitssystem und Selbstbestimmung während Schwangerschaft und Geburt muss kritisch hinterfragt werden, wie ein Mensch, der durch (chronische) Krankheit oder wie im Kontext von Geburt, durch Schmerzen eingeschränkt ist, dennoch als kompetente/r und informierte/r NutzerIn im Gesundheitssystem auftreten kann. Auch die von Bockenheimer-Lucius (2002) dargestellten Bedingungen für die Wahrung von Autonomie der Gebärenden sind, wie unter 3.2.2 ausgeführt, nicht ohne weiteres umsetzbar.

Bei der Betrachtung der Rahmenbedingungen von Selbstbestimmung und Autonomie im Kontext von Schwangerschaft und Geburt spielen weitere Aspekte, fern der Nutzerorientierung, eine Rolle. Neben der Frage, ob und wie Frauen ausreichend informiert werden können, um eigenständige Entscheidungen zu treffen, wird von Azoulay (2003) der Geburtsvorgang an sich thematisiert, der ihrer Auffassung nach die Selbstbestimmung der Frau unmöglich macht. Azoulay (1998, 2003), die sicherlich mit ihrer Darstellung von Geburt eine Extremposition bezieht, sieht in der Geburt ein Ereignis, dessen Brutalität Frauen in Unmündigkeit zwingt. Durch die Bewertung von Geburt als animalisches und akulturelles Ereignis rückt sie den Akt des Gebärens in ein Licht, das den Anspruch auf eine schmerzfreie Geburt als Grundrecht der Frau nachvollziehbar erscheinen lässt (Azoulay, 1998, 2003). Im Umkehrschluss bedeutet dieser Ansatz, dass Frauen aufgrund der Schmerzen unter der Geburt nicht in der Lage sein können, selbstbestimmt zu sein, sofern ihnen effektive Methoden der Schmerzbekämpfung nicht frei zugänglich sind. Hier wird also das Gebot der Selbstbestimmung zur Begründung, Frauen einen freien Zugang zu einer technikorientierten Geburtshilfe zu ermöglichen. Die Grundannahme Azoulays (2003), dass Frauen aufgrund der Brutalität des Geburtsvorgangs nicht in der Lage seien, selbstbestimmt zu gebären, verleitet zu der Annahme, dass die biologischen Voraussetzungen für

²⁰ Im Gegensatz dazu nennen Grünberger et al. (2005) das Phänomen des Wunschkaiserschnitts einen Irrweg der modernen Lifestyle-Gesellschaft, bei dem traditionelle Bilder und Normen gekippt wurden und durch einen Lebensstil ersetzt werden, der den Wunsch nach einer abdominalen Schwangerschaftsbeendigung begünstigt.

das Gebären bei Frauen defizitär seien und daher der medizinischen Hilfe bedürften²¹.

Wagner (2003) thematisiert den Begriff Selbstbestimmung in einem völlig anderen Licht. Er sieht die Selbstbestimmung von Frauen während der Geburt durch den Rahmen, in dem Geburt heute üblicherweise stattfindet, gefährdet, nicht aber durch die Heftigkeit des Vorganges an sich. Er legt dar, wie die in der klinischen Geburtshilfe westlicher Länder übliche medikalisierte Betreuung der Geburt das Selbstbestimmungsrecht der Frau behindert. Durch äußere Eingriffe wird der Geburtsablauf stark beeinflusst oder gesteuert, so dass kaum eine Atmosphäre entstehen kann, in der die vom autonomen Nervensystem unbewusst gesteuerte Geburtsarbeit ungestört ablaufen kann. Weiter kritisiert er, dass Frauen lediglich die Wahl zwischen einzelnen, durch die Ärzteschaft vorgegebenen, Betreuungsalternativen geboten wird, ohne dass Frauen vollständig Einfluss auf den Geburtsablauf und alles, was mit ihnen geschieht, hätten. Dieser Aspekt wird unter 3.2.1 weiter ausgeführt.

Diese von Wagner (2003) kritisierte medikalisierte klinische Geburtshilfe und deren negative Auswirkungen auf die Selbstbestimmung werden durch Schücking (2003a) bestätigt. Sie konstatiert, dass in Deutschland alle klinischen Geburten, auch die normalen, technisch kontrolliert werden (Schücking, 2003a). Die geburtshilfliche Betreuung in Kliniken orientiert sich an klinikinternen vorgegebenen Richtlinien, die festlegen, in welchen Zeitintervallen welche Maßnahmen und Untersuchungen an der Gebärenden vorgenommen werden sollen. Die individuelle Ausgestaltung der Geburt kann sich somit nur innerhalb dieser vorgegebenen Struktur bewegen. Dies lässt sich unter anderem am Einsatz des CTGs aufzeigen. Die Herztonüberwachung bei klinischen Geburten erfolgt fast ohne Ausnahme mittels CTG, dessen Anwendung mit diversen Einschränkungen für die Gebärende einhergeht, z. B. ob und wie lange sie sich frei bewegen kann (nähere Ausführungen hierzu unter Kapitel 2.2). Wagners (2003) Argumentation zufolge ist es also die Medizintechnik, die das Selbstbestimmungsrecht der Frau untergräbt und die Frau in Abhängigkeit vom geburtshilflichen Personal bringt.

In neueren Diskussionen zur praktizierten Geburtshilfe in Deutschland wird von renommierten Geburtshelfern das Selbstbestimmungsrecht von schwangeren Frauen zu einer Verpflichtung in der modernen Geburtshilfe erklärt (David & Kentenich, 2008; Rath, 2008). Wie diesem Anspruch im Rahmen der Geburt nachzukommen ist, bleibt unklar. Rath (2008) schränkt ein, dass das Mitspracherecht der Frau in Abhängigkeit von der medizinischen Sachlage stehe: Je weniger medizinisch begründet und evidenz-basiert eine Intervention einzustufen sei, umso größer sei das Mitspra-

²¹ Diese Einschätzung ist problematisch, zumal die Gebärfähigkeit des weiblichen Körpers an sich von ExpertInnen immer wieder bestätigt wurde (BZgA, 2005b; Groß, 2001; Rockenschaub, 2001; WHO, 1985). Darüber hinaus begünstigt diese Sicht auf den Geburtsvorgang die fortschreitende Medikalisierung dieser Lebensphase massiv.

cherecht der Frau zu bewerten. Diese Argumentation macht deutlich, dass das der Frau eingeräumte Selbstbestimmungsrecht nach wie vor nur innerhalb bestimmter, von GeburtshelferInnen definierter Grenzen gilt.

Die Notwendigkeit, dem Selbstbestimmungsrecht Schwangerer und Gebärender nachzukommen, wird in erster Linie mit der damit verbundenen Patientenzufriedenheit und der Sorge um Imageverlust bei Unzufriedenheit begründet:

„Unabhängig davon ist die Patientenzufriedenheit geprägt durch die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes der Schwangeren [...]. Jedem Geburtshelfer ist heute klar, dass unzufriedene Eltern der Beginn einer Negativspirale sein können mit Imageverlust, Rückgang der Geburtenzahl, finanziellen Einbußen und schließlich einer Beeinträchtigung der beruflichen Karriere und der Existenzfähigkeit der Klinik.“ (Rath, 2008; S. 150)

Diese Argumentation verdeutlicht die Hintergründe der heutigen Bereitschaft von GeburtshelferInnen, den Wünschen von schwangeren Frauen nachzukommen.

Bezogen auf die äußeren Rahmenbedingungen der Geburt wird das Selbstbestimmungsrecht deutlich großzügiger ausgelegt als in Bezug auf die Durchführung von geburtsmedizinischen Interventionen. Das Bedürfnis nach Kontinuität in der Betreuung, Gestaltungsfreiheit während der Geburt und angenehmer Atmosphäre im Geburtsraum wird hierbei auf Serviceaspekte reduziert, denen man im Interesse der Patientenzufriedenheit nachkommen sollte (Husslein, 2008). Die Tragweite dieser Bedürfnisse wird in Hinblick auf eine frauengerechte Gesundheitsversorgung nicht erkannt.

Auch Schücking et al. (2008) berichten, dass der Berücksichtigung maternaler Wünsche, in Abhängigkeit von der Intervention, unterschiedlicher Stellenwert durch GeburtshelferInnen eingeräumt wird. So wurde Gebärenden Frauen ein hohes Mitspracherecht bei der Entscheidung für eine Geburtseinleitung oder für einen Kaiserschnitt eingeräumt, bei Eingriffen wie der Episiotomie oder der CTG-Überwachung wurde es dagegen vernachlässigt. Schücking et al. (2008) werfen im Lichte dieser Ergebnisse die Frage auf, ob die Berücksichtigung maternaler Wünsche nicht vielmehr dem Zweck dient, die Geburtsleitung der Professionellen zu legitimieren, als dass es einer Respektierung der Bedürfnisse von Gebärenden geschuldet wäre.

Es kann also festgehalten werden, dass die Begriffe „Selbstbestimmung“, „Patientenautonomie“ und „Eigenständigkeit“ inzwischen nicht nur ein Gebot in der Betreuung Schwangerer und Gebärender darstellen, sondern häufig genutzte Argumente zur Durchsetzung und Rechtfertigung geburtshilflicher Interventionen sind. Auf Seiten der Nutzerinnen wird der Anspruch auf Selbstbestimmung ebenso hoch eingestuft, wie auf Seite der geburtshilflichen Expertinnen. Auffallend ist hierbei, dass weder auf Seiten der Nutzerinnen noch auf Seiten der Anbieter geburtshilflicher Versorgungen näher ausgeführt wird, wie dieser Anspruch umzusetzen ist.

Es ist davon auszugehen, dass sowohl die Persönlichkeitsstruktur der Frau als auch die der betreuenden Professionellen starken Einfluss auf die tatsächliche Ausgestal-

tung von Selbstbestimmung haben. Beck (2004) beschreibt verschiedene Ängste von Hebammen und deren Einfluss auf einen Selbstbestimmungs-förderlichen oder -hinderlichen Betreuungsstil. Ebenso bedeutsam ist die Persönlichkeitsstruktur der Gebärenden in Bezug auf ihr Bedürfnis zur Selbstbestimmung (Beck, 2004). Aufgrund dieser vielfältigen Einflussgrößen erscheint es plausibel, dass die Ausgestaltung von Selbstbestimmung sehr vielfältig ist und sich nicht nur in „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ unterteilen lässt.

Darüber hinaus liegen bislang kaum Erkenntnisse dazu vor, was für Vorstellungen und Erwartungen Nutzerinnen haben, ob sie eine Grenze der Selbstbestimmungsfähigkeit sehen bzw. wie im Falle einer *Unfähigkeit* zur Selbstbestimmung (z. B. bei fortgeschrittener Geburt und starken Wehen) eine optimale Betreuung aussehen kann.

„Was ist unter den Bedingungen einer Geburt für eine Frau in ihrem persönlichen Lebensentwurf selbstbestimmbar und welchen Rahmen müssen diejenigen gewährleisten, die in der Geburtshilfe tätig sind, um ihre Autonomie zu jeder Zeit zu wahren [...]?“ (Bockenheimer-Lucius, 2002; S. 195)

Abschließend kann festgehalten werden, dass heute unter dem Gebot der Selbstbestimmung für eine breite Palette geburtshilflicher Angebote, wie einen freien Zugang zu Schmerzmitteln oder den Anspruch auf eine natürliche, an den individuellen Bedürfnissen orientierte Geburt, gestritten wird. Die scheinbare Einigkeit von Professionellen und Nutzerinnen in Bezug auf die Bedeutsamkeit von Selbstbestimmung existiert nur vordergründig, und bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass in diversen Bereichen unterschiedliche Sichtweisen oder auch Unklarheiten vorliegen. Unbeantwortet bleibt somit auch die Frage ob, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen Selbstbestimmung unter der Geburt überhaupt möglich sein kann. Im Folgenden wird näher auf den Begriff der Wahlfreiheit während Schwangerschaft und Geburt eingegangen. In Anbetracht der schwierigen Umsetzung von Selbstbestimmung erscheint das Angebot von Wahlfreiheit wie eine reduzierte Variante von Selbstbestimmung.

3.2.1 Zum Stellenwert von Wahlfreiheit

Auch wenn diverse Fragen zur Ausgestaltung von Selbstbestimmung unter der Geburt noch unbeantwortet sind, ist es Gebärenden augenscheinlich ein wichtiges Bedürfnis, bei der Bewältigung der Geburtsarbeit die Geburtssituation bewusst unter Kontrolle zu haben. Die Intensität der Geburtsarbeit lässt in der Regel nur bis zu einem gewissen Geburtsfortschritt zu, dass die Frau ihre Geburt völlig eigenständig gestaltet. Wahlmöglichkeiten, z. B. in Bezug auf den Einsatz des CTGs oder die Geburtsposition, spielen für die gebärende Frau daher eine große Rolle. Sie vermitteln ihr das Gefühl trotz der Einschränkungen durch den Wehenschmerz die Kontrolle über das, was mit ihr geschieht, zu haben. In Hinblick auf ein positives Geburtserleben ist dies sehr bedeutsam (Green et al., 2003; WHO, 1987). Wahlfreiheit hängt

allerdings stark vom Informationsgrad und von der Informationsweitergabe während der Geburt ab. Beide Aspekte sind, wie unter 3.2.2 und 3.2.3 noch beschrieben wird, jedoch in vielerlei Hinsicht problematisch.

Während der Geburt stellt der Faktor Zeit eine limitierende Größe dar, der das Abwägen zwischen verschiedenen Optionen begrenzt. In Anbetracht der breiten Angebotspalette verschiedener Gebärrarten kann dies zu einem regelrechten Zwang führen, die richtigen Entscheidungen treffen zu müssen. Goldberg (2003) stellt in Bezug auf Wahlmöglichkeiten unter der Geburt allerdings fest, dass die standardisierten Abläufe der klinischen Geburtshilfe eine stark einschränkende Wirkung haben, der sich Gebärende anpassen müssen. So gibt es beispielsweise in Kliniken in der Regel ein vorgegebenes Procedere der Kreißsalaufnahme, das beim Eintreffen einer Gebärenden durchgeführt wird. Die Gebärende kann hierbei lediglich ihre Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Untersuchungen oder Eingriffen, wie beispielsweise dem Legen eines venösen Zugangs, geben. Darüber hinaus hat sie kaum Gestaltungsmöglichkeiten. Die Möglichkeiten zur Mitbestimmung und Wahlfreiheit hängen folglich stark von den geburtshilflichen Rahmenbedingungen ab. Der klinische geburtshilfliche Kontext ermöglicht Frauen nach Goldberg (2003) Wahlmöglichkeiten nur im Rahmen von Informed Consent, was bedeutet, die Frau gibt nach Aufklärung durch das Personal ihr Einverständnis. Duden (2005) bezweifelt grundsätzlich, inwieweit in der Wahl zwischen verschiedenen vorgegebenen Optionen ein Akt der Selbstbestimmung zu sehen ist.

Da es sehr schwer ist, wertfreie Informationen zu bekommen, stellt die Wahl zwischen vorgegebenen Alternativen für Nutzerinnen häufig ein großes Problem dar (Grünberger et al., 2005). Es ist für Nutzerinnen kaum möglich, ungefärbte und objektive Informationen zu bekommen und deren Aussagekraft in Hinblick auf die individuellen Bedürfnisse zu bewerten (Klein, 2004). Auch die von der Informed-Choice-Initiative eingeführte Informationsreihe hat hier kaum Abhilfe geschaffen. Klein (2004) kritisiert in diesem Zusammenhang, dass Argumente der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit unkritisch auch auf die Wahl des Geburtsorts übertragen werden. Hierbei wird leicht übersehen, dass es sich nur scheinbar um eine Wahlfreiheit handelt, da diese zum einen stark von den der Frau zur Verfügung stehenden Informationen abhängt und zum anderen durch die regional vorhandenen Angebote begrenzt wird.

In Abhängigkeit davon, ob und wie gut sich eine schwangere bzw. gebärende Frau informiert und folglich in der Lage zu eigenständigen Entscheidungen fühlt, kann aus der *Wahlfreiheit* leicht ein *Wahlzwang* werden. Dies geschieht, wenn der Begriff der Wahlfreiheit instrumentalisiert wird, indem er beispielsweise als Marketinginstrument eingesetzt wird, um Frauen anzuwerben und an eine bestimmte Klinik zu binden. Unter dem Schlagwort der Wahlfreiheit werden schwangere Frauen zu Entscheidungen für oder gegen die Durchführung von Untersuchungen genötigt, ohne im Vorfeld ausreichend informiert worden zu sein. In Bezug auf PND werden den Frauen heute Wahlmöglichkeiten angeboten, wo es früher keine gab und die einzelne Schwangere diese möglicherweise gar nicht wünscht. Ein Recht auf „Nichtwissen“ lässt sich

schwerlich mit dem Postulat von Wahlfreiheit im Sinne der praktizierten Selbstbestimmung vereinbaren.

Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass in Anbetracht der Defizite der Nutzerinneninformation und der eingeschränkten Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Gebärenden bei fortgeschrittener Geburt die Beziehung zu den Betreuungspersonen große Bedeutung hat. Unklar ist hierbei, welcher Stellenwert dabei der Kontinuität der Betreuungspersonen und der Qualität der Beziehung zukommt (Declercq et al., 2006; Green et al., 2003; Green et al., 2000). Welche Bedeutung den Professionellen in Hinblick auf die Informationsvermittlung und Beratung von schwangeren und Gebärenden zukommt, wird in den folgenden Kapiteln behandelt.

3.2.2 Bedeutung von Beratung im Kontext von Selbstbestimmung

Unbestreitbar ist der Grad der Informiertheit schwangerer bzw. gebärender Frauen eine Grundvoraussetzung, um während Schwangerschaft und Geburt zu eigenständigen, selbstbestimmten Entscheidungen in der Lage zu sein. Daher ist näher zu betrachten, wie Frauen, bzw. Paare sich über Schwangerschafts- und Geburtsthemen informieren. Da die Beratung während der Geburt zentralen Einfluss auf das Erleben von Selbstbestimmung hat und dies wiederum bedeutsam in Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis sein dürfte, wird in diesem Kapitel sowohl auf die Beratung während der Schwangerschaft als auch auf die Beratung während der Geburt eingegangen.

Der Beratungsbedarf in der Schwangerschaft bezieht sich zum einen auf medizinische Fragen, wie körperliche Veränderungen, Gedeihen des Kindes und vorgeburtliche Untersuchungen. Zum anderen besteht Beratungsbedarf zu diversen Bereichen der Lebensführung, wie Ernährung, Genussmittel, Sport, Sexualität und Berufstätigkeit (Egelkraut & Teuerle, 2010). Diese Themen werden zumeist im Rahmen der Schwangerenvorsorge, beim Gynäkologen/ bei der Gynäkologin oder einer Hebamme, angesprochen.

Während der Schwangerschaft können Frauen und Paare sich bei niedergelassenen Hebammen, FrauenärztInnen oder in geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser sowie anderen Einrichtungen persönlich beraten lassen. Mittlerweile gibt es in Deutschland diverse Akteure im Bereich der Patientenberatung. Die Beratungslandschaft ist sehr heterogen und es ist für Nutzerinnen häufig nicht leicht, das passende Beratungsangebot zu finden und zu prüfen, ob das Beratungsangebot unabhängig ist (Schmidt-Kähler, 2007). Speziell für die Lebensphase von Schwangerschaft und Geburt existieren jedoch nur wenige unabhängige Beratungsangebote und -einrichtungen. Es liegt nahe, dass die Beratung durch Anbieter von geburtshilflichen Dienstleistungen, entsprechend dem eigenen Angebot, bestimmte geburtshilfliche Methoden vorwiegend empfehlen (Schücking, 2003b). Der Geburtshelfer Vetter (2009) konstatiert, dass sowohl ÄrztInnen als auch Hebammen ihre Beratung nicht

immer auf objektive Fakten stützen. Gute Beratung zeichnet sich jedoch durch Unparteilichkeit aus und sollte nur dem aktuellen Wissensstand verpflichtet sein (Harding, 2000). Wenn aber die Anbieter geburtshilflicher Betreuung selbst beraten, so ist fraglich, ob diese Kriterien guter Beratung erfüllt werden können. Schücking (2003a) vertritt den Standpunkt, dass Empfehlungen von einer unabhängigen Institution für Frauen hilfreich wären, um selbstständige Entscheidungen treffen zu können. Eine derartige Informationsquelle müsste allerdings neben der Unabhängigkeit und Evidenzbasierung für Schwangere leicht zugänglich und verständlich sein. Beratung sollte außerdem eine niedrighschwellige Anlauf- und Kontaktmöglichkeit bieten (z. B. durch aufsuchende Betreuung). Da Nutzerinnen heutzutage häufig, wie unter 3.2.3 ausgeführt, bereits im Vorfeld Informationen aus Massenmedien, Internet oder von Freunden und Verwandten bezogen haben, muss die Beratung an diesen individuellen Wissenstand anknüpfen. Dem ersten Anschein nach könnte das Internet diese Kriterien erfüllen. Wie unter 3.2.3 ausgeführt wird, erweist sich die Informationsflut dieses Mediums jedoch als sehr problematisch.

Bei der Vermittlung von Informationen kommt der Beratung durch Professionelle eine zentrale Rolle zu. Beratung ist in gesundheitlichen Arbeitsfeldern zwar kein Novum, gewann aber erst in jüngerer Zeit mehr Aufmerksamkeit. Entgegen dem allgemeinen Verständnis von Beratung als reiner Weitergabe von Wissen kann Beratung deutlich mehr leisten (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006). Sie dient nicht allein der Vermittlung von Informationen. Beratung hat vielmehr die Aufgabe, in Bezug zur individuellen Lebenssituation und dem sozialen Kontext Informationen zu gewichten und zu bewerten. Beratung kann somit eine Reflexion von Informationen bieten und in der Folge als Entscheidungshilfe dienen. Weiterhin sollte Beratung eine Orientierungshilfe und Vermittlung zu konkreten gesundheitlichen Versorgungsangeboten bieten und dadurch den Nutzerinnen die Planung weiterer Schritte erleichtern. Vor dem Hintergrund der Fülle an gesundheitsbezogenen oder im Falle dieser Fragestellung geburtshilflichen Versorgungsangeboten kommt dieser Funktion zunehmend Bedeutung zu. Schaeffer und Schmidt-Kähler (2006) sprechen in diese Zusammenhang von „Lotsen im undurchsichtigen Gesundheitssystem“ (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006; S. 162). Im Folgenden wird näher beleuchtet, wie diese Ansprüche an gute Beratung im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt umgesetzt werden können und wie dem Selbstbestimmungsanspruch dabei entsprochen werden kann. Im anschließenden Kapitel 3.2.3 wird auf die Nutzung des Internets sowie von Printmedien als Informationsquellen eingegangen.

Da derzeit wenige Daten dazu vorliegen, welchen Stellenwert die einzelne Frau verschiedenen Selbstbestimmungsaspekten beimisst bzw. wie sie diese ausgestalten möchte, muss sich Beratung an der individuellen Bedürfnis- und Lebenslage orientieren und kann nicht auf Verallgemeinerungen zurückgreifen. Im Kontext der geburtshilflichen Versorgung muss ferner bedacht werden, dass zwischen der Beratungssituation *vor* der Geburt und *während* der Geburt zu unterscheiden ist. Die Beratungsinhalte können vor und während der Geburt die gleichen sein, die Rahmenbedingun-

gen verändern sich jedoch gravierend: Bereits während der Schwangerschaft informieren sich Frauen nicht nur über Schwangerschaftsthemen oder verschiedene Geburtsorte, sondern auch über mögliche medizinische Interventionen und Betreuungsformen während der Geburt. Hierzu zählen Untersuchungen während der Geburt, Methoden der Schmerzbekämpfung oder Geburtspositionen. Im Gegensatz zur Schwangerschaft findet Beratung unter der Geburt zumeist unter Zeitdruck und Wehenschmerzen statt und mitunter werden in der Schwangerschaft getroffene Entscheidungen überdacht und verworfen (z. B. in Bezug auf Schmerzbekämpfung und Gebärposition).

Erste Ansätze, die die oben beschriebenen Problematik in Bezug auf die fragliche Unabhängigkeit der Beratenden und die erschwerten Rahmenbedingungen während der Geburt berücksichtigen, wurden in England bereits entwickelt. Das britische Royal College of Midwives unterstützte eine Initiative von Midirs²² (ohne Datum), die sich eine Verbesserung der Beratung und somit Steigerung der Eigenständigkeit der Nutzerinnen bei geburtshilflichen Entscheidungen zum Ziel gemacht hat. Diese Informed-Choice-Initiative (Midirs, ohne Datum) konstatiert, dass sich evidenzbasierte Beratungspraxis im Rahmen von geburtshilflicher Betreuung nicht nur an vorhandenen evidenzbasierten Informationen orientieren sollte, sondern darüber hinaus individuelle Kriterien, wie Gefühle, Überzeugungen und Wertvorstellungen der betreuten Frau, zugrunde legen muss. Solch ein Beratungsprozess ist nur möglich, wenn die schwangere oder gebärende Frau mit ihrer Betreuungsperson in einem Dialog Informationen austauscht, Implikationen diskutiert und so zu einer Entscheidung kommt, die für beide Seiten annehmbar ist. Dieser Entscheidungsprozess soll von der Nutzerin und nicht von der Betreuungsperson gesteuert werden (Midirs, ohne Datum).

Während der fortgeschrittenen Geburt, wenn sich die gebärende Frau in einer absoluten Ausnahmesituation befindet, gestaltet sich diese Beratung besonders anspruchsvoll. In dieser Phase ist die Frau bzw. das Paar unmittelbar auf die Fachpersonen, die die Geburt betreuen, angewiesen. Es besteht keine Möglichkeit, sich anderweitig um Informationen zu bemühen oder sich anderswo beraten zu lassen. Die Gebärende und ihr Partner müssen darauf vertrauen, dass die Hebamme und/oder ÄrztIn ihnen gute Beratung und objektive Informationen bietet. Besonders heikel gestaltet sich der Anspruch an eine effektive Beratung der Gebärenden bei weit fortgeschrittener Geburt und sehr starken Wehen. Nicht selten ist die Gebärende in dieser Geburtsphase nicht mehr oder nur eingeschränkt in der Lage, ein Beratungsgespräch zu führen, Informationen aufzunehmen und hieraus Schlüsse für den von ihr gewünschten weiteren Geburtsablauf zu ziehen. Unklar ist, wie ausgeprägt das Bedürfnis nach Selbstbestimmung in dieser Geburtsphase ist und wie sich dieses berücksichtigen und gestalten lässt. Weiterhin ist unklar, welche (Betreuungs-) Faktoren in Hinblick auf eine positive Geburtserfahrung bedeutsam sind. Es kann jedoch vermutet werden, dass Betreuungsaspekte für die rückwirkende Bewertung der Ge-

²² Midirs = Midwives Information and Resource Service, <http://www.midirs.org/> [24.08.2010]

burtserfahrung und die Zufriedenheit mit dem gewählten Betreuungskonzept von zentraler Bedeutung sind. Die vorliegende Arbeit soll hierüber Aufschluss liefern.

Neben den oben beschriebenen Rahmenbedingungen und Beratungsinhalten haben überdies der Betreuungsstil und die Art der Informationsweitergabe des Personals starken Einfluss auf den Selbstbestimmungsspielraum von schwangeren und gebärenden Frauen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Art und Weise der Informationsweitergabe vom Personal nicht immer das Ziel verfolgt, die Entscheidungsfähigkeit und somit Selbstbestimmung von Frauen zu unterstützen und stärken. Reime (2003) beschreibt, wie das Zurückhalten von Informationen durch das Personal eine Methode ist, mit der gezielt die Selbstbestimmung von Frauen untergraben wird, um die Entscheidungsmacht über den Verlauf des Geburtsgeschehens in den Händen des Personals zu halten. Die Weitergabe von Informationen an die Frau scheint weiterhin in Zusammenhang mit ihrem sozialen Status zu stehen. Frauen aus höheren Bildungsschichten bekamen laut einer Untersuchung von Kirkham (1989) mehr Informationen als Frauen unterer Bildungsschichten. Der Einfluss von sozioökonomischen Faktoren auf den zugestandenen Selbstbestimmungsspielraum wird auch von Goldberg (2003) bestätigt. Sie beschreibt, wie bei der Betreuung jugendlicher Gebärender vom Personal ein deutlich autoritärer Betreuungsstil ausgeübt wird (Goldberg, 2003)²³.

Wenn davon ausgegangen werden muss, dass Fachpersonen der geburtshilflichen Versorgung, sei es in der klinischen Geburtshilfe oder während der Schwangerenbetreuung, nicht immer das Anliegen haben, Frauen bestmöglich über verschiedene Betreuungsoptionen und Handlungsoptionen während des Geburtsablaufs zu informieren, ist eine Grundbedingung zur Wahrung der Autonomie der Gebärenden nicht annähernd erfüllt. Der Schulung von geburtshilflichen Fachpersonen sollte demnach ebenso wie der Entwicklung von Beratungs- und Informationsstrategien stärkere Aufmerksamkeit zukommen. Neben der oben beschriebenen Frage, wie die Beratung während der Schwangerschaft und unter der Geburt gestaltet sein muss, damit Frauen überhaupt die Möglichkeit erhalten, ihre Schwangerschaft und Geburt eigenständig zu gestalten, ist zu beleuchten, welche Aufgaben den geburtshilflich Tätigen dabei zukommen.

Die Notwendigkeit, Frauen im Geburtsprozess durch das geburtshilfliche Fachpersonal gute Beratung zu bieten, um ihnen dadurch mehr Wahl- und Kontrollmöglichkeiten zu geben, wurde 1993 im Changing-Childbirth-Bericht des Britischen Gesundheitsministeriums klar formuliert:

²³ In Bezug auf die Betreuung in der Schwangerschaft wird von Röhl und Schücking (2008) ein ähnliches Ergebnis berichtet. Die Weitergabe von Informationen zur Jods substitution in der Schwangerschaft steht demnach in einem Zusammenhang mit dem Bildungsstand von Schwangeren. Frauen mit niedrigem Bildungsstand wurden in ihrer Untersuchung zu ärztlichen Empfehlungen zur Jods substitution deutlich benachteiligt. Die Substitution von Jod während der Schwangerschaft wurde ihnen signifikant seltener empfohlen als Frauen höherer Bildungsschichten.

„The woman must be the focus of maternity care. She should be able to feel that she is in control of what is happening to her and able to make decisions about her care, based on her needs, having discussed matters fully with the professionals involved.” (Department of Health, 1993, zitiert nach Midirs, ohne Datum).

Um diesem Ziel näher zu kommen wurde die Informed-Choice-Initiative von Midirs (ohne Datum) gegründet. Zur Umsetzung von informierten Entscheidungen in der Geburtshilfe ist es neben organisatorischen Veränderungen erforderlich, Hebammen und ÄrztInnen mit dem notwendigen Wissen, Fertigkeiten und Verständigkeit auszustatten, die für einen informierten Entscheidungsprozess notwendig sind. Midirs (ohne Datum) formulierte hierfür folgende Fertigkeiten:

- Informationen geben
- Zuhören und antworten
- Fragen stellen
- Erklären
- Unterstützen
- Aushandeln
- Befähigen
- Empathie
- Partnerschaftliches Arbeiten
- Unterschiede einbeziehen (Midirs, ohne Datum; S. 10)

Doch selbst in der Beratung qualifizierte und erfahrene Hebammen und ÄrztInnen benötigen darüber hinaus einen guten Informationsstand, der dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Daher entwickelte die Informed-Choice-Initiative eine Informationsreihe, die zehn geburtshilfliche Themenbereiche umfasst. Zu jedem Thema wurde ein Heft für die Nutzerinnen und eine Version für die ExpertInnen erstellt. Auf diese Weise können ExpertInnen auf einfachem Weg relevante Informationen zu klinischen Evidenzen in Bezug auf verschiedene geburtshilfliche Interventionen oder Methoden erhalten und diese im Beratungsgespräch an die Nutzerinnen weitergeben. Diese Fachinformationen sind für Laien in verständlicher Weise in einer speziellen Heftfassung aufbereitet, so dass diese die Informationen selbst nachlesen können.

Durch diese Kombination aus Qualifizierung der Hebammen und ÄrztInnen in den oben genannten Fertigkeiten und der Bereitstellung von Fachinformation in Form von Heften wurde angestrebt, dass persönliche Erfahrungen, Einstellungen und Werte neben den klinischen Evidenzen in die Entscheidung einfließen können. Studien zur Evaluation der Informationshefte zeigten jedoch, dass kein Einfluss auf das Entscheidungsverhalten von schwangeren Frauen feststellbar war und die Einführung

der Hefte allein daher keinen Effekt auf die Förderung von informierten Entscheidungen hatte (O’Cathain et al. , 2002; Stapleton et al., 2002). In den Diskussionen dieses ernüchternden Ergebnisses wird festgestellt, dass die strukturellen Rahmenbedingungen einen effektiven Nutzen der Hefte verhinderten. So wird beschrieben, dass aufgrund der hierarchischen Klinikstrukturen die von ÄrztInnen definierten Normen hoch eingestuft wurden und stark einschränkenden Einfluss auf die Wahlmöglichkeiten hatten. Weiter wurde festgestellt, dass die Angst vor gerichtlichen Auseinandersetzungen dazu führt, dass Wahlmöglichkeiten stärker in Bezug auf „richtig“ oder „falsch“ anstatt gemäß einer informierten Entscheidung gefördert werden. Das geburtshilfliche Personal erwartet von den Nutzerinnen stärker die Befolgung des Klinikstils, als dass informierte Entscheidungen gefördert würden (O’Mara, 2003; Reeves, 2002).

Der Deutsche Hebammenverband (DHV)²⁴ brachte 2000 in Kooperation mit der Beiersdorf/Nivea Baby eine Deutsche Fassung der Hefte zu den Themen: „Wahl des Geburtsortes“, „Aktive Geburt- Aufrechte Gebärhaltungen“, „Stillen oder Flasche?“, „Haut und Allergie im Säuglings- und Kleinkindalter“ heraus (Lifeline, 2008). Die Nutzung dieser Hefte setzte sich jedoch nie durch. Eine Evaluation der Hefte fand nicht statt, so dass unklar ist, ob die Hefte einen Effekt hatten.

Die oben beschriebenen Schwächen bei der Einführung von Informed-Choice-Heften zeigen deutlich, dass die Bereitstellung von evidenzbasierten Informationen für Nutzerinnen und Fachpersonal bei weitem nicht auszureichen scheint, um schwangeren und gebärenden Frauen einen größeren Entscheidungsspielraum und größere Entscheidungsfreiheit in Zusammenhang mit geburtshilflichen Entscheidungen zu ermöglichen. Neben Veränderungen auf der Ebene der Klinikstrukturen muss die Rolle der betreuenden Fachpersonen genauer beleuchtet werden, da diese ganz erheblich den Entscheidungsspielraum der Nutzerinnen beschränken oder erweitern können (je nach eigenen Überzeugungen und Beratungsqualifikationen). Diese zentrale Rolle von Hebammen und ÄrztInnen wird von verschiedenen ExpertInnen benannt. Goldberg (2003) geht davon aus, dass zur Förderung der Eigenständigkeit von Frauen während Schwangerschaft und Geburt der Beziehungsarbeit der Hebamme zentrale Bedeutung zukommt. Diese fördert einen Geburtsablauf mit vielfältigen Optionen und wirkt den Beschränkungen durch Klinikstandards entgegen. Auch der Soziologe Beck (2004) sieht es als Aufgabe von Hebammen und ÄrztInnen an, den Nutzerinnen einen größeren Gestaltungsspielraum und mehr Einflussmöglichkeiten zu bieten. Das Konzept des Empowerments bietet hierzu einen guten Ansatz (Beck, 2004).

Die hier aufgezeigten Defizite in der Beratung und in der Motivation des geburtshilflichen Fachpersonals, führen zu der Frage, ob es im Sinne der Selbstbestimmung von Frauen zu rechtfertigen ist, wenn der Wunsch der Frau handlungsleitend ist, obwohl die Frau nicht umfassend informiert wurde und dieser Wunsch medizinisch möglicherweise nicht zu vertreten ist. Außerdem ist zu beleuchten, welche Voraussetzungen

²⁴ vormals Bund Deutscher Hebammen (BDH)

gen erforderlich sind, um sicherzustellen, dass die von Frauen formulierten Bedürfnisse auf der Basis guter Beratung und ausreichender Informationen entstanden sind.

Auch wenn die persönliche Beratung einen großen Stellenwert bei der Vermittlung von Informationen einnimmt, werden von Nutzerinnen auch diverse andere Quellen genutzt, um Informationen zu Schwangerschaft- und Geburtsthemen zu erhalten. Neben Printmedien spielt das Internet hier eine zunehmend wichtige Rolle. Durch Nutzung dieser Medien haben schwangere Frauen ein gewisses Vorwissen, welches sie in die Beratung durch Professionelle einbringen und welches nicht nur einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin oder Hebamme und der Schwangeren hat, sondern den Grad der Selbstbestimmtheit während der Schwangerschaft und Geburt ebenso beeinflusst. Im Folgenden werden daher diese Informationsquellen und deren Effekte auf die Selbstbestimmung während Schwangerschaft und Geburt näher betrachtet.

3.2.3 Internet und Printmedien als Informationsquellen

Für den deutschsprachigen Markt liegen keine Analysen der Ratgeber-Literatur zum Themenbereich Schwangerschaft und Geburt vor, so dass hier auf internationale Studien zurückgegriffen wird. Des Weiteren basiert dieses Kapitel auf Publikationen aus dem Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Auch wenn es hierbei um die gesundheitliche Information von Patienten geht, lassen sich Rückschlüsse auf die Informationsmöglichkeiten und Probleme im Kontext von Schwangerschaft und Geburt ziehen.

Die US-amerikanische Erhebung „Listening to mothers II“ (Declercq, 2006) zeigt, dass Bücher, das Internet und das Fernsehen eine wichtige Rolle bei der Information von Frauen und Paaren rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt einnehmen. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Mütter nach den von ihnen genutzten Informationsquellen befragt. Es zeigte sich, dass Frauen, die das erste Kind bekamen, folgende Informationsquellen nutzten:

- Bücher (33%)
- Freunde/Verwandte (19%)
- Internet (16%)
- Arzt/Ärztin (14%)
- Geburtsvorbereitungskurs (10%)
- Hebamme (4%)
- Massenmedien (2%)

Neben Freunden und Verwandten kommt Büchern und dem Internet demnach eine wichtige Rolle bei der Informationsbeschaffung zu. In Anbetracht des Stellenwerts, den diese Informationsquellen einnehmen, stellt sich die Frage, *was* für Informationen auf diesem Wege vermittelt werden und wie schwangere Frauen sie nutzen (Young, 2010).

Lagan et al. (2010) stellten fest, dass das Bild, das die Medien von Schwangerschaft und Geburt zeichnen, häufig verzerrt und nicht evidenzbasiert ist. So wird in Reality-TV-Shows die Geburt als unvorhersehbares und potentiell gefährliches Ereignis dargestellt und hauptsächlich gezeigt, was falsch laufen kann. Der weibliche Körper, als unzuverlässig und minderwertig dargestellt, erscheint unfähig, ohne medizintechnische Eingriffe ein Kind zu gebären (Morris & McInerney, 2010). Diese Darstellungsweise führt dazu, dass Frauen sich zunehmend vor der Geburt fürchten (Young, 2010), was den Einsatz von geburtshilflichen Interventionen begünstigt und somit die Wahrscheinlichkeit, eine interventionsfreie Geburt zu erleben, senkt (Kringeland & Möller, 2006).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Kennedy et al. (2009) bei einer Analyse der US-amerikanischen Schwangerschafts- und Geburtsratgeber. Sie stellten fest, dass die Ratgeberliteratur Geburt selten als normalen physiologischen Vorgang darstellt und teilweise ungenaue oder falsche Aussagen gemacht werden. Verwirrend für die Nutzerinnen erscheint hierbei, dass es je nach ideologischer Ausrichtung des Buches widersprüchliche Beschreibungen von Geburtsaspekten gibt. So wird der Geburtsschmerz in einigen Büchern als natürlich und Geburts-förderlich beschrieben, in anderen Ratgebern wiederum wird der Wehenschmerz leidvoll, unerträglich und nicht hinnehmbar dargestellt (Kennedy et al., 2009). Nach Pincus (2000) spiegeln sich in der Ratgeberliteratur zwei vorherrschende Ideologien wieder: Ein (kleiner) Teil der Literatur beschreibt Schwangerschaft und Geburt als natürliche und gesunde Lebensphasen, während in anderen Büchern in der Hauptsache Pathologien und Risiken beschrieben werden und von einem kontroll- und manipulationsbedürftigen Vorgang ausgegangen wird. Es kann angenommen werden, dass, je nach Inhalt der gelesenen Bücher, eine bestimmte Vorstellung und Grundhaltung zu Schwangerschaft und Geburt geprägt wird bzw. dass die Auswahl der Ratgeber bereits durch die eigene Grundeinstellung beeinflusst wird.

Neben Literatur und Fernsehen nimmt das Internet eine zunehmend große Rolle bei der Informationsbeschaffung ein. Besonders bei jungen Nutzerinnen wird das Internet mehr und mehr zur primären Informationsquelle (Schaeffer & Schmidt-Kaehler, 2006; Handfield et al., 2006). Das Internet wird von Nutzerinnen bei der Suche nach Informationen und als Entscheidungshilfe in Schwangerschafts- und Geburtsfragen genutzt. Es eröffnet die Möglichkeit, schnell diverse Informationen zu individuellen Gesundheitsfragen zu finden. Wissen, das früher durch Publikationen in Fachzeitschriften Professionellen vorbehalten war, ist nunmehr auch für Laien leicht und unmittelbar zugänglich. Befürworter sehen in diesem Medium eine Möglichkeit, Patienten oder in diesem Fall schwangere Frauen dazu zu befähigen, eine aktive und in-

formierte Rolle im Kontakt mit ihrem Arzt/Ärztin oder Hebamme einzunehmen und auf gleicher Augenhöhe über Behandlungsoptionen zu entscheiden (Berger, 2009). Die Nachfrage nach Informationen und Austausch mittels des Mediums Internet ist groß, da das Bedürfnis nach Informationen derzeit durch Professionelle nicht ausreichend gedeckt wird (Berger, 2009; Lagan et al., 2010).

Lagan et al. (2010) befragten 613 Frauen aus 24 Ländern, die angaben, das Internet für Fragen rund um ihre Schwangerschaft genutzt zu haben. Es zeigte sich, dass das Internet mehrere Zwecke erfüllte: Neben der Beschaffung von Informationen über gängige Suchmaschinen und der Entscheidungshilfe wurde es zur Vernetzung mit anderen Schwangeren genutzt. Mit 83% gab ein Großteil der Frauen an, dass das Internet Einfluss auf Schwangerschafts-, bzw. Geburts-bezogene Entscheidungen hatte. Problematisch erscheint hierbei, dass die meisten Frauen nicht die Qualität der im Internet gefundenen Informationen prüften bzw. nicht wussten, woran die Seriosität einer Internetquelle zu erkennen ist. Auch Berger (2009) sieht in der fraglichen Qualität von Internetseiten und der fehlenden Übersichtlichkeit und Kontrollierbarkeit des Internets die Hauptrisiken der internetbasierten Informationsmöglichkeiten. Lagan et al. (2010) schlagen hier vor, dass Nutzerinnen von professioneller Seite Empfehlungen bekommen sollten, auf welchen Webseiten evidenzbasierte Informationen zu finden sind.

Auch wenn die hier vorgestellten Untersuchungen nicht im deutschsprachigen Raum entstanden sind, so kann dennoch davon ausgegangen werden, dass die daraus abzuleitenden Implikationen ebenfalls auf den deutschen Kulturkreis anwendbar sind. Auch für den deutschen gesundheitlichen Versorgungsbereich wurden Mängel im Bereich der gesundheitlichen Information festgestellt. Hiesige gesundheitliche Informationsmaterialien sind demnach häufig ungenau oder veraltet, Angaben zu Risiken oder Nebenwirkungen von Therapien werden nicht oder nur knapp benannt, es werden selten Angaben zu Alternativen gemacht und es werden zu viele medizinische Fachbegriffe verwendet (Stroth et al., 2007).

In Anbetracht der Fragwürdigkeit der Informationen, die Nutzerinnen sich mithilfe oben dargestellter Medien erschließen, muss hinterfragt werden, welcher Stellenwert der Informiertheit von Nutzerinnen in Bezug auf die Fähigkeit zur Selbstbestimmung in Schwangerschaft und Geburt letztlich zukommen kann. Lothian (2007) stellt hierzu fest:

„We can let go of the myth that women are making informed decisions about their care [...] they are not getting that information, even if they attend childbirth classes.” (Lothian, 2007; S. 66-67)

Es stellt sich die Frage, wie Nutzerinnen die Informationen, die sie aus diesen teilweise neuen Medien erhalten, bewerten und welche Konsequenzen sie daraus ableiten. Lagan et al. (2010) stellten fest, dass immerhin 83 % der Nutzerinnen des Internets auf diese Weise mehr Kontrolle über schwangerschaftsbezogene Entscheidun-

gen gewinnen wollten. Zwei Drittel der befragten Frauen gab an, dass sie die über das Internet erhaltenen Informationen als Entscheidungshilfe nutzten.

Aufgrund der vorherrschenden pathologisierenden Darstellung, nicht nur in den neuen Medien, sondern auch in einem Großteil der Ratgeberliteratur, ist es nicht überraschend, dass viele Frauen nicht (mehr) daran glauben, ohne pharmakologische und medizintechnische Unterstützung gebären zu können (Pincus, 2000). Vor diesem Hintergrund wird von Young (2010) die Frage aufgeworfen, inwieweit die medizintechnische Darstellung von Geburten mit der Hervorhebung von Pathologie zur Steigerung geburtshilflicher Interventionsraten sogar beiträgt.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass das aktive und eigenständige Informationsverhalten von Nutzerinnen nicht unbedingt zu einem Empowerment, wie es die Nutzerorientierung postuliert, führt. Für den deutschen gesundheitlichen Versorgungsbereich kommen Stroth et al. (2007) zu einem ähnlichen Schluss:

„Auch wenn Patienten sich heute sehr viel intensiver als zuvor um Gesundheitsinformationen bemühen, bleiben häufig Fragen offen und Verhaltensunsicherheiten und Ängste zurück. Patienten suchen heute zwar sehr viel öfter Informationen als früher, bleiben aber oft ratlos.“ (Stroth et al., 2007; S. 138).

Unklar ist, wie Nutzerinnen dazu befähigt werden können, aus der Fülle von Informationen die für sie relevanten Informationen herauszufiltern und darüber hinaus die Qualität der Informationen angemessen zu beurteilen. Der Rat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten von 2003 fest, dass eine Kompetenzsteigerung der Nutzerinnen durch eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Interessen betrieben wird. Diese Vielfältigkeit wird ausdrücklich begrüßt. Ein Empowerment der Nutzerinnen, so stellt der Rat fest, sollte durch zielgruppenorientierte, niedrighschwellige und qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsangebote angestrebt werden. Als vielversprechende Konzepte hierfür werden unabhängige und niedrighschwellige Beratungsstellen, qualitätsgesicherte Callcenter der GKV sowie zertifizierte gesundheitsbezogene Websites angeführt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003).

Die Empfehlungen des Sachverständigenrats (2003) lassen sich auf das Empowerment von Nutzerinnen geburtshilflicher Dienstleistungen zwar übertragen, die besonderen Herausforderungen des Kontextes von Schwangerschaft und Geburt bleiben allerdings unbeachtet. Youngs (2010) Vorschläge zur Information und Beratung beziehen sich direkt auf die Lebensphase von Schwangerschaft und Geburt. Sie sieht in der Geburtsvorbereitung eine Möglichkeit zum Empowerment Schwangerer. Gleichwohl ist in Frage zu stellen, ob Geburtsvorbereitungskurse diesem Anspruch derzeit genügen. Die „Listening-to-mothers II“-Erhebung zeigte, dass ein Drittel der befragten Frauen trotz der Geburtsvorbereitungskurse und diversen anderen Medien zur Informationsbeschaffung mögliche Komplikationen von geburtsmedizinischen Interventionen nicht kannte. Das Wissen um Schwangerschafts- und Geburtsvorgänge bleibt demnach lückenhaft (Declercq, 2006). Young (2010) geht davon aus, dass

es zu einem Paradigmenwechsel in der Geburtsvorbereitung kommen muss, um den Herausforderungen der neuen Informationstechnologien zu begegnen. Kennedy et al. (2009) sehen neben den Anbietern von Geburtsvorbereitungskursen die Anbieter geburtshilflicher Versorgung in der Pflicht. Die Beziehung zwischen PatientInnen/schwangeren Frauen und Professionellen wird unbestreitbar durch die Nutzung des Internets verändert. Professionelle sollten dies bei der Gesprächsgestaltung berücksichtigen und den Wissenszuwachs auf PatientInnen/Nutzerinnenseite in die Beratung einbeziehen. Konzepte, wie geburtshilfliche Professionelle im Rahmen von Schwangerenvorsorge oder Geburtsvorbereitung und in Anbetracht des Kostendrucks diese Aufgabe lösen sollen, liegen derzeit allerdings nicht vor.

Abschließend ist festzuhalten, dass schwangere Frauen ebenso wie PatientInnen ein starkes Bemühen um geburtshilfliche Informationen zeigen (so wie es der Ansatz der Nutzerorientierung voraussetzt). Dennoch gewährleistet dieses Engagement keine optimale Informiertheit der Nutzerinnen. Die oben dargelegten Schwächen der Informationsvermittlung durch die verschiedenen Medien wie Internet, Fernsehen und Literatur, ließen sich durch eine am individuellen Kenntnisstand orientierte und persönliche Beratung durch unabhängige Professionelle auffangen. Von verschiedenen Autoren wird betont, dass den geburtshilflichen Betreuungspersonen in mehrfacher Hinsicht eine zentrale unterstützende Rolle bei der Bewertung und Filterung von Informationen zukommt. Ansatzpunkte zum Empowerment von Nutzerinnen gesundheitsbezogener Dienstleitungen wurden vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) vorgeschlagen. Es kann angenommen werden, dass die Kombination von autonomer Informationssuche durch Nutzerinnen und (ergänzender) individueller Beratung im Rahmen von Mutterschaftsvorsorge oder Geburtsvorbereitung hier einen großen Beitrag zur Befähigung zur Selbstbestimmung während Schwangerschaft und unter der Geburt leisten könnte.

Wie die Ausführungen des Kapitels 3.2 zeigen, lässt sich Selbstbestimmung in Schwangerschaft und unter der Geburt aus verschiedenen Gründen, vor allem im klinischen Setting, nur schwer umsetzen. Zum einen fehlen fundierte Erkenntnisse darüber, in welcher Form und welchen Umfang Selbstbestimmung von den Nutzerinnen gewünscht wird. Zum anderen stellen strukturelle Rahmenbedingungen, fehlende personelle Kompetenzen sowie die Problematik der Informationsvermittlung und Beratung weitere Hindernisse bei der Umsetzung dar. Es deutet vieles darauf hin, dass den Professionellen eine zentrale Rolle bei einem Empowerment von schwangeren und gebärenden Frauen zukommt. Besonders prekär erscheint die Situation bei fortgeschrittener Geburt, wenn die Gebärende mit eigenständigen Entscheidungen überfordert ist. Auf einer vertrauensvollen Beziehungsebene kann hier die Hebamme als zentrale Betreuungsperson, stellvertretend für die Gebärende und in deren Sinn, Entscheidungen über den weiteren Geburtsablauf treffen. Es gilt zu prüfen, inwieweit das Konzept des Hebammenkreißsaals, mit seiner an den Bedürfnissen ausgerichteten Betreuung, sich günstig auf die individuellen Selbstbestimmungsansprüche der Nutzerinnen auswirkt.

3.3 Aktuelle Nutzerinnenansprüche an die geburtshilfliche Versorgung

Gegenwärtige Ansprüche an geburtshilfliche Versorgung werden häufig mit emanzipatorischen Argumenten untermauert. Bemerkenswert hierbei ist, dass die Argumentationslinien sich inhaltlich gravierend von denen der Frauenbewegung der 70er und 80er Jahre unterscheiden. Die von der Frauengesundheitsbewegung kritisierte Medicalisierung des Frauenkörpers, die physiologische Lebensprozesse wie Pubertät, Fruchtbarkeit und Menopause unter die Definitionsmacht der Medizin stellte und zu einer Bevormundung der Frau führte (Schneider, 2003), wird kaum noch wahrgenommen. Die heutige Generation von gebärfähigen Frauen wird vielmehr als Nutzerinnen des gesundheitlichen Systems betrachtet, die nicht mehr für ihre Selbstbestimmung kämpfen müssen, sondern aus dem Serviceangebot der Medizin das für sie Passende auswählen (Ensel, 1994). Inwieweit schwangere Frauen heute diese Auslegung annehmen bzw. für sich in Anspruch nehmen, ist unklar. David und Kentenich (2008) sehen in der heute etablierten Patientenautonomie einen Faktor, der dazu geführt hat, dass Frauen eine deutlich kritischere Haltung gegenüber den Angeboten der Medizin einnehmen und Wert auf die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse legen. Im Kontext von Schwangerschaft und Geburt ist Selbstbestimmung für Nutzerinnen und ExpertInnen mittlerweile geradezu obligatorisch. Die Frage der Ausgestaltung bleibt dabei unklar und wird kontrovers diskutiert (wie unter Kapitel 3.2 ausgeführt).

Klein (2004) beschreibt, dass kanadische Schwangere heute eine familienorientierte Geburtshilfe als einen Standard betrachten, der nicht mehr eingefordert werden muss. Wahlfreiheit bei der geburtshilflichen Betreuung wird selbstverständlich vorausgesetzt, wobei hier die Autonomie der Frau sowie die Kontrollier- und Planbarkeit der Geburt in den Vordergrund gerückt sind. Klein (2004) nennt dies einen „neuartigen“ Feminismus moderner berufsorientierter Frauen, für die ein möglichst natürliches Geburtserlebnis nicht mehr eine so große Wichtigkeit einnimmt, wie es noch in der vorherigen Generation zu beobachten war.

Auch eine von Riegl (1996) in Deutschland durchgeführte Studie deutet auf einen Paradigmenwechsel hin. Zur Untersuchung des Images der stationären Geburtshilfe wurden 17.000 Wöchnerinnen zu diversen Aspekten der klinischen Betreuung und des Krankenhauses befragt. Riegl (1996) stellt fest, dass Frauen heute eine Wunschkind-Planung verfolgen, hohe Selbstbestimmungsrechte geltend machen und eine hohe Dienstleistungsbereitschaft von geburtshilflichen Anbietern erwarten. Diese Forderungen bzw. Ansprüche führt Riegl (1996) auf die Emanzipation der heutigen Frauengeneration zurück.

Ein Maximum an Sicherheit, gewährleistet durch modernste medizintechnische Mittel, wird von vielen Frauen heute als selbstverständlich vorausgesetzt (Ahner et al., 1996; Bergmann et al., 2000; Wimmer-Puchinger, 1994). Wimmer-Puchinger (1994) stellte in einer in Wien durchgeführten Untersuchung mit Schwangeren und Wöchne-

rinnen zur Frage nach den Erwartungen an die Betreuung rund um Schwangerschaft und Geburt darüber hinaus fest, dass nicht nur die beste medizinische Betreuung als selbstverständlicher Standard vorausgesetzt wird, sondern sich ein „Wunschspital“ außerdem durch exzellente Serviceleistungen, vor allem gute Betreuung, Unterstützung und Information, auszeichnen sollte.

Daraus lässt sich schließen, dass Frauen sich heute viel mehr als Konsumentinnen geburtshilflicher Angebote sehen, die gemäß ihren Ansprüchen gezielt bestimmte Dienstleistungen der geburtshilflichen Anbieter aufsuchen. In Anbetracht dieses Inanspruchnahmeverhaltens erscheinen die im Kontext der gesundheitlichen/geburtshilflichen Versorgung in jüngerer Zeit eingeführten marktwirtschaftlichen Termini von Kunden oder Konsumenten nachvollziehbar. Neben dem vordergründigen Zugeständnis an Selbstbestimmung hat die Wahrnehmung von schwangeren Frauen als Konsumentinnen weitere Folgen. In ihrer Rolle als Kundinnen werden schwangere Frauen nunmehr von den geburtshilflichen Anbietern umworben. Für die Nutzerinnen ist es schwer, zu erkennen, wo Beratung aufhört und Werbung anfängt. Hierin liegt ein Problem der fehlenden Unabhängigkeit, wenn Anbieter geburtshilflicher Versorgung selbst beraten. Es ist also nicht auszuschließen, dass die anscheinend emanzipierten Entscheidungen bezüglich der geburtshilflichen Betreuung aufgrund der guten Vermarktungsstrategien geburtshilflicher Anbieter zustande kommen.

In Bezug auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen kommt den Aspekten Sicherheit und Schmerzbekämpfung allem Anschein nach eine große Rolle zu. Die Soziologin Azoulay (1998, 2005) spricht im Zusammenhang von Schmerzfreiheit bei der Geburt und Wunschkaiserschnitt von einer Generationenfrage. Junge selbstbewusste Frauen von heute fordern demnach höchste Sicherheit, Kompetenz und Selbstbestimmung ein, ohne sich an „antiquierten“ Fragen zur natürlichen Geburt zu orientieren. Eine humane Geburt lasse sich nicht allein mit Atemtechnik, Information und Entspannung erreichen. Schmerzbekämpfung und Wunschsectio seien daher legitime Forderungen von modernen Frauen. Azoulay (2005) geht sogar so weit, eine schmerzfreie Geburt als ein Grundrecht einzufordern:

„Ist der Anspruch, sich der Demütigung durch die bestialischen Anteile von Geburt entledigen zu wollen, nicht ein ernstes Anliegen? In Anbetracht der immensen Schmerzen und der nicht absehbaren Risiken – ist das Verweigern von effizienten Schmerzmitteln bis hin zum Kaiserschnitt nicht eine schwere Unterlassung von Hilfeleistung?“ (Azoulay, 2005; S. 7)

Auf Grundlage der in den achtziger Jahren von Frauen erkämpften Veränderungen in der geburtshilflichen Betreuung formulieren gebärfähige Frauen heute demnach Bedürfnisse, die fast im Widerspruch zu denen von damals zu stehen scheinen: Ein möglichst ungestörter und natürlicher Geburtsablauf bei gleichzeitigem Einsatz von modernster Medizintechnik zur Schmerzbekämpfung und Sicherheit von Mutter und Kind. Dies scheint nicht mehr als Widerspruch wahrgenommen zu werden, sondern wird als nebeneinander stehende Bedingungen formuliert. Mit der einstmals erkämpf-

ten Selbstbestimmung fordern Frauen heute selbstbewusst eben jene Medizintechnik ein, gegen die sich die Kritik der vorherigen Generation richtete.

Diese Anspruchshaltung wirft die Frage auf, ob und unter welchen Umständen es überhaupt realisierbar ist, dass schwangere Frauen und Gebärende geburtshilfliche Dienstleistungen abfragen und in der Konsequenz selbst die Verantwortung für die gewählte Betreuung tragen. Vor allem in Anbetracht der in jüngerer Zeit zu beobachtenden marktwirtschaftlichen Ausrichtung und dem damit verbundenen Umwerben von schwangeren Frauen erscheint der emanzipatorische Anspruch hinter dieser Verantwortungszuweisung an die Nutzerinnen fragwürdig.

Bei der Frage, wie sich die Rolle der Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung gemäß den unter 2.5 beschriebenen Ansprüchen an eine frauenzentrierte Versorgung gestalten ließe, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Zu nennen wären hier die asymmetrische Wissensverteilung zwischen geburtshilflichem Personal und schwangerer Frau sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung vor dem Hintergrund der Verantwortungsfrage. Weiterhin nicht zu vergessen ist der für die Geburtshilfe typische Zeitdruck, unter dem häufig Entscheidungen zu treffen sind. Da sich diese oder ähnliche Faktoren auch in anderen Gesundheitsbereichen finden lassen, wird im Folgenden beleuchtet, wie Entscheidungen über Therapiepläne dort zustande kommen. Anschließend wird auf das Konzept des Shared Decision Making eingegangen, da es für die geburtshilfliche Betreuung vielversprechende Implikationen bietet.

Es lassen sich in der gesundheitlichen Versorgung drei Modelle der Entscheidungsfindung in der Interaktion zwischen Experten und Patienten ausmachen²⁵. Die wohl älteste Form der Arzt-Patienten-Interaktion ist die paternalistische Kommunikationsform, bei der der Arzt (die Ärztin) eine väterlich-fürsorgende Rolle einnimmt und die Entscheidungen für den Patienten trifft. Der Patient nimmt hierbei eine passive und abhängige Rolle ein, und das Fachwissen liegt allein bei dem Mediziner (der Medizinerin), der nach bestem Wissen und Gewissen entscheidet, was für die jeweiligen Patienten am besten ist. Eine etwas abgeschwächte Form der paternalistischen Entscheidungsfindung stellt das „Informed Consent“ dar, bei dem dem Patienten vom Arzt ausgewählte Informationen weitergegeben werden, damit dieser den Behandlungsplan nachvollziehen kann und somit verbindlicher umsetzt. Individuelle Präferenzen des Patienten bleiben sowohl bei der paternalistischen Kommunikation wie auch beim „Informed Consent“ unberücksichtigt. Diese Kommunikationsform war lange vorherrschend, ist heutzutage jedoch nur noch in Notfallsituationen, etwa bei Unfallopfern, angemessen. Ein weiteres Modell stellt das „Informed Decision Making“ dar. Dies stellt eine Gegenbewegung zum paternalistischen Kommunikationsstil dar. Hier wird der Arzt zum Informationslieferanten für den Patienten. Auch hier kommen die

²⁵ Bei den Ausführungen zu den Modellen der Entscheidungsfindung wird, abweichend von der in dieser Arbeit sonst üblichen Schreibweise, aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, gemeint sind immer beide Geschlechter.

individuellen Präferenzen des Patienten nicht zur Sprache, sind aber grundlegend bei der vom Patienten getroffenen Entscheidung. Im Gegensatz zum paternalistischen Modell ist es hier allein der Patient, der, ausgestattet mit dem notwendigen Fachwissen, medizinische Entscheidungen trifft (Geiger, 2007). Beiden Kommunikationsmodellen ist gemeinsam, dass nicht alle relevanten Informationen geteilt werden und die Entscheidung, und somit auch die Verantwortung, bei einer Person liegt.

Zur Umsetzung des Mitbestimmungsanspruchs in der gesundheitlichen Versorgung wurde das Konzept des Shared Decision Making (SDM) entwickelt. Es stellt eine Verknüpfung oben beschriebener Kommunikationsformen dar. Ziel des SDM ist es, dass beide Interaktionspartner gemeinsam zu einer Entscheidung finden. Hierfür ist es einerseits erforderlich, dass der Patient vom Experten die dafür nötigen fachlichen Informationen vermittelt bekommt und andererseits der Patient dem Experten persönliche Präferenzen mitteilt, die es zu berücksichtigen gilt. Durch diesen Informationsaustausch kennen beide Gesprächspartner die für eine Entscheidung relevanten medizinischen und persönlichen Informationen, so dass eine für beide Beteiligten trag- und gangbare Entscheidung getroffen werden kann. Aus verschiedenen Gründen erscheint dieser Ansatz für den Kontext von Schwangerschaft und Geburt vielversprechend: Im SDM kommt der vertrauensvollen Beziehung zwischen Betreuungsperson und Nutzerin eine wichtige Rolle zu. Die Nutzerin wird als Individuum gesehen und explizit zur Mitbestimmung eingeladen. Dies trägt entscheidend zur Vertrauensbildung bei (Geiger, 2007). Levy (1999) führte in England eine qualitative Untersuchung zu der Frage durch, wie Frauen in der Schwangerschaft Entscheidungen treffen. Sie kam zu dem Ergebnis, dass das Treffen von eigenständigen Entscheidungen leichter fällt, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zum Personal besteht. Generell hat sie beobachtet, dass Frauen die Tendenz haben, die von Hebammen und ÄrztInnen vorgeschlagenen Vorgehensweisen anzunehmen, diese Tendenz ist besonders unter Wehen zu beobachten. Weiterhin ist die Behandlungsentscheidung für den Patienten bzw. die Nutzerin nachvollziehbar und geht somit mit einer höheren Adhärenz einher. Es ist davon auszugehen, dass SDM zu einer höheren Handlungskompetenz führt, da der Patient nunmehr vom behandelten Objekt zum handelnden Subjekt wird (Geiger, 2007). Folge des gemeinsamen Entscheidungsprozesses ist eine geteilte Verantwortung, wie sie auch von Graumann (2007) vorgeschlagen wird.

Es ist anzunehmen, dass der Mitbestimmungsanspruch von Nutzerinnen in der Schwangerschaft und bei der Geburt weit über die Konstrukte von Compliance und Informed Consent hinausgeht. Eine „blinde“ Compliance (Scheibler, 2004) ist demnach bei schwangeren Frauen heute kaum mehr anzutreffen. Eine partnerschaftliche Beratung, wie sie das Konstrukt des SDM vorsieht, scheint wegen der diversen Möglichkeiten in der Ausgestaltung der Betreuung von Schwangerschaft und Geburt hier eine sinnvolle Interaktionsform zu sein, welche es Frauen ermöglicht, sich selbstbestimmt und eigenverantwortlich für oder gegen Betreuungsoptionen zu entscheiden. Weiterhin lässt sich das Konzept des SDM gut auf den Kontext von Schwangerschaft

und Geburt übertragen, da hier mehrere Behandlungs- bzw. Betreuungsalternativen mit unterschiedlichem Nutzen und differenziellen Nebenwirkungen möglich sind. Die gesundheitsförderlichen Effekte von SDM, wie Zufriedenheit, Lebensqualität, Information, Verständnis von Krankheit, das Gefühl von Kontrolle über die Situation, und eine Verbesserung klinischer Endpunkte wurden bereits mehrfach nachgewiesen (Scheibler & Pfaff, 2004).

Der Hebammenkreißsaal mit seiner stark an den Bedürfnissen der Gebärenden ausgerichteten Betreuung scheint einen sehr günstigen Rahmen für eine partnerschaftliche Beratung nach den Kriterien des SDM zu bieten. Zudem wird deutlich, welchen großen Stellenwert einer vertrauensvollen Beziehung zwischen ExpertInnen und NutzerInnen zukommt. Dies kommt vor allem bei fortgeschrittener Geburt und starken Wehen zum Tragen, wenn die Gebärende langwierige Entscheidungsprozesse nicht mehr bewältigen kann. Das mit seinem auf Kontinuität ausgelegte Konzept des Hebammenkreißsaals bietet hier einen vertrauensförderlichen Rahmen.

4 Geburtshilfliches Angebot

In diesem Kapitel wird die geburtshilfliche Versorgungslandschaft in Deutschland skizziert, um zu verdeutlichen, welche geburtshilflichen Betreuungsmöglichkeiten für die heutige Generation Schwangerer existieren. Je nach Wohnort der Nutzerinnen und den ggfs. individuell vorliegenden geburtshilflichen Risiken kann zwischen verschiedenen klinischen und außerklinischen Betreuungskonzepten gewählt werden, sofern sie in der Region vorhanden sind. Vor allem in ländlichen Gegenden reduziert sich das geburtshilfliche Versorgungsangebot häufig. Weiterhin wird die berufliche Sozialisation der beiden geburtshilflich tätigen Berufsgruppen, der Hebammen und GynäkologInnen, näher beleuchtet und aufgezeigt, welchen Einfluss dies auf die jeweilige Betreuung hat. Zur Beschreibung der Palette geburtshilflicher Versorgungsangebote wird anschließend, unterteilt in klinische und außerklinische Geburtshilfe, die Versorgungslandschaft in Deutschland beschrieben und hierbei auf die Interventionsraten in der Geburtshilfe eingegangen.

Von den rund 685.000 Kindern, die in Deutschland jährlich geboren werden (Statistisches Bundesamt, 2008), werden rund 98% in Krankenhäusern geboren. Die Hälfte der Geburten findet in großen Kliniken mit mehr als 1000 Geburten jährlich statt (BQS, 2008). Die Kliniken unterscheiden sich neben der Geburtenzahl in diversen anderen Aspekten. Diese beziehen sich auf die räumliche Ausstattung und auf den Stil der Geburtshilfe. Bei der Entscheidung für eine Geburtsklinik stehen schwangere Frauen und Paare zum einen vor der Frage, welche Kriterien sie ihrer Wahl zugrunde legen sollen, zum anderen ist es nicht einfach, anhand der öffentlich zugänglichen Daten der Kliniken zu erkennen, was für eine geburtshilfliche Ausrichtung eine Klinik hat und ob diese den eigenen Vorstellungen entspricht.

In Anbetracht der rückläufigen Geburtenzahlen sind viele geburtshilfliche Abteilungen von der Schließung bedroht. Dies betrifft vor allem Abteilungen mit weniger als 300 Geburten im Jahr. In Bayern beispielsweise reduzierte sich die Anzahl geburtshilflicher Abteilungen zwischen 1980 und 2000 von 251 auf 167. Da die Schließungen fast ausschließlich kleine Abteilungen betreffen, kommt es zu einem Konzentrationsprozess von geburtshilflichen Abteilungen zu perinatalen Zentren mit Maximalversorgung. Der Konkurrenzdruck wird für die kleineren Kliniken dadurch größer, da sie mit den Angeboten der geburtshilflichen Zentren kaum mithalten können. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass sich die Geburtshilfe in Deutschland stark an marktwirtschaftlichen Kriterien orientiert. Schwangere Frauen werden als potenzielle Kundinnen einer Klinik umworben. Mit Info-Abenden und speziellen Angeboten rund um die Lebensphase der Familiengründung und Geburt, wie z. B. Elternschule, Aromatherapie und Gebärwanne, bemühen Kliniken sich darum, sich von anderen Anbietern zu unterscheiden und Schwangere an ihre Klinik zu binden (Dietl, 2001). Eine Privatklinik in Köln wirbt beispielsweise mit dem „optimalen Wunscherlebnis“ in Form des Wunschkaiserschnitts (Broer, 2005).

Die in einer Region verfügbaren geburtshilflichen Angebote stehen in einer Wechselwirkung mit den von den Nutzerinnen präferierten Betreuungsmodellen. Hierbei fällt auf, dass schwangere Frauen in der Regel die Betreuungsform für die beste halten, die in ihrer Region angeboten wird, und Unbekanntes demgegenüber als weniger wichtig einstufen. Diese Tendenz, das Bekannte und Verfügbare zu bevorzugen, birgt die Gefahr, dass existierende Betreuungskonzepte verfestigt werden und neue, unbekannte Behandlungsansätze sich nur zögerlich etablieren (Hundley & Ryan, 2004). Für die Außendarstellung geburtshilflicher Abteilungen bedeutet dieses Entscheidungsverhalten der Nutzerinnen einen Spagat. Auf der einen Seite gilt es, die Angebote der eigenen Klinik hervorzuheben, auf der anderen Seite muss das Angebot vertraut und altbewährt erscheinen.

Exemplarisch wird an dieser Stelle die Angebotspalette Bremer Geburtskliniken vorgestellt. Im Bundesland Bremen bieten sieben Kliniken Geburtshilfe an, fünf in Bremen, zwei in Bremerhaven. Die Geburtenzahlen der Kliniken lagen im Jahr 2007 zwischen 670 und 1624 Geburten pro Klinik. Drei der fünf Bremer Kliniken verfügen über eine angeschlossene Kinderklinik mit Perinatalzentrum. Die anderen Krankenhäuser bemühen sich, diesen für Nutzerinnen augenscheinlichen Nachteil durch häufige Anwesenheit von Kinderärzten auszugleichen. Detaillierte Angaben zur personellen Besetzung und Ausstattung der einzelnen Geburtsabteilungen können bei Besichtigungsterminen oder im Internet in Erfahrung gebracht werden. Die Suche nach einer geeigneten Geburtsklinik wird durch die Bremer Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008) durch Bereitstellung einer vergleichenden Tabelle im Internet unterstützt. In dieser Tabelle werden die Angaben der Krankenhäuser zu räumlicher und personeller Ausstattung sowie zu dem Vorgehen bei der Geburtsbetreuung aufgelistet. Zwei Aspekte werden an dieser Auflistung sichtbar: Die Kliniken unterscheiden sich dem Anschein nach nur in wenigen Bereichen, sind allerdings bemüht, diese Unterschiede stark hervorzuheben. So wird beispielsweise ein „Wassergeburtsraum mit Lichtorgel über der Wanne“ (S. 3) oder die Ausstattung mit DVD-Player und LCD-Fernseher in einer Klinik als besonderes Inventar hervorgehoben (Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 2008). Da diese Einrichtungselemente aus geburtshilflicher Sicht irrelevant sind, ist davon auszugehen, dass deren Auflistung rein werbetecnischen Zwecken dient. Ob diese Form der Informationsvermittlung für Nutzerinnen bei der Suche nach einer geeigneten Geburtsklinik hilfreich ist, bleibt zweifelhaft.

4.1 Geburtshilfliche Modelle

Wie schon unter 3.2.2 deutlich geworden, wird die Geburtshilfe neben dem vorhandenen Versorgungsangebot erheblich durch die in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen, die ÄrztInnen und Hebammen, geprägt. Hebammen und ÄrztInnen durchlaufen verschiedene Ausbildungen, wodurch sie unterschiedliche berufliche Identitäten entwickeln und unterschiedlichen Handlungsansätzen bei der Ausübung ihrer

Tätigkeit folgen. Bei näherer Betrachtung dieser Ansätze und der dahinter stehenden beruflichen Sozialisation wird nachvollziehbar, wieso sich die praktizierte Geburtshilfe von Hebammen, besonders der außerklinisch tätigen, und ÄrztInnen unterscheidet.

Klein (2004) beschreibt, dass Medizinstudenten, die sich für den Bereich der reproduktiven Gesundheit entscheiden, dies tun, weil sie von den komplizierten und hochspezialisierten Aspekten, wie Infertilität, Endokrinologie und Perinatalmedizin, angezogen werden. Der Wunsch, eine Frau in den Wehen zu begleiten, ist kaum der Grund für diese fachliche Ausrichtung. Der Betreuung von Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett widmet sich die Fachdisziplin der Hebammen. Klein (2004) konstatiert, dass dementsprechend der Blickwinkel auf Geburt von Hebammen und ÄrztInnen sehr unterschiedlich ist. Der ärztliche Blick fokussiert auf mögliche Komplikationen und deren Vermeidung und/oder Behandlung. Hebammen hingegen fassen Geburt als natürliches Ereignis auf, das der Begleitung und Unterstützung bedarf. Sayn-Wittgenstein (2007) beschreibt, dass Hebammen das ethische Prinzip des Nichtschadens verfolgen, indem sie Interventionen nur nach gründlicher Indikationsprüfung einsetzen und ihr Handeln durch eine abwartende Haltung, die „begründete Nichtintervention“ (Sayn-Wittgenstein, 2007) gekennzeichnet ist. Es kann also von zwei unterschiedlichen Modellen von Geburtshilfe gesprochen werden. Zum einem der biomedizinischen Ausrichtung, wie sie von ÄrztInnen vertreten wird, die in Schwangerschaft und Geburt risikoreiche Vorgänge sieht, und zum anderem dem von Hebammen vertretenen Modell, bei dem Schwangerschaft und Geburt normale, zum Frauenleben gehörende Phasen sind (Sjoli, 1996).

4.1.1 Prinzipien der Hebammenarbeit

Da die Disziplin der Hebammenwissenschaften in Deutschland noch relativ jung ist, orientieren sich hiesige Hebammenverbände bei der Entwicklung von Arbeitsprinzipien an den Standpunkten der Länder, die auf eine lange Tradition der Hebammenwissenschaften zurückgreifen. In Großbritannien wurden Mitte der 1980er Jahre mit den „Standards of care in midwifery“ erstmals Prinzipien für Hebammenarbeit formuliert. Die Standards der meisten britischen Hebammenkreißsäle fußen auf diesen Prinzipien, und mittlerweile halten diese Standpunkte auch in das deutsche Hebammenwesen Einzug. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden demnach als physiologische Vorgänge betrachtet, und die Beziehung zwischen der Frau und der Hebamme wird als maßgebliche Einflussgröße für eine gute Betreuung betrachtet. Hierbei wird herausgestellt, dass die Betreuung gleichberechtigt geschieht, so dass der Betreuungsprozess gemeinsam gestaltet werden kann. Die individuellen Bedürfnisse der Frau dienen dabei als Grundlage und werden unterstützt. Laut der International Confederation of Midwives (ICM) (2002) bieten Hebammen der Frau Informationen und die Beratung, die notwendig sind, um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen und der Frau mehr Kontrolle über die Situation zu verschaffen. Weiterhin wird der Stellenwert von Kontinuität in der Betreuung betont (Department

of Health, 1993; ICM, 2002; Royal College of Nursing, 1993). Diese kurze Darstellung der britischen Betreuungsprinzipien zeigt, dass Hebammenarbeit einen salutogenetischen Ansatz verfolgt, indem sie zum einen von einer physiologischen Lebensphase ausgeht und zum anderen durch Empowerment bei der Stärkung der Ressourcen der Frau ansetzt.

Gesundheitsförderung ist integraler Bestandteil der Hebammenarbeit und umfasst einige Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Maßnahmen bei Frauen, Kindern und Familien. Hierzu zählen beispielsweise Stillförderung, Rauchentwöhnung in der Schwangerschaft und Beckenbodentraining. Das Arbeitsfeld der Hebamme eignet sich ideal für Gesundheitsförderung von Schwangeren, jungen Müttern und ihren Familien (Schäfers, 2011, Dunkley, 2003; ICM, 2002, 2005). Aufgrund der aufsuchenden Betreuungsform der Hebamme besteht die Möglichkeit, auch Frauen und Familien aus sozial schwachen Schichten zu erreichen und somit der Unterversorgung sozial schwacher Bevölkerungsgruppen (Koller et al., 2009) entgegenzuwirken. Luyben (2001) fasst unter anderem folgende Aspekte als wesentlich für den Beruf der Hebamme zusammen:

- Überzeugung, dass Schwangerschaft und Geburt prospektiv physiologische Prozesse sind,
- Gesunde Mutter und gesundes Kind sind wichtigstes Ziel,
- Ethisches Betreuungsprinzip des „Nichtschadens“,
- Gewährleistung der Autonomie der Frau
- Kontinuität in der Betreuung
- Präventive, unterstützende Betreuungsinhalte,
- Wahrnehmung von soziokulturellen und psychischen Bedürfnissen und Ressourcen.

4.1.2 Das geburtsmedizinische Betreuungsmodell

Bei der Beleuchtung des biomedizinisch ausgerichteten geburtshilflichen Modells werden verschiedene Unterschiede gegenüber dem oben beschriebenen Hebammenmodell deutlich. Ein markanter Unterschied zur Arbeitsphilosophie von Hebammen ist, neben der Wahrnehmung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett als riskanten und kontrollbedürftigen Phasen, die unterschiedliche Berücksichtigung der Bedürfnisse der schwangeren Frau und, daraus folgend, der Umgang mit ihr. Die Selbstwahrnehmung und das Körpergefühl der Frau werden hier objektiven und messbaren Daten untergeordnet. Das Aufstellen von Zeitnormen für die Dauer der einzelnen Geburtsphasen führt zu einer Unterteilung in physiologische und pathologische Geburtsverläufe, die allein auf Grundlage der Auftretenswahrscheinlichkeit zustande kommt (Schwarz, 2008). Die Diagnose, in welcher Geburtsphase eine Ge-

bärende sich befindet, dient häufig lediglich der Ablaufplanung und ist für den eigentlichen Fortgang der Geburt unerheblich (Rothman, 1996).

Eine weitere Besonderheit der ärztlichen geburtshilflichen Betreuung liegt in dem Bestreben, körperliche Phänomene, wie die Größe und Lage des Kindes oder die Länge des Gebärmutterhalses, visuell darzustellen. Die Ultraschalldiagnostik hat die Palpation, das Abtasten mit den Händen, abgelöst (Rothman, 1996).

Vertreter des geburtsmedizinischen Ansatzes betrachten einen Geburtsort, ausgestattet mit einem Maximum an moderner Medizintechnik und medizinischem Fachverstand, als die sicherste Stätte, um ein Kind zur Welt zu bringen. Der ideale Geburtsort ist demzufolge ein großes Krankenhaus, möglichst mit angeschlossener Kinderklinik. Neben den wirtschaftlichen Zwängen begünstigt die biomedizinische Ausrichtung der GeburtshelferInnen also die Zentralisation von großen geburtshilflichen Abteilungen mit Maximalversorgung (Husslein, 2008; Rath, 2008; Sjoli, 1996).

4.1.3 Geburtshilfliche Praxis in Deutschland

Die beiden Modelle geburtshilflicher Versorgung finden sich in der Praxis, vor allem der klinischen, nicht als zwei gegensätzliche Pole wieder. Hier ist vielmehr ein stetiger Aushandlungsprozess der beteiligten Berufsgruppen zu beobachten. Hebammen sind dabei nicht immer die Verfechterinnen einer Geburtshilfe, die sich an den oben beschriebenen Standpunkten für Hebammenarbeit orientiert. Studien aus den 70er und 80er Jahren haben in Großbritannien gezeigt, dass Hebammen das medizinische Modell von Schwangerschaft und Geburt internalisierten. Frauen wurden sowohl von ÄrztInnen wie von Hebammen zu Patientinnen gemacht, ihnen wurde nur ein eingeschränkter Entscheidungsspielraum zugestanden und kommunikative Betreuungsaspekte wurden vernachlässigt (Bryar, 2003; Hughes & Deery, 2002; Tew, 2007). Dies ist nicht zuletzt der geburtsmedizinisch ausgerichteten Hebammenausbildung und Klinikpraxis zuzuschreiben. Wagner (2003) beschreibt, dass Hebammen, ÄrztInnen und Krankenschwestern, die nur die interventionsreiche klinische Geburtshilfe kennen, nicht mehr wissen, wie ein natürlicher Geburtsablauf aussieht. In deutschen Kliniken haben sich mittlerweile unterschiedliche Mischformen der beiden Modelle etabliert, die sich mehr oder weniger stark am medizinisch Modell orientieren (Schücking et al., 2008). Eine klare Abgrenzung zur medizinisch ausgerichteten Geburtsmedizin findet sich lediglich in der von Hebammen angebotenen außerklinischen Geburtshilfe.

Internationale Untersuchungen haben gezeigt, dass die für die geburtshilfliche Betreuung zuständige Berufsgruppe trotz der oben beschriebenen Internalisierung des medizinischen Modells Einfluss auf die geburtshilfliche Versorgung hat. Kontinuierliche Hebammenbetreuung geht nach Grünberger et al. (2005) mit niedrigen Sectioraten einher. Es wird vermutet, dass die kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme maßgeblich zum Angstabbau beiträgt, was wiederum einen komplikationslo-

sen Geburtsverlauf begünstigt (Grünberger et al., 2005). Der günstige Einfluss von Hebammenbetreuung auf die Senkung von Interventionsraten wird durch diverse Autoren bestätigt (Johanson et al., 2002; Klein, 2004; Reime, 2005; Schwarz & Schücking, 2004; Wagner, 2003).

Die geburtsmedizinische Ausrichtung der ärztlich geleiteten Geburtsmedizin zeigt sich, neben der Interventionsfreudigkeit, in einem anderen Umgang mit schwangeren und gebärenden Frauen. Obwohl die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren inzwischen unbestritten ist, haben biomedizinische Daten nach wie vor größere Relevanz bei der ärztlichen Schwangerenbetreuung und dem Geburtsmanagement. Zwei Beispiele zeigen dies deutlich: Zu Beginn einer Schwangerschaft erfordert es die Bestätigung durch einen Arzt/eine Ärztin, dass eine Schwangerschaft eingetreten ist. Erst die medizinische „Diagnose Schwangerschaft“ belegt das Vorliegen einer Schwangerschaft, unabhängig davon, ob die Frau bereits vorher spürte, schwanger zu sein. Spätestens mit dem Einsetzen der Geburtswehen wird aus der schwangeren Frau eine Patientin, die Definition des Geburtsbeginns wird zu einer medizinischen Entscheidung. Der Umstand, dass sich der Geburtsbeginn ohne Berücksichtigung des subjektiven Empfindens der Schwangeren mitunter nicht eindeutig feststellen lässt, hat zur Entwicklung der Diagnose „fraglicher Geburtsbeginn“ geführt. Hiermit soll der Gefahr begegnet werden, dass bei zu früher Festlegung des Geburtsbeginns der Geburtsverlauf sehr lang erscheint und geburtsbeschleunigende Interventionen nach sich zieht. Die Diagnose „fraglicher Geburtsbeginn“ drückt deutlich aus, dass das Empfinden der Schwangeren eine untergeordnete Rolle beim Management der Geburt spielt (Rothman, 1996).

In der klinischen Geburtshilfe treffen die beiden beschriebenen geburtshilflichen Modelle aufeinander und bringen, je nach Aushandlungsprozess zwischen den beteiligten Berufsgruppen, unterschiedliche Facetten geburtshilflicher Versorgung hervor. Wie stark sich der Arzt /die Ärztin in die Leitung einer normal verlaufenden Geburt einbringt und damit die selbstständige Arbeitsweise der Hebamme einschränkt, ist nach Sayn-Wittgenstein (2007) von Klinik zu Klinik sehr unterschiedlich. Aufgrund der Organisationsstrukturen wird durch den Chefarzt/die Chefärztin einer geburtshilflichen Abteilung letztlich festgelegt, nach welchen Leitlinien die geburtshilfliche Versorgung geleistet wird. Die eigenverantwortliche Leitung der Geburt durch eine Hebamme, wie sie nach § 4 des Hebammengesetzes festgelegt ist (Horschitz & Kurtenbach, 2003), wird in der klinischen Geburtshilfe durch das Weisungsrecht des Chefarztes/der Chefärztin somit mehr oder weniger stark eingeschränkt (Schücking et al., 2008).

4.2 Geburtshilfliches Versorgungsangebot in Deutschland

4.2.1 Klinische Geburtshilfe

Im Folgenden wird ausgeführt, wie sich die oben dargelegten Betreuungsmodelle und die damit verbundenen unterschiedlichen Facetten geburtshilflicher Betreuung auf die geburtshilfliche Versorgungsqualität niederschlagen.

Kaum eine Geburt im Krankenhaus findet ohne Interventionen und den Einsatz von medizintechnischem Gerät statt. Bei 95% der Geburten werden die kindlichen Herztöne, zumeist ununterbrochen, mittels Cardiotocograph (CTG) aufgezeichnet (obwohl diese Technik dem regelmäßigen Abhören der kindlichen Herztöne nicht überlegen ist (Enkin et al. 2000)). Der Geburtsbeginn wird bei über 25% der Geburten beschleunigt, entweder medikamentös (mit Wehentropf oder medikamentöser Reifung des Gebärmutterhalses) oder durch Öffnen der Fruchtblase (BQS 2008). Das fehlende Abwarten des natürlichen Geburtsbeginns hat sowohl höhere Komplikationsraten (z. B. zögerliche Geburtsverläufe, stärkere Nachblutungen) als auch hohe Interventionsraten (Gabe von Wehenmitteln, Schmerzmitteln, operative Geburtsbeendigung) zur Folge (Enkin et al 2000). Unter anderem aus diesem Grund sind die hohen Interventionsraten der klinischen Geburtshilfe nicht verwunderlich. Die Gesundheitswissenschaftlerinnen Schwarz und Schücking (2004) untersuchten die niedersächsischen Perinataldaten der Jahre 1984-1999 und stellten fest, dass nicht nur bei Schwangeren mit erhöhten Risiken der Geburtsbeginn häufig beschleunigt wird, sondern dass dies immer häufiger auch bei Schwangeren ohne geburtshilfliche Risiken durchgeführt wird. In ihrer Untersuchung erhielten 21,8% der Frauen mit normalen Schwangerschaften eine geburtseinleitende Maßnahme, und bei 37,2% der Gebärenden ohne Risiken wurden wehenfördernde Medikamente während der Geburt verabreicht.

21,4% der Spontangeburt im Krankenhaus finden unter Perinatalanästhesie statt. 31,2% der Frauen, die im Krankenhaus ihr Kind gebären, bekommen einen Dammschnitt, und nur 10,4% bekommen ihr Kind außerhalb des Kreißbetts in einer alternativen Gebärposition (BQS 2008).

Besonders eindrucksvoll zeigt sich die medizintechnisch ausgerichtete und interventionsreiche geburtshilfliche Praxis deutscher Kliniken bei einem Blick auf die Geburtsmodi: Die Rate der Kaiserschnitte ist seit den 50er Jahren von 3-4% (Albrecht 1986) kontinuierlich auf 30,8% im Jahr 2007 gestiegen. Die Rate der Spontangeburt ist parallel auf 66,6% im Jahr 2007 (BQS 2008) gefallen. Immer weniger Frauen erleben im Krankenhaus eine Geburt ohne jegliche Intervention. Für das Jahr 1999 ermittelten Schwarz und Schücking (2004), dass nur 6,7% der Geburten in niedersächsischen Kliniken völlig ohne Intervention stattfanden.

Schwarz und Schücking (2004) wiesen mit ihrer Untersuchung darauf hin, dass sich die hier dargestellten unterschiedlichen Interventionsraten der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland nicht allein mit der unterschiedlichen Klientel

der Geburtsorte erklären lassen (zu den Interventionsraten der außerklinischen Geburtshilfe siehe Kapitel 4.2.3). Die Wahrscheinlichkeit, eine interventionsreiche Geburt zu erleben, ist für eine Schwangere ohne Risiken in einem Krankenhaus deutlich höher als im außerklinischen Setting. Ursächlich scheinen hierfür nicht nur medizinische Faktoren zu sein. Untersuchungen aus dem Ausland haben gezeigt, dass die Anzahl der Risikoeinstufungen und die Rate der Interventionen in Schwangerschaft und Geburt von der für die Betreuung zuständigen Berufsgruppe abzuhängen scheinen. Länder, in denen die Zuständigkeit für Schwangerenbetreuung in den Händen von ÄrztInnen liegt, haben deutlich höhere Interventionsraten als Länder mit Schwangerenbetreuung durch Hebammen (Wagner, 2003).

Als weitere Gründe werden die Angst der GeburtshelferInnen vor juristischen Konsequenzen und die mangelnde Erfahrung von GeburtshelferInnen diskutiert. Dem deutschen Abrechnungssystem kommt in Bezug auf hohe Interventionsraten ebenfalls Bedeutung zu, da es die Durchführung von Interventionen honoriert und somit fördert.

Abschließend kann festgestellt werden, dass der hohe Technikeinsatz und die hohen Interventionsraten unter der Geburt Ausdruck einer Überversorgung des Gesunden sind und letztlich weder zu einer Verringerung der perinatalen Sterblichkeit geführt haben noch die Frühgeburtenrate senken konnten. Tew (2007) zieht den Schluss, dass es der Geburtsmedizin nicht gelungen sei, die Sicherheit in der Geburtshilfe zu verbessern. Seit 1988 schwankt die perinatale Mortalität trotz dramatisch gestiegenen Interventionsraten zwischen 5,8‰ (1988) und 5,5‰ (2007).

4.2.2 Hebammengeleitete klinische Geburtshilfe

Da das Konzept der deutschen Hebammenkreißsäle seine Anfänge im Europäischen Ausland hatte, wird im Folgenden die Entwicklung nachgezeichnet, die zur Einführung hebammengeleiteter Betreuungsmodelle führte. Anschließend wird das Konzept der „Midwife-Led Units“ vorgestellt und auf internationale Erfahrungen eingegangen.

Seit den 80er Jahren werden international die biomedizinische Ausrichtung der Geburtshilfe mit stetig steigenden Interventionsraten sowie die Internalisierung des medizinischen Paradigmas im Berufsverständnis von Hebammen kritisch hinterfragt. Besonders die Entwicklung der Oxford Database of Perinatal Trials (Chalmers et al., 1986) und die Arbeiten von Chalmers et al. (1989), die die Wirksamkeit geburtshilflichen Handelns überprüften, führten im europäischen Raum zu einer Diskussion um Betreuungsformen bei Schwangerschaft und Geburt. Es setzte ein Umdenken ein und es entwickelten sich in verschiedenen europäischen Ländern neue klinische Betreuungskonzepte, die gesunden schwangeren Frauen adäquate Geburtsmöglichkeiten durch Hebammen bieten sollten. In Großbritannien führte dies zur Gründung von „Midwife-Led-Units“ (MDUs) und „Midwife-Development-Units“. Zeitgleich führte in Schweden die herrschende Unzufriedenheit mit der klinischen Geburtshilfe zur

Gründung von alternativen Betreuungskonzepten. In Stockholm wurde 1989 das erste „Birth Center“ eröffnet, welches in seiner Arbeitsweise den britischen MDUs stark ähnelt (Waldenström & Nilsson, 1997, 1993). Ferner kam es zum Aufbau von Hebammenkreißsälen in Dänemark und der Schweiz (Cignacco & Büchi, 2004; Ellerbrock & Rahden, 1999).

Vorangetrieben wurde diese Entwicklung durch die Kritik an der starken Ausrichtung der Geburtshilfe am risikoorientierten Konzept der Geburtsmedizin und der damit einhergehenden engmaschigen Überwachung biomedizinischer Parameter. Diese geburtsmedizinische Betreuung führte zur Vernachlässigung psychologischer und sozialer Aspekte der Geburtssituation. Die berufliche Sozialisation von Hebammen in diesem geburtshilflichen System hatte und hat Auswirkungen auf das Denken und Handeln von Hebammen. Dieser Umstand erforderte Berücksichtigung bei der Umsetzung von Hebammenbetreuungsmodellen. In Großbritannien führte dies zu einer Diskussion der Leitbilder von Hebammengeburtshilfe, welche in die Formulierung der „Standards of care in midwifery“ mündete. Wie unter 4.1.1 beschrieben, zeichnen sich diese durch ein Verständnis von Schwangerschaft, Geburt und Familienbildung als gesunde und bedeutsame psychosoziale Lebensphase von Frauen und ihren Familien aus. Ferner wird die schwangere/gebärende Frau in den Mittelpunkt der Betreuung gestellt (Department of Health, 1993; Royal College of Nursing, 1993). In der aktuellen Fassung, dem Position-Statement der „Principles of women centred care“ wird dies sehr deutlich (Royal College of Midwifery, 2008):

„Woman-centred care is the term used to describe a philosophy of maternity care that gives priority to the wishes and needs of the user, and emphasises the importance of informed choice, continuity of care, user involvement, clinical effectiveness, responsiveness and accessibility.“ (Royal College of Midwifery, 2008; S. 1).

Diese Prinzipien von Hebammenarbeit dienen neben Großbritannien in vielen anderen europäischen Hebammenkreißsälen als Handlungsleitfaden und Betreuungsgrundlage (Cignacco & Büchi, 2004; Hundley et al., 1994; MacVicar et al., 1993; Turnbull et al., 1996).

Das Konzept des Hebammenkreißsaals, der britischen MDUs, der schwedischen Birth Center oder der dänischen Foedeklinikken ist ein hebammengeleitetes geburtshilfliches Betreuungsmodell im klinischen Setting. Es werden gesunde Frauen während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett betreut. Hierbei arbeiten die Hebammen völlig selbstständig und eigenverantwortlich. Der Hebammenkreißsaal stellt eine Ergänzung zum üblichen, unter ärztlicher Leitung stehenden, Kreißsaal dar, er ersetzt diesen nicht. Beide Abteilungen arbeiten eng zusammen, so dass im Falle von sich entwickelnden Pathologien jederzeit eine Weiterleitung in den üblichen, ärztlich geleiteten Kreißsaal erfolgen kann. Ein interdisziplinär entwickelter Kriterienkatalog legt hierbei fest, welche Regelwidrigkeiten im Hebammenkreißsaal (noch) betreut werden können und wann die geburtshilfliche Betreuung im üblichen Kreißsaal erfolgen muss. Grundlage dieses Konzeptes ist die Annahme, dass die

Berufsgruppe der Hebammen ideal dafür geeignet ist, eine an der Physiologie orientierte Betreuung zu bieten, die zudem die Eigenständigkeit der Frau fördert und ihre individuellen Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Betreuung rückt. Diese Grundhaltung spiegelt sich in den „Standards of care in midwifery“ (Royal College of Nursing, 1993) und den „Principles of women centred care“ (Royal College of Midwifery, 2008) wider. Ein weiterer grundlegender Unterschied zur ärztlich geleiteten Geburtshilfe ist die Betrachtungsweise von Schwangerschaft und Geburt als normale physiologische Vorgänge (Bryar, 2003; Luyben, 2001). Hieraus ergibt sich eine Philosophie des „Low-Tech“ und „High-touch“, die sich dadurch auszeichnet, dass Interventionen vermieden werden und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse von Mutter und Kind große Bedeutung hat (De Vries & Barosso, 1997).

Es liegt eine Vielzahl an Untersuchungen vor, die die Effektivität von Hebammenkreißsaalmodellen bestätigen. Randomisierte kontrollierte Studien zeigten, dass es hinsichtlich Morbidität und Mortalität keinen Unterschied zwischen Hebammenkreißsälen und herkömmlichen, ärztlich geleiteten Kreißsälen gibt (Hattem et al., 2009; Stewart et al., 2004; Waldenström & Nilsson, 1997; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Hundley et al., 1994; MacVicar et al., 1993). Das Ziel, eine interventionsarme geburtshilfliche Betreuung anzubieten, konnte in den Hebammenkreißsälen des europäischen Auslands erreicht werden. So zeigten diverse Studien, dass die Rate der Geburtseinleitungen und Wehenmittelgaben unter der Geburt in Hebammenkreißsälen signifikant niedriger ist (Campbell et al., 1999; Hundley et al., 1994; MacVicar et al., 1993; Turnbull et al., 1996; Waldenström & Nilsson, 1997). Weiterhin werden in Hebammenkreißsälen häufiger Massagen und Entspannungsbäder zur Schmerzlinderung durchgeführt. Demgegenüber wurden in ärztlich geleiteten Kreißsälen häufiger Schmerzmittel und PDAs verabreicht (Campbell et al., 1999; Hundley et al., 1994; MacVicar et al., 1993). Ebenso findet sich in Hebammenkreißsälen eine signifikant niedrigere Rate an Episiotomien, ohne dass sich die Rate der Dammsrisse erhöht hat (Campbell et al., 1999; Hundley et al., 1994; Turnbull et al., 1996).

In Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis wurde durch diverse Studien gezeigt, dass die geburtshilfliche Betreuung im Rahmen eines Hebammenkreißsaals mit größerer Zufriedenheit bei den Frauen einhergeht als dies in ärztlich geleiteten Abteilungen der Fall ist (Biro et al., 2003; Hodnett, 2002; Hundley et al., 2001; Waldenström et al., 2000; Lavender et al., 1999; Waldenström & Turnbull, 1998; Hundley et al., 1997; Oakley et al., 1996; Turnbull et al., 1996; Walker et al., 1995; MacVicar et al., 1993; Waldenström & Nilsson, 1993). Es wird angenommen, dass Aspekte der Selbstbestimmung und der Unterstützung unter der Geburt entscheidend zu der positiven Geburtserfahrung beitragen. Darüber hinaus scheint es bedeutsam zu sein, eine vertrauensvolle und präsente Betreuungsperson zu erleben (Walker et al., 1995; Lavender et al., 1999; Biro et al., 2003, Waldenström et al., 2000).

Hattem et al. (2009) bestätigen diese Ergebnisse. Sie sehen die Hauptvorteile der hebammengeleiteten Geburtshilfe in einer Senkung der Raten von PDAs, Episio-

mien und operativen Entbindungen. Die Betreuung in einem Hebammenkreißsaal, so zeigte ihre Übersicht, erhöht für Gebärende die Wahrscheinlichkeit, von einer vertrauten Hebamme betreut zu werden und sich während der Geburt selbstbestimmt zu fühlen. Weiterhin erleben Gebärende mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Spontangeburt. Hatem et al. (2009) konstatieren, dass das Angebot von hebammengeleiteter Geburtshilfe allen Frauen ohne gravierende Schwangerschaftsrisiken und –Komplikationen offen stehen sollte.

Hebammenkreißsäle haben sich im europäischen Ausland bereits Ende des letzten Jahrhunderts etabliert. Die guten Ergebnisse, die in diesen Abteilungen nachgewiesen wurden, führten dazu, dass dieses Konzept auch in Deutschland Interesse weckte und sich nunmehr hierzulande zu etablieren beginnt. Die im Deutschen Hebammengesetz festgeschriebene Vorbehaltstätigkeit von Hebammen sowie die Hinzuziehungspflicht bieten den gesetzlichen Rahmen für eine Umsetzung dieses Konzeptes in Deutschland²⁶. Im Weiteren wird die Entstehung der Hebammenkreißsäle in Deutschland nachgezeichnet.

Die Kritik an der zunehmenden Medikalisierung und Pathologisierung der klinischen Geburtshilfe (Schücking, 1994) und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Geburtserleben der Frau veranlassten Ende der 90er Jahre den Bund Deutscher Hebammen (BDH, heute DHV) dazu, nach neuen klinischen geburtshilflichen Betreuungsformen zu suchen. Hierbei sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass fast alle Frauen in Deutschland ihre Geburt in einer Klinik anstreben. Auch diese Schwangeren sollten eine interventionsarme und an ihren Bedürfnissen orientierte Betreuung in Anspruch nehmen können, wie sie bislang nur im außerklinischen Bereich zu finden war. Weiterhin sollte dem Bedürfnis nach kontinuierlicher Betreuung auch in der Klinik nachgekommen werden. Es wurde davon ausgegangen, dass das Bedürfnis nach Sicherheit vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit medizinischer Interventionsmethoden ausschlaggebend für die Entscheidung zu einer Geburt in der Klinik ist. Das im Ausland bereits bewährte Modell der MDUs erfüllt diese Ansprüche, so dass angestrebt wurde, für die deutsche klinische geburtshilfliche Versorgungslandschaft ein Konzept zu entwickeln, das sich an den europäischen Modellen hebammengeleiteter Geburtshilfe orientiert. In dem Konzept des Hebammenkreißsaals wurde eine alternative klinische Versorgungsmöglichkeit gesehen, die dem Sicherheitsbedürfnis der Nutzerinnen entspricht und dennoch nicht dem Risikokonzept der Geburtsmedizin unterstellt ist. Der BDH rief 1998 eine Arbeitsgruppe ins Leben, die die Konzeptentwicklung und Implementierung eines Hebammenkreißsaals zum Ziel hatte (Fuhrmann et al., 2000). Das Konzept des Hebammenkreißsaals orientiert sich an den unter 4.1.1 skizzierten Grundprinzipien von Hebammenarbeit und strebt eine

²⁶ Paragraph 4 des Hebammengesetzes (Bundesministerium der Justiz, 1985) benennt die Überwachung des Geburtsvorgangs sowie die Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs als ÄrztInnen und Hebammen vorbehaltene Tätigkeiten. Die Hinzuziehungspflicht besagt, dass ÄrztInnen die Pflicht haben, zu jeder Geburt eine Hebamme hinzuzuziehen. Demgegenüber sind Hebammen nur bei dem Auftreten von Regelwidrigkeiten verpflichtet einen Arzt/eine Ärztin hinzuzuziehen.

bedarfsgerechte und sichere Versorgung von Mutter und Kind an, bei der die Berücksichtigung des emotionalen und psychischen Wohlergehens großen Stellenwert hat (Verbund Hebammenforschung, 2007). Eine wissenschaftliche Begleitung der Implementierung des Hebammenkreißsaalkonzeptes sollte den gesamten Prozess begleiten und wurde durch den Verbund Hebammenforschung geleistet. Der Verbund Hebammenforschung und die Begleitforschung zum Hebammenkreißsaal werden in Kapitel 7 kurz angeführt.

Auch für die deutsche Versorgungslandschaft wurde das Modell des Hebammenkreißsaals als ergänzende geburtshilfliche Betreuungsform konzipiert, die den herkömmlichen Kreißsaal nicht ersetzt, sondern ein zusätzliches Angebot darstellt. Hebammen betreuen hier gesunde Schwangere vor, während und nach der Geburt. Im Unterschied zu herkömmlichen Kreißsälen arbeiten Hebammen im Hebammenkreißsaal völlig selbstständig und eigenverantwortlich. Den gesetzlichen Rahmen hierfür bietet das Hebammengesetz. Zwischen Hebammen- und herkömmlichem Kreißsaal besteht eine enge Kooperation, so dass Schwangere, die während der Geburt Komplikationen entwickeln, unproblematisch in die ärztlich geleitete Betreuung übergeben werden können. Der Umstand, dass beide Betreuungsformen in denselben Räumen angeboten werden und in der Regel die Klinikhebammen in beiden Kreißsaalmodellen arbeiten, erleichtert eine Überleitung zusätzlich. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass eine Überleitung in den herkömmlichen Kreißsaal für die gebärende Frau nicht mit einem Wechsel der betreuenden Hebamme verbunden ist.

Es wird mit diesem Konzept eine hohe Betreuungsqualität sowohl in Hinblick auf geburtshilfliche Outcomes als auch in Bezug auf die psychosoziale Begleitung angestrebt. In Anbetracht der Hebammensozialisation in dem medizinischen Modell (Bryar, 2003) konnte nicht davon ausgegangen werden, dass klinisch tätige Hebammen für die Umsetzung einer Hebammenbetreuung gemäß den oben beschriebenen Kriterien ausreichend qualifiziert waren. Neben der Schulung der Beratungskompetenz war daher die Durchführung von Fortbildungen zu verschiedenen fachlichen und methodischen Fertigkeiten (wie zum Beispiel CTG-Auswertung und Nahttechniken) Voraussetzung für die Umsetzung des Hebammenkreißsaalkonzeptes (Verbund Hebammenforschung, 2007).

Für die Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung lassen sich folgende Vorteile des Konzepts nennen:

- Hoher Sicherheitsstandard
- Interventionsarme Geburtshilfe
- Stärkung der Eigenkompetenzen
- An psychosozialen Bedürfnissen orientierte Betreuung
- Personelle Kontinuität in der Betreuung

Vor dem Hintergrund des Konkurrenzdrucks zwischen den Kliniken kann das Konzept für die Klinik einen Wettbewerbsvorteil bedeuten, da es eine Erweiterung des Angebots darstellt, neue Zielgruppen anspricht und das Ansehen der Klinik durch den Ausdruck von Innovationsfreudigkeit steigert (Verbund Hebammenforschung, 2007).

Im Sommer 2003 eröffnete der erste deutsche Hebammenkreißsaal am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide. Weitere folgten bundesweit in den folgenden Jahren, so dass mittlerweile 10 Hebammenkreißsäle in Deutschland existieren²⁷. Zum jetzigen Zeitpunkt kann also noch nicht von einem flächendeckenden Versorgungsangebot gesprochen werden, wie es Hatem et al. (2009) empfehlen. Die Entwicklungen der letzten Jahre sowie die viel versprechenden Forschungsergebnisse (Bauer et al., 2010; Sayn-Wittgenstein, 2007) lassen jedoch darauf schließen, dass in Zukunft immer mehr geburtshilfliche Kliniken diese Betreuungsform anbieten werden.

4.2.3 Außerklinische Geburtshilfe

Auch wenn die außerklinische Geburtshilfe nur von einem kleinen Teil der Nutzerinnen in Anspruch genommen wird, hat dieser Versorgungsbereich seit den 80er Jahren einen festen Bestandteil in der geburtshilflichen Versorgungslandschaft Deutschlands. Da sich das Konzept des Hebammenkreißsaals in einigen Aspekten, vor allem in Bezug auf Selbstbestimmung und das Vermeiden von Interventionen, an den außerklinischen Betreuungsangeboten orientiert, wird in diesem Kapitel die Entwicklung der außerklinischen Geburtshilfe nachgezeichnet.

Seit den 80er Jahren hat sich in Deutschland neben der klinischen Geburtshilfe ein breites außerklinisches geburtshilfliches Angebot etabliert. In der außerklinischen Geburtshilfe entwickelte sich ein spezifisches Hebammenmodell, welches den oben beschriebenen Prinzipien für Hebammenarbeit entspricht und Grundlage der außerklinischen Hebammenarbeit darstellt.

Je nach Wohnort gibt es verschiedene Optionen für eine außerklinische Geburt. Freiberufliche Hebammen begleiten Frauen bei einer Geburt zu Hause oder, in Abhängigkeit von der Region, bei einer Geburt in einem Geburtshaus. Hier haben sich zumeist mehrere freiberufliche Hebammen zusammengeschlossen und bieten neben der Begleitung von Schwangerschaft und Wochenbett Geburtsbetreuung in eigens eingerichteten Räumen an.

Ein Großteil der AnbieterInnen von außerklinischer Geburtshilfe ist im Verein Quag - Gesellschaft für die Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V. (Quag) organisiert. Hier sind annähernd 100 Geburtshäuser und mehr als 500 Hebammen registriert.

²⁷ Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, Asklepioskliniken Hamburg-Harburg und Hamburg-Barmbek, Klinikum Stuttgart/Bad Cannstatt, Klinikum Niederberg/Velbert, Krankenhaus Nord-West Frankfurt a. M., Martin-Luther-Krankenhaus Berlin, Klinikum Osnabrück und Universitätsklinikum Bonn (Stand September 2010)

riert, die in Deutschland außerklinische Geburten durchführen. Außerdem sind knapp 20 Entbindungsheime und Hebammenpraxen, die in ihren Räumen Geburten durchführen, bei Quag registriert.

Auch wenn der Anteil der außerklinischen Geburten in Deutschland seit Jahren konstant bei knapp 2% liegt, lohnt sich ein vergleichender Blick auf die Komplikations- und Interventionsraten in diesem Setting. Seit der Gründung 1999 führt Quag eine bundesweite Erhebung außerklinischer Geburten durch. Es wird ein Erfassungsgrad von über 80% erreicht, so dass die Daten als repräsentativ für den Bereich der außerklinischen Geburtshilfe angesehen werden können (Quag, 2008). Die Auswertung der Quag-Daten umfasst nicht nur Geburten, die außerklinisch stattfanden, sondern auch jene, die außerklinisch begonnen, aber in einer Klinik beendet wurden.

Auch in der außerklinischen Geburtshilfe ist der Anteil der Frauen, die keinerlei Risikoeinstufung erfahren, gering. Bei nur 11,5% der im Jahr 2007 außerklinisch Gebärenden wurden keinerlei Risiken dokumentiert. Dennoch erleben Frauen bei außerklinischen Geburten deutlich weniger Interventionen als in den Kliniken. Mit 45% liegt die Rate der Geburten, bei denen Interventionen wie die Gabe von Medikamenten, das Öffnen der Fruchtblase oder ein Dammschnitt durchgeführt wurden, deutlich niedriger als bei klinischen Geburten. Ebenso wird bei außerklinischen Geburten mit 7% eher selten ein Dammschnitt durchgeführt und der Anteil der Frauen, die ohne jegliche Geburtsverletzung wie Riss oder Schnitt gebärt, ist mit 50% sehr hoch. Bei den Geburtspositionen herrscht eine große Vielfalt. Ein Drittel der Geburten findet in hockender oder sitzender Position oder auf dem Geburtshocker statt (Quag, 2008).

93% der außerklinisch begonnenen Geburten enden als Spontangeburt, 6,9% davon nach einer Verlegung in ein Krankenhaus. Nur bei 5% der außerklinisch begonnenen Geburten wurde nach einer Verlegung in ein Krankenhaus ein Kaiserschnitt durchgeführt (Quag, 2008).

Medizinische Outcomes, die eine Aussage über den Gesundheitszustand von Mutter und Kind nach der Geburt treffen, sind mit der klinischen Geburtshilfe vergleichbar. Geburten außerhalb eines Krankenhauses können demnach als ebenso sicher betrachtet werden, gehen jedoch mit einer deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit für die Durchführung von medizinischen Interventionen einher.

Wie die Ausführungen von Kapitel 4 zeigen, besteht in Deutschland bereits eine breite Palette geburtshilflicher Betreuungsangebote. Augenfällig erscheint, dass der außerklinische Sektor trotz seiner guten Ergebnisse nur von einem kleinen Teil der Nutzerinnen nachgefragt wird. Ursächlich scheint hier das Sicherheitsbedürfnis der Nutzerinnen zu sein sowie die Tendenz, dem klinischen Geburtsort ein höheres Maß an Sicherheit zuzuschreiben als den außerklinischen Alternativen. Die Wahl eines klinischen Geburtsorts ist jedoch mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit verbunden, eine interventionsreiche Geburt zu erleben (Schwarz & Schücking, 2004). Die „Interventionsfreudigkeit“ der klinischen Geburtshilfe scheint in Zusammenhang mit dem biomedizinischen Modell (vgl. Kapitel 4.1.2) zu stehen, welches die klinische

Geburtshilfe entscheidend prägt. Von verschiedenen Seiten wurde festgestellt, dass eine Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung durch Hebammen mit niedrigen Interventionsraten und hoher Zufriedenheit auf Seiten der Nutzerinnen einhergeht (Wagner, 2003; WHO, 1985; Royal College of Midwifery, 2008). Hierbei ist jedoch die Einschränkung zu machen, dass Hebammen aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation in einer medizintechnisch orientierten Geburtshilfe das biomedizinische Modell von Geburtshilfe vielfach internalisiert haben.

Der Umstand, dass einerseits der weitaus größte Teil Schwangerer einen klinischen Geburtsort wählt, sowie andererseits die guten Ergebnisse der außerklinischen Hebammenarbeit lassen es sinnvoll erscheinen, hebammengeleitete Geburtshilfe im klinischen Setting zu etablieren. Es ist zu vermuten, dass eine Senkung der Interventionsraten und eine stärkere Berücksichtigung der Nutzerinnen dadurch erreicht werden kann. Dieses Ziel wird mit der Implementierung von Hebammenkreißsälen verfolgt. Durch gezielte Schulungen der dort tätigen Hebammen soll dem Problem der Internalisierung des biomedizinischen Modells begegnet werden. Die Evaluation von Hebammenkreißsälen wird zeigen, ob sich die vermuteten Effekte auf das Erleben von Selbstbestimmung und auf die klinischen Interventionsraten erreichen lassen. Erste Ergebnisse deuten darauf hin (Bauer et al., 2010).

5 Individuelle Entscheidungsfaktoren für einen Geburtsort

Die unter Kapitel 3 ausgeführten gesellschaftlichen Einflussgrößen und das in Kapitel 4 dargestellte geburtshilfliche Angebot bilden Rahmenbedingungen für das Gebären in Deutschland. Bei der Betrachtung der Entscheidungskriterien von schwangeren Frauen bei der Wahl des Geburtsorts spielen weiterhin individuelle Einstellungen, Erwartungen und das Wissen rund um die Lebensphase Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine wichtige Rolle. Das folgende Kapitel beleuchtet daher individuelle Faktoren und deren Einfluss auf die Wahl des Geburtsorts.

Green et al. (1990a) führten in England eine Untersuchung durch, um bestimmte, von Hebammen häufig unterstellte Stereotype von Gebärenden zu überprüfen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass weder die Zugehörigkeit zu einer Gesellschaftsschicht noch das Bildungsniveau Rückschlüsse auf die Einstellungen und Wünsche in Bezug auf die Geburt liefert sondern dass diese individuell sehr verschieden sind. Die Entscheidung für oder gegen einen spezifischen Geburtsort scheint heute Ergebnis eines individuellen Entscheidungsprozesses zu sein, bei dem die ärztliche Empfehlung nur noch eine Komponente von vielen ist und nicht mehr den Ausschlag für die Entscheidung gibt (David & Kentenich, 2008). Im Folgenden werden individuelle Faktoren beleuchtet, die Relevanz in Bezug auf die Entscheidung für einen spezifischen Geburtsort haben und von denen zudem angenommen werden kann, dass sie einen wesentlichen Anteil an der Entscheidung haben.

5.1 Bildungsniveau und Informationsstand

Das Bildungsniveau scheint Einfluss auf den Informationsgrad von Frauen über Schwangerschafts- und Geburtsthemen zu haben. Ahner et al. (1996) stellten in einer Wiener Untersuchung fest, dass eine häufige Informationsquelle neben den Freunden populärwissenschaftliche Zeitschriften mit unrealistischen Darstellungen sind. Je höher der Bildungsgrad der Frauen war, desto öfter bedienten sie sich der Fachliteratur. Wie unter 3.2.3 ausgeführt, haben das Internet und TV-Reality-Shows inzwischen einen festen Platz bei der Informationssuche von Nutzerinnen. Die Nutzung dieser Informationsquellen ist jedoch problematisch. Häufig wird ein verzerrtes Bild von Geburtshilfe dargestellt und es werden widersprüchliche Informationen gegeben. Weiterhin können Nutzerinnen oft nicht erkennen, ob es sich um eine seriöse Quelle handelt. In Anbetracht der unter 3.2.2 und 3.2.3 beschriebenen Schwierigkeiten bei der Informationssuche durch Nutzerinnen kommt der Vermittlung von Informationen eine wichtige Rolle zu. Besonders in Hinblick auf die Reduzierung von Geburtsangst ist ein guter Kenntnisstand über Schwangerschaftsablauf und Geburtsvorgang wichtig. Ahner et al. (1996) stellten fest, dass mit einem höheren Wissensstand zu Geburtsthemen die Angst vor der Geburt abnahm. Das Bildungsniveau der Nutzerinnen ist in Bezug auf die Beschaffung von Informationen und die Nutzung von unterschiedlichen Informationsquellen bedeutsam, in Bezug auf Vorstellungen und

Wünsche bezüglich der Geburt konnten Ahner et al. (1996) keinen signifikanten Unterschied nachweisen.

5.2 Ängste

Geburtsängste sind ein weiterer Faktor für das Entscheidungsverhalten von Schwangeren. Bedingt durch Sorgen und Ängste grenzt sich die Wahl des Geburtsorts auf diejenigen ein, von denen man sich am ehesten eine Abmilderung der Ängste verspricht.

Geburtsängste beziehen sich auf verschiedene Aspekte und unterliegen individuellen, gesellschaftlichen und kulturellen Einflüssen. Neben der Angst vor Schmerzen können auch die Angst vor einer Erkrankung oder Schädigung des Kindes, Versagensängste oder die Angst vor Realitätsverlust vorliegen (Geissbühler et al., 2005; Saisto & Halmesmaki, 2003; Neuhaus & Scharkus, 1994). Papst (2003) stellt fest, dass die Erwartung von Geburtsschmerz hauptsächlich von der allgemeinen Geburtsangst abzuhängen scheint. Je größer die Angst vor der Geburt, desto mehr Schmerzen werden erwartet. Vorherige Schmerzerfahrungen aus anderen Kontexten scheinen hierbei die Erwartung starker Schmerzen zusätzlich zu fördern.

Generell scheinen Erstgebärende mehr Geburtsängste zu haben als Mehrgebärende (Rouhe et al., 2009; Geissbühler et al., 2005; Ledermann, 1984). Dies gilt in besonderem Maße für Erstgebärende, die keine Geburtsvorbereitung in Anspruch genommen haben. Beunruhigende Informationen zum Thema Geburt werden als angstauslösend oder –verschärfend von diesen Frauen benannt. In einer Untersuchung von Melender (2002) beschrieben Erstgebärende ihre Angst, während der Geburt den Betreuungspersonen ausgeliefert zu sein. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Auswirkungen der eingeschränkte Selbstbestimmungsrahmen der klinischen Geburtshilfe (siehe Kapitel 3.2) und die damit verbundene Abgabe von Kontrolle auf die Entstehung von Angst haben.

Untersuchungen von Pang et al. (2008) und Rouhe et al. (2009) weisen darauf hin, dass bei Mehrgebärenden die Art und das Ausmaß der Geburtsangst in Zusammenhang mit der vorherigen Geburtserfahrung steht. Frauen mit einem Notkaiserschnitt, Saugglockengeburt oder Periduralanästhesie sowie nach Geburt eines untergewichtigen Kindes, hatten größere Geburtsängste bei einer nachfolgenden Schwangerschaft und äußerten häufiger den Wunsch nach einer elektiven Sectio. Saisto und Halmesmaki (2007) konstatieren, dass das Vorhandensein von Geburtsangst abhängig ist von der Persönlichkeitsstruktur, vorangegangenen psychischen Erkrankungen, niedrigem Selbstwertgefühl, Partnerschaftsproblemen und mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Geissbühler und Eberhard (2002) konstatieren, dass trotz niedriger perinataler Morbiditäts- und Mortalitätsraten und der effektiven Möglichkeiten der medizinischen Schmerzbekämpfung der heutigen Zeit nach wie vor Angst vor der Geburt existiert.

Sie folgern hieraus, dass die moderne und technikorientierte Geburtsmedizin neue Ängste, wie die Angst vor medizinischen Interventionen und dem Ausgeliefertsein an die Technik und das Personal, hervorgebracht hat. Davenport (2008) konstatiert, dass, entgegen der Annahme vieler PraktikerInnen und Nutzerinnen, Technologie die Angst vor der Geburt nicht ausmerzen kann. Dennoch neigen Schwangere dazu, auf Technik zu vertrauen, da diese die Angst vor dem Unbekannten verringert (Davenport, 2008).

Saisto und Halmesmaki (2003) kommen in einem Übersichtsartikel zu dem Schluss, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und sozioökonomische Faktoren wie mangelndes Selbstwertgefühl oder Arbeitslosigkeit das Auftreten von Ängsten zu begünstigen scheinen und dass neben angemessener Schmerzbekämpfung eine Behandlung von Geburtsängsten vor der Geburt sinnvoll erscheint. Weiterhin kann starke Geburtsangst den Wunsch nach einem Kaiserschnitt begünstigen (Rouhe et al., 2009; Pang et al., 2008; Saisto & Halmesmaki, 2003).

Geissbühler und Eberhard (2002) schlagen vor, bei Ängsten während der Schwangerschaft vertrauensbildende Kontakte zur Schwangeren herzustellen und eine gezielte Beratung zur Geburtsplanung anzubieten. Weiterhin sollten die Wünsche der Gebärenden respektiert werden und es sollte ihr eine Auswahl an Schmerzbekämpfungsmaßnahmen angeboten werden. Ultraschall und CTG sollten zudem auf Wunsch auch zu Beruhigungszwecken eingesetzt werden (Geissbühler et al., 2005). Searle (1996) stellte Ähnliches fest. Sie setzte sich in einer Untersuchung zu den Einstellungen von Frauen zur Schwangerenvorsorge mit dem Begriff „Risiko“ auseinander und kommt zu dem Schluss, dass Vorsorgescreeningtests von Frauen als sehr effektiv zur Angstreduzierung bewertet werden und dass Schwangere sich von diesen Untersuchungen einen normalen Schwangerschaftsverlauf bestätigen lassen wollen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Risikowahrnehmung von Schwangeren und das Zutrauen in ihren Körper durch das medizinische Modell der Schwangerenvorsorge beeinflusst werden. Als eine Folge davon schwindet das Zutrauen zum eigenen Körper und eine zunehmende Abhängigkeit von Technologie und Expertenwissen entsteht. Dieses fehlende Zutrauen zur eigenen (Gebär-) Fähigkeit und eine allgemeine Zunahme von Angst vor dem Wehenschmerz wird von Green et al., 2003 bestätigt.

Es ist zu vermuten, dass schwangere Frauen je nach Art und Stärke der Ängste bestimmte Optionen bei der Wahl des Geburtsorts ausschließen oder präferieren. So erscheint es naheliegend, dass eine starke Angst vor Geburtsschmerzen dazu führt, einen Geburtsort zu wählen, der eine breite Palette an Schmerzbekämpfungsmaßnahmen oder die Möglichkeit für einen Wunschkaiserschnitt bietet. Auf der anderen Seite führt die Angst vor medizintechnischen Interventionen und Kontrollverlust vermutlich eher zu der Wahl eines Geburtsorts, der den Aufbau einer Vertrauensbasis zum Personal ermöglicht und sich durch das Bestreben nach Interventionsvermeidung auszeichnet, wie es im Hebammenkreißsaal der Fall ist.

5.3 Erwartungen

Der Begriff der „Erwartungen“ ist zum einem im Sinne von Wünschen an das bevorstehende Geburtsereignis zu verstehen, zum anderen bezieht er sich auf Vermutungen und Annahmen, die Frauen in Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt haben. Beides beeinflusst ihr Entscheidungsverhalten in der Schwangerschaft und ist darüber hinaus in Bezug auf die spätere Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung von Bedeutung (Green et al., 2003). Die Erwartung, dass die Geburt ein unbefriedigendes Ereignis wird, führt nach einer Untersuchung von Green et al. (1990b) mit größerer Wahrscheinlichkeit tatsächlich zu einer negativen Geburtserfahrung. So war beispielsweise die Schmerzwahrnehmung während der Geburt höher bei Frauen, die bereits vor der Geburt negative Erwartungen angegeben hatten. Demgegenüber scheinen positive Erwartungen vor Enttäuschungen stärker zu schützen (Green et al., 1990b). Wie groß der Einfluss von Erwartungen auf das Geburtserleben ist, wird auch von einer Untersuchung von Waldenström (2004) bestätigt. Hier wurde festgestellt, dass Sorgen und Ängste in der Frühschwangerschaft bereits eine negative Auswirkung auf die spätere Beurteilung der Geburt haben.

In einer australischen Untersuchung zu den an die Geburt geknüpften Erwartungen konnten die Erwartungshaltungen von Frauen in positiv und negativ ausgerichtete unterteilt werden. Als positive Erwartungen wurden hierbei die Sicht auf Geburt als ein natürliches Ereignis sowie Teilhabe und Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung genannt. Themenkomplexe, die eine negative Geburtserwartung ausdrückten, bezogen sich auf medizinisch ausgerichtete Geburten und auf Geburtsängste, besonders die Angst vor Schmerzen. Fenwick et al. (2005) konstatierten, dass ein Großteil der befragten australischen Frauen die Geburt trotz steigender Interventionsraten als natürliches Lebensereignis betrachtete. Die Frauen, die der Geburt in Erwartung von Schmerzen und medizinischen Eingriffen entgegensahen, hatten häufig Komplikationen in der Schwangerschaft und waren als risikoschwanger eingestuft. Die Entscheidung, wo eine Frau gebären möchte, wird nach Fenwick et al. (2005) maßgeblich dadurch beeinflusst, ob sie die Lebensphase Schwangerschaft und Geburt als einen riskanten, medizinisch zu überwachenden Prozess wahrnimmt oder ob sie darin einen natürlichen Prozess sieht, den sie selbst meistern kann.

Münstedt et al. (2000) befragten Paare, die zu Kreißsaalbesichtigungen in drei verschiedene deutsche Kliniken kamen, und stellten fest, dass Frauen heute selbstbewusster ihre Erwartungen äußern und dass die Ansprüche zudem extrem gestiegen sind. Hierbei scheinen neben dem Risikostatus auch Alter, Geschlecht, Parität und Angst Faktoren zu sein, die Einfluss auf die Erwartungen haben. Demnach stellen ältere ängstliche Schwangere mit Schwangerschaftsrisiken besonders hohe Ansprüche an Aspekte der medizinischen Ausstattung. Bemerkenswert erscheint hier, dass das Vorhandensein von stärkeren Geburtsängsten zu einem Interesse an moderner medizinischer Ausstattung führt und anscheinend nicht durch eigene Ressourcen,

wie das Körpergefühl, gemindert werden kann. Ähnlich wie Fenwick et al. (2005) es für australische Frauen beschreiben, wird auch in Deutschland eine zwiespältige Erwartungshaltung beobachtet. Auch hier bewegen sich die Vorstellungen in Zusammenhang mit dem Geburtseignis zwischen einer „sicheren Klinikgeburt“, medizinisch und ärztlich überwacht, und einer natürlichen und selbstbestimmten Geburt, möglicherweise sogar im außerklinischen Setting (Rahden, 2004). Aufgrund der niedrigen perinatalen Mortalitätsraten in Deutschland wird nach David und Kentenich (2008) Schwangerschaft und Geburt nicht mehr als große Bedrohung für Mutter und Kind angesehen und daher das ärztliche Eingreifen in der Geburtshilfe in stärkerem Maße als störend erlebt.

Nach einer qualitativen Untersuchung von Gibbins & Thomson (2001) verbinden Schwangere zwei entscheidende Hoffnungen mit der Geburt: Es sollte schnell gehen und die Schmerzen sollten erträglich sein. Von der Betreuung durch eine möglichst aus der Schwangerschaft bekannte Hebamme versprachen sich Nutzerinnen Zuversicht während der Geburt. Hebammen werden von schwangeren Frauen zwar als kompetente Betreuungspersonen für die Geburt betrachtet, dennoch scheinen viele Frauen keine genauen Vorstellungen davon zu haben, in welcher Weise sie bei der Geburt durch Hebammen unterstützt werden können. Die Erwartung, dass die Betreuung durch eine Hebamme eine gute Unterstützung biete und Zuversicht vermittele, basiert demnach auf einer Art Vertrauensvorschuss, den diese Berufsgruppe genießt (Rahden, 2004).

5.4 Sicherheitsbedürfnis

Dem Bedürfnis nach Sicherheit kommt sowohl in der Schwangerschaft als auch bei der Geburt große Bedeutung zu. Weiterhin hat es starken Einfluss auf das Erleben der Geburt (Lütje, 2003). Je nachdem, woraus Sicherheit geschöpft wird, entwickeln schwangere Frauen individuell verschiedene Bedürfnisse in Bezug auf den Geburtsort und die Betreuung. In der Schwangerschaft sind das Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen und die durch die Untersuchungen erhaltene Bestätigung mit einem hohen Maß an Sicherheit assoziiert (Bondas, 2002; Melender & Lauri, 2002, 2001; Ahner et al., 1996; Wimmer-Puchinger, 1994). Unter der Geburt können eine kompetente Hebammenbetreuung, Einbezug der Frau in das Geburtsgeschehen, sowie eine intime Atmosphäre das Sicherheitsgefühl von Gebärenden stärken (Lütje, 2003). Des Weiteren kommt verschiedenen psychosozialen Aspekten bei der Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses Bedeutung zu. Hierzu zählen neben der Unterstützung durch den Partner und das soziale Netz das Wissen über Schwangerschafts- und Geburtsvorgänge sowie positive Geburtsberichte im Umfeld der Schwangeren. Eigene positive Geburtserfahrungen stellen eine besonders bedeutende Sicherheitsquelle dar, stehen aber naturgemäß nur den Mehrgebärenden zur Verfügung (Melender & Lauri, 2002, 2001). Bei der Wahl des Geburtsorts fällt auf, dass Frauen dem Krankenhaus ein hohes Maß an Sicherheit zuschreiben und aus

diesem Grund eine außerklinische Geburt zumeist ausschließen (De Vries, et al., 2001; Fordham, 1997; Kleiverda et al., 1990). Wenn überhaupt, so sind es nach Kleiverda et al. (1990) die Frauen mit einem höheren Bildungsniveau, die sich für einen außerklinischen Geburtsort entscheiden.

Weiterhin wird das Sicherheitsgefühl von den zur Informationsbeschaffung genutzten Medien beeinflusst (vgl. Kapitel 3.2.3). Fenwick et al. (2005) gehen davon aus, dass neben Büchern und Zeitschriften Freunde und Verwandte Einfluss auf die Einstellung zur Geburt als sicheres oder gefährliches Ereignis haben und die Beratung durch Hebammen und ÄrztInnen den Einschätzungen durch Verwandte untergeordnet wird. Sie stellten für australische Frauen fest, dass in der Hauptsache private und öffentliche Diskurse das Meinungsbild prägen. Die Einschätzungen von Risiko und Sicherheit unterscheiden sich hierbei zwischen Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung und ExpertInnen (Kringeland & Möller, 2006). Statistische Wahrscheinlichkeiten bilden bei den wenigsten Nutzerinnen die Grundlage für das Abschätzen der Auftretenswahrscheinlichkeit von Risiken. Die individuellen Einschätzungen von Normalität und Risiko unterliegen nicht nur medizinischen Daten, sondern werden durch diverse Faktoren beeinflusst. Viele Schwangere vertrauen stark auf Expertenwissen und medizinische Messwerte. Daher bedeutet medizintechnische Überwachung für sie Sicherheit und Schutz vor Risiken. Manche Frauen beziehen ihr Sicherheitsgefühl demgegenüber aus ihrem Körpergefühl und dem Vertrauen zu den eigenen Fähigkeiten. Wie bereits dargelegt, schwindet dieses Zutrauen zum eigenen Körper jedoch zusehens.

Die hier dargelegten Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Bewertung von Sicherheitsaspekten ein entscheidendes Kriterium bei der Wahl des Geburtsorts darstellt. In Bezug auf Sicherheit sind für schwangere Frauen Kompromisse kaum bzw. nicht möglich. Vor dem Hintergrund der biomedizinischen Ausrichtung der Schwangerenvorsorge erscheint es nicht verwunderlich, dass es bei der Wahl des Geburtsorts zu einer starken Gewichtung medizintechnischer Methoden kommt und somit die Entscheidung zumeist für einen klinischen Geburtsort fällt. Psychosoziale Betreuungsaspekte werden dem vermutlich untergeordnet. Es kann vermutet werden, dass die Wahl eines klinischen Geburtsorts zwar aufgrund der dort zur Verfügung stehenden medizintechnischen Möglichkeiten geschieht, dies lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass Nutzerinnen auch die *Nutzung* von Medizintechnik wünschen. Möglicherweise wird lediglich das *Vorhandensein* von moderner Medizintechnik aus Absicherungsgründen gewünscht. Das Konzept des Hebammenkreißsaals könnte hier eine passende Alternative darstellen.

6 Entwicklung der Fragestellung

Nachdem im ersten Teil dieser Arbeit gesellschaftliche und individuelle Faktoren sowie die geburtshilfliche Versorgungslage in Deutschland dargelegt wurden, wird im Folgenden ausgeführt, weshalb das Konzept des Hebammenkreißsaals in Bezug auf eine frauengerechte Gesundheitsversorgung bedeutsam erscheint. Anschließend wird die Fragestellung dieser Untersuchung konkretisiert.

6.1 Public Health Relevanz

Bei der Planung und Etablierung von Versorgungsangeboten im Gesundheitsbereich ist der Aspekt der Nutzerinnenorientierung inzwischen ein unbestrittenes Qualitätskriterium. Gleiches kann für die geburtshilfliche Versorgung gelten. Die stärkere Einbindung von Nutzerinnen soll auf der einen Seite die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse sicherstellen, auf der anderen Seite bedeutet Nutzerinnenorientierung aber auch, dass sich die Rolle der Nutzerinnen im Gesundheitswesen bzw. in der geburtshilflichen Versorgungslandschaft verändert. Wo Frauen früher „stumm“ geburtshilfliche Dienstleitungen in Anspruch nahmen, werden sie nunmehr zu Akteurinnen, denen, zumindest formal, ein starkes Mitspracherecht eingeräumt wird (Kolip, 2009). Diese Entwicklung mag den Zielen der Frauengesundheitsbewegung entsprechen, ist aber dennoch nicht unproblematisch, da zum jetzigen Zeitpunkt unklar ist, wie diese neue Rollenzuschreibung von Frauen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ausgestaltet werden kann.

Anknüpfend an die Erkenntnis, dass die meisten schwangeren Frauen sich trotz breit etablierten außerklinischen geburtshilflichen Angebots für eine Geburt im Krankenhaus entscheiden, entwickelte sich das Konzept des Hebammenkreißsaals. Zugrunde liegt hierbei die Annahme, dass die Entscheidung für eine Klinikgeburt der vermuteten höheren Sicherheit dieses Geburtsorts zuzuschreiben ist. Es kann angenommen werden, dass die Entscheidung für eine Geburt im Krankenhaus nicht automatisch mit dem Bedürfnis nach einer medizinisch ausgerichteten und interventionsreichen Geburt einhergeht. Hier knüpft das Angebot des Hebammenkreißsaals an, indem es aufgrund seiner Lokalisation innerhalb einer Klinik dem Sicherheitsbedürfnis nachkommt und gleichzeitig eine interventionsarme Geburtshilfe anbietet, die an den Nutzerinnenbedürfnissen stark ausgerichtet wird. Ob und in welcher Weise Nutzerinnen in dem Angebot diese Aspekte als Vorteile wahrnehmen, ist derzeit unklar. Ebenso liegen keine Erkenntnisse dazu vor, ob das Konzept in seiner jetzigen Form überhaupt das von Frauen gewünschte Recht auf Selbstbestimmung angemessen umsetzt. Auch wenn angenommen und anerkannt wird, dass Frauen sich zunehmend als Kundinnen im geburtshilflichen System wahrnehmen und hohen Wert auf eigenständige Entscheidungen legen, geht dies nicht zwangsläufig mit dem Anspruch einer Verantwortungsübernahme einher, wie dies von Medizinerseite häufig automatisch daran geknüpft wird. Die Übergabe von Verantwortung an die Nutzerinnen stellt unter Umständen eine Überforderung von

schwangeren Frauen dar, da sie aufgrund der ungefilterten Informationsflut auf der einen Seite und der asymmetrischen Verteilung von Fachwissen auf der anderen Seite gar nicht in der Lage sein können, uneingeschränkt die Tragweite geburtshilflicher Vorgehensweisen zu erkennen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist daher zu beleuchten, wie Frauen zwar Akteurinnen im geburtshilflichen Versorgungssystem sein können, dennoch aber nicht zur Selbstverantwortung verpflichtet werden.

Soll dem Präventionsanspruch sowie der Nutzerinnen- bzw. Zielgruppenorientierung entsprochen werden, ist es erforderlich, das Angebot außerdem so zu gestalten, dass es flexibel auf die unterschiedlichen Ansprüche, Risikofaktoren und Ressourcen der individuellen Nutzerin eingeht und diesen gerecht wird. Das Konzept des Hebammenkreißsaals scheint hier gute Anknüpfungsmöglichkeiten zu bieten, da es sich stark an den Bedürfnissen der Nutzerinnen orientiert und eine individuelle Ausgestaltung der Geburt und somit eine Stärkung der Eigenkompetenzen und des Körpergefühls ermöglicht. Nicht zuletzt weist dies auf die salutogenetische Ausrichtung des Konzeptes hin.

Diese Kriterien zu erfüllen, setzt eine hohe Flexibilität des Konzepts voraus, da Frauen im gebärfähigen Alter eine ausgesprochen inhomogene Zielgruppe darstellen. Dies bezieht sich nicht nur auf ihre Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse an geburtshilfliche Betreuung, sondern ebenso auf Risikofaktoren und Ressourcen. Im Sinne einer Zielgruppenorientierung ist es somit wichtig, bei der Ausgestaltung des Versorgungsangebots Hebammenkreißsaal darauf zu achten, dass Frauen mit besonderem Unterstützungs- bzw. Betreuungsbedarf, wie zum Beispiel Alleinstehende, Frauen mit Migrationshintergrund oder Frauen aus bildungsfernen Schichten, von dem Angebot erreicht werden. Auch wenn bei der Perinatalerfassung außerklinischer Geburten weder Sozialstatus noch Bildungsniveau erfasst werden, ist anzunehmen, dass die Angebote der außerklinischen Geburtshilfe die hier genannten Zielgruppen mit besonderem Betreuungsbedarf kaum erreichen. Diese Kriterien stellen jedoch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wichtige Aspekte einer frauengerechten Gesundheitsversorgung dar und sollten daher Einzug in die klassische geburtshilfliche Versorgungslandschaft halten. Das Setting in einem Krankenhaus, welches zur Grundversorgung gehört, ist hier vielversprechend. Es kann davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser von allen Bevölkerungsgruppen des Einzugsgebiets in Anspruch genommen werden und somit ein niedrighschwelliges geburtshilfliches Versorgungsangebot darstellen. Die Erweiterung des Betreuungsangebots um das Konzept des Hebammenkreißsaals kann somit einer weitaus breiteren Bevölkerungsgruppe zugänglich gemacht werden, als dies im außerklinischen Bereich der Fall ist.

Da Geburtserfahrungen für Frauen zu den wichtigsten Lebensereignissen zählen, können sie das Wohlbefinden nicht nur kurz-, sondern auch langfristig prägen. Dieser Umstand untermauert die Notwendigkeit, bei der geburtshilflichen Betreuung von Frauen nicht nur gute Perinataloutcomes anzustreben, sondern psychosozialen Faktoren ebenso großes Gewicht beizumessen. Das Geburtserlebnis hat Einfluss auf die

Mutter-Kind-Bindung und auf die Beziehung zum Partner. Im Falle von negativen Geburtserfahrungen ist außerdem davon auszugehen, dass diese die weitere Familienplanung beeinflussen. Bei der Wahl von Geburtsort und Schmerzbekämpfungsmaßnahmen bei nachfolgenden Geburten führen negative Geburtserfahrungen zu einer stärkeren Nachfrage von Wunschkaiserschnitten und Periduralanästhesie. Die Wahrscheinlichkeit, an einer Wochenbettdepression zu erkranken oder im Verlaufe einer folgenden Schwangerschaft depressive Symptome zu entwickeln, ist bei negativen Geburtserlebnissen in der Vorgeschichte erhöht (Rijnders et al., 2008). Rijnders et al. (2008) stellten in einer niederländischen Untersuchung fest, dass die meisten Frauen drei Jahre nach der Geburt mit der gemachten Erfahrung zufrieden sind. Der Anteil der unzufriedenen Frauen war jedoch mit 16,5% nicht unerheblich. Negative Geburtserfahrungen waren laut Studie assoziiert mit der Angst um die eigene Gesundheit und die des Kindes, keine Wahl bei der Schmerzbekämpfung zu haben und bei der Geburt verlegt zu werden. Weiterhin führte Unzufriedenheit mit der Betreuungsperson zu einer negativen Geburtserfahrung. Demgegenüber hatten soziodemographische Variablen keinen Einfluss auf die Geburtserfahrung. Dies weist darauf hin, dass die Rahmenbedingungen, unter denen Frauen ihre Kinder bekommen, eine entscheidende Einflussgröße in Hinblick auf ein langfristiges Wohlbefinden und ein gestärktes Selbstwertgefühl sind. Demzufolge kommt der Ausgestaltung geburtshilflicher Versorgungsangebote eine zentrale Rolle in Bezug auf eine gesundheitsförderliche und frauengerechte Gesundheitsversorgung zu.

Aus gesundheitsförderlicher Sicht ist es folglich bedeutsam, dass Frauen die Geburt(en) ihrer Kinder als gelungenes und positives Ereignis erfahren. Frauen sollten durch Schwangerschaft und Geburt in der Wahrnehmung ihrer Eigenkompetenzen, wie der Gebärfähigkeit, und in ihrem Körpergefühl gestärkt werden. Wagner (2003) sieht in einer „Demedikalisierung“ der Geburtshilfe den entscheidenden Ansatzpunkt hierfür. Weiterhin konstatiert er, dass die Geburt wieder „privat“ werden muss und der institutionelle Rahmen hierfür kontraproduktiv sei. Wenn man davon ausgeht, dass zur Förderung des intimen Charakters einer Geburt der Schritt aus der Klinik in das häusliche Umfeld für die meisten Frauen der heutigen gebärfähigen Generation nicht mehr gangbar ist, scheint der Hebammenkreißsaal eine sinnvolle Alternative zu sein.

Cignacco (2006) geht in ihrer Einschätzung der Bedeutsamkeit des Geburtserlebnisses noch weiter. Sie kommt zu dem Schluss, dass dies nicht nur in Hinblick auf das individuelle Wohlbefinden der gebärenden Frau bzw. Mutter bedeutsam, sondern von gesamtgesellschaftlicher Relevanz ist. Der gesellschaftliche Umgang mit der Lebensphase um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hat Einfluss auf die Art der geburtshilflichen Betreuung, die angeboten wird und die die Frauen sodann erfahren. Hat sich eine geburtshilfliche Kultur in einer Gesellschaft erst einmal etabliert und verfestigt, lässt sie sich nur noch schwer verändern. Dieser Prozess kann sogar generationenübergreifend sein. So ist das mangelnde Vertrauen in die Gebärfähigkeit des weiblichen Körpers nach Cignacco (2006) kein individuelles Problem mehr, son-

dern auf gesellschaftlicher Ebene zu beobachten. Normale Geburten werden in der Folge als abnormal wahrgenommen, weil nur noch sehr wenige Frauen diese erleben (Cignacco, 2006).

Derzeit liegen kaum Erkenntnisse vor, inwieweit das Konzept des Hebammenkreißsaals den hier beschriebenen gesundheitswissenschaftlichen Anforderungen entspricht. Vorliegende Arbeit lenkt den Focus auf die Perspektive der Nutzerinnen und geht der Frage nach, inwieweit es im Rahmen des Hebammenkreißsaals gelingt, die geforderte Nutzerinnenorientierung umzusetzen.

6.2 Konkretisierung der Fragestellung

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten geburtshilflichen Entwicklung in Deutschland, der individuellen Einflussgrößen und der dargelegten Bedeutung des Geburtserlebnisses aus Public Health-Sicht stellt sich die Frage, welche Faktoren die Entscheidungen von Frauen bei der Wahl des Geburtsorts beeinflussen. Vetter (2009) wirft in diesem Zusammenhang sogar die Frage auf, ob in Anbetracht der Informationsflut die Wahl des Geburtsorts für schwangere Frauen möglicherweise gar eine Überforderung darstellt.

Die eigenständige Entscheidung für einen bestimmten Geburtsort kann als Ausdruck einer aktiven Rolle der Nutzerin verstanden werden, die sich bei der Wahl des Geburtsorts nicht mehr ausschließlich an der ärztlichen Empfehlung orientiert. Bislang liegen wenige Erkenntnisse dazu vor, welche Wünsche, Bedürfnisse und Entscheidungskriterien bei der Wahl zwischen verschiedenen klinischen Geburtsorten zugrunde gelegt werden und welche Erwartungen, über medizintechnische Aspekte hinausgehend, an die klinische Geburtshilfe gestellt werden. Vetter (2009) geht davon aus, dass der Mangel an objektiven und für Nutzerinnen verfügbaren Entscheidungskriterien die Wahl des Geburtsorts massiv erschwert. Nach Fenwick et al. (2005) spielt die Grundeinstellung zu Schwangerschaft und Geburt eine entscheidende Rolle bei der Wahl des Geburtsorts. Hier kann von einem Kontinuum mit zwei Polen ausgegangen werden: Auf der einen Seite die Annahme, Geburt sei ein riskantes und überwachungspflichtiges medizinisches Ereignis und auf der anderen Seite die Sicht auf Geburt als natürliches Lebensereignis, das aus eigener Kraft gemeistert werden kann. Es ist zu vermuten, dass es sich nicht um eine Dichotomie der Einstellungen gebärfähiger Frauen handelt, sondern die Einstellungen der Nutzerinnen sich auf einem Kontinuum bewegen, bei dem beide Pole in vielfältiger Weise zum Tragen kommen.

Dies knüpft an die Frage an, was von der heutigen Generation gebärfähiger Frauen als eine normale Geburt betrachtet wird. Waldenström (2007) stellt fest, dass man sich hierbei häufig mehr daran orientiert, was gebräuchlich ist und häufig vorkommt, und Aspekte der Interventionsfreiheit und ein natürlicher Ablauf nicht mehr zwingend zur Definition einer normalen Geburt gehören. Je häufiger in einem geburtshilflichen System bestimmte Interventionen eingesetzt werden, je länger dies bereits geschieht

und in Abhängigkeit davon, wie stark die angewandte Intervention in den Geburtsverlauf eingreift, desto leichter wird die Intervention als normal bei einer Geburt betrachtet.

Aufgrund der geringen Inanspruchnahme außerklinischer geburtshilflicher Angebote, werden diese bei der Betrachtung der Nutzerinnenperspektive in dieser Arbeit vernachlässigt. Es wird lediglich beleuchtet, welche Gründe zum Ausschluss außerklinischer Geburtsorte führten. Stattdessen wird der Blick auf die klinische Geburtshilfe gerichtet. Hier wird das Konzept des Hebammenkreißsaals in den Fokus genommen. Es stellt bei der klinischen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland eine Innovation dar, da es erstmals Kriterien der Hebammenarbeit explizit ins klinische Setting überträgt. Aufgrund der Seltenheit sowie Neuheit dieses Angebots in der deutschen klinischen Versorgungslandschaft liegen bisher keine Erkenntnisse dazu vor, inwieweit dieses Konzept die Bedürfnisse der Nutzerinnen bedient und Nutzerinnen dieses Konzept als attraktive Erweiterung des klinischen Versorgungsangebots wahrnehmen. Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung existierte lediglich ein Hebammenkreißsaal in Deutschland, am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide. Die im Rahmen dieser Untersuchung gewonnenen Daten stammen somit ausschließlich aus dieser Klinik. Eine detaillierte Vorstellung des untersuchten Hebammenkreißsaals findet sich im Kapitel 7.

Mit dieser Untersuchung soll der Bedeutung von Selbstbestimmung während Schwangerschaft und Geburt aus Sicht der Frauen nachgegangen werden. Obwohl verschiedene Untersuchungen darauf hinweisen, dass schwangere Frauen heute selbstbestimmt und eigenverantwortlich ihre Geburt gestalten wollen (Ahner et al. 1996, Riegl, 1996, Bergmann et al. 2000), scheint sich dies für viele schwierig zu gestalten. Es soll beleuchtet werden welche Betreuungsaspekte es sind, die von Frauen als bedeutsam in Hinblick auf Selbstbestimmung erlebt werden, und ob sie diese im Konzept des Hebammenkreißsaals ausmachen. Weiterhin stellt sich die Frage, ob Frauen, die im Hebammenkreißsaal Reinkenheide gebären, im gewünschten Umfang selbstbestimmt gebären und welche Faktoren sie ggfs. als einschränkend erleben.

Es ist davon auszugehen, dass das Bedürfnis nach Sicherheit einer der Hauptgründe dafür ist, dass nur ein relativ kleiner Teil von Schwangeren sich gegen eine Geburt im Krankenhaus entscheidet (David & Kentenich, 2008). Inwieweit das Konzept des Hebammenkreißsaals dem Sicherheitsbedürfnis von Frauen entspricht, ist allerdings noch unklar. Daher ist zu untersuchen, welche Aspekte im Krankenhaussetting es sind, die Sicherheit vermitteln, und wie Frauen diese bewerten.

In Bezug auf die Entscheidung von Nutzerinnen für den herkömmlichen Kreißsaal oder den Hebammenkreißsaal sind überdies die individuellen biographischen Hintergründe sowie die persönlichen Entscheidungskriterien von Relevanz und sollen daher erkundet werden.

Vor dem Hintergrund der von verschiedenen AutorInnen beschriebenen Einstellungsveränderungen von Frauen während oder nach der Geburt (Rennie et al. 1998, Machin & Scamell 1997; Neuhaus & Scharkus 1994) wurde die Untersuchung im Längsschnittdesign angelegt. So kann erfasst werden, ob die in der Schwangerschaft getroffene Entscheidung für das eine oder andere Kreißsaalmodell auch im Nachhinein Bestand hat und ob die in der Schwangerschaft zu Grunde gelegten Entscheidungskriterien nach der Geburtserfahrung anders bewertet werden.

Folgende Forschungsfragen sollten im Rahmen der Studie beantwortet werden:

- Welche Faktoren beeinflussen die Entscheidung von Frauen für den Hebammenkreißsaal oder den herkömmlichen Kreißsaal?
- Welcher biographische Hintergrund liegt der Entscheidung zugrunde?
- Auf welchen persönlichen Kriterien basiert die Wahl des Geburtsortes?
- Was für Erwartungen knüpfen sie daran?
- Welche Bedeutung haben Selbstbestimmung und Aspekte der Sicherheit bei dieser Entscheidung?
- Wie werden die der Entscheidung zugrunde liegenden Kriterien rückwirkend bewertet?
- Wie wird die getroffene Kreißsaalentscheidung rückwirkend bewertet?

7 Der Hebammenkreißsaal am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation angestellter Hebammen sowie die zunehmende Tendenz zur Pathologisierung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt veranlassten den Bund Deutscher Hebammen (heute DHV) nach neuen geburtshilflichen klinischen Versorgungskonzepten zu suchen. 1998 wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, die auf Grundlage der Erfahrungen internationaler Hebammenkreißsaalmodelle ein Hebammenkreißsaalkonzept, angepasst an die strukturellen Rahmenbedingungen hierzulande, entwickeln sollte. Weiterhin wurde eine Klinik gesucht, die dieses Konzept, unter wissenschaftlicher Begleitung, umsetzen würde (Fuhrmann et al., 2000). Mit dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide wurde eine Klinik gefunden, die bereit war, dieses Konzept zu realisieren, so dass dort der bundesweit erste Hebammenkreißsaal am 1. Juni 2003 eröffnet wurde (siehe auch Kapitel 4.2.2.)

Das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide ist eines von vier Krankenhäusern in Bremerhaven und verfügt über 19 Fachabteilungen, auf die sich rund 700 Planbetten verteilen. Die Stadt Bremerhaven ist der Träger der Klinik. Am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide sind rund 1600 MitarbeiterInnen angestellt, weiterhin verfügt das Klinikum über eine Krankenpflege- und eine Hebammenschule. Außer dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide verfügt ein weiteres Bremerhavener Krankenhaus über eine geburtshilfliche Abteilung. Keine der geburtshilflichen Abteilungen hat eine eigene neonatologische Abteilung. Das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide kooperiert mit einer nahe gelegenen Kinderklinik.

Die jährliche Geburtenzahl lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung bei 752 (2005), bzw. 830 (2006) Geburten. Die Rate der Spontangeburt lag 2005 bei 68,8% und 2006 bei 68,0%. Die Kaiserschnitttrate lag bei 26,6% in 2005 und bei 26,8% in 2006. Diese Raten entsprechen dem niedersächsischen Durchschnitt dieses Zeitraums (Sayn-Wittgenstein et al., 2007).

Das geburtshilfliche Team besteht aus 13 Hebammen, die fast alle in Vollzeit in der Klinik arbeiten. Alle Hebammen hatten zum Zeitpunkt der Eröffnung des Hebammenkreißsaals bereits mehr als zwei Jahre Berufserfahrung. Vor der Implementierung des Hebammenkreißsaals wurden die Hebammen in verschiedenen Tätigkeitsbereichen fortgebildet. So fanden Schulungen zu den Themen Akupunktur, CTG-Interpretation, Geburtspositionen, Nahttechniken sowie Schwangerenberatung statt. Ein Großteil der Hebammen war freiberuflich in den Bereichen Wochenbettpflege tätig. Einige Hebammen boten verschiedene Kurse rund um Schwangerschaft und Geburt im Eltern-Kind-Zentrum der Klinik an. Im Folgenden wird die Umsetzung des Konzeptes Hebammenkreißsaal am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide beschrieben.

Während der Schwangerschaft wurden Frauen und ihre Partner im Rahmen von Kreißaalführungen und der Geburtsvorbereitungskurse des Eltern-Kind-Zentrums der Klinik über die zwei geburtshilflichen Versorgungsmodelle, den üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal und den Hebammenkreißaal, informiert. Weiterhin stand ein Flyer mit Informationen zum Hebammenkreißaal zur Verfügung. Während der Erhebungsphase der Teilprojekte 2 und 4 des Verbunds Hebammenforschung fand außerdem eine Aufklärung über diese Begleitforschung statt, und es wurden Einverständniserklärungen zur Teilnahme durch die Projektmitarbeiterinnen eingeholt. Während einer wöchentlich stattfindenden Hebammensprechstunde konnten sich interessierte Schwangere individuell zur Geburt im Hebammenkreißaal informieren, beraten lassen und anmelden. Weiterhin wurden in dieser Sprechstunde über ein anamnestisches Gespräch die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft, so dass die schwangere Frau erfuhr, ob eine Geburt im Hebammenkreißaal für sie möglich wäre. Dieses Gespräch sollte zwischen der 25. und 30. Schwangerschaftswoche stattfinden. Ein weiteres Vorgespräch, häufig in Verbindung mit einer Schwangerenvorsorge, fand um die 36. Schwangerschaftswoche statt. Hierbei wurde noch einmal geprüft, ob eine Geburt im Hebammenkreißaal möglich ist, und es wurden neu aufgekommene Fragen besprochen. Neben dieser Hebammensprechstunde gab es verschiedene Angebote für die Zeit der Schwangerschaft, so dass diverse Möglichkeiten bestanden, verschiedene Hebammen des Teams kennen zu lernen und einen vertrauten Bezug zur Klinik herzustellen. Hierzu zählten diverse Kursangebote des Eltern-Kind-Zentrums, eine Akupunktursprechstunde sowie Kreißaalführungen und Infoabende.

Kam eine im Hebammenkreißaal angemeldete Schwangere zur Geburt, wurde sie durch eine der diensthabenden Hebammen aufgenommen und betreut. Bei der Aufnahme wird nochmals überprüft, ob die Einschlusskriterien für eine Geburt im Hebammenkreißaal erfüllt sind²⁸. Es wird eine Eins-zu-Eins-Betreuung angestrebt, so dass die Gebärende unter der Geburt von einer Hebamme durchgehend betreut wird. In der Regel kommt zur Geburt des Kindes eine zweite Kollegin hinzu. Da die Hebammen im Schichtdienst arbeiten, erleben die Frauen, in Abhängigkeit von Geburtsdauer und Uhrzeit, einen oder mehrere Hebammenwechsel. Hier wird die Gebärende in die Übergabe einbezogen und es wird angestrebt, dass die Betreuung durch Hebammen übernommen wird, die bereits aus der Schwangerschaft bekannt sind. Sollten während der Geburt Komplikationen auftreten, die die Hinzuziehung eines Arztes/Ärztin erfordern, wird diese/r von der Hebamme hinzugerufen, so dass es zu einer Überleitung in den üblichen ärztlich geleiteten Kreißaal kommt. Diese Überleitung ist weder mit einem Raum- noch Hebammenwechsel verbunden.

²⁸ Schwangere, die sich zur Teilnahme an dem Teilprojekt 2 des Verbunds Hebammenforschung und der damit verbundenen Randomisierung bereit erklärt hatten, wurden zu diesem Zeitpunkt zufällig einem der beiden Kreißaalmodelle zugewiesen. Näheres hierzu findet sich bei Sayn-Wittgenstein et al., 2007.

Während des stationären Wochenbetts wurden die Wöchnerinnen auf der Mutter-Kind-Station betreut. Sofern möglich wurde die Wöchnerin während dieser Zeit von der Geburtshebamme aufgesucht und ein reflektierendes Gespräch über die Geburt geführt. Weiterhin wurde vor der Entlassung ein Hebammengespräch geführt und es wurde empfohlen, die häusliche Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme des Teams in Anspruch zu nehmen. Für die nachgeburtliche Zeit bestand außerdem die Möglichkeit, verschiedene Kurse im Eltern-Kind-Zentrum zu besuchen.

Durch die diversen Beratungs-, Betreuungs- und Kursangebote während der Schwangerschaft, das Bestreben eine Eins-zu-Eins-Betreuung zu gewährleisten sowie die Angebote für die Zeit nach der Geburt wurde angestrebt, eine kontinuierliche Betreuung während der gesamten Lebensphase Schwangerschaft-Geburt-Wochenbett anzubieten. Dies sollte die fehlende personelle Kontinuität unter der Geburt, bedingt durch den Schichtwechsel, abmildern und den Frauen eine Basis für ein Vertrauensverhältnis zur geburtshilflichen Abteilung bieten.

Da der Hebammenkreißaal in Bremerhaven für Deutschland eine geburtshilfliche klinische Betreuungsinnovation darstellte, wurde eine wissenschaftliche Begleitung des Konzepts durch den Verbund Hebammenforschung, gefördert durch das Ministerium für Bildung und Forschung (BMBF), durchgeführt. Der Verbund Hebammenforschung sowie die einzelnen Teilprojekte, die den Bremerhavener Hebammenkreißaal von 2004 bis 2007 beforschten, werden hier nur kurz benannt. Der Verbund Hebammenforschung gründete sich 2004 als einer von vier Pflegeforschungsverbänden im Rahmen des Förderschwerpunktes „Angewandte Pflegeforschung“ des BMBF. Er setzte sich während der ersten Förderphase von 2004 bis 2007 aus drei Kooperationspartnern zusammen: Der Fachhochschule Osnabrück, welche die Teilprojekte 1 und 2 durchführte, der Universität Osnabrück welche das Teilprojekt 3 durchführte sowie der Universität Bremen, an der das Teilprojekt 4 durchgeführt wurde. Die Daten des Teilprojektes 4 stellen die Grundlage dieser Dissertation dar²⁹.

²⁹ Näheres zu den Fragestellungen, Methoden und Ergebnissen der einzelnen Teilprojekte findet sich bei Kolip & Rahden, 2007; Sayn-Wittgenstein et al., 2005; Sayn-Wittgenstein et al., 2007; Schücking et al., 2008.

8 Methodisches Vorgehen

8.1 Methodik der Datenerhebung

Für die Untersuchung wurde aus verschiedenen Gründen ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Die mäßige Kenntnis von entscheidungsrelevanten Faktoren erforderte einen offenen Forschungsansatz, der es ermöglicht den sozialen Kontext, in dem Frauen sich in Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt bewegen, in seiner Vielfältigkeit zu erfassen. Beim derzeitigen Kenntnisstand des Forschungsgegenstandes hätte eine Hypothesenformulierung eine unzulässige Einengung und Festlegung auf einzelne Aspekte bedeutet, verbunden mit der Gefahr, den Antwortspielraum der Befragten im Vorhinein einzuschränken. Damit wäre die Möglichkeit, neue und unerwartete Informationen zu erhalten, vertan gewesen. Im Hinblick auf die Fragestellung war das Aufdecken unbekannter Aspekte jedoch von zentraler Bedeutung. Die Forscherin war deshalb gehalten, unvoreingenommen und offen neu hinzukommende Dimensionen des Untersuchungsgegenstandes in die Forschung zu integrieren. Die gewählte Vorgehensweise ermöglicht eine Generierung von Hypothesen, nicht aber eine Prüfung festgelegter Hypothesen (Lamnek, 2005).

Im Gegensatz zu quantitativen Erhebungsverfahren wird die Forscherin in der qualitativen Sozialforschung nicht als mögliche Störvariable im Erhebungsprozess begriffen, sondern ist Bestandteil des Erkenntnisprozesses. Die von ihr durchgeführte Interaktion im Forschungsfeld, hier im Rahmen der Interviewgestaltung, prägt den Forschungsprozess und mündet im Optimalfall in einen möglichst umfassenden und breiten Erkenntnisgewinn. Hierbei fließen die theoretischen Vorkenntnisse der Forscherin in den Prozess ein und unterliegen im Erhebungsprozess einer stetigen Erweiterung durch die explorativ hinzugewonnenen Erkenntnisse. Um diesen Anspruch der Offenheit zu erfüllen, ist der Forschungsprozess also stets flexibel zu gestalten und darf keinem starren Schema folgen. Dieser flexible Charakter in der Vorgehensweise entspricht dem Wesen des Forschungsgegenstandes, das ebenfalls nicht statisch, sondern einem stetigen Wandel unterlegen ist. Demgemäß muss der Verlauf der Untersuchung stets eng an der sozialen Realität orientiert sein. Dieses Vorgehen bedeutet jedoch nicht, dass keine Orientierung auf ein Ziel vorläge. Im Verlaufe der Erhebung wird der anfänglich weite Blickwinkel gemäß den gewonnenen Erkenntnissen zunehmend auf relevante Bereiche des Untersuchungsgegenstandes ausgerichtet und fokussiert.

Um im Sinne des Explikationsanspruchs (Lamnek, 2005) die Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Interpretation der Daten zu fördern, wird im Folgenden die Vorgehensweise der Datenerhebung möglichst detailliert beschrieben und begründet.

Zur Beantwortung der in Kapitel 6.2 vorgestellten Fragestellung bot es sich an, eine Befragung von Frauen durchzuführen, die eine Geburt im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide planten (eine genaue Beschreibung der angestrebten Stichprobe und

der Einschlusskriterien findet sich im Kapitel 8.1.1). Die Methode des Interviews zeichnet sich durch eine asymmetrische Gesprächsaufteilung zwischen fragender Forscherin und Befragter aus. Kennzeichnend ist hierbei, dass die Forscherin durch das Stellen von Fragen die Befragte zur Informationsweitergabe anzuregen versucht. Hierbei spielt die Art und Weise des Fragenstellens eine große Rolle in Bezug auf die evozierten Informationen. Sowohl die Art der Fragen (offen oder geschlossen) wie auch die Strukturierung des Gespräches haben Einfluss auf den Antwortspielraum der Befragten. Um eine Gesprächssituation zu erzeugen, die möglichst der von Alltagsgesprächen nahekommt, ist die Interviewerin bestrebt Empathie zu zeigen und auf die Aussagen der Befragten einzugehen. Auf diese Weise wird angestrebt, die Gesprächsasymmetrie abzumildern, anerkennend, dass diese nicht völlig aufgelöst werden kann (Lamnek, 2005).

Mit der Methode des problemzentrierten Interviews nach Witzel (2000) wurde für diese Untersuchung eine offene Interviewform gewählt, die sowohl eine theoriegeleitete Forschung als auch ein exploratives Vorgehen ermöglicht. Dies erschien aufgrund der mäßigen Kenntnis relevanter Entscheidungsfaktoren angemessen. Es handelt sich hierbei um mündlich geführte Einzelinterviews. Es wurde eine teilstandardisierte Befragungsweise gewählt, die den Befragten zwar einen möglichst weit gefassten Antwortspielraum geben sollte, dennoch aber eine gewisse Eingrenzung auf die Forschungsfragen mit sich brachte. In Anbetracht der erwarteten großen Datenmenge erschien diese Vorgehensweise sinnvoll, um die Auswertung (siehe Kapitel 8.3) handhabbar zu gestalten. Bei der Formulierung der Fragen wurde auf geschlossene Fragen verzichtet, so dass der Gesprächsfluss der Befragten möglichst nicht eingeschränkt wurde.

Aufgrund des Einsatzes eines Gesprächsleitfadens weisen die Interviews eine Struktur auf, welche eine Vergleichbarkeit der Daten ermöglicht. Weiterhin kann die Forscherin durch Nutzung eines Leitfadens das aufgrund der theoretischen Vorkenntnisse vorhandene wissenschaftliche Konzept im Laufe der Befragung weiter modifizieren. Die Erkenntnis, dass die Forscherin ohnehin niemals ohne jegliches Vorwissen in das Feld geht, sei es durch Alltags- oder Wissenschaftsverständnis, begründet dieses Vorgehen (Lamnek, 2005).

Offene Sondierungsfragen des Leitfadens erfassten die Perspektive der Frauen in ihrer Rolle als Nutzerinnen des geburtshilflichen Versorgungssystems. Von Interesse waren die subjektiven Wahrnehmungen, individuellen Handlungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität, bezogen auf die Lebensphasen Schwangerschaft und Geburt. Neben dem persönlichen Erleben wurde nach den Erwartungen an das Versorgungssystem und der individuellen Ausgestaltung dieser Lebensphasen gefragt. Themenbereiche, die von den Befragten nicht selbst genannt wurden, für die untersuchte Fragestellung jedoch relevant erschienen, wurden durch die Interviewerin im Laufe des Gespräches erfragt. Durch dieses Wechselspiel zwischen induktiver und deduktiver Vorgehensweise wurde gewährleistet, dass die Problem-sicht der Wissenschaftlerin nicht diejenige der Befragten überdeckte und den befrag-

ten Frauen genügend Freiraum zur Schilderung ihrer Bedürfnisse und Entscheidungskriterien gegeben wurde. Das Problemzentrierte Interview folgt hierbei dem Erzählprinzip: Die Strukturierung der Bedeutungen sozialer Wirklichkeit bleiben der Befragten überlassen; lediglich der für die Thematik relevante Problembereich wird durch den Leitfaden eingegrenzt. Das theoretische Konzept der Forscherin wird für die Befragte dabei nicht offen gelegt (Lamnek, 2005).

Das Problemzentrierte Interview lässt sich in verschiedene Phasen unterteilen. Nach einer einleitenden Themenbenennung stimuliert die Interviewerin durch eine allgemeine Einleitungsfrage den Erzählfluss der Befragten. In dieser Untersuchung wurde eingangs gefragt: „Wie kam es zu der Kreißsaalentscheidung? Erzählen Sie mal!“. In Abhängigkeit des dadurch ausgelösten Erzählflusses wurde mit Sondierungsfragen zur Schwangerschaft und zur Geburt weiter gefragt (Interviewleitfäden von t1 und t2 finden sich im Anhang). Hierbei wurde der Befragten der Verlauf des Gesprächs überlassen und weitere Sondierungsfragen wurden flexibel an den Gesprächsverlauf angepasst. In Abhängigkeit von den Themenbereichen, die von der Befragten angesprochen wurden, erübrigte sich das Stellen mancher Sondierungsfragen; andere wurden im Verlauf des Interviews von der Interviewerin flexibel eingebracht. Auf diese Weise entstand ein Wechsel zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen, so dass ein umfassendes Verständnis der persönlichen Sichtweise der Befragten entstand. Die Interviewerin hatte weiterhin die Möglichkeit, durch Einbringen von Erzählbeispielen die Befragte zu einer Detaillierung ihrer Schilderungen zu bewegen und etwaige emotionale Vorbehalte gegenüber einzelnen Themenbereichen abzubauen. Im weiteren Interviewverlauf folgten spezifische Sondierungsfragen, bei denen die Interviewerin durch Zurückspiegelungen oder Verständnisfragen der Befragten die Möglichkeit gab zu überprüfen, ob das Gesagte richtig verstanden und gedeutet wurde. Die Möglichkeit der Konfrontation, wie sie von Lamnek (2005) und Witzel (1989) beschrieben werden, um widersprüchliche Aussagen der Befragten aufzugreifen, wurde selten eingesetzt. So wurde z. B. eine Befragte, die große Angst vor Spritzen als Grund für die Kreißsaalwahl angab, auf ihre Piercings angesprochen. Auf diese Weise wurde die Befragte motiviert, ihre Überlegungen zur Kreißsaalwahl detaillierter darzulegen. Diese Vorgehensweise erforderte eine vertrauensvolle und positive Gesprächsatmosphäre, da das Vorhalten von Widersprüchen sonst zu einer Distanzierung seitens der Befragten hätte führen können (Lamnek, 2005; Witzel, 1989).

Zur Erfassung der Daten werden von Witzel (1989) verschiedene Techniken bzw. Medien empfohlen. Bei dieser Untersuchung wurden ein Kurzfragebogen, zwei Interviewleitfäden (für t1 und t2), ein Aufnahmegerät und ein Postskriptum eingesetzt. Im Folgenden wird auf diese Techniken und die Befragungszeitpunkte näher eingegangen.

Vor Beginn der Datenerhebung wurden die für die Befragung zu t1 (vor der Geburt) und t2 (zwei bis drei Monate nach der Geburt) entwickelten Interviewleitfäden in zehn

Probeinterviews überprüft und modifiziert, bis eine Fassung vorlag, die den Fragenkomplex gut abbildete und für die Interviewerin gut handhabbar war.

Die Interviewleitfäden t1 und t2 enthielten neben je einer Sondierungsfrage folgende, im Hinblick auf die Wahl des Geburtsorts relevante Kategorien:

- Selbstbestimmung
- Sicherheit
- Informationsbedarf
- Personelle Kontinuität
- Unterstützung bei der Geburt
- Räumliche Umgebung

Sofern von den Frauen nicht selbst angesprochen, wurde von der Interviewerin in offener Form nach diesen Kategorien gefragt. So wurde beispielsweise die Frage nach der Kategorie Sicherheit folgendermaßen gestellt: „Was bedeutet für Sie Sicherheit in Bezug auf die Geburt?“ Aufgrund der flexiblen Handhabung des Interviewleitfadens wurden alle im Leitfaden vorgegebenen Kategorien angesprochen; die Reihenfolge unterschied sich jedoch je nach Gesprächsverlauf.

Der erste Befragungszeitpunkt lag in der Schwangerschaft, im letzten Trimenon, wenn eine Entscheidung bezüglich des Kreißaalkonzeptes getroffen war. Die befragten Frauen befanden sich zum Befragungszeitpunkt t1 zwischen der 35. und 40. Schwangerschaftswoche. Aufgrund des unter 8.1.2 beschriebenen schwierigen Zugangs zu schwangeren Frauen der Zielgruppe und der daraus resultierenden späten Rekrutierung lag der Erhebungszeitpunkt t1 mit durchschnittlich 38 Schwangerschaftswochen relativ spät. In der Folge kam es zu zwei Dropouts, weil die Frauen vor dem geplanten Interviewtermin gebaren.

Zur Erfassung von soziodemographischen Daten sowie allgemeinen Angaben zur Schwangerschaft wurde beim ersten Interview t1 zusätzlich ein selbst entwickelter Kurzfragebogen (siehe Anhang) eingesetzt. Dieser wurde von der Befragten vor dem Beginn des Interviews in Gegenwart der Interviewerin ausgefüllt. Diese Vorgehensweise hatte den Vorteil, dass durch das Ausfüllen des Fragebogens bereits ein Gesprächseinstieg gelang. Folgende Daten wurden durch den Kurzfragebogen abgefragt:

- Alter
- Parität, Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt des Interviews
- Fachliche Betreuung der Schwangerschaft
- Schwangerschaftsrisiken laut Mutterpass
- Inanspruchnahme eines Geburtsvorbereitungskurses

- Gewünschtes Kreißsaalmodell, Planung einer ambulanten oder stationären Entbindung
- Partnerschaft
- Schulabschluss, zuletzt ausgeübte Tätigkeit
- Informationsquellen zu Schwangerschafts- und Geburtsthemen

Die Interviews zum Befragungszeitpunkt t2 wurden ab der 8. und bis zur 19. postpartalen Woche durchgeführt. Bei dieser Befragung wurde nach denselben Aspekten wie bei der Befragung zu t1 gefragt, nun aber in Hinblick auf die rückwirkende Bewertung. Weiterhin wurden die Frauen gefragt, wie sie ihre Kreißsaalwahl im Nachhinein beurteilten.

Bei der Erhebung zu t2 wurde von der Interviewerin im Anschluss an das Interview ein Postskriptum (siehe Anhang) angefertigt, welches neben allgemeinen Eindrücken zur Interviewsituation folgende Angaben enthielt:

- Wie viele Wochen liegt die Geburt zurück?
- Wie lange nach der Geburt in der Klinik geblieben?
- Geburtsverlauf
- Geburtsmodus (ggfs. Verlegungsgrund)
- Ggfs. aufgetretene Komplikationen
- Bisheriger Verlauf der ersten Wochen mit Kind und Stillen
- Ggfs. jetzige Beschwerden/Komplikationen, Wohlbefinden

Verschiedene Untersuchungen zeigten, dass der Erhebungszeitpunkt bei Befragungen nach einer Geburt Einfluss auf die Antworten hat. Bei frühzeitigen Befragungen in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt sind die Antworten tendenziell positiver als bei späteren Befragungen (Waldenström, 2004, 2003; Rennie et al., 1998; Bennett, 1985). Ursächlich hierfür ist der Halo-Effekt, welcher insbesondere bei herausragenden persönlichen Ereignissen zu beobachten ist. Negative Aspekte des Ereignisses werden überlagert von der Aufregung und Freude des Augenblicks. Später verblasst der Halo-Effekt und die Erinnerung an das Ereignis verändert sich, so dass auch negative Aspekte wieder deutlicher erinnert werden (Simkin, 1992). Da die Erinnerung an das Geburtseignis grundsätzlich sehr präzise ist, muss nicht befürchtet werden, dass wichtige Details bei einem späten Befragungszeitpunkt vergessen wurden. Im Gegenteil: Negative Aspekte werden mit der Zeit intensiver erinnert, während positive Aspekte unverändert und beständig in der Erinnerung bleiben. Ein zu früher Zeitpunkt nach der Geburt birgt die Gefahr, dass Negatives vielleicht noch nicht erkannt bzw. benannt werden kann. Daher wurde die zweite Befragung (t2) deutlich nach dem stationären Aufenthalt, nach Abschluss des Wochenbetts durchgeführt. Ein späterer Befragungszeitpunkt, ab 6 Monate nach der Geburt, wie

ihn verschiedene Autoren empfehlen (Waldenström, 2003; Rennie et al., 1998; Bennett, 1985), ließ sich aus forschungspragmatischen Gründen nicht umsetzen.

8.1.1 Angestrebte Stichprobe

Da nur Frauen mit einem niedrigen bzw. ohne Ausgangsrisiko im Hebammenkreißsaal gebären können, waren ausschließlich Frauen Zielgruppe dieser Untersuchung, für die laut Risikokatalog des Hebammenkreißsaals im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide eine Geburt im Hebammenkreißsaal möglich war. Weiterhin sollte bereits eine Entscheidung bezüglich des favorisierten Kreißsaalmodells getroffen worden sein. Zur Durchführung der Interviews war es darüber hinaus erforderlich, dass Frauen der Zielgruppe über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten. Daraus ergaben sich folgende Einschlusskriterien:

1. Es liegen nach Risikokatalog des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide keine Risiken vor, die eine Geburt im Hebammenkreißsaal ausschließen.
2. Die Schwangere hat bereits entschieden, in welchem Kreißsaal sie gebären möchte.
3. Die Interviewpartnerin verfügt über ausreichende Deutschkenntnisse für die Durchführung eines Interviews.

Da davon auszugehen ist, dass sowohl das Alter als auch die Parität Einfluss auf die Entscheidungskriterien haben, wurde nach diesen Kriterien gematcht. Pro Kreißsaalabteilung sollten 20 Frauen befragt werden.

Für die Rekrutierung der Stichprobe ergab sich somit folgende Aufteilung:

Tabelle 1: Angestrebte Stichprobe

| | | Hebammenkreißsaal | Herkömmlicher Kreißsaal |
|---------------------|-----------|-------------------|-------------------------|
| < 30 | Nullipara | 5 | 5 |
| | Multipara | 5 | 5 |
| > 30 | Nullipara | 5 | 5 |
| | Multipara | 5 | 5 |
| pro Kreißsaalmodell | | 20 | 20 |
| Gesamt | | 40 | |

8.1.2 Rekrutierung

Der Verbund Hebammenforschung führte zeitgleich im Rahmen des Teilprojektes 2 (siehe Kapitel 7) eine Interventionsstudie mit Randomisierung am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide durch (Sayn-Wittgenstein, 2007). Die Fragestellung dieser Ar-

beit, nämlich die Entscheidungskriterien bei der Wahl des Kreißsaalmodells, ließ sich nicht mit einer zufälligen Zuweisung zu einem Kreißsaalmodell vereinbaren. Die Frage nach Entscheidungskriterien für die Wahl des Kreißsaalmodells wäre bei einer Teilnahme an der Randomisierung hinfällig gewesen. Für die Datenerhebung dieses Projektes kamen somit nur Frauen in Frage, die eine Randomisierung ablehnten, *weil* sie bereits eine Entscheidung bezüglich des Kreißsaalmodells getroffen hatten. Daher wurde die Rekrutierung von Frauen für diese Interviewstudie eng mit dem Teilprojekt 2 abgestimmt. Die Rekrutierung von Schwangeren für diese Untersuchung erfolgte vom 01.01.2005 bis zum 31.03.2006.

In einem Informationsgespräch zur Geburtsanmeldung in der Klinik wurden die schwangeren Frauen über die wissenschaftliche Begleitung des Hebammenkreißsaals und die geplante Interventionsstudie aufgeklärt. Lehnten Schwangere die Teilnahme an der Randomisierung ab, so wurden die Gründe hierfür erfragt. Schwangere, die die Teilnahme ablehnten, weil sie bereits eine Entscheidung bezüglich des favorisierten Kreißsaalmodells getroffen hatten, ansonsten aber gegenüber der Teilnahme an einer Studie aufgeschlossen waren, stellen die Zielgruppe dieser Untersuchung dar.

Ergänzend zur mündlichen Information über die Interviewstudie durch die Mitarbeiterinnen des Verbundes Hebammenforschung wurde den Frauen schriftliches Informationsmaterial (siehe Anhang) zur Studie übergeben. Außerdem wurden die am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide angebotenen Geburtsvorbereitungskurse durch die Forscherin aufgesucht, um dort Schwangere für die Studie zu rekrutieren. Im Laufe der Rekrutierung zeigte sich, dass ein Teil der Frauen, die aufgrund der Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie geeignet gewesen wären, nicht oder nicht frühzeitig genug in der Schwangerschaft erreicht werden konnten um sie in die Untersuchung einzubeziehen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestand am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide kein etabliertes geburtshilfliches Anmeldeverfahren. Somit war der Anteil an Frauen, die sich nicht vor der Geburt in der Klinik anmeldet, deutlich höher als angenommen. Dies betraf in besonderem Maße die Frauen, die sich für den herkömmlichen Kreißsaal entschieden und hiervon wiederum hauptsächlich ältere Mehrgebärende.

Daher wurden ab Oktober 2005 zusätzlich schwangere Frauen in der Akupunkturprechstunde des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide rekrutiert. Die Rekrutierung über Geburtsvorbereitungskurse und Akupunkturprechstunden hatte zur Folge, dass die Schwangeren erst relativ spät in der Schwangerschaft, durchschnittlich in der 36. Schwangerschaftswoche, erreicht werden konnten. Aufgrund der erschwerten Rekrutierungsbedingungen wurde die Rekrutierung um drei Monate bis zum 31.03.2006 verlängert. Insgesamt konnten so 32 Frauen rekrutiert werden, von denen mit 29 Schwangeren je zwei Interviews durchgeführt werden konnten. Zwischen der Rekrutierung und der Durchführung der Interviews kam es zu drei Dropouts (siehe Tabelle 2: Erreichte Stichprobe).

8.2 Durchführung

Mit den Schwangeren, die bei der Rekrutierung für die Studie ihre Bereitschaft zur Teilnahme gegeben hatten und den Einschlusskriterien entsprachen, wurde ein Termin für das erste Interview mündlich oder telefonisch vereinbart. 25 der Interviews zu t1 fanden bei den schwangeren Frauen zu Hause statt. Vier Frauen, die in der Kreißsaalabteilung im Rahmen der Akupunkturbehandlung rekrutiert worden waren, wurden zu t1 in einem der Kreißsaalräume interviewt. Die Interviews zu t2 fanden alle in den Wohnungen der befragten Frauen statt.

Vor Beginn der Interviews zu t1 und t2 wurden die Frauen auf die Notwendigkeit der digitalen Aufzeichnung und späteren Transkription des Interviews hingewiesen und es wurde ihre Zustimmung zu diesem Vorhaben eingeholt. Ferner wurde ihnen Anonymität zugesichert. Daran anschließend wurden die Frauen beim ersten Interview (t1) gebeten, den Kurzfragebogen zu soziodemographischen Daten und Angaben zur Schwangerschaft auszufüllen. Die Dauer der Interviews lag zwischen 20 und 70 Minuten. Während der Datenerhebungsphase wurden die schon vorliegenden Interviewaufzeichnungen bereits transkribiert, so dass mit der Datenauswertung während der Erhebungsphase begonnen werden konnte. Die Erhebung der Daten erfolgte vom 20.01.2005 bis zum 26.06.2006.

Insgesamt wurden 29 Frauen befragt. Auf die einzelnen Zellen der Matchingtabelle verteilen diese sich wie in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Erreichte Stichprobe

| | | Hebammen- kreißsaal | Herkömmlicher Kreißsaal | Dropouts |
|---------------------|-----------|------------------------|----------------------------|----------|
| < 30 | Nullipara | 5 | 5 | |
| | Multipara | 5 | 2 | |
| > 30 | Nullipara | 2 | 5 | 1 |
| | Multipara | 5 | 0 | 2 |
| pro Kreißsaalmodell | | 17 | 12 | |
| Gesamt | | 29 | | 3 |

Bei drei Schwangeren kam es nach der Rekrutierung nicht mehr zum Interview. Zwei Schwangere bekamen vor dem Interviewtermin ihr Baby, eine Schwangere konnte wegen einer aufgetretenen Pathologie den Interviewtermin nicht wahrnehmen.

Alle Frauen, mit denen ein Interview zu t1 geführt wurde, standen auch nach der Geburt für das Interview zu t2 zur Verfügung, so dass es hier zu keinen weiteren Dropouts kam.

Die befragten Frauen waren zu t1 zwischen zwanzig und vierzig Jahren alt. Siebzehn Frauen bekamen ihr erstes, sieben ihr zweites und fünf Frauen bekamen ihr drittes Kind. Leider ist es nicht gelungen, Mehrgebärende über dreißig Jahre, die eine Geburt im herkömmlichen Kreißsaal planten, zu interviewen. Dieser Umstand scheint darin begründet, dass viele Frauen dieser Zielgruppe vor der Geburt keinen Kontakt zur Klinik aufnehmen und somit keine Rekrutierungsmöglichkeit bestand.

Alle befragten Frauen lebten in einer festen Partnerschaft. Fünfzehn Frauen hatten einen Realschul-, acht Frauen einen Gymnasial- und sechs Frauen einen Hoch- bzw. Fachhochschulabschluss. Die beiden Gruppen unterschieden sich nur bei den hoch gebildeten Frauen mit Hoch-/Fachhochschulabschluss: Alle sechs waren aus der Hebammenkreißsaal-Gruppe. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unterschieden sich die Gruppen kaum. Diese verteilten sich wie folgt:

Tabelle 3: Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

| Tätigkeit | Hebammenkreißsaal | Herkömmlicher Kreißsaal |
|---------------------------|-------------------|-------------------------|
| Schülerin/Auszubildende | 0 | 0 |
| Arbeiterin/Facharbeiterin | 2 | 1 |
| Studentin | 0 | 0 |
| Arbeitslose | 1 | 1 |
| Angestellte/Beamtin | 9 | 9 |
| Selbstständige | 1 | 0 |
| Hausfrau | 4 | 1 |

Alle Frauen, die ihre Geburt im herkömmlichen Kreißsaal planten, nahmen an einem Geburtsvorbereitungskurs teil und elf der zwölf Frauen nahmen die geburtsvorbereitende Akupunktur des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide in Anspruch.

Sechzehn der Frauen, die im Hebammenkreißsaal gebären wollten, besuchten einen Geburtsvorbereitungskurs und zwölf von diesen Frauen hatten ebenfalls die geburtsvorbereitende Akupunktur im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide besucht.

Von den siebzehn Frauen, die eine Hebammenkreißsaal-Geburt planten, konnten nur fünf diese vollenden. Bei den anderen zwölf wurde die Geburt im Hebammenkreißsaal zwar begonnen, aber nicht beendet. Die Frauen gaben hierfür folgende Gründe an (hier gab es Mehrfachnennungen):

Tabelle 4: Überleitungsgründe

| Grund für Abbruch Hebammenkreißaal | Anzahl |
|---|--------|
| Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne | 2 |
| Vorzeitiger Blasensprung und Antibiotikagabe | 1 |
| Periduralanästhesie/Oxycotintropf | 5 |
| Vaginale Blutung | 1 |
| Wassergeburt (zum Erhebungszeitpunkt am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide arztspflichtig) | 2 |
| Kaiserschnitt | 2 |
| Unklar | 1 |

Insgesamt gebären sechs der zwölf Frauen, die in dem herkömmlichen Kreißaal die Geburt geplant hatten, spontan, zwei per Vakuumextraktion und vier per Kaiserschnitt. Drei Frauen hatten bei der Geburt eine Periduralanästhesie.

Von den siebzehn Frauen, die ihre Geburt im Hebammenkreißaal anstrebten, gebären fünfzehn Frauen spontan, davon zwei im Wasser (was auch der Grund für die Überleitung in den herkömmlichen Kreißaal war) und zwei bekamen einen Kaiserschnitt, einer davon als Notoperation wegen einer Uterusruptur³⁰. Sieben der Frauen, die im Hebammenkreißaal gebären wollten, bekamen eine Periduralanästhesie. Bei fünf Frauen war dies auch der Grund für die Beendigung der Hebammenkreißaalgeburt, bei den anderen beiden standen andere Gründe bei der Überleitung in den herkömmlichen Kreißaal im Vordergrund.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Gesamtstichprobe nicht der Gesamtpopulation der schwangeren Frauen entspricht, die im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gebären. Besonders in der Hebammenkreißaal-Gruppe war ein überdurchschnittlich hohes Bildungsniveau vorhanden. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit in der Stichprobe nicht repräsentativ ist.

8.3 Auswertungsstrategie

Die Auswertungsmethode sollte eine theoriegeleitete Forschung ermöglichen und außerdem die Theoriebildung und Hypothesenfindung zulassen. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) bietet diese Möglichkeiten, da hier deduktiv an das Textmaterial herangetragene Variablen und induktiv aus dem Material gewonnene Variablen systematisch kategorisiert werden.

³⁰ Reißen der Gebärmutterwand

Die Auswertung erfolgte computergestützt mit dem Textanalyseprogramm MAXqda[®]. Dieses Programm wurde in Orientierung an die Grounded Theory entwickelt und lässt sich bei allen kodierenden Auswertungsverfahren anwenden (Kuckartz, 1999). Eine systematische Auswertung der Primärtexte wurde durch die vielfältigen Möglichkeiten des Programms sehr erleichtert. Hierzu wurden alle 58 Transkripte in das Programm eingegeben und vollständig kodiert. Die Kodierung erfolgte getrennt für die Daten der t1- und t2-Erhebung, so dass zwei Datensätze, unterteilt in je eine Textgruppe³¹ „Hebammenkreißsaal“ und eine Textgruppe „herkömmlicher Kreißsaal“, vorliegen. Bei der Kodierung wurde sowohl deduktiv als auch induktiv vorgegangen, indem neben den durch die Leitfäden vorgegebenen Kategorien weitere Kategorien aus den Texten entwickelt wurden. Das so gewonnene Datenmaterial umfasste für die t1-Erhebung 30 Codes³² und 90 Unter-codes, für die t2-Erhebung 29 Codes und 93 Unter-codes. Aufgrund des beträchtlichen Umfangs des Datenmaterials beschränkte sich die weitere Analyse auf eine Auswahl der Ergebnisse, die in Bezug auf die Wahl des Kreißsaalmodells und zur Darstellung der Nutzerinnenperspektive auf die geburtshilfliche Versorgung relevant erschienen. Zum Vergleich der fallspezifischen Aussagen zu t1 und t2 wurde eine Gegenüberstellung der Aussagen zu den beiden Befragungszeitpunkten durchgeführt. Vereinzelt wurden Transkriptauszüge im Rahmen einer Interpretationsgruppe analysiert.

Im anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse folgender Kategorien vorgestellt:

- Sicherheit
- Betreuung
- Kontinuität
- Selbstbestimmung
- Negative Geburtserfahrung
- Inanspruchnahmeverhalten
- Gründe für die jeweilige Kreißsaalwahl
- Gründe für den Ausschluss von anderen Geburtsorten

³¹ Das Programm MAXqda[®] bietet die Möglichkeit, den Datensatz in Textgruppen und einzelne Untergruppen zu unterteilen, welche dann Sets genannt werden.

³² In dem Programm MAXqda[®] wird die Vergabe von Schlagwörtern bei der Zusammenfassung thematisch vergleichbarer Inhalte als Codes bezeichnet. Diese werden weiter in Unter-codes unterteilt, so dass ein Codebaum entsteht.

9 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Die hier dargelegten Ergebnisse fokussieren zum einen auf die zentralen Aspekte der Forschungsfrage, zum anderen werden diverse Bereiche dargestellt, die aus Nutzerinnenperspektive bedeutsam für eine gute geburtshilfliche Versorgung erscheinen und somit Hinweise für die Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der geburtshilflichen Versorgung liefern. Die Untergliederung der Ergebnisse erfolgt in der Regel nach Befragungsgruppe und -zeitpunkt. Die Kombination von deduktiver und induktiver Vorgehensweise führte zur Generierung neuer Themenbereiche aus dem vorliegenden Datenmaterial. Die vorgestellten Themenbereiche überschneiden sich daher nur teilweise mit den durch die Interviewleitfäden vorgegebenen Kategorien. Nach der Darstellung der Sicherheitsaspekte werden wichtige Betreuungsaspekte beleuchtet und dargelegt, welcher Personengruppe hierbei welche Aufgaben zugewiesen werden. Weiter werden Aspekte der Kontinuität und der Selbstbestimmung vorgestellt, sowie das Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen analysiert. Abschließend wird beleuchtet, welche Gründe für die Wahl des jeweiligen Kreißsaalmodells angegeben wurden, wie die getroffene Wahl rückwirkend bewertet wird und welche Gründe zum Ausschluss anderer Geburtsorte führten.

9.1 Sicherheitsbedürfnis

„Ich würde es nie zu Hause oder nie ohne Krankenhaus, ich geh kein Risiko ein.“

Die Auswertung der Aussagen zum Sicherheitsbedürfnis bestätigt, dass dieses bei allen befragten Frauen eine sehr große Rolle spielt, unabhängig von dem gewählten Kreißsaalmodell. Aus welchen Aspekten Sicherheit geschöpft wird, ist allerdings individuell sehr verschieden. Hier scheint eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Aspekte zwischen Frauen, die den Hebammenkreißsaal und Frauen, die den herkömmlichen Kreißsaal wählten, zu existieren. Im Folgenden wird daher zuerst näher auf die Hebammenkreißsaal-Gruppe eingegangen und anschließend dargestellt, welche Aspekte die Frauen in Bezug auf ihr Sicherheitsempfinden nannten, die sich für den herkömmlichen Kreißsaal entschieden hatten. Abschließend werden die Gründe der Frauen dargelegt, deren Sicherheitsbedürfnis während der Geburt nicht erfüllt wurde.

9.1.1 Hebammenkreißsaal

„Weil ich wusste, dass die weiß, was sie tut.“

Von Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe werden vornehmlich die Kompetenz der Hebamme und ihre einfühlsame Betreuung als Sicherheitsquelle genannt. Die medizinischen Möglichkeiten des Krankenhauses und die Berufsgruppe der ÄrztIn-

nen werden als zusätzliche Absicherung begriffen. Beides soll nur in medizinischen Notfällen in Anspruch genommen werden, ist aber dennoch für viele als Hintergrundabsicherung unerlässlich. Dies wird von den Frauen sowohl in der Schwangerschaft als auch nach der Geburt so eingeschätzt.

„Ja, Sicherheitsaspekt nur in dem Sinne, also zum einen wie gesagt, dass die Hebammen sich dort einfach besser einbringen können als im herkömmlichen Krankenhaus. Das war für mich eigentlich der Sicherheitsaspekt. Dass ich wirklich auf die Erfahrung der Hebamme mehr vertraue als auf den Arzt.“ (HKS01, t1, 97)³³

„Und Sicherheit ist für mich auch, wenn ich im Hebammenkreißsaal entbinde und ich merke, es gibt Komplikationen, dass die sofort irgend nen Arzt oder so hinzurufen könnten, wenn was wäre. Und das gibt mir Sicherheit.“ (HKS12, t1, 39)

„Also ich hab mich sehr sicher gefühlt. Ja gut, dass man im Krankenhaus ist, ja, das ist einem ja bewusst.“ (HKS26, t2, 122)

Gleichzeitig wird auch formuliert, dass die Anwesenheit von Arzt oder Ärztin das Gefühl von Sicherheit nicht erhöhte, sondern mitunter sogar verunsicherte.

„Also nee. Also der Arzt hat mir jetzt nicht mehr Sicherheit gegeben. Also kann ich nicht so, nicht so sagen. Als denn nachher die PDA war, da war denn, also eigentlich hätte der Arzt gar nicht dabei sein brauchen. Hauptsache, ich hab die PDA, da war für mich eigentlich, der Arzt hat im Endeffekt für mich eigentlich gar nicht dabei sein brauchen, weil die Hebamme hat das sowieso alles gemacht so alleine, und das war eigentlich vom Sicherheitsgefühl her nicht, hat mich nicht beeinflusst.“ (HKS15, t2, 110)

„Aber die Ärztin hat daraufhin gedrungen eben sofort abubrechen den Kreißsaal und umzuwandeln, und dass man da eben halt was macht [...]. Und das fand ich denn eben im Nachhinein, also sie hat alles 'n bisschen dramatisiert. Und die Dramatik war so gar nicht da.“ (HKS12, t2, 68)

„Auch an Sicherheit hat nichts gefehlt, also es war jetzt nicht so, dass ich mich sicherer gefühlt hätte, wenn jetzt noch 'n Arzt oder 'ne Ärztin dabei gewesen wär.“ (HKS24, t2, 115)

In Bezug auf die rasche Verfügbarkeit von ÄrztInnen für etwaige Notfälle scheint es weiterhin von Bedeutung zu sein, dass diese eine hohe Qualifikation besitzen.

„Professor ist da, der Oberarzt ist da (*lacht*), und es wird halt irgendwas passieren, da im OP sind alle Ärzte anwesend.“ (HKS21, t2, 130)

Bei den zu t2 gemachten Aussagen in Bezug auf das Sicherheitsbedürfnis ist allerdings zu bedenken, dass für einen Großteil der befragten Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe (12 von 17) die Geburt im herkömmlich ärztlich geleiteten Kreiß-

³³ Erläuterung der Quellenangaben: *HKS* oder *KRS*: Zitierte Frau entstammt der Hebammenkreißsaal- bzw. der herkömmlicher Kreißsaal-Gruppe. Die anschließende *Nummer* bezeichnet die Interviewnummer, *t1* oder *t2* den Befragungszeitpunkt (t1= vor der Geburt, t2= nach der Geburt). Die sich daran anschließende *Zahl* bezeichnet den Absatz im Transkript, dem das Zitat entstammt.

saal endete und somit die Notwendigkeit der medizinischen Absicherung subjektiv bestätigt wurde.

9.1.2 Herkömmlicher Kreißsaal

„Wenn, ich sag mal, der Arzt oder die Ärztin sagt, alles ist in Ordnung, gibt einem das auch noch mal so'n gutes Gefühl“

Die Befragten, die den herkömmlichen Kreißsaal gewählt hatten, bewerteten die ärztlichen Tätigkeiten und den Einsatz von Medizintechnik bei der Geburt deutlich höher. Dies bezog sich sowohl auf ärztliche Routineuntersuchungen, wie auf den Umstand, dass durch die Anwesenheit von Arzt/Ärztin ein schnelleres Eingreifen möglich sei. Hier wurde neben der Kompetenz der Hebamme die des Arztes/Ärztin gleichermaßen als Sicherheitsquelle benannt. Da immerhin sechs der zwölf Frauen eine operative Entbindung erlebten, verwundert es nicht, dass auch im Nachhinein die Tätigkeit der ÄrztInnen und die medizintechnischen Möglichkeiten als sehr wichtig eingeschätzt wurden.

„Ja, ich sag, dass ist das ja mit dem Arzt denn während der Geburt, dass da so jemand da ist, der gleich eingreifen könnte, dass nicht erst einer gerufen werden muss, und gleich so, denn ja, ist gleich jemand zu greifen da, der Bescheid weiß.“ (KRS20, t1, 36)

„Aber ich denke schon, warum soll ich, wenn es die Technik gibt, warum soll ich die nicht nehmen, die hab ich denn doch schon eher gerne.“ (KRS11, t1, 91)

„Die Ärztin hat mir in dem Moment immer nur so die Sicherheit gegeben, dass ich wusste, okay, da ist jetzt noch jemand. Wenn irgendwas ist, die ist sofort da. Weil sie auch einfach, sie war präsent einfach, ne? Also ich hab sie zwar nicht wirklich wahrgenommen, aber immer, wenn ich irgendwo geguckt hab, dann war sie auch irgendwo.“ (KRS25, t2, 88)

Auch bei Frauen, die den herkömmlichen Kreißsaal gewählt hatten, spielte eine hohe Qualifikation von ÄrztInnen, wie sie sich durch eine gehobene Position innerhalb der Klinikhierarchie ausdrückt, eine Rolle.

„Der Oberarzt hat denn auch wirklich noch nach mir geguckt zwischendurch [...], das fand ich gut, na, so Oberarzt, das klingt immer so albern, aber da weiß man trotzdem, gut, der weiß jetzt wirklich, was Sache ist.“ (KRS29, t2, 107)

9.1.3 Gruppenübergreifende Sicherheitsaspekte

„Ich hatte ja meinen Mann dabei, der hat mir die Sicherheit mit gegeben, er war ja dabei, das war ja schon das wichtigste.“

Ein weiterer Sicherheit vermittelnder Aspekt war die Anwesenheit einer Begleitperson bei der Geburt. In der Regel war dies der Partner, mitunter auch Mütter oder Freundinnen (siehe Kapitel 9.3.3). Die Wichtigkeit des Partners für das Sicherheitsgefühl war in beiden Gruppen gleichermaßen vorzufinden.

„Mein Mann war da, der, ja, der meistens nicht viel machen kann (*lacht*) bis auf mal drücken hier und da hab ich, ich hab mich da sicher gefühlt so.“ (HKS16, t2, 60)

Weiter wurden von einigen Frauen in Bezug auf Sicherheit verschiedene Betreuungsaspekte genannt. Eine Sicherheit vermittelnde Betreuung zeichnete sich dadurch aus, dass die Frauen sich umsorgt fühlten und eine beruhigende und angenehme Atmosphäre herrschte.

„Dann hat mir gut geholfen die Hebamme vom Frühdienst, die hat mir sehr viel Mut gemacht, die hat, wie soll ich es, diese ganze Aufklärung und diese Sicherheit, sie hat sich um mich gekümmert, ich kam mir wichtig vor, ich kam mir gut betreut vor, das war das wichtigste für mich, diese Betreuung, das war sehr wichtig.“ (KRS07, t2, 156)

„Und das ist halt einfach, die sind immer ruhig und gelassen. Die werden auch nicht hektisch. Ich werde wahrscheinlich hektisch, oder mein Mann, mit Sicherheit war der hektisch. Und das hat, das gibt so'n Gefühl der Sicherheit einfach.“ (HKS02, t2, 61)

„Und auch, dass die Ärztin einfach immer da war, sie hat ja dann auch immer mal so mit geguckt. Obwohl sie sich sehr zurückgehalten hat. Also die, die ist dann immer nur mal so vorbeigeschwebt. Die hat man beide eigentlich nicht wahrgenommen, und es war unheimlich leise auch. Das hätte ich, vorher hätte ich das so nicht gedacht, da hätte ich schon gedacht, die reden dann vielleicht auch miteinander oder, dass es so'n bisschen lebendiger ist. Aber das war's überhaupt nicht. Das war eigentlich so'ne himmlische Ruhe. Sondern das konzentrierte sich wirklich alles auf uns drei in dem Moment, ne? Also ich hab das als sehr, so weit man dann sagen kann, als sehr angenehm empfunden.“ (KRS25, t2, 82)

Abschließend lässt sich feststellen, dass diverse Aspekte Einfluss auf das Sicherheitsempfinden haben. Bezogen auf die Entscheidung für den Hebammen- oder den herkömmlichen Kreißaal zeichnet sich eine unterschiedliche Gewichtung des Einsatzes von Medizintechnik und der Zuständigkeit von Hebammen und ÄrztInnen als zentrales Kriterium ab. Frauen, die sich für den Hebammenkreißaal entschieden, legten demnach mehr Wert auf die Betreuung durch Hebammen, da sie diese für die kompetentere Berufsgruppe für die Begleitung dieser Lebensphase erachteten. Frauen, die den herkömmlichen Kreißaal wählten, gewichteten zumeist die Zuständigkeit von Hebammen und ÄrztInnen gleich hoch, sahen in den MedizinerInnen je-

doch tendenziell die Hauptverantwortlichen; vor allem, wenn es um Entscheidungen bezüglich des Einsatzes von medizinischen Interventionen ging.

9.2 Fehlendes Sicherheitsgefühl

„Das hat man schon gemerkt, dass die ganz schön angeschlagen waren.“

Auch wenn die Aspekte, die Frauen Sicherheit vermitteln sehr unterschiedlich sind, fühlten sich fast alle Frauen dieser Untersuchung während ihrer Geburt sicher. Dennoch beschrieben wenige Frauen auch Momente, in denen ihr Sicherheitsgefühl beeinträchtigt war:

„Ich hab mich eigentlich immer sicher gefühlt bis auf den Moment, wo ich diese ganz starken Wehen hatte, wo sie [*die Hebamme, Anm. OvR*] sagte, ich soll alleine weiter machen mit meinem Mann [...]. Du kannst mich jetzt hier nicht liegenlassen, ich mag dich zwar nicht besonders, aber trotzdem kannst du jetzt nicht gehen. [...] Nur in diesem einen Moment, wo sie aus der Tür ging, hab ich gedacht, das gibt's jetzt nicht, das kann sie jetzt nicht tun.“ (HKS21, t2,124 & 130)

Hier wird die Bedeutung des Hebammenbeistandes in Bezug auf das Sicherheitsgefühl deutlich. Unter starken Wehen scheint der Beistand der Hebamme unerlässlich, selbst wenn offensichtlich kein guter Kontakt besteht.

Wie oben dargelegt wurde ist die Verfügbarkeit von qualifizierten ÄrztInnen für Notfälle ein zentraler Sicherheitsaspekt. Kommen jedoch Zweifel an deren Arbeitsfähigkeit auf, löst dies verständlicherweise Gefühle der Angst aus:

„Als ich denn nachher Narkose bekommen hab, erstmal sieht man da so'ne müde, müde Ärztin da, und denn hab ich gefragt, wie lange arbeiten Sie [...]. Ja, die hat schon 'ne Schicht hinter sich [...]. Ich so, ist ja echt supi hier [*lacht*], also da hab ich schon 'n bisschen Muffe gehabt, ich so, das sind jetzt zwei Menschen, die so aus dem Schlaf gerissen wurden, die haben beide schon ihre volle Schicht am Tag hinter sich.“ (KRS13, t2, 330)

Bemerkenswert erscheint ferner, dass mit dem aktiv werden von ÄrztInnen sich das Betreuungsverhältnis zur Hebamme verändert. Folgendes Zitat zeigt, dass die Hinzuziehung eines Arztes dazu führt, dass die durch die Hebamme vermittelte Sicherheit schwindet.

„Das Sicherheitsgefühl, was ich sonst in die Hebamme gesteckt hab, was sie mir auch gegeben hat, das hat sie dann 'n bisschen an den Arzt abgegeben. Und der Arzt wollte denn mir Sicherheit geben, aber ja, eigentlich konnte er mir das nicht.“ (HKS15, t2, 118)

Auch wenn die meisten Frauen dieser Untersuchung angaben, dass sie sich während der Geburt jederzeit sicher gefühlt haben, ist zu bedenken, dass „sich sicher“ fühlen nicht gleichbedeutend damit ist, sich gut versorgt und geborgen zu fühlen. Folgende Zitate zeigen, dass Frauen sich mitunter mit wenig zufrieden geben und auch unter starken Wehen genau wahrnehmen, was um sie herum geschieht.

„Es war ja wenn ich Fragen hatte, auch immer jemand da. Die andere Hebamme, die war ja meistens vor der Tür, also die war an dem großen Schreibtisch da, und also, also die wäre denn notfalls ja auch da gewesen. Also richtig unsicher hab ich mich eigentlich nicht gefühlt.“ (KRS 09, t2, 122)

„Ganz dumm gelaufen ist es halt, dass ich auf dem Hocker saß und zwischen zwei Presswehen die Ärztin noch einmal geschaut hat und gesagt hat, oh mein Gott. Das war nicht so angenehm. Sie hat wohl gedacht, ich krieg' das nicht mit, ich hab's aber gehört.“ (KRS30, t2, 74)

Im folgenden Kapitel wird nun näher beleuchtet, welchen Einfluss die Betreuung während der Geburt hat, bzw. welche Aspekte dazu führen, dass Frauen sich gut betreut und geborgen fühlen, bzw. welche Aspekte sich hier ungünstig auswirken.

9.3 Betreuung

In Bezug auf die Betreuung fielen verschiedene Aspekte auf, die im Hinblick auf eine gelungene Betreuung bedeutsam erscheinen. An der Betreuung während der Geburt sind verschiedene Personengruppen beteiligt, die jeweils unterschiedliche Aufgaben erfüllen (sollen). Eine zentrale Rolle nehmen hier die Hebammen und die Begleitpersonen ein. ÄrztInnen werden zwar auch in Bezug auf die Betreuung während der Geburt von Frauen genannt, ihnen werden hierbei jedoch hauptsächlich medizinische Aufgaben zugewiesen. Dies ist in beiden Gruppen gleichermaßen vorzufinden, so dass sich für dieses Kapitel eine Gliederung nach den einzelnen Betreuungsaspekten und nach Betreuungspersonen anbot.

9.3.1 Hebammenbetreuung

9.3.1.1 Präsenz

„Ich war froh, dass sie da war.“

In Bezug auf die Anwesenheit der Hebammen im Geburtszimmer machten die Schwangeren beider Gruppen eher vage Angaben. Erstgebärende gingen davon aus, dass sie, solange alles normal verlief, gerne allein bzw. mit ihrem Partner zusammen sein wollten. Mehrgebärende konnten aufgrund bereits gemachter Geburtserfahrungen etwas besser einschätzen, wie viel die Hebamme bei ihnen sein sollte.

„Also solange es mir gut geht, ist es mir wurscht. Dann muss auch nicht ständig jemand da sein. Dann bin ich auch gern mit ihm alleine. Und genieße das eigentlich.“ (HKS02, t1, 147; Erstgebärende)

„Also wenn ich jetzt mit den Wehen so zurecht komme und hab da kein Bedürfnis nach, dann ist ja vielleicht entspannender, wenn ich jetzt alleine bin mit meinem Partner, wie wenn jetzt die Hebamme dabei ist. Denn wir waren ja fast die ganze Zeit alleine gewesen und im Nachhinein muss ich ja sagen, war das vielleicht auch wesentlich entspannender gewesen, ne.“ (HKS05, t1, 75, Zweitgebärende)

„Wahrscheinlich dann erst zum Schluss, dass dann wirklich immer jemand da ist, und dass man sonst da mit seinem Partner allein ist, so stell ich's mir vor.“ (HKS26, t1, 89, Erstgebärende)

„Aber denn wenn's denn so richtig losgeht doch, dass sie dann wirklich auch da ist und einen noch mal, sag ich mal, beruhigt und weil dann werden die Schmerzen ja auch größer [...]. Also zu Anfang 'n bisschen mehr Ruhe, und denn dass sie wirklich da ist und ja, dass man denn doch nicht selber in Panik verfällt.“ (KRS20, t1, 62, Zweitgebärende)

Bei der Befragung nach der Geburt machten die Frauen viel konkretere Angaben zu ihrem Bedürfnis nach der Anwesenheit der Hebamme. Die Präsenz der Hebamme macht sich demnach nicht nur an der tatsächlichen Anwesenheit im Raum der Gebärenden fest, sondern drückt sich bereits in einer Art ideellen Präsenz aus. Wie oft und wie lang die Hebamme im Raum anwesend sein soll, wird von den Frauen sehr unterschiedlich beschrieben. Neben den individuellen Präferenzen der Frau, scheinen hier die jeweilige Geburtsphase und die Beziehungsqualität die entscheidenden Einflussgrößen zu sein.

„Ich sag, ja, aber du sollst gleich wiederkommen. Also das war mir unheimlich wichtig, dass sie dann da ist, so nach dem Motto, sie weiß, was zu tun ist. Mein Mann, der weiß es ja letztendlich auch nicht. Und es war mir einfach total wichtig, das war schön, dass sie wirklich die ganze Zeit da war.“ (HKS26, t2, 66)

„Und wenn was war, die Hebamme war ja nun auch die meiste Zeit mit im Raum, ich fand das dann aber auch mal ganz schön, dass die eben auch mal rausgegangen ist, dass man doch wieder für sich 'n bisschen Zeit hatte, [...] wenn was war, konnte ich klingeln oder sie rufen oder irgendwas, und dann war sie auch sofort da.“ (HKS14, t2, 65)

„Und dann bin ich in die Badewanne gegangen, und denn hat sie halt auch Kerzen angemacht, und denn hat sie sich neben meine Badewanne gesetzt und hat mich halt beobachtet die ganze Zeit.“ (KRS13, t2, 52)

Einige Frauen beschreiben das gute Gefühl, die Hebamme in der Nähe zu wissen, wobei dies nicht zwangsläufig eine direkte Anwesenheit im Raum voraussetzt. Das Wissen, dass die Hebamme jederzeit und schnell zugegen und ansprechbar sein kann, scheint bereits zu genügen. Weiterhin wird positiv festgestellt, wenn die Hebamme scheinbar ein Gespür dafür hat, ob und wie viel Präsenz von ihr erwartet bzw. gewünscht wird.

„Dass sie immer wieder reinkam und fragte, ist alles okay. Und wenn nicht, dann ist sie wieder gegangen. Oder brauch ich was, will ich noch zu trinken. War einfach, wie im Hotel.“ (HKS01, t2, 55)

„Also man hat so richtig das Gefühl gehabt bei der so, nachdem wir uns dann 'n bisschen kennen gelernt hatten, das geht ja auch ganz schnell eigentlich. Sie blieb dann auch immer relativ lange im Zimmer [...]. Und so fand ich das unheimlich angenehm. Sie machte dann, räumte dann irgendwas oder so, wenn sie merkte, oder blieb dann'n Moment bei einem sitzen. Irgendwie hat sie alles eigentlich richtig gemacht.“ (HKS05, t2, 74)

„Mit Worten, und ihr Dasein, ne? Dass sie einfach da war, das hat mir viel Sicherheit gegeben.“ (HKS26, t2, 68)

Mit Zunahme der Wehenstärke wird in der Regel auch mehr Präsenz gewünscht, da die Hebamme dann, neben Zuspruch und Lob, konkrete Hilfestellungen geben soll.

„Was ich schade fand, ich hatte mir das 'n bisschen anders vorgestellt, ich hab gedacht, die Hebamme ist noch mehr da. [...] ich hab irgendwie, glaube ich, 'n bisschen falsch geatmet. Wenn ich, wenn sie da war, und irgendwie noch'n bisschen geholfen hat, die Hand noch mal, hierhin atmen, denn ging das ganz toll. Nur alleine, ich glaub, ich hab mich immer 'n bisschen verkrampft.“ (KRS29, t2, 14)

Mit dem Bedürfnis nach dauerhafter Anwesenheit der Hebamme bei fortgeschrittener Geburt geht häufig das Bedürfnis einher, von der Hebamme konkrete Anweisungen zu erhalten. Dies bezieht sich auf die einzunehmende Position, die Atmung und etwaige Untersuchungen.

9.3.1.2 Direktive Betreuung

„Ja, da braucht man dann jemanden schon, der einen bestimmender dann in die Richtung lenkt.“

Bereits vor der Geburt wurde von Frauen beider Gruppen angegeben, dass sie es als hilfreich einschätzen, Verhaltensanweisungen zu erhalten. Diese Einschätzung wurde sowohl von Erst- als auch von Mehrgebärenden getroffen.

„Aber wenn mir jetzt jemand sagt, so es hilft dir oder es hilft deinem Kind oder es muss sein, weil. Dann würde ich schon sagen, ja, dann mach.“ (HKS14, t1, 126)

„Ich bin ganz entscheidungsunfreudig. Also mir ist immer damit geholfen, wenn mir jemand Entscheidungen abnimmt und in solchen Stress- und Extremsituationen sowieso. [...]. Mir wird es immer helfen, wenn die Hebamme mir sagt, mach mal das oder probier mal das, dass ich nicht in diese Stresssituation komme, mich auch noch entscheiden zu müssen.“ (HKS23, t1, 10)

„Es geht darum, dass einer wirklich sagt geradeaus wie es geht. Dass einer sagt: ‚Jetzt machst du dies, dies, dies, dies.‘ [...]. Weil so unerfahren, du weißt ja gar nicht wann du pressen sollst, du weißt nicht was du machen sollst, aber dass einer daneben steht und dir genau sagt: ‚Mach dies, mach dies.‘“ (KRS07, t1, 187)

„Also ich kann dann eher so gut mit klaren, nüchternen Anweisungen irgendwo umgehen, aber es muss halt schon jemand da sein.“ (KRS25, t1, 79)

Diese Einschätzung hatte sich bei der Befragung nach der Geburt bestätigt. Je weiter die Geburt fortgeschritten war und je stärker die Gebärende von den Wehen beeinträchtigt war, desto hilfreicher wurde es empfunden, von der Hebamme deutliche Anweisungen zu erhalten.

„Jetzt hast du gar keine Wahl mehr, jetzt machst du das einfach so'. Wo ich denn auch dachte, gut, das brauchst du jetzt auch, du musst jetzt jemanden haben, der dir sagt, was du jetzt machen sollst.“ (HKS14, t2, 107)

„Also es tut auch gut, wenn da 'ne Hebamme klar ihre Meinung äußert und nicht alles offen lässt. Weil man ist ja Laie in dem Moment und hat nicht so die Erfahrung. Und das fand ich dann schon gut, dass sie das 'n bisschen bestimmender gesagt hat.“ (KRS13, t2, 184)

Das Bedürfnis, während fortgeschrittener Geburt sich der Leitung durch die Hebamme zu fügen, erfordert ein grundlegendes Vertrauen in die Kompetenz der Hebamme. Folgendes Zitat zeigt, dass in diesem Fall sogar das Durchführen eines Dammschnitts ohne vorherige Rücksprache akzeptiert wird.

„Also es war, sie hat geschnitten, 'n Dammschnitt gemacht, und das wollte ich eigentlich nicht, das war mein größter Alptraum vorher [...]. Und sie [*die Hebamme, Anm. OvR*] hat's dann einfach irgendwann gemacht, weil sie [*das Baby, Anm. OvR*] auch sehr groß war, es musste sein. Und sie hat's aber auch nicht vorher gesagt, weil dann hätte ich, glaube ich, auch angefangen zu diskutieren. Und das war genau richtig, das war sehr schön.“ (HKS24, t2, 36)

9.3.1.3 Lob/Zuspruch

Im Hinblick auf das Gefühl, gut betreut und umsorgt zu sein, erwies es sich für die meisten Frauen als wichtig, gelobt zu werden und Zuspruch zu erhalten. Bei der Befragung in der Schwangerschaft wurde von keiner Schwangeren angegeben, dass dieser Aspekt für sie wichtig sei, hier wurde lediglich von einigen geäußert, dass die Hebamme sympathisch sein sollte.

„Wenn jetzt eine freundliche Hebamme reinkommt und sie gibt mir dieses Gefühl, dass sie mich versteht, dass sie auf mich eingeht, dann hab ich bestimmt keine Probleme zu klingeln, zu sagen, wenn sie auf mich eingeht. Aber wenn eine mit so'nem Gesicht reinkommt, dann denk ich schon: ‚Aha. ‘. Dann merk' ich ja natürlich schnell was los ist. Und dann traut man sich halt nicht, ne. Und das ist wichtig.“ (KRS07, t1, 116)

Bei der Befragung nach der Geburt zeigte sich, dass Lob und Zuspruch wichtige Betreuungsaspekte waren, deren Erfüllung den Hebammen und Partnern zugeschrieben wurde.

„Jedenfalls hab ich denn so ihre Hand gesucht, und sie hat auch sofort meine Hand genommen und hat sofort festgehalten und hat meinen Arm gestreichelt und mich beruhigt, und komm, das schaffst du. Und ich war auch so ganz jämmerlich, [...] ich dachte, ich schaff' das ohne PDA, jetzt muss ich doch, ‚ja, macht nichts, du bist trotzdem ganz tapfer, und ganz toll machst du das‘.“ (HKS15, t2, 78)

„[*Name Hebamme*] hatte mich ganz doll in Arm genommen und gedrückt während der [*venöse Zugang, Anm. OvR*] gelegt wurde, und dann war das in Ordnung.“ (HKS19, t2, 4)

„Dass sie einfach nur gesagt hat, das machst du gut, und das klappt, und ist bald geschafft und, ja, das tat gut.“ (HKS26, t2, 68)

„Also mir war das denn schon bewusst, dass ich zwischenzeitlich gemeint hab, oder ich hatte so das Gefühl, ich kann nicht mehr, und ich will nicht mehr. Aber ich weiß, sie [*die Hebamme, Anm. OvR*] hat mich also immer dazu gekriegt einfach doch weiterzumachen und irgendwie so den Ehrgeiz zu haben, auch weiterzumachen.“ (KRS22, t2, 106)

„Er [*der Partner, Anm. OvR*] war einfach, er saß an meiner Seite. [...]. Er hat meine Hand gehalten. [...] er hat Waschlappen auf meiner Stirn immer wieder erneuert, kalte Waschlappen.“ (HKS08, t2, 90)

„Und mein Mann hat mich da auch positiv unterstützt, hat gesagt, man das ist ja supertoll, wie du das gemacht hast so.“ (KRS04, t2, 130)

9.3.1.4 Feinfühligkeit

Da die Gebärenden unter starken Wehen häufig nicht mehr viel kommunizieren wollten und konnten, wurde es als positiv geschildert, wenn die Hebamme die Bedürfnisse der Gebärenden auch ohne Worte wahrnahm. Diese Fähigkeit wurde mit der Erfahrung der Hebamme und ihrer Kompetenz erklärt.

„Die hat auch gemerkt irgendwie, ja, so wie mir das eigentlich gefällt, oder dass ich auch nicht so der Typ bin, wo die Hebamme irgendwie immer daneben sitzen muss oder so. Sie hat auch immer gefragt, ob alles okay ist oder gesagt, gut, wenn irgendwas ist, dann ist sie da, wir können sie jederzeit holen und so, doch, ist echt gut verlaufen. [...] Irgendwie hatte ich das Gefühl, sie hat auch so das Feingefühl, dass sie gemerkt hat so, wie man das so braucht.“ (HKS18, t2, 5 & 96)

„Also sie wusste genau, was sie sagen musste, auch während dieser ganzen Orgie dann mit der PDA, wusste sie genau, was sie sagen musste, um mir 'n gutes Gefühl zu geben, mich zu beruhigen, und dass es okay ist und so. Also ganz, ganz gut für mich. Menschenkenntnis vielleicht.“ (HKS23, t2, 133)

9.3.2 Ärztliche Betreuung

„Der Arzt, der guckt ja nur zwischendurch rein“

9.3.2.1 Einschätzung vor der Geburt

An die Betreuung durch die Berufsgruppe der ÄrztInnen werden von den Frauen andere Erwartungen gestellt als an die Hebammen. Sowohl in Bezug auf die Präsenz im Geburtsraum als auch in Bezug auf die Tätigkeiten und Aufgaben wurden deutliche Unterschiede beschrieben. So war den meisten Frauen bereits in der Schwangerschaft klar, dass die Präsenz der MedizinerInnen im Geburtsraum deutlich geringer als die der Hebammen sein würde. Diese Erkenntnis formulierten Erst- und Mehrgebärende gleichermaßen.

„Also bei der ersten Entbindung hab ich die Ärztin dreimal gesehen, bei der Aufnahme, einmal als sie mir den Zugang gelegt hat und dann noch mal als das Köpfchen schon fast draußen war. Und dann hat sie mich genäht, und das war's.“ (HKS24, t1, 8, Zweitgebärende)

„Ich hab schon gehört, der Arzt ist ja eigentlich nicht so oft dabei. Ich sag mal, der ist am Anfang da und am Ende da, die meiste Zeit, und guckt vielleicht zwischendurch noch mal rein, aber die meisten Zeit sind ja eigentlich schon die Hebammen da. Und sobald es Komplikationen gibt, ist er auch da.“ (KRS11, t1, 47; Erstgebärende)

Von den ÄrztInnen wird erwartet, dass sie den Geburtsablauf aus medizinischer Sicht begleiten und entscheiden, ob und wann Interventionen durchgeführt werden. Bemerkenswert erscheint hier, dass diese Einschätzungen sowohl von den Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe als auch von Frauen, die den herkömmlichen Kreißsaal gewählt hatten, getroffen werden. Die jeweilige Entscheidung für das eine oder andere Kreißsaalmodell weist darauf hin, dass unterschiedliche Schlüsse aus dieser Erkenntnis gezogen werden.

„Stell ich mir so vor, dass der Arzt halt ja, mehr oder weniger im Hintergrund ist und dann halt nur dazu kommt, wenn eben irgendwas ist. So stell ich mir das vor, ich weiß es nicht, aber so stell ich mir das halt vor.“ (KRS09, t1, 38; Erstgebärende)

„Genau, und wo ich dann sagen könnte, also ich hätte das jetzt aber gern, und letztendlich entscheidet das vielleicht nicht die Hebamme, sondern dann doch der Arzt.“ (KRS25, t1, 34; Erstgebärende)

„Also eigentlich ist ja der andere Kreißsaal auch überflüssig, es sei denn, es treten Komplikationen auf. Also das reicht ja, eigentlich braucht man ja nur den hebammengeleiteten Kreißsaal. In den meisten Fällen kommt der Arzt ja nur dazu, guckt über die Schulter und geht wieder.“ (HKS23, t1, 8; Erstgebärende)

9.3.2.2 Beurteilung nach der Geburt

Die nach der Geburt getroffenen Aussagen zeigen, dass die Einschätzungen in der Schwangerschaft zutreffend waren. ÄrztInnen werfen einen medizinischen Blick auf den Geburtsablauf und treffen hauptsächlich Entscheidungen. Diese betreffen geburtshilfliche Interventionen wie den Einsatz eines Wehentropfes, das Öffnen der Fruchtblase, die PDA oder eine operative Geburtsbeendigung. Von ÄrztInnen angeordnete Interventionen werden hierbei akzeptiert und es wird nicht zwingend erwartet, dass die ÄrztInnen Frauen in die Entscheidung mit einbeziehen, so wie es von Hebammen erwartet wird. Beziehungsaufbau und „Soft Skills“ werden nicht bzw. kaum von ÄrztInnen erwartet.

„Haben mich auch nicht groß kontaktiert. Also die [Ärzte, Anm.OvR] haben praktisch nur gemacht. Zu denen hat man eigentlich kaum ein Verhältnis aufgebaut. Das war eigentlich, die, die haben einem nur die Entscheidungen, nach

dem Motto: Wir, wir machen jetzt`n Kaiserschnitt und dann war`s das auch.“ (HKS01, t2, 125)

„Da sagte sie [*die Ärztin, Anm.OvR*] nur ja, denn krieg´ ich jetzt erstmal irgendwie 'n Schmerzmittel in die Vene und einmal eine in die Braunüle, und wenn das nicht geht, kommt noch die PDA jetzt noch dazu. Und da hab ich nur gesagt hier so ne, ‚will ich nicht, PDA läuft nicht‘. Und denn sagte sie so ‚ja, muss aber‘.“ (HKS12, t2, 12)

„Die Naht, und ja, bei der PDA, wie gesagt. Aber ansonsten hab ich da eigentlich nicht viel von mitbekommen. Sie [*die Ärztin, Anm.OvR*] war auch mal mit im Raum, und sie guckte auch mal, und, wie gesagt, hat auch mal untersucht, aber so als solches, hab ich auch nur gedacht, muss 'ne Ärztin halt machen, solche Sachen.“ (HKS14, t2, 183)

„Und ärztlicherseits ja, war's so, wie ich mir das vorgestellt hab, man sieht sie eigentlich nur, wenn es dann wirklich zum Ende losgeht, oder wenn irgendwas eben nicht planmäßig ist und sonst nicht so, ja.“ (KRS04, t2, 178)

„Ja. Also, also ich fand halt auch den, den [*Name Arzt 1*] sehr nett, war sehr nett zu mir, war sehr vorsichtig, sehr höflich, aber natürlich da, da baut sich nicht dieses Vertrauensverhältnis so doll auf, aber das hab ich auch gar nicht erwartet. Mir hat das auch gereicht.“ (KRS22, t2, 112)

Von den Frauen werden diese Entscheidungen zur Durchführung von Interventionen immer als medizinisch notwendig akzeptiert, mitunter sogar erhofft und als Erleichterung empfunden.

„Als es eben halt nicht geklappt hat mit der PDA, da hat er eben ganz klipp und klar gesagt, so und so machen wir das dann. [...] Dieses Gefühl dann, dass er eben sagt, so wird das jetzt gemacht, und es war ja abzusehen, dass es dann eben halt bald vorbei ist dann. Das fand ich schon, schon ganz gut.“ (KRS09, t2, 166 & 170)

„Kämpf´ ich mich da über zwölf Stunden lang mit einem Zentimeter rum, und dann zack. Wahrscheinlich weil ich jetzt nun die Gewissheit hatte, jetzt tut sich was, jetzt kommt die Ärztin.“ (HKS08,t2, 10)

Einige Aussagen der befragten Frauen zeigen, dass die Berufsgruppe der ÄrztInnen ein hohes Ansehen genießt und ÄrztInnen, vor allem in gehobener Position, eine Autorität darstellen. Vor diesem Hintergrund wird es besonders kränkend erlebt, wenn ÄrztInnen an der Intensität der Wehen zweifeln.

„Ärzte, sind trotzdem alle supernett und hilfsbereit, aber sind doch Ärzte, also sind irgendwie noch so, noch so'n Stückchen höher, und man kriegt irgendwie das Gefühl, die sind dann wirklich nur für irgendwas anderes zuständig.“ (KRS30, t2, 109)

„Ist verwunderlich‘ hat er gesagt, ‚bei so kurzen und schwachen Wehen solche Schmerzen, das ist verwunderlich‘. Und da hat er sich [*lacht*] denn Minuspunkte bei mir mit gemacht in dem Moment, na ja.“ (HKS19, t2, 74)

„Um Gottes Willen, jetzt kommt für dich 'n Professor aus'm Bett, weil du irgendwie 'n bisschen Blutungen hast, das war mir peinlich, war mir das. Und das hat er wohl irgendwie verkehrt verstanden. [...] Aber dann hab ich mich

bei ihm irgendwie entschuldigt, obwohl ich mich ja gar nicht, für nichts entschuldigen muss, ne?“ (HKS21, t2, 65)

Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Frauen die Präsenz und die Aufgaben der ÄrztInnen während der Geburt realistisch einschätzten. Auffallend erscheint, dass von den MedizinerInnen kaum soziale Kompetenzen erwartet wurden. Ärztlich getroffene Entscheidungen wurden zumeist akzeptiert, ohne sie zu hinterfragen, selbst, wenn sie nicht den eigenen Vorstellungen entsprachen und zudem kaum kommuniziert wurden.

9.3.3 Begleitpersonen

9.3.3.1 Einschätzung vor der Geburt

„Mein Mann an meiner Seite. Und dass ich weiß, es ist 'n Arzt da.“

Alle Frauen dieser Untersuchung planten, ihren Partner bei der Geburt dabei zu haben. Bei der Befragung in der Schwangerschaft wurde auf die Frage nach Sicherheitsaspekten der Partner häufig an erster Stelle genannt. Weiterhin wird die Begleitung durch den Partner als wichtig eingeschätzt, weil somit auf jeden Fall eine vertraute Person zugegen ist, die sich, falls nötig, für die Interessen der Gebärenden einsetzen kann. Konkretere Vorstellungen, welche Aufgaben der Partner bei der Geburt übernehmen sollte, wurden nicht formuliert, im Gegenteil, einige Frauen vermuteten, dass die Hebamme die kompetentere Unterstützerin sein würde.

„Also ich fühle mich sicher, wenn mein Partner dabei ist, das ist erstmal so, da fühle ich mich sicher, wenn er hinter mir steht, steht jemand hinter mir.“ (HKS15, t1, 106)

„Einfach 'ne vertraute Person, gut, wenn der Partner da ist, natürlich, dem vertraue ich, aber die Hebamme ist dann da ziemlich, führen kann oder leiten kann, die weiß auch, wie's geht oder was, also als Bezugsperson doch. Partner hin oder her, aber.“ (HKS28, t1, 77)

„Ja, mit die wichtigste Rolle. Ich könnt´ mir das überhaupt nicht vorstellen, dass er vielleicht nicht dabei wär´. Das wär´ echt schrecklich. Ja, wirklich.“ (KRS10, t1, 104)

„Also für mein Sicherheitsgefühl an sich ist auch wichtig, dass mein Partner mit dabei sein kann. Also das finde ich schon gut, zumindest jetzt, wie es nachher ist, weiß ich ja nicht. Aber jetzt wär´ das so'ne Sache, wo ich sag, also ich könnte es mir gar nicht anders vorstellen, das irgendwie alleine da durchzuziehen, also das finde ich schon gut.“ (KRS25, t1, 66)

9.3.3.2 Beurteilung nach der Geburt

„Und er hat dann tatsächlich auch die Nabelschnur durchgeschnitten, da hab ich mich auch gewundert.“

Der Beistand durch die Partner wurde als sehr wichtig erlebt und die Unterstützung durch den Partner wurde sehr vielfältig geschildert. Zum einen war es die Ermutigung und der Zuspruch, der den Gebärenden half, zum anderen aber auch ganz konkrete Unterstützung durch Massagen oder durch Anleitung bei der Atmung.

„Er war einfach, er saß an meiner Seite. Er hat meine Hand gehalten. [...] Er hat Waschlapen auf meiner Stirn immer wieder erneuert, kalte Waschlapen.“ (HKS08, t2, 90 & 94)

„Dass ich eben halt nicht alleine dabei saß, also von meinem Mann's Seite eben halt, ja klar, der konnte nicht viel machen, der hat mir den Rücken gestreichelt unter den Wehen oder so, aber alleine dass ich auch die Treppen, er ist mit mir die ganzen Treppenstufen hoch und runter gelaufen. Und er hat in der Badewanne daneben gesessen und hat sich mit mir unterhalten, auch über Sachen, um mich davon 'n bisschen abzulenken, dass ich da nicht immer dran denke, dass ich jetzt gerade Wehen habe oder so.“ (HKS12, t2, 94)

„Mmh, war 'ne ganz große Hilfe, hab ich nie gedacht. War ich auch, oder bin ich immer noch ganz stolz auf ihn. Also er hat immer mich unterstützt, hat mit weggeatmet und ganz toll. War immer da, ja, sei es Hand gehalten oder wirklich gesagt, schön atmen und tief atmen, die ganze Zeit durch, ganz toll.“ (HKS26, t2, 100)

Darüber hinaus gab es der Gebärenden Sicherheit, wenn der Partner sich für seine Frau einsetzte, indem er die Geburtssituation gewissermaßen überwachte und mitunter sogar Aufgaben des geburtshilflichen Personals übernahm.

„Und also muss ich echt sagen, für ihn, also für mich war er aber auch so der Wichtigste. Weil die Hebamme so, er hat dann auch gesagt, dass, er hat geguckt und sagt, das blutet ja noch total nach, und dann hat er nach 'ner Stunde halt drauf bestanden auch, dass der Oberarzt kommt.“ (KRS04, t2, 69)

„Und denn sagte [*Name Arzt*] auch gleich, das wird so nichts so, und ich sag´, was soll ich denn machen? Und sagt [*Name Partner*], nun warten sie doch mal ab, sie hat das doch bisher sehr gut gemacht so, und jetzt, und denn hat er gesagt so, du machst jetzt dies und das, und also weder die Hebamme hat was gesagt, noch die Ärzte, noch der Oberarzt, sondern [*Name Partner*] hat mir dann nachher gesagt, wie ich atmen soll, und dann hat das geklappt so. Und denn hab ich gedacht, das ist eigentlich ziemlich arm hier, wie das so läuft.“ (KRS04, t2, 94)

„Also ich wusste ja auch, dass mein Mann auch noch da ist, auch noch immer noch mal 'n Blick auf'n Monitor, guckt so, wie die Herztöne vom Kind sind [...]. Und zwischendurch hab ich dann auch irgendwie mal die Augen zugemacht und so, weil ich dann schon so lange wach war. Und da wusste ich halt schon, irgendwie ist da noch jemand, wo ich weiß, der guckt auch zusätzlich immer noch mal so als Laie.“ (KRS30, t2, 64)

Mitunter beschrieben Frauen, dass sie die Anwesenheit des Partners zwar positiv erlebten, dadurch aber nicht unterstützt werden konnten. Manche Partner benötigten die Anleitung durch eine Hebamme, um ihre Frau bei der Geburt unterstützen zu können. Dementsprechend wurde es positiv erlebt, wenn die Partner in die Betreuung durch die Hebammen mit einbezogen wurden.

„Der [*Partner, Anm. OvR*] konnt´ mir in dem Moment auch nicht groß helfen. Aber zum Beispiel das Wichtigste, das hab ich ihm auch gesagt wo er da war, war einmal die Badewanne [...], das war mir schon wichtig, dass er da war. Und einmal bei der PDA, weil er da einfach mir gut zugesprochen hat, das hat [*Name Hebamme*] auch, aber er hat halt Händchen gehalten [...].“ (HKS19, t2, 137)

„[*Name Hebamme*] hat sich auch nicht nur um mich, hat sich auch um [*Name Partner*] gekümmert, also mit Kaffee, und möchtest du hier, oder setz dich mit auf's Bett, du kannst das ruhig, das fand ich ganz schön. Also sie hat ihn auch voll mit einbezogen, ich glaub´, das war für ihn auch ganz schön.“ (KRS22, t2, 14)

„Also sie [*die Hebamme, Anm. OvR*], sie hatte, also einerseits hat sie meinem Freund auch erklärt, wo er dann zwischendurch mal massieren sollte. Aber ich muss sagen, sie hat das besser gemacht.“ (KRS25, t2, 30)

„Nur er saß auch so'n bisschen so hilflos daneben, er konnt´ mir nicht richtig helfen. Er wollt´ mir denn auch die Hand drücken, aber das wollte ich denn auch irgendwie nicht.“ (KRS29, t2, 157)

Bei der Anwesenheit des Partners scheint es auch darum zu gehen, die Geburt als gemeinsames Erlebnis teilen zu können. Darauf weisen Aussagen hin, bei denen der Partner während der Geburt schlief und demzufolge kaum eine Unterstützung bieten konnte. Dennoch wurde seine Anwesenheit positiv bewertet.

„Und da muss ich schon sagen, das war, also bei [*Name Partner*], hab ich immer das Gefühl gehabt, so einerseits er hätte gerne irgendwie was getan, aber er wusste überhaupt nicht was, ja, und dann ja, er war einfach auch nur müde, und hat dann nachher, er hat geschlafen, [...] also in dem Moment hätte ich ihn erschlagen können, der Kerl, der liegt da und schläft. Aber das sind so Sachen so, er war an sich total 'ne Randfigur. War schön, dass er dabei war, ich hab mich gefreut, aber ob er nun dabei gewesen ist oder peng, also irgendwo war er gar nicht so der ausschlaggebende Punkt.“ (HKS14, t2, 163)

„Und dann hab ich da gelegen, und denn meinte die andere Hebamme: ‚also wenn Ihr Mann die Geburt noch miterleben will, dann sollte ich ihn vielleicht langsam mal aufwecken.‘ Ich so, ja, machen Sie mal. Und denn ist sie ihn halt holen gegangen. [...] Der stand daneben, der hat gar nicht viel gemacht, den hab ich auch gar nicht so viel wahrgenommen. Ich wusste, es ist zwar schön, dass er da war, aber der konnte mir jetzt in dem Moment nicht so viel helfen. Aber es war gut, dass er da war.“ (KRS13, t2, 60 & 254)

Einige Frauen beschrieben, dass sie sich während der Geburt Gedanken um ihren Partner machten. Trotz der Beeinträchtigungen durch die Geburtsarbeit nahmen sie wahr, ob sich ihre Begleitperson wohl fühlte oder nicht.

„Nur das war auch sein erstes Kind. Und da hab ich am Anfang so'n bisschen eher, Mensch so, geht's dem überhaupt gut? So voll aufgereggt und so'n bisschen unsicher, das hat sich aber auch ganz schnell gelegt. Dass ich mir eigentlich mehr Sorgen um ihn gemacht hab [*lacht*] als umgekehrt.“ (HKS18, t2, 90)

„Da war er [*der Partner, Anm. OvR*] wirklich hilflos, und das ist wirklich nicht seine Art. Also er ist dann eigentlich schon derjenige, der dann sagt, hier, also hallo, aber in dem Moment ging das nicht mehr. Da haben wir das dann so hingenommen.“ (HKS21, t2, 86)

Begleitpersonen bei der Geburt waren, neben den Partnern, auch Mütter, Schwestern oder Freundinnen. Diese waren meist als zweite Begleitperson anwesend, so dass sich der Partner und die zweite Begleitperson abwechseln konnten. An der Begleitung durch Mütter, Schwestern oder Freundinnen wurde außerdem geschätzt, dass diese aufgrund der eigenen Geburtserfahrungen sich in die Lage der Gebärenden hineinversetzen konnten.

„Und meine Freundin, die hat auch selber 'ne Tochter, darum wollte ich auch ganz gerne, dass die mitkommt, weil ich gedacht hab, gut, er weiß gar nicht, was auf ihn zukommt. Und bei meiner Freundin weiß ich, die hat das selber alles schon mitgemacht, und die weiß dann auch, wie sie mich unterstützen kann.“ (HKS18, t2, 90)

„Also es war schön, dass mein Partner und meine Mutter da waren, [...] mein Partner hat so'n bisschen noch so Witze gerissen, und wo ich denn doch so zwischendurch noch gelacht hab, das hat mir aber geholfen so'n bisschen so mir die Gedanken dann vielleicht auch so'n bisschen zu nehmen, und auch gerade während, also während wir im Kreißsaal waren, wo denn wirklich die Presswehen kamen, also es war doch schon wichtig, da hatte ich denn auch meinen Partner direkt bei mir, und konnte mich da denn auch irgendwo dran festhalten, und der hat denn auch, war ja neben mir und hat denn auch gesagt ‚komm, und los, du schaffst das‘, doch das hat mir schon geholfen.“ (KRS11, t2, 66)

„Nein, er war zu Anfang dabei, aber er wollte direkt bei der Geburt nicht dabei sein, da war meine Schwester dabei, ja, und die hat das ganz prima gemacht [*lacht*]. [...] Sie saß bei mir am Bett, ich konnte ihre Hand drücken, und sie sagte denn ab und zu, ‚komm, wir schaffen das beide, und wir machen das schon, und du machst das prima‘. Ja, es war jemand da, dem, ja, dem man nahe ist, und den man, ja, man ist nicht, man fühlt sich nicht allein irgendwie denn noch, es ist jemand Vertrautes da, den man auch kennt.“ (KRS20, t2, 73 & 75)

Diese Ergebnisse zeigen, dass, obschon es für die Begleitpersonen häufig schwer ist, einen „eigenen Platz“ im Geburtsgeschehen zu finden, es für Gebärende sehr wichtig ist, eine private und vertraute Person bei der Geburt an ihrer Seite zu wissen, die mitunter sogar geburtserfahren ist. Die Anwesenheit wird in den meisten Fällen positiv bewertet, und zwar unabhängig davon, ob die Begleitperson unterstützend erlebt wird. Bemerkenswert erscheint allerdings, dass in vielen Fällen die Partner unsicher in ihrer Unterstützung, und somit am Rande des Geburtsgeschehens, wa-

ren. Der Hebamme kommt offensichtlich die wichtige Aufgabe zu, den Begleitperson(en) der Gebärenden dabei zu helfen, eine gute Unterstützung zu sein. Es kann vermutet werden, dass die Anwesenheit des Partners nicht nur in Bezug auf Unterstützung gewünscht wird, sondern dass es außerdem um das gemeinsame Geburtserleben geht. Die Aussagen dieser Studie zeigten hier keine Unterschiede zwischen den beiden Kreißsaalmodellen.

9.3.4 „Feine Antennen“

Ein weiterer Aspekt, der in Bezug auf die Betreuung während der Geburt Beachtung finden sollte, befasst sich mit den Wahrnehmungen der Gebärenden. Die Interviews nach der Geburt wiesen darauf hin, dass Gebärende auch unter dem Einfluss von starken Wehen ihre Umgebung sehr genau wahrnehmen. Ebenso wie die Gebärenden die Befindlichkeiten ihres Partners bei der Geburt bemerkten (siehe Kapitel 9.3.3.2), bleibt es ihnen auch nicht verborgen, wenn es Auffälligkeiten oder Risiken im Geburtsverlauf gab, die ihnen nicht mitgeteilt wurden. Die Schilderungen der Frauen zeigen, dass dieses Fernhalten von Informationen besonders beängstigend erlebt wird.

„Ganz dumm gelaufen ist es halt, dass ich auf dem Hocker saß und zwischen zwei Presswehen die Ärztin noch einmal geschaut hat und gesagt hat, oh mein Gott. Das war nicht so angenehm. Sie hat wohl gedacht, ich krieg´ das nicht mit, ich hab's aber gehört.“ (KRS30, t2, 74)

„Und die Situation so war auch ganz ruhig, also die haben mir auch nicht das Gefühl gegeben, es wär´ jetzt irgendwie Gefahr in Verzug oder ganz dramatisch, also so war das schon sehr beruhigend [...]. Aber ich hab trotzdem irgendwo gemerkt, dass es doch alles nicht so ganz ist, wie es wohl scheint.“ (KRS27, t2, 65)

„Das Gesicht meines Mannes, das war so das Schlimmste, was hat der jetzt 'ne Panik in 'ne Augen so ungefähr, ne? Das fand ich am, an ihm, diesen Gesichtsausdruck fand ich am schlimmsten, ne?“ (HKS28, t2, 6)

Unklar bleibt, ob die Gebärenden ihre Wahrnehmung zutreffend interpretierten und es sich tatsächlich um problematische geburtshilfliche Situationen handelte. Weiterhin lässt sich durch die Daten nicht erklären, aus welchen Gründen das geburtshilfliche Personal Informationen über etwaige Risiken zurückhalten könnte. Dennoch zeigen diese Ergebnisse sehr deutlich, dass Gebärende, auch unter starken Wehen, sehr sensibel ihre Umwelt wahrnehmen und dies bei der geburtshilflichen Betreuung jederzeit bedacht werden muss.

9.4 Kontinuität

9.4.1 Einschätzung vor der Geburt

„Ich hoffe schon, dass ich die kenne vorher, dass ich sie kennen gelernt hab. Ich hab auch so'ne Favoritin, aber die kann ich mir ja nicht aussuchen dann.“

Eine kontinuierliche personelle Betreuung wurde von allen Frauen gewünscht. Hierunter verstanden die Frauen zum einen, dass ihnen die Geburtshebamme bereits bekannt sein sollte, zum anderen ging es aber auch darum, von einer einzigen Hebamme während der gesamten Dauer der Geburt betreut zu werden, ohne Schichtwechsel erleben zu müssen.

„Also so richtig kennen tu, also (sie) beim letzten Gespräch war zum Beispiel eine dabei die fand ich jetzt äh ganz nett. Hab ich noch gedacht also mit der wär´ das natürlich schon schön. Aber ich mein´, die Illusion wird einem ja auch gleich genommen, weil man muss ja nun den nehmen, der dann halt Schicht hat, ne?“ (HKS05, t1, 109)

„Ja und wie gesagt also ich glaub´ wenn das System so'n bisschen anders wäre, dass man so weiß ungefähr welche Hebamme da ist oder man weiß auch die betreut einen die ganze Zeit irgendwie, dass man wirklich dadurch mehr Ruhe hätte.“ (KRS04, t1, 10)

Dieser Anspruch bezog sich bei Frauen beider Gruppen nur auf die Betreuung durch die Hebamme. Von den ÄrztInnen wurde kaum erwartet, dass diese kontinuierlich bei der Geburt zugegen sein sollten. Sollte der Arzt/die Ärztin, die bei der Geburt Dienst hat, durch vorherige Kontakte bereits bekannt sein, wurde dieses als erfreulicher Zufall beurteilt und keinesfalls erwartet.

„Und ich mein, wenn ich mit Arzt irgendwie entbinden sollte, wäre es natürlich toll, wenn [*Name Arzt*] wieder mit dabei ist, weil der eben eine Ruhe ausstrahlt. Und den kennt man eben halt so.“ (HKS12, t1, 70; Zweitgebärende)

„Also auf den Arzt leg´ ich nicht so viel Wert wie auf die Hebamme. Er ist mir wichtig für den Fall der Fälle, und auch dafür, dass ich ihn dann vorher schon mal eben irgendwie gesehen hab.“ (KRS30, t1, 94)

Obwohl es in den Interviews nicht ausdrücklich geäußert wurde, kann vermutet werden, dass die Befragten sich gleichwohl wünschten, während der gesamten Geburtsdauer von dem gleichen Arzt/der gleichen Ärztin betreut zu werden.

Ein weiterer, im Zusammenhang mit kontinuierlicher Betreuung genannter Aspekt betraf den in der Klinik üblichen Schichtdienst. Bei den Befragungen zu t1 wurde dieser neben der Frage, ob eine bekannte Hebamme bei der Geburt Dienst haben würde, als verunsichernder Faktor angeführt.

„Wenn man `ne Beleghebamme hätte, dann würde sie halt die ganze Zeit dabei sein. Das hängt ja damit zusammen durch diesen Schichtwechsel. Da muss man dann sehen wie man damit umgeht. Vielleicht sag´ ich nachher im Nachhinein: ‚Das fand ich total doof, dass es diesen Schichtwechsel gegeben

hat.‘. Oder vielleicht auch: ‚Das hat mich überhaupt nicht gestört.‘“ (HKS01, t1, 125)

„Wo ich'n bisschen Angst, was heißt Angst, aber was ich 'n bisschen schade finden würde, wenn die Hebamme, also wenn die gerade denn Schichtwechsel haben. Ich glaube, das ist, das ist nicht so schön, wenn man denn 'n paar Stunden vielleicht verbracht hat mit der einen Hebamme, und denn kommt denn auf einmal 'ne andere, weil es doch noch lange dauert, ich glaub´, das ist 'n bisschen schade. Also ich wünsch´ mir schon, dass ich denn auch eine hab, die bis zum Ende da ist.“ (KRS11, t1, 79)

Obwohl alle Frauen eine kontinuierliche personelle Betreuung wünschenswert fanden, gab es auch Aussagen, dass es für sie während der Geburt keine Rolle spielen würde, welche der Hebammen sie betreut.

„Ich glaube, in dem Moment, ist einem das nicht, schätze ich mal, nicht ganz so wichtig dann. Aber es wäre natürlich schön, wenn das eine ist, die man schon mal gesehen hat, mit der man schon mal gesprochen hat oder so was. Aber ich denke, ich für mich würde, letztendlich ist mir das in dem Moment dann egal, wer da Dienst hat, Hauptsache, ja, es geht los.“ (KRS09, t1, 82)

Vertrauen zur Hebamme haben zu können, ist ein wichtiger Faktor im Hinblick auf das Sicherheitsgefühl und die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis. Dies wurde in vielen Interviews deutlich. Eine aus der Schwangerschaft bekannte Hebamme, die der Frau sympathisch ist, erleichtert es sehr, Vertrauen aufbauen zu können und mindert die Angst.

„Das ist auch mein größter Wunsch mit, dass ich sie vorher schon kennen lernen konnte, und dass wir auch 'ne größere Beziehung zueinander haben, dass es eine von denen ist, die ich ganz gerne dabei hätte.“ (HKS15, t1, 141)

„Das ist schon Vertrauen, weil ich eben jetzt auch so viele Hebammen kennen gelernt hab, und da ist schon so'ne Vertrauensbasis, das ist schon sehr angenehm, das ist wichtig für mich.“ (HKS24, t1, 58)

Den Frauen scheint dabei klar zu sein, dass aufgrund des Schichtbetriebs ihrem Bedürfnis nach einer bekannten Hebamme Grenzen gesetzt sind und sie scheinen sich in Anbetracht dieser Tatsache mit weniger zu begnügen: Bereits eine flüchtige Bekanntschaft aus der Schwangerschaft oder gar die Vermutung, dass alle Hebammen des Teams sympathisch seien, hat eine beruhigende Wirkung.

„Wobei man halt schon den Eindruck hat, dass die wirklich alle sehr nett sind und das Beste für die Frauen wollen. Also nicht jetzt, (um) von daher mach ich mir da jetzt eigentlich relativ wenig Gedanken.“ (HKS05, t1, 111)

„Weil ich denke, das läuft da irgendwo alles einigermaßen gleich ab. Und da die, die ich kennen gelernt hab, also wirklich so supertoll drauf sind, wüsste ich nicht, was da noch schief laufen sollte.“ (HKS08, t1, 84)

21 der 29 befragten Frauen hatten die geburtsvorbereitende Akupunktur am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide in Anspruch genommen. Die rege Inanspruchnahme lässt sich unter anderem mit dem Bedürfnis nach Kontinuität erklären. Durch die wö-

chentlichen Termine in der Kreißsaalabteilung werden die Schwangeren zum einen mit den Hebammen der Klinik vertraut, denn sie lernen bei diesen Terminen meist mehrere Hebammen kennen, zum anderen entsteht auch ein vertrautes Gefühl zu den Räumlichkeiten.

„Oder dass ich jetzt zur Akupunktur ins Krankenhaus geh´, ich find's für mich ganz wichtig, dass ich jetzt schon ganz oft im Krankenhaus bin, im Kreißsaal bin, weil ich denn dazwischen so'ne, so Beziehung aufbauen kann, und das für mich denn nicht mehr ganz so fremd ist.“ (HKS15, t1, 85)

„Und deswegen find´ ich das auch ganz gut da mit der Akupunktur im ZKH, weil man da eben halt auch schon so'n paar Hebammen kennen lernt. Man sieht ja schon mal die eine oder andere Hebamme dann, spricht ja auch schon mal mit der und so, das finde ich eigentlich, ja, finde ich eigentlich ganz schön. Man geht dahin und ist nicht so völlig fremd dann, also das finde ich schon ganz schön dann.“ (KRS09, t1, 87)

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die fehlende Kenntnis, welche Hebamme bei der Geburt die Betreuungsperson sein wird, sehr stark verunsichert. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung gab es am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide nicht das Angebot mit einer Beleghebamme zur Geburt in die Klinik zu gehen. Es gab also keine Möglichkeit, diesen Unsicherheitsfaktor zu umgehen. Dies wurde von den Frauen mehr oder weniger akzeptiert. Um diesen Unsicherheitsfaktor zu verringern, wurde von vielen Schwangeren der Kontakt zur Klinik, beispielsweise durch die Akupunkturbehandlung, gesucht. Diese wird im Wechsel von nahezu allen Hebammen der Klinik durchgeführt. Auf diese Weise wurde angestrebt möglichst viele Hebammen kennen zu lernen. Die so gewonnene Erkenntnis, dass die meisten oder das gesamte Hebammenteam sympathisch und kompetent seien, wirkte beruhigend und erleichterte den Umgang mit der fehlenden personellen Kontinuität. Schwangerschaftsbegleitende Angebote durch die Hebammen des Kreißsaalteams scheinen demnach eine sehr gute Möglichkeit zu sein, dem Bedürfnis nach Kontinuität entgegenzukommen, ohne dieses jedoch völlig erfüllen zu können.

9.4.2 Beurteilung nach der Geburt

„Tschüß ich geh jetzt‘ und ‚hallo, ich bin die Neue‘. Das war also nicht schön für mich.“

Die Befragung nach der Geburt bestätigte, dass das Kennen der Hebamme(n), von denen man bei der Geburt betreut wird, eine beruhigende Wirkung hat. Hebammen, die der Gebärenden völlig unbekannt waren, wurde mit mehr Skepsis begegnet, selbst wenn sie einen sympathischen Eindruck machten.

„Ja, aber ich sag mal, als Hebammen war wirklich mein Dreamteam da. Die Hebamme, die ich vorher schon bei [*Name erstes Kind*] so toll fand, die [*Name Hebamme 2*], ja, die war, hatte ich denn bei der Akupunktur.“ (HKS12, t2, 48)

„Weil die Hebamme, die erste, war 'ne ziemlich ältere, wo ich denn erst so oh, das würde ich, glaube ich, nicht haben wollen. So die war zwar sehr nett und alles, aber da hab ich dann gedacht so hm, weil ich kannte die nun auch gar nicht, auch nicht vom Sehen.“ (HKS14, t2, 18)

„Obwohl ich mag die eigentlich alle gerne, nur die eine, die kannte ich noch nicht.“ (HKS21, t2, 160)

Weiterhin fällt auf, dass das „Kennen“ der Hebamme zumeist auf einer mehr oder weniger flüchtigen Bekanntschaft aus der Schwangerschaft beruht, beispielsweise durch die Akupunktursprechstunde. So kannten die Frauen häufig nicht die Namen der Hebamme, sondern konnten sich nur an das Gesicht und eine kurze Unterhaltung erinnern. Dennoch führte diese flüchtige Bekanntschaft bereits zu einer positiven Einstellung der Hebamme gegenüber, so dass eine vertrauensvolle Betreuungsbeziehung hergestellt werden konnte.

„Die da war, die kannte ich dann ja auch, die hat auch schon Akupunktur bei mir gemacht, und das war natürlich dann wieder 'n andern Schnack irgendwie. [...]. Die Hebammen als solches, die da waren, das waren, ich sag mal, die haben ja nicht alle bei mir Akupunktur oder irgendwas gemacht, aber man hat sich halt mal gesehen, und die waren mir alle durchweg sympathisch.“ (HKS14, t2, 20 & 121)

„Und als ich sie gesehen hab, und sie denn, und dann sagte sie auch ‚Mensch irgendwie‘, sagt sie, ‚haben wir uns schon mal gesehen?‘. Ich sag ‚ja, wir hatten das Gespräch‘. Ja, genau, ich hab auch gleich. Ich denk´, das ist schon was anderes, wenn man sich schon mal gesehen hat. Man hat mal irgendwie 'n Wort gewechselt. Doch, ich denke, das war schon ganz gut.“ (HKS18, t2, 29)

„Also es hat wirklich alles gut gepasst. Es war am Anfang dadurch, dass ich sie ja auch nicht kannte, hat man sich erstmal gesiezt.“ (HKS26, t2, 56)

„Gut, man, man, es war eben halt ganz nett, weil man sich vom Sehen schon kannte, aber ich glaub, wenn's jetzt jemand gewesen wär, der ganz fremd gewesen wär, wär auch nicht schlimm, denke ich.“ (KRS09, t2, 144)

„Die waren sehr nett gewesen. Und da war eine ältere Dame, die hab ich schon mal vorher gesehen gehabt, da musste ich sonntags mal hin. Das war schön, jemanden zu sehen, den man kannte. Das gibt einem schon 'n schönes Gefühl.“ (KRS13, t2, 168)

„Also es war, es war schon schön, dass man die gesehen hatte vorher. Aber doch, war schon schöner, würd ich sagen, dass man die wenigstens mal gesehen hatte, und man hatte schon so den ersten Eindruck, und man wusste so'n bisschen, man konnte so'n bisschen erfassen, wie die ist, sag´ ich mal, das fand ich doch schon schöner.“ (KRS27, t2, 147)

Ein anderer Aspekt im Zusammenhang mit einer kontinuierlichen Geburtsbetreuung ist der Schichtwechsel. Je nachdem, wie lange eine Geburt dauert, erlebte ein Großteil der Frauen einen oder mehrere Schichtwechsel. Dadurch ergab es sich, dass viele Gebärende sowohl von bekannten, als auch von ihnen unbekanntem Hebammen betreut wurden. Dies wurde, wie unter 9.4.1 ausgeführt, bei der Befragung in

der Schwangerschaft bereits als verunsichernd von den Schwangeren geschildert. Ob das Erleben von Schichtwechseln positiv oder negativ war, hing letztlich nicht nur davon ab, ob die Hebammen bekannt waren. Die Gestaltung der Übergabesituation hat hier ebenfalls Einfluss.

„Ja. Und ich denke auch, dass in, wenn so ein Wechsel ist, in so einer Phase, dass dann im Grunde von beiden Seiten ein dolles Einstimmungsvermögen vonnöten ist für die Frau. Und das, wie gesagt, kann man ein Stück weit lernen, es ist aber auch ein Stück weit Persönlichkeit, was man da mitbringen muss. [...] Und ich, ich weiß wie die Übergabe jetzt stattfindet, dass die sich eben, dass die `ne halbe Stunde Zeit haben für `ne Übergabe im Kreißsaal und äh diese halbe Stunde hätte ich eigentlich mit den beiden gebraucht.“ (HKS01, t2, 254)

„Ja, und dann war Schichtwechsel, und dann hab ich [*Name Hebamme 1*] bekommen als Hebamme, weil die kannte ich auch von der Akupunktur, das hatte ich [*Name Hebamme 2*] erzählt vorher, weil sie fragte mich ‚[*Name Hebamme 1*] und [*Name Hebamme 3*] kommen gleich.‘ Ich sag´ ja, [*Name Hebamme 1*] kenn ich von der Akupunktur‘, und denn hat sie halt gefragt, ob sie das machen würde. Und das fand ich auch ganz schön.“ (KRS22, t2, 8)

„Da waren ja nun auch Schichtwechsel zwischen, aber das hat so eigentlich immer gut geklappt. Also das ist mir dann auch gesagt worden, dann ist hier wieder jemand anders da, und wir werden die aber informieren.“ (KRS27, t2, 141)

„Die eine Hebamme in der Schicht davor, die kannte ich schon 'n bisschen länger, und die hat mich dann ans CTG angeschlossen und hatte gesagt ‚Mensch, ich bring dir gleich mal eben die anderen Hebammen, wir machen gleich Schichtwechsel und kommen dann rein‘. Und dann war das alles in einem, das fand ich auch ganz angenehm.“ (KRS30, t2, 50)

Weiterhin war es nicht unerheblich, ob die Gebärende sich von der Hebamme gut betreut fühlte. Mit dem Hebammenwechsel war häufig ein veränderter Betreuungsstil verbunden, der von manchen positiv und von anderen negativ erlebt wurde. Sofern es gelingt, zu der „neuen“ Hebamme einen vertrauensvollen Kontakt herzustellen, wird der Schichtwechsel auch bei einer bislang nur flüchtig oder ganz unbekanntem Hebamme positiv geschildert.

„Und denn kam nachher die Spätdienst, und diese Hebamme, die kam also weniger rein, die hat sich weniger gekümmert, also sie kam nicht, sie hat mir nicht erzählt, was jetzt bevorsteht, ich wusste jetzt gar nichts. [...] Und da war ich noch 'n bisschen, also ich fand's schon 'n großen Unterschied zwischen den zwei Hebammen.“ (KRS07, t2, 12)

„Also ich kann das nur irgendwie so sagen, am Anfang war das schön und ruhig und gemütlich. Und zum Schluss [*nach Hebammenwechsel, Anm. OvR*] war das nur noch schnell und irgendwie ätzend und so gegen meinen Willen.“ (HKS21, t2, 148)

„Sie kannte ich überhaupt nicht, aber das war wirklich angenehm. Hatte ich so'n bisschen Bedenken, wenn du nachher jemanden hast, den du gar nicht

kennst und überhaupt nicht weißt, wie der Mensch so drauf ist und so, aber hab ich echt Glück gehabt.“ (KRS30, t2, 54)

„Aber es war auch grad Schichtwechsel gewesen und dann hat man, ist wieder 'ne ganz neue Person auf einen zugekommen halt dann. Ich kannte die dann erst zehn Minuten oder so was. [...] Also mit ihr konnte ich fast gar nicht mehr reden. Und die andere hatte dann halt Dienstschluss gehabt.“ (KRS13, t2, 162 & 206)

„Nein, nein, die kannte ich nicht vorher. Aber ich sag, sie war mir gleich sympathisch, weil sie sich ganz lieb vorstellte. Und nech, auch denn so, wenn ich was brauchte hier, und sie guckte denn mal, ist alles okay, nein, sie war mir, ich mein vielleicht auch zum Glück, hätt´ ja auch anders sein können, war sie mir sehr sympathisch, doch.“ (KRS20, t2, 101)

Findet der Schichtwechsel allerdings spät während der Geburt statt, gelingt dies kaum noch:

„Ich hatte dann, gerade in dem Moment im Grunde wo die Presswehen nachher anfangen, hatte ich den Schichtwechsel der Hebammen. Und das war für mich 'ne ganz blöde Situation, weil ich mich nun gerade auf die eine eingeschossen hatte, sie hatte sich in den Verlauf rein gefunden und dann als praktisch die heiße Phase kam, kam 'ne neue Hebamme. Das war für mich, also, ganz blöde Situation.“ (HKS01, t2, 8)

„Also das fiel mir schwer. Weil es waren auch nicht mehr, das waren, um kurz nach drei ist er [*das Baby, Anm. OvR*] gekommen, das war, ich weiß nicht, ich kannte, also was heißt kannte, sie [*die Hebamme, Anm. OvR*] war, ich hab sie 'ne Stunde vielleicht so gesehen, die kam erst um kurz nach zwei kam sie denn auch erst das erste Mal rein. Und um kurz nach drei ist er denn gekommen, das war 'ne Stunde, es war schwer, also es war, gut, es war jetzt, man muss das jetzt halt so hinnehmen, es war auch okay, weil ich ja noch wusste so warum, 'n Schichtwechsel halt, aber es fiel mir schwer.“ (HKS15, t2, 143)

In seltenen Fällen kam es jedoch auch vor, dass einzelne Hebammen den Frauen bereits nach flüchtiger Bekanntschaft sehr unsympathisch waren. Dies führte zur Sorge, dass es aufgrund des Dienstsystems passieren könnte, von dieser Hebamme betreut zu werden.

„Also ich war vorher ja schon mal im, also im Kreißaal auch. Und also da hatte ich 'ne Begegnung mit einer Hebamme, wo ich also von vornherein gesagt hab, wenn die da ist, wenn ich da, das mach ich nicht. Also ich weiß auch ehrlich gesagt nicht, was ich gemacht hätte, wenn die wirklich jetzt in dieser Nacht da gewesen wär. Also ich hätte unter dieser Frau, das hätte ich nicht gewollt.“ (KRS25, t2, 102)

Die hier dargestellten Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Bekanntheit der Geburtshebamme zwar für die Nutzerinnen einen großen Stellenwert hat, dies aber bereits durch wenige, bzw. kurze Kontakte während der Schwangerschaft erfüllt werden kann. Es ist hierbei jedoch zu bedenken, dass die Nutzerinnen sich mit dieser flüchtigen Form der Bekanntschaft möglicherweise begnügten, weil im Rahmen der klinischen Geburtshilfe keine anderen Alternativen existierten. Vor diesem Hintergrund ist

hierin eine große Anpassungsleistung der Nutzerinnen zu sehen. In Anbetracht dieser Ergebnisse erscheint es sinnvoll, vorgeburtliche klinische Angebote als Kontaktmöglichkeit für die Nutzerinnen vorzuhalten.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass der mit der klinischen Geburtshilfe verbundene Schichtdienst einen Unsicherheitsfaktor darstellt. Die Gestaltung der Übergabesituation bei Schichtwechseln scheint hier entscheidend dazu beitragen zu können, einen guten Übergang herzustellen und eine Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zur „neuen“ Hebamme zu schaffen.

Es überrascht, dass in Bezug auf Kontinuität weder Unterschiede zwischen Erst- und Mehrgebärenden, noch zwischen den beiden Kreißsaalgruppen vorhanden waren. Dies kann vermutlich damit erklärt werden, dass das Betreuungssystem im Schichtdienst beide Kreißsaalmodelle gleichermaßen betraf und den Nutzerinnen dies bekannt war.

9.5 Selbstbestimmung

Auch in Bezug auf eine selbstbestimmte Geburt zeigten sich nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen. Insgesamt fiel auf, dass Erstgebärende keine klaren Vorstellungen von der Ausgestaltung von Selbstbestimmung während der Geburt hatten und Mehrgebärende in der Regel die Erfahrung gemacht hatten, dass sich Selbstbestimmung bei starken Wehen sehr schwierig aufrechterhalten lässt. Diese Unsicherheiten könnten ursächlich dafür sein, dass diese Kategorie keinen wesentlichen Einfluss auf die Wahl des Kreißsaalmodells hatte.

Lediglich eine Frau äußerte die Vermutung, dass es im Hebammenkreißsaal leichter sei, die Geburt individuell zu gestalten.

„Also ich denke, dass man wie gesagt, im hebammengeleiteten Kreißsaal einfach ... ja, wie soll ich das sagen? Die Persönlichkeit einfach auch mehr ausleben kann.“ (HKS01, t1, 21)

9.5.1 Einschätzung vor der Geburt

„Weil ich eben gar nicht so weiß, wie klar denkt man in so'ner Situation überhaupt selber auch, ne?“

Den meisten Frauen beider Gruppen ist es grundsätzlich sehr wichtig, selbstbestimmt gebären zu können. Es wurden jedoch häufig Bedenken in Bezug auf die eigene Fähigkeit dazu formuliert.

„Ist mir eigentlich, ja, ist mir eigentlich schon sehr wichtig. Aber wie gesagt, ich weiß halt unter der Situation nicht so wie gut ich das vielleicht noch äußern kann oder nicht so. Ob ich tendenziell mich dann nicht eher zurücknehme und auch sage so, äh, ist mir jetzt sowieso alles egal.“ (KRS04, t1, 83)

Zweifel an der eigenen Fähigkeit, während der Geburt eigenständige Entscheidungen zu treffen, wurden begründet mit den möglicherweise starken Wehenschmerzen, der Nichtvorhersehbarkeit des Geburtsverlaufs und des fehlenden fachlichen Wissens. Viele Frauen gaben an, dass sie sich nach den Ratschlägen der Hebamme richten wollten und nur bei Bedarf eigene Wünsche vorbringen wollten. Für diese Herangehensweise ist eine vertrauensvolle Beziehung zur Hebamme grundlegend.

„Naja, also ich mein so richtig die Fäden in der Hand hat man dann ja nicht mehr, wenn man da voll in den Wehen ist. Also von daher denk ich mal, find ich`s eigentlich eher wichtig, dass man die so abgeben kann. Also Vertrauen in diese Hebamme haben und sagen irgendwie: ‚Also das leg ich irgendwie jetzt in eure Hand‘ oder so.“ (HKS05, t1, 85)

„Ich finde das eigentlich sehr wichtig, also dass ich das Recht hab, zu sagen, ich möchte jetzt gerne auf den Hocker oder irgendwas. Aber die Erfahrungen aus meiner ersten Entbindung haben gezeigt, dass ich eigentlich gar nichts mehr gemacht hab.“ (HKS24, t1, 14)

„So, und von daher denke ich dann halt auch, dass ich so derjenige wär, der denn sagen würde, oder, oder sich beraten, eher beraten lassen würde. Also schon Entscheidungen zu treffen, das ist klar, aber eher beraten. Also nicht von wegen ich komm da rein und sag so, ich will jetzt das, das, das, das nicht.“ (KRS22, t1, 61)

„Also wenn ich was habe, sag ich das, und wenn ich was möchte, sag ich das, hör aber auch gerne, wenn dann ein Rat oder ein Tipp oder kannst du mal kommt.“ (KRS28, t1, 45)

Ferner wurde das Bedürfnis nach Selbstbestimmung meist im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Geburtsstunden, einer freien Positionswahl und bei dem Wunsch nach Schmerzbekämpfung angeführt. Bei Entscheidungen über die Durchführung von medizinischen Interventionen wurde die Zuständigkeit bei den Hebammen und ÄrztInnen gesehen.

„Dass ich da schon freie Hand habe [...] wenn man sagt: ‚Ich geh jetzt doch in die Wanne‘ oder ‚Ich leg mich doch ins Bett‘, dass man da alle Freiheiten hat [...] Dass ich zum Beispiel den Gymnastikball haben möchte oder was auch immer. Dass da, also dass ich da freie Hand hab.“ (HKS01, t1, 83)

„Also ich möchte schon irgendwie so`n paar Übungen machen, die jetzt auch wieder im Geburtsvorbereitungskurs gezeigt wurden, irgendwie dass ich auf`m Ball sitz´ oder dass mein Mann mich massiert.“ (HKS03, t1, 65)

„Ja, aber zumindest mitsprechen. Ich mein´, wenn die Hebamme sagt, es muss jetzt ein CTG geschrieben werden, okay, dann soll sie das machen. Ich kann ja nur nicht beurteilen, warum das jetzt geschrieben werden muss. Aber ich würde jetzt nicht in die Wanne gehen, nur weil sie sagt, geh jetzt doch mal baden. Wenn ich der Meinung bin, nee, das möchte ich jetzt nicht, ich möchte jetzt lieber nach draußen spazieren gehen oder so. Also, das würde ich dann schon selbst entscheiden.“ (HKS12, t1, 78)

„Also wenn die der Meinung sind, da muss irgendwas gemacht werden, weil das aus irgendwelchen Zwecken einfach notwendig ist, dann würde ich nicht sagen, nee, also das letzte Wort hab ich hier aber. Aber ich würd das schon

gut finden, wenn das mit einem also auch in so'ner Situation zumindest besprochen wird. Und wenn's nur mal eben so im Groben ist.“ (KRS25, t1, 54)

Die Schmerzbekämpfung wird als einzige medizinische Intervention angeführt, bei der nicht fraglos die Vorgaben des Personals angenommen werden, sondern eine eigene Entscheidung gewünscht wird.

„Zum Beispiel jetzt mit der PDA, wenn ich jetzt sagen würde, ich möchte gerne 'ne PDA, und ich würd das echt richtig blöd finden, wenn die Hebamme dann sagt ne, also wenn sie versuchen würde, mir das auszureden. Ich mein´ klar, sie hat mehr Erfahrung und alles, wenn sie erstmal sagt, der Muttermund ist noch, sie haben noch Zeit, warten sie erstmal ab, aber wenn ich jetzt wirklich möchte, und das wär auch Zeit, und sie dann versuchen würde zu sagen, ne, versuchen sie's mal lieber ohne oder so, das würde ich nicht so toll finden.“ (KRS10, t1, 88)

Manche Frauen gaben auf die Frage nach dem gewünschten Maß an Selbstbestimmung bei der Geburt an, dass sie ganz bewusst die Entscheidungsmacht in die Hände der Hebammen und Ärzte legen möchten, da sie annehmen, dass sie bei der Geburt damit überfordert seien. Es kann also bei einem Teil der Frauen von einer bewussten Entscheidung zur Fremdbestimmung gesprochen werden.

„Ich bin ganz entscheidungsunfreudig. Also mir ist immer damit geholfen, wenn mir jemand Entscheidungen abnimmt und in solchen Stress- und Extremsituationen sowieso. Häufig handel´ ich dann intuitiv richtig, und hab auch gelernt, mich darauf zu verlassen, dass die Entscheidung dann gut ist, aber mir wird es immer helfen, wenn die Hebamme mir sagt, mach mal das oder probier mal das, dass ich nicht in diese Stresssituation komme, mich auch noch entscheiden zu müssen.“ (HKS23, t1, 10)

„Ich bin ins Krankenhaus gefahren und hab mir gesagt, die werden mir schon sagen, was ich zu tun und zu lassen habe [bei der vorherigen Geburt, Anm. OvR]. Und ich bin da auch echt super mit gefahren.“ (HKS12, t1, 94)

„So bin ich der Mensch eigentlich nicht dafür, dass ich jetzt großartig in dem Moment irgendwas entscheiden muss. Weil ich sag´ auch, bei meiner ersten, da, die haben mich da so hingeleitet, und das war alles gut.“ (KRS20, t1, 78)

Für Frauen, die ihr erstes Kind bekommen, ist es sehr schwierig einzuschätzen, ob und in welchem Umfang sie bei der Geburt in der Lage sein werden, eigenständige Entscheidungen zu treffen, bzw. ob sie das überhaupt wollen.

„Ne, muss ich ehrlich sagen, da kann ich mir überhaupt nicht vorstellen, wie das ist, also. Ja, weil's eben halt ja auch die erste Geburt ist, deswegen kann ich mir da also gar nichts drunter vorstellen, deswegen, ich geh da völlig unbelastet rein, und mal gucken. Ne, kann ich mir also überhaupt nicht vorstellen.“ (KRS09, t1, 40)

„Weil ich eben gar nicht so weiß, wie klar denkt man in so'ner Situation überhaupt selber auch, ne?“ (KRS25, t1, 54)

9.5.2 Beurteilung nach der Geburt

„Aber es war ja meine Entscheidung, dann muss ich ja auch die Konsequenzen mitnehmen, die das nach sich zieht.“

Bei der Befragung nach der Geburt zeigte sich, dass die Selbstbestimmung der Gebärenden tatsächlich auf die Ausgestaltung der Geburt reduziert blieb. Gemeint sind hiermit Beschäftigungen während der Wehen, wie Herumlaufen, Baden, auf dem Bett liegen, oder die sonstige Positionswahl. An Entscheidungen über die Durchführung von Interventionen waren die Gebärenden nicht beteiligt. Für einen Teil der befragten Frauen entsprach dies dem unter der Geburt aktuellen Wunsch nach Mit- bzw. Fremdbestimmung. Andere fügten sich den Entscheidungen notgedrungen, obwohl es nicht dem eigenen Selbstbestimmungsanspruch entsprach.

„Und dann hatte sie gefragt, sie hatte mich vorher schon mal gefragt, ob ich baden möchte, oder ob ich. Ich hatte dann gesagt, dass ich ganz gerne mal auf diesen Ball rauf möchte, der da in dem Raum mit stand. Und sie: ‚Ja, kein Problem‘. Und dann ja, hab ich mich darauf gesetzt.“ (HKS03, t2, 57)

„Also ich war auch in der Hinsicht eigentlich völlig zufrieden. Also wie gesagt, mit der Wanne, das wurde ja gesagt, geh man besser rein, das würde wahrscheinlich was bringen [...]. Also das war alles, das war ja auch nur 'n Vorschlag, die haben ja nicht gesagt, du gehst in die Wanne. Ja, das war auch in Ordnung. Und mit der PDA ja auch, war, hab ich mir ja so gewünscht.“ (HKS19, t2, 86)

„Na gut, ich sag mal so, hätte man mir das erklärt, ich weiß nicht, ob ich jetzt, ob ich das jetzt hätte hören wollen, oder hätte ich das vielleicht gar nicht aufnehmen können, ich weiß es nicht. Also ich weiß nur, dass das so, ich war so'n bisschen ausgeliefert.“ (HKS21, t2, 12)

Dass es unter starken Wehen mitunter kaum mehr möglich ist, die eigenen Bedürfnisse zu artikulieren, zeigt folgendes Zitat:

„Ich hab mich so unwohl gefühlt in der Lage, weil dieses Liegen, das war, das hat mich schon frustriert. Ich weiß nicht, warum ich das nicht gesagt hab. Ich hab gefühlt, als ob ich irgendwie angekleistert war.“ (KRS13, t2, 240)

Einzig in Bezug auf die Schmerzbekämpfung setzten Frauen mitunter auch bei fortgeschrittener Geburt ihre Wünsche durch:

„Und auch das mit der PDA, um die PDA hab ich eigentlich auch gebeten. Ich hab nur so gesagt, ist mir ganz egal, gib mir irgendwas gegen die Schmerzen, ich kann jetzt nicht mehr, ich bin völlig am Ende [...] und da kam auch, sagt [Name Arzt], ja, sie sind zwar schon so weit, ist zwar unüblich, aber wir machen das so. So da haben sie dann schon auf meinen Wunsch dann Rücksicht genommen. Das ist schon ganz gut.“ (HKS15, t2, 56)

Dieser eingeschränkte Selbstbestimmungsspielraum hatte verschiedene Gründe. Zum einen wurde die Erfahrung gemacht, dass es unter Wehen nicht mehr möglich war, eigenständige Entscheidungen zu treffen. Zum anderen wurde der Geburtsver-

lauf so wahrgenommen, dass der Ablauf vorgegeben und keinerlei Handlungsspielraum möglich sei.

„Gut, ich konnte ja nichts mehr bestimmen. Ich hatte die Blutungen, ich musste mich ins Bett legen. Ich musste mich von einer Seite auf die andere rollen unter Schmerzen, das musste auch so sein, das ging auch nicht anders. Ich konnte natürlich nicht mehr auf die Toilette gehen, was ich gerne wollte. Gut, mit der PDA, das war jetzt nun auch nicht anders möglich, und hätte man mir aber auch vorher sagen können, Sie kriegen gleich 'ne PDA, möchten Sie vorher noch mal, weißt du, das sind Kleinigkeiten, aber das kann man vielleicht mal tun, ne? Mal eben Bescheid sagen. Und na ja, nachher mit dem Schnitt.“ (HKS21, t2, 88)

„Also so eigentlich, nee, eigentlich war's mehr oder weniger vorgegeben, wie's so verläuft. Und gut, ich hatte aber jetzt nicht das Problem mit dem Verlauf. Also ich hatte schon das Gefühl, dass die auch, ja, es war eben, es musste eben so sein, wie es verlaufen ist, oder, oder die Schritte, die dann eben nötig waren. Und somit war ich da auch eigentlich mit einverstanden.“ (KRS27, t2, 110)

Das Aufgeben von Selbstbestimmung und die Abgabe der Geburtsleitung an die Hebammen und ÄrztInnen wurden unterschiedlich wahrgenommen. Ein Teil der Frauen beschrieb, dass während der Geburt das Bedürfnis nach eigenen Entscheidungen nicht mehr bestand und es erleichternd war, dies abgeben zu können.

„Nee, also ab, als wir ankamen, hab ich noch gedacht, ja, und ich möchte, ne, und keinen Dammschnitt und dies nicht und das nicht. Aber als die Wehen richtig da waren, da war mir echt alles egal, aber auch richtig. Das hab ich beim ersten Mal auch nicht so empfunden.“ (HKS24, t2, 39)

„Hab mich dann so da hineinbegeben einfach, oder ergeben auch. Und ob ich was bestimmen hätte wollen, ja, von vornherein hätte ich schon gerne so, waren meine Gedanken immer, Mensch, und denn machst mal das oder so. Aber in dem Moment, wo ich da gelegen habe, hab ich das, also im Kopf auch gar nicht mehr den Gedanken gehabt. Und hab dann einfach, hab mich da so rein ergeben. Und wollte also nichts mitbestimmen, hätte aber, wenn die Hebamme was gesagt hätte, hätt' ich das gemacht, also gar kein Thema, ne? Das wär, alles was die so gesagt hat, das macht man dann automatisch. Das ist richtig, und die weiß das schon, und das mach ich dann auch.“ (HKS28, t2, 39)

„Also zu Anfang war mir das schon wichtig, weil ich denn auch sagte, ich möchte sonst gern auf'n Geburtshocker oder mich so mal eben hinsetzen oder aufstehen oder. Also da ist sie dann auch immer drauf eingegangen dann ja, und war, konnte ich dann ja auch machen. Aber, ich sag, nachher denn, wo's wirklich, ich denn langsam pressen sollte und so, und nee, dann war schon gut, dass sie denn wirklich so'n bisschen bestimmt hat und weil ich denn ja auch wirklich unsicher war und nicht wusste, was machst du jetzt richtig und nicht. Also das hat mir dann auch wieder geholfen so.“ (KRS20, t2, 34)

„Aber währenddessen, nee, sag ich ja, weil da war ich denn auch nicht so wirklich in der Lage zu. Das heißt, sie hat denn so geleitet einfach, und was

sie denn gesagt hat, da hab ich denn auch so gemacht, und, ich sag ja, in dem Moment fand ich's denn auch gut, aber ja, doch.“ (KRS20, t2, 52)

Ausführliche Informationen über den Geburtsverlauf und anstehende Untersuchungen oder Interventionen sowie das Einholen des Einverständnisses der Gebärenden waren Betreuungsaspekte, die es den Gebärenden erleichterten, sich trotz eines eingeschränkten Entscheidungsspielraums selbstbestimmt zu fühlen.

„Und denn sagt sie, geht dir das so gut, oder wollen wir noch mal gucken, dass du dich vielleicht noch mal hinhockst, oder willst du mal in diesen Vierfüßler, und denn hab ich immer gesagt, nee, will ich nicht. Ich fühl mich jetzt, so ist das jetzt für mich okay, und denn sagt sie, ja, dann ist in Ordnung.“ (HKS14, t2, 87)

„Ich denke, das hat sie gut erkannt. Weil, ich konnte da gar nicht so richtig entscheiden. Das war ganz schön, dass sie das so gemacht hat, dass da auch immer so als kleiner Vorschlag rüberkam, obwohl's doch vielleicht schon so'n bisschen bestimmend war, denke ich. Aber es war immer noch, ‚willst du mal versuchen, magst du das mal ausprobieren oder lieber nicht?‘ Das fand ich ganz gut, ja, hat gepasst.“ (HKS26, t2, 44)

„Also das war eben aus dem Grund, weil [*Name Hebamme*] eben immer gefragt hat, ‚wollen wir vielleicht dies mal machen, oder willst Du das mal ausprobieren?‘ Ich selber hätte wahrscheinlich, ich weiß nicht, ob ich selber irgendwo überhaupt gesagt hätte, och, können wir nicht mal irgendwas machen oder so? Mir war's dann nachher wirklich ja egal.“ (KRS25, t2, 61)

„[*Name Hebamme*] hat nie gesagt, ‚du machst jetzt das‘. Sie hat immer gesagt, ‚was meinst du, ich würde dir das jetzt gerne vorschlagen, das könnte noch gut was helfen‘ oder so. Und das haben wir denn immer zusammen eigentlich beschlossen, was wir als nächstes machen [...]. Doch, das war jetzt nicht, dass sie mir da, also das hab ich alles selbst entschieden, was ich für Hilfsmöglichkeiten in Anspruch nehmen kann.“ (HKS12, t2, 52)

Weiterhin war es für die Frauen leichter, Vorschläge bzw. Entscheidungen in Bezug auf die Durchführung von Interventionen anzunehmen, wenn sie Vertrauen zur Hebamme hatten.

„Also ich hab mich da, ich hab mich ihr auch anver-, also sie war auch meine Vertraute, ich hab mich anvertraut, ich wusste, dass das schon, glaube ich, die richtige Entscheidung sein wird.“ (HKS15, t2, 56)

Welche Bedeutung einer einfühlsamen Hebammenbetreuung zukommt, wird deutlich bei dem starken Unterstützungsbedarf bei fortgeschrittener Geburt. In dieser Situation sind Gebärende, trotz des ursprünglichen Wunsches, nicht mehr in der Lage die Geburtssituation eigenständig zu gestalten.

„Ja, wenn man dann so abhängig ist, in dieser letzten Phase dann.“ (KRS13, t2, 246)

Fehlt die Anleitung durch eine Hebamme, werden Gefühle von Hilflosigkeit und Not beschrieben.

„So in dem Moment, wo ich das dann mitgekriegt hab, hab ich gedacht, macht irgendwas, helft mir so, und holt den Kleinen da jetzt irgendwie raus so, also da hab ich gemerkt so, ich kann und will und kann auch gar nicht mehr irgendwie großartig so, es ist langsam der Punkt erreicht, ihr könnt mit mir machen, was ihr wollt so, ist mir alles egal so.“ (KRS04, t2, 142)

„Ist mir egal. Ich konnte mich nicht mehr entscheiden, weil das einfach so weh tat. Ich wusste gar nicht mehr, wo ich hinatmen sollte.“ (KRS13, t2, 38)

Neben der Anleitung bei starken Schmerzen, wurde es weiterhin negativ erlebt, wenn die eigenen Wünsche übergangen wurden oder keine Wahlmöglichkeit angeboten wurde.

Befragte: „Ich wollte irgendwie nur immer aufstehen, mit dieser liegenden Position war mir so unangenehm. Ich hab das Gefühl gehabt, es rutschte gar nicht.“

Interviewerin: „Und das ging aber nicht, dass du aufstehst?“

Befragte: „Ne, ich hab irgendwie nicht mehr, keiner drauf reagiert.“ (KRS13, t2, 64)

„Und ich wollte das eigentlich partout nicht. Weder dass Ultraschall gemacht wird, noch dass die Braunüle gelegt wird. Und die fragt noch nicht mal, hat das schon stattgefunden, legt mir die Braunüle, fragt auch nicht wo, sondern legt die einfach wo sie lustig ist.“ (HKS12, t2, 34)

Unter der Geburt scheint es mitunter schwierig zu sein, die eigenen Vorstellungen durchzusetzen. Unter dem Druck der Argumentation von Hebammen und ÄrztInnen, stimmten Gebärende Interventionen zu, denen gegenüber sie eigentlich ablehnend eingestellt waren. Auch die Begleitpersonen scheinen hier wenig Einfluss ausüben zu können.

„Da war er wirklich hilflos, und das ist wirklich nicht seine Art. Also er ist dann eigentlich schon derjenige, der dann sagt, hier, also hallo, aber in dem Moment ging das nicht mehr.“ (HKS21, t2, 86)

„Und wenn's denn einem auch noch geraten wird von 'ner Hebamme, wo man sagt, ne, super, und der Arzt, der immer nach einem geschaut hat, der das denn auch, ja, denn macht man's auch.“ (KRS22, t2, 35)

In welchem Umfang Frauen ihre Geburt eigenständig gestalten und eigene Entscheidungen treffen können, hängt in starkem Maße davon ab, ob Hebammen und ÄrztInnen sie motivieren und darin unterstützen oder aber dies durch eine direktive Geburtsleitung erschweren. Bei der Entscheidung über die Durchführung von Interventionen, von denen die Betreuungspersonen selbst nicht überzeugt sind, wird den Gebärenden mit dem Hinweis auf ihre Selbstbestimmung mitunter eine eigene Entscheidung abverlangt.

„Und sie hat gesagt ‚ich entscheide hier gar nichts, wenn, denn entscheidest du. Wenn du willst, wenn du die Ärztin willst, denn musst du mir das schon sagen.‘“ (HKS03, t2, 52)

„Und denn hat sie mit dem Doktor gesprochen, und erst hat sie gesagt ‚ja, warum wollen Sie nicht warten, der Wehentropf tut doch noch doller weh‘. Ich so ja, okay, das wird wahrscheinlich auch weh tun, wenn ich mein Kind kriege, aber es muss ja vorangehen, muss ja irgendwie weitergehen. Okay, wenn Sie so wollen, und dann ist sie zum Arzt gegangen und hat mit dem Doktor gesprochen, und der hat gesagt okay, machen wir.“ (KRS07, t2, 16)

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es in Bezug auf Selbstbestimmung unter der Geburt verschiedene Ausprägungen gibt. Diese hängen zum einen von dem durch das Personal zugestandenem Rahmen für eigenständige Entscheidungen ab, zum anderen wird von den befragten Frauen beschrieben, wie sich das Bedürfnis nach Selbstbestimmung unter der Geburt verändert. In Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen kann dies positiv oder negativ erlebt werden. Drei Ausprägungen der Ausgestaltung von Selbstbestimmung wurden durch das Datenmaterial ermittelt. Sie erscheinen relevant, da sich daraus deutliche Hinweise ableiten lassen, wie die Betreuung ausgestaltet werden muss, um Gebärenden Selbstbestimmung in gewünschtem Umfang zu ermöglichen.

1. Die Aufgabe von Selbstbestimmung als ein Akt der Selbstbestimmung: Einige Frauen beschreiben, dass im Verlaufe der Geburt ihr Bedürfnis nach eigenständigen Entscheidungen nachlässt und sie es als entlastend empfinden, wenn die Hebamme und/oder Arzt/Ärztin das Vorgehen bei der Geburt vorgeben. Hier kann also von einem selbstbestimmten Akt zur Fremdbestimmung gesprochen werden. Ob dies gelingt, hängt allerdings stark von den Rahmenbedingungen ab. Neben einem guten und vertrauensvollen Kontakt zum Personal scheint es von grundlegender Bedeutung zu sein, dass sich die Gebärende über Ablauf und etwaige Untersuchungen oder Maßnahmen gut informiert fühlt. Unter diesen Voraussetzungen scheint es, besonders bei weit fortgeschrittener Geburt, sehr entlastend zu sein, sich dem Personal anzuvertrauen und dessen Anweisungen zu fügen.
2. Aufgezwungene Selbstbestimmung: Mitunter wurde von den Frauen beschrieben, dass ihnen durch die Hebammen, Ärzte und Ärztinnen Entscheidungen für oder gegen die Durchführung von Interventionen abverlangt wurden, obwohl sie sich dazu nicht in der Lage fühlten oder dies nicht wünschten. Hierbei handelte es sich um Interventionen, deren Durchführung aus fachlicher Sicht anscheinend nicht eindeutig als sinnvoll eingeschätzt wurde. In diesen Fällen scheint das Personal die Tendenz zu haben, der Gebärenden die Entscheidung für oder gegen die Durchführung der Intervention zu überlassen. Der Gebärenden wird somit nicht nur die Entscheidung, sondern auch die Verantwortung für die sich daraus ergebenden Konsequenzen überlassen. In Anbetracht von fehlendem Fachwissen und zumeist geringem Informationsstand, ist es nicht verwunderlich, dass dies von den Frauen als Überforderung und somit als aufgezwungene Entscheidungsfreiheit erlebt wird.

3. Erfahrungen von Entmachtung: Weiterhin wurde von einigen Frauen beschrieben, dass die von ihnen geäußerten Wünsche nicht beachtet wurden oder das Personal diese als nicht realisierbar einstufte und daher nicht darauf einging. Dieses Übergehen von Wünschen ging in der Regel mit fehlendem Vertrauen und einer fehlenden Beziehungsgrundlage zwischen Gebärender und Hebamme einher. Demgemäß wurde die Betreuung durch das Personal von den Frauen als wenig einfühlsam beschrieben. Diese Erfahrungen von Machtlosigkeit und Abhängigkeit vom Personal waren folglich mit der Schilderung von negativen Geburtserfahrungen verbunden.

Insgesamt fällt an den Schilderungen zur Ausgestaltung von Selbstbestimmung oder dem Fehlen von Selbstbestimmungsmöglichkeiten auf, dass, unabhängig von der eigenen Einstellung und dem (Vertrauens-)Verhältnis zu Hebamme, Arzt oder Ärztin, das Bedürfnis nach Selbstbestimmung schwer vorhersagbar war. In der Anfangsphase der Geburt ist das Bedürfnis nach eigenständigen Entscheidungen zumeist vorhanden und wird auch umgesetzt. Mit fortschreitender Geburt lässt dies jedoch in der Regel nach, da die Wehen und die Geburtsarbeit die volle Aufmerksamkeit erfordern.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass das Bedürfnis nach Selbstbestimmung zum einen für schwangere Frauen nur schwer vorhersagbar ist und zum anderen während der Geburt nicht konstant vorhanden ist. Vielmehr scheinen diverse situations- und individuumsabhängige Faktoren das Bedürfnis nach Selbstbestimmung zu beeinflussen. Eine Betreuung während der Geburt, die der Gebärenden genau das Maß an Selbstbestimmung ermöglicht, das diese wünscht, muss demzufolge sehr flexibel sein und sich an der jeweiligen Geburtssituation orientieren.

9.6 Negative Geburtserfahrungen

„Ich hab das nicht vergessen. Ich krieg´ kein Kind mehr. Muss ich einfach so sagen.“

Wenige der befragten Frauen machten Aussagen, die auf ein negatives Geburtserlebnis schließen lassen. Eine Erstgebärende dieser Untersuchung wollte aufgrund der gemachten Geburtserfahrung sogar kein weiteres Kind mehr bekommen.

„Du hörst das überall von denen, oh, die Geburt ist natürlich nicht toll, das sind Schmerzen, aber das vergisst du. Ich hab das nicht vergessen. Ich krieg´ kein Kind mehr. Muss ich einfach so sagen.“ (HKS21, t2, 27; Erstgebärende, PDA; Kristellerhilfe³⁴, Episiotomie, Spontangeburt)

In dieser Untersuchung waren es zwei Bereiche, die mit negativen Geburtserfahrungen in Zusammenhang standen: ein schwieriger Geburtsverlauf oder die Betreuung

³⁴ Wehensynchroner Druck auf den oberen Gebärmutterrand. Wird von einem Geburtshelfer mit dem Unterarm ausgeführt und dient der Verkürzung der Austreibungsphase. Der auf den Oberbauch ausgeübte Druck wird oft als sehr schmerzhaft empfunden.

während der Geburt. Zu den schwierigen Geburtsverläufen zählten lang dauernde Geburten, starkes Schmerzerleben, operative Geburtsbeendigungen und die Verlegung des Babys in eine Kinderklinik.

„Ja, das war schon für mich ein großer Schock, sag ich mal. Also, ich hab auch lange gebraucht, bis ich mich davon körperlich erholt hab. Weil ich ja zehn Stunden, sag ich mal, hat das Ganze ja nun doch gedauert. Mindestens, wenn nicht sogar noch, ja, doch, zehn Stunden. Und ich hab`s mir anders vorgestellt.“ (HKS01, t2, 17; Geburtsstillstand in der Austreibungsphase, PDA; Wehentropf, sekundäre Sectio bei Stirn-/Gesichtslage)

„Das war im Grunde auch das Schlimme, dass dann das Kind weg war, und ich, ich immer den Grund gesucht habe, warum ist das nun wieder passiert.“ (HKS16, t2, 24; Notsectio wegen Uterusruptur. Kind mit Herzgeräusch in Kinderklinik verlegt)

„Dann gegen [*Uhrzeit, Anm. OvR*] hab ich dann immer, ich will was, ich will was, und dann hieß es ja, der Muttermund ist aber noch keine drei Zentimeter, also ich bin mit knapp einem Zentimeter morgens hin, und zehn Stunden später war der bei knapp zwei. Das war auch so'n, so'ne Horrornachricht, wo ich echt gedacht hatte, na ja, vielleicht hat sich was getan, aber hatte nichts. Denn sollten wir in die Wanne, da war ich 'ne Stunde, das war auch fürchterlich für mich.“ (HKS19, t2, 8; protrahierte Eröffnungsphase, PDA, Wehentropf, Spontangeburt)

Nicht alle Frauen, die beispielsweise eine protrahierte Geburt oder einen Kaiserschnitt hatten, beschrieben negative Geburtserfahrungen. Es kann also nicht der Schluss gezogen werden, dass schwere Geburten zwangsläufig mit einem negativen Geburtserleben einhergehen.

„Und das war halt sehr positiv alles so, dass sich gut um mich gekümmert wurde war ganz gut. Dass sie auf meine Wünsche eingegangen sind, war auch ganz gut. [...]. Obwohl es zwar anders gelaufen ist als geplant, aber es war okay.“ (HKS15, t2, 176; protrahierte Geburt, grünes Fruchtwasser, PDA, pathologisches CTG, MBUs, Spontangeburt)

„Es war einfach eine total superrunde Sache.“ (KRS22, t2, 197; pathologisches CTG, rasche Eröffnungsphase, protrahierte Austreibungsphase, Geburtsstillstand, Kristellerhilfe, Vakuumentraktion, Episiotomie)

Neben dem Geburtsablauf an sich scheint die Betreuung ebenfalls großen Einfluss auf das Erleben der Geburt zu haben. Sie kann trotz schwierigem Geburtsverlauf zu einem positiven Geburtserlebnis beitragen, aber andererseits können verschiedene Aspekte der Hebammenbetreuung zu einem negativen und mitunter auch traumatischen Geburtserleben führen.

„Man, ich hab ja viele [*Hebammen, Anm. OvR*] da schon durch die Akupunktur und so weiter [*kennen gelernt, Ergänzung OvR*]. Die kannte ich also nicht, aber die war halt nicht da, und die hat mir nicht geholfen, und die hat mir nichts erklärt, und die hat einfach geschnitten, fand ich echt ätzend. [...]. Dann musste ich, dann hat sie irgendwie meine Hand genommen, musste ich das Köpfchen fühlen. Das will doch keiner, also ich nicht. Du fühlst 'n bisschen von

ihrem Kopf, ist ja irgendwie ganz toll, aber du weißt, der ganze Rest muss noch hinterher, und zwar der ganze Kopf und alles andere. Das hat sie wahrscheinlich auch gut gemeint, vielleicht macht man das auch so, vielleicht hab ich das nur so empfunden. Also das braucht bei mir auch keiner mehr machen.“ (HKS21, t2, 37 & 114; PDA, Kristellerhilfe, Episiotomie, Spontangeburt)

„Obwohl ich gemerkt hab, dass sie kompetent ist, aber irgendwie so diese Vertrauenssache [...], dass ich gesagt hab, da hab ich irgendwie Vertrauen, sondern im Gegenteil, ich war froh, wenn sie sich hat gar nicht blicken lassen. Das hätt', denk' ich, anders sein können, das war so'n bisschen gestörtes Verhältnis dann. [...] Wir hatten so'n kleinen Schock nach dem ganzen Kram dann so weg so, was mit ihm denn ist, ob alles in Ordnung ist.“ (KRS04, t2, 182 & 48; fetaler Herztonabfall, Vakuumextraktion mit großer Episiotomie, starke Blutung. Sekundärnaht und anschließend wochenlange Beschwerden)

„Nach drei Stunden hab ich gesagt, ich kann nicht mehr, ich will die PDA. Und denn, ich fand die Hebamme nicht freundlich, muss ich ehrlich sagen, und denn sagt sie zu mir, ‚ich hab Ihnen doch gesagt, sie können 'ne PDA haben, jetzt müssen sie noch eine Stunde warten, bis der Anästhesist kommt, und sie müssen unterschreiben‘. Und ich so Schiet, hätte sie mir das doch vorher gesagt, dass ich eine Stunde noch mal warten muss, da hätte ich mir natürlich vorher überlegt.“ (KRS07, t2, 29; Wehentropf, PDA, sekundäre Sectio wegen Geburtsstillstand in der Eröffnungsphase)

„Und 'n bisschen hab ich auch, ich hab halt überhaupt keine Beziehung zu der zweiten Hebamme gehabt, die hat auf mich 'n sehr negativen Eindruck gemacht, auch ihre Anwesenheit.“ (KRS13, t2, 242; Einleitungsversuch mit Wehentropf wegen Terminüberschreitung, Wehencocktail, rasche Eröffnungsphase, Plazentalösung in Vollnarkose)

„Was ich 'n schade fand, ich hatte mir das 'n bisschen anders vorgestellt, ich hab gedacht, die Hebamme ist noch mehr da. Aber das war eben, weil wirklich so viel da waren. Die war eben nur mal kurz da, und ich hab irgendwie, glaube ich, 'n bisschen falsch geatmet. Wenn ich, wenn sie da war, und irgendwie noch'n bisschen geholfen hat, die Hand noch mal, hierhin atmen, denn ging das ganz toll. Nur alleine, ich glaub, ich hab mich immer 'n bisschen verkrampft.“ (KRS29, t2, 14; pathologisches CTG, MBU, PDA, sekundäre Sectio wegen Geburtsstillstand in der Austreibungsphase)

Die Zitate zeigen, dass es verschiedene Betreuungsaspekte sind, die positiven oder negativen Einfluss auf das Geburtserleben haben können.

Fühlt eine Gebärende sich bspw. während der Geburt nicht sicher, hat dies verständlicherweise einen negativen Einfluss auf ihr Geburtserleben. Dies wurde beschrieben in Bezug auf mangelnde Präsenz oder Anleitung durch die Hebamme (vor allem bei fortgeschrittener Geburt) oder wenn die Gebärende den Eindruck hatte, dass ihr Informationen über etwaige Komplikationen im Geburtsverlauf vorenthalten wurden (vgl. Kapitel 9.2 und Kapitel 9.3.4). Weiterhin wurde das Geburtserleben beeinträchtigt, wenn sehr spät unter der Geburt ein Hebammenwechsel stattfand (vgl. Kapitel 9.4.2).

Das Fehlen von Selbstbestimmung ist ein weiterer Aspekt, der ungünstige Auswirkungen auf das Geburtserleben hat und in direktem Zusammenhang mit der erfahrenen Betreuung steht. Werden die Wünsche der Gebärenden übergangen, kann dies zu Gefühlen der Entmachtung führen, ebenso wie das fehlende Angebot von Wahlmöglichkeiten. Vergleichbar ungünstig wirkt sich, wie unter 9.5.2 beschrieben, eine aufgezwungene Selbstbestimmung auf das Geburtserleben aus.

Umgekehrt können Sympathie und Vertrauen zur Hebamme sowie eine der Situation angemessene Präsenz und Unterstützung durch die Hebamme dazu beitragen, dass selbst schwere Geburtsverläufe nicht zu einem negativen Geburtserlebnis führen. Diese Ergebnisse zeigen, dass der Betreuung während der Geburt in vielerlei Hinsicht große Bedeutung zukommt und einen zentralen Beitrag zum Erleben der Geburt liefert. Eine gute Betreuung kann zwar Notfälle oder unglückliche Ereignisse, wie die Verlegung des Babys, nicht verhindern; durch eine gute Begleitung der Gebärenden kann allerdings erreicht werden, dass dergleichen Ereignisse gut bewältigt werden.

9.7 Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen

Ein Gesichtspunkt, der nicht zu den deduktiven Kategorien der Befragung gehörte, sondern bei der Analyse der Daten induktiv entwickelt wurde, wird hier als das „Inanspruchnahmeverhalten“ vorgestellt. Hierunter werden die Ansichten zu Schwangerschaft und Geburt und die sich daraus ergebende Herangehensweise an diese Lebensphase verstanden. Diese prägten zum einen das Inanspruchnahmeverhalten der Frauen und zum anderen wurde dadurch vermutlich die Entscheidung für den Hebammen- oder herkömmlichen Kreißaal beeinflusst.

9.7.1 Wunsch nach Planbarkeit

„Also ich bin sonst eher so'n Typ, ich hab das gern alles so'n bisschen unter Kontrolle.“

Ein Bedürfnis, das im Zusammenhang mit dem Inanspruchnahmeverhalten auffiel, war der Wunsch nach Planbarkeit und dem Ausschalten von Unsicherheiten bezüglich des Zeitpunkts und des Ablaufs der Geburt. Bereits die Schwangerschaft ist eine Lebensphase, in der Frauen die Erfahrung machen, dass sich diese Zeit nur begrenzt planen lässt. In Kapitel 3.1.1 wurde ausgeführt, wie versucht wird mit dieser Ungewissheit umzugehen. Die Daten dieser Untersuchung zeigten, dass der Umgang mit dieser Planungsunsicherheit in Bezug auf die Geburt unterschiedlich war. Das Bedürfnis, Unsicherheiten auszuschalten und die Geburt planen zu können, wurde nur von Frauen, die den herkömmlichen Kreißaal gewählt hatten, formuliert.

„Das ist so das Unsichere im Moment. Ich hätte es auch lieber, wenn ich jetzt wüsste, es kommt übermorgen. [...] Aber dieses Ungewisse, wann geht's

denn los, vielleicht dauert's doch noch länger, das finde ich sehr belastend irgendwie so.“ (KRS29, t1, 93 & 95)

Auch bei der Befragung nach der Geburt wurde das Bedürfnis nach einer detaillierten Geburtsplanung nur von Frauen benannt, die den herkömmlichen Kreißaal gewählt hatten. Bemerkenswert erscheint hier, dass zur besseren Planung der Geburt hierbei ausschließlich geburtshilfliche Interventionen vorgeschlagen wurden.

„Vielleicht hätte er [*der Arzt, Anm. OvR*] mir schon versprochen, wenn bis [*Uhrzeit*] nichts passiert, machen wir Wehentropf. Da hätte ich schon vielleicht vorher die Sicherheit okay, es wird bis [*Uhrzeit*] ist für mich gleich 'n Punkt, wo [*Uhrzeit*], und ich würde schon klingeln, ist logisch. Vielleicht wär das dann besser für mich, als, als in der Luft, wie bei den Hebammen war das eigentlich mehr alles in der Luft ja, wir warten, warten, warten, und ja, das wär vielleicht besser gewesen der Punkt.“ (KRS07, t2, 174; 26. Op, protrahierte Eröffnungsphase, Wehentropf, PDA, sekundäre Sectio wegen Geburtsstillstand)

„Dass man sich drauf vielleicht hätte einstellen können. [...] wir sind mit dem Gedanken eigentlich ins Krankenhaus, gut, denn wird nachher noch 'n Kaiserschnitt gemacht, denn wird er heute schon geboren und nicht erst morgen. Und dieses Warten und, und dieses, ja, das war irgendwo so, man wusste gar nicht so richtig, woran man denn eigentlich jetzt ist.“ (KRS27, t2, 230; Spontangeburt)

Keine Frau der Hebammenkreißaal-Gruppe äußerte Sorgen in Bezug auf die fehlende Planbarkeit der Geburt. Es wurde vielmehr als naturgegebener Umstand betrachtet und das Bestreben formuliert, möglichst ungezwungen anzunehmen, was kommt.

„Ansonsten mach ich mir da keinen Kopf. Also ich versuch da erstmal locker dran zu gehen, wie man kann.“ (HKS02, t1, 24)

„Also hinnehmen, so wie's kommt.“ (HKS08, t1, 36)

Eine Frau aus der Hebammenkreißaal-Gruppe ging noch etwas weiter, indem sie das Eingreifen in den natürlichen Geburtsablauf, außer zum Wohl von Mutter und Kind, kritisch bewertete:

„Also, mir ist es wie gesagt wichtig, dass in der Gesellschaft eigentlich wieder dieser Geburtsvorgang als natürlich angesehen wird und dass man den auch möglichst wenig manipulieren sollte durch äußere Eingriffe. Das ist mir eigentlich das Wichtigste. Und natürlich immer das Wohl des Kindes und der Frau im im Zentrum. [...] ich denke auch viele Frauen machen sich das zu leicht [...], aber ähm, wenn so dieses Kaiserschnitt nach Wunsch und so was, wenn man das hört, das find ich ganz schlimm.“ (HKS01, t1, 145)

Aussagen, aus denen hervorgeht, dass Gebärende sich selbst eine zentrale Aufgabe bei der Geburt des Kindes zuweisen, fanden sich nur bei Frauen der Hebammenkreißaal-Gruppe. Möglicherweise war bei diesen Frauen das Bestreben größer, die Geburt ohne Interventionen und aus eigener Kraft zu meistern.

„Dann hab ich auch gedacht, jetzt tust du alles, was die dir sagt, damit dieses Kind da endlich da endlich rauskommt. Da hätte ich, glaube ich, wirklich alles gemacht.“ (HKS14, t2, 109)

„Also ich weiß nur, dass ich wirklich heftige Wehen hatte und gar keine Pausen richtig dazwischen. Aber dann gedacht hab, dass, ich will das jetzt auch, das gehört dazu, und ich will da durch.“ (HKS16, t2, 24)

Sicherlich lässt die Anzahl der Aussagen in den Interviews dieser Studie nicht den Schluss zu, dass Frauen, die sich für den Hebammenkreißsaal entschieden, besser mit der Planungsunsicherheit im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt umgehen konnten. Dennoch fällt auf, dass von ihnen nicht das Minimieren oder Ausschalten von Unsicherheiten thematisiert wurde, sondern ihr eigener Umgang mit der Planungsunsicherheit. Demzufolge betrachten sie es als eigene Aufgabe und nicht als die des geburtshilflichen Versorgungssystems, eine Lösung zu finden. Nutzerinnen des herkömmlichen Kreißsaals versuchten hingegen, mit Hilfe einer medikalisierten Herangehensweise (Einsetzen des Wehentropfes, Geburtsbeendigung durch Kaiserschnitt) die Planungsunsicherheit zu minimieren. Generell können diese Ergebnisse als Hinweis gewertet werden, dass die naturgegebene Planungsunsicherheit für einige Schwangere einen beunruhigenden Faktor darstellt und dass diesem auf unterschiedliche Weise begegnet wird.

9.7.2 CTG und Körpergefühl

„Aber wenn das halt so sein muss zur Kontrolle, dann ist das natürlich auch ja auch beruhigend.“

Der Einsatz des CTG-Geräts war für alle Frauen dieser Untersuchung selbstverständlich. Möglicherweise fanden sich aus diesem Grund bei der Befragung während der Schwangerschaft nur wenige Aussagen dazu.

„Ich mein´, wenn die Hebamme sagt, es muss jetzt ein CTG geschrieben werden, okay, dann soll sie das machen. Ich kann ja nur nicht beurteilen, warum das jetzt geschrieben werden muss.“ (HKS12, t1, 80)

Auch bei den Schilderungen nach der Geburt wird der Einsatz des CTGs nicht unter dem Gesichtspunkt von Medikalisierung gesehen, sondern stellt einen selbstverständlichen Teil der Geburtsüberwachung dar.

„Weiß ich jetzt nicht, das gehörte einfach dazu. Also das hatte sie auch nicht viel dran. Das hat mich jetzt auch nicht, kann ich mich jetzt nicht dran erinnern, dass mich das interessiert hat.“ (HKS17, t2, 94)

„Ja, das ist natürlich gut, dass es das [CTG, Anm. OvR] gibt, aber das war mir jetzt nicht wichtig oder so.“ (HKS21, t2, 134)

„Ja, CTG war ja halt so, also das war halt so'n Ding, was man einfach akzeptiert, da hab ich mir auch nicht viel Gedanken drüber gemacht. Das war ja so was,

was man ja auch schon vorher kannte vom Arzt und so, das war ja irgendwie so was, wo man genau wusste, okay, das ist einfach da.“ (KRS22, t2, 173)

Bei der Befragung nach der Geburt wurde das CTG mitunter benannt, wenn es um die Beschreibung der Wehen ging. Die durch das Gerät ermittelten Daten schienen aussagefähiger bzw. zuverlässiger als das eigene Gespür. Hierbei wird deutlich, wie der Einsatz einer Technik das Körpergefühl der Gebärenden ersetzt. Besonders offenkundig wird dies, wenn Wehen als etwas *Sichtbares* geschildert werden, da es sich hierbei nur um die Dokumentation durch das Gerät handelt und nicht das eigene Gefühl.

„Weil wenn ich am CTG war, wusste ich ja, wie die Lage ist, habe ich Wehen, habe ich richtige Wehen, habe ich, wie oft, und das hat mir natürlich Sicherheit gegeben, also ich wusste über den Stand.“ (KRS07, t2, 146)

„Ich hab ja die Herztöne vom Kind gehört, und ich hab auch meine Wehen gesehen, ich hab sie auch gespürt.“ (KRS11, t2, 20)

„Dann 'ne Stunde später im Krankenhaus, hatte ich ganz fürchterlich leichte Wehen, die eigentlich noch gar nicht zu sehen waren selber.“ (HKS19, t2, 2)

Auch in Bezug auf das Sicherheitsgefühl wird dem CTG-Gerät große Bedeutung beigemessen. So wird es als beruhigend empfunden, wenn die aufgezeichneten Herztöne des Kindes gut sind. Das Spüren von Kindsbewegungen, welches Ausdruck eigener Körperwahrnehmung wäre, wurde nicht als Sicherheitsquelle genannt.

„Ja, gut, ich sag mal, ich finde das schon sinnvoll, dass die das [CTG-Aufzeichnung, Anm. OvR] machen. Ich will ja auch, dass die das alles überprüft haben, ne? Dass das schon irgendwie wichtig ist. Das war für mich okay, das war 'ne halbe Stunde. Und man will ja auch irgendwie die Sicherheit haben, dass alles okay ist.“ (HKS18, t2, 86)

„Ich hab mich die ganze Zeit über sicher gefühlt. Also, weil das merkt man auch daran, weil da auch alles in Ordnung war von den Herztönen.“ (KRS11, t2, 74)

„Das [CTG, Anm. OvR] war für mich einfach nur, ja, notwendig, dass die das eben brauchen zur Kontrolle.“ (KRS27, t2, 165)

„Ich hab zwischendurch mal raufgeguckt [auf das CTG, Anm. OvR], wie meine Wehen sind, und hab gemerkt, dass meine Wehen weniger werden. Alleine schon vom Körper her und dann hab ich oben raufgeguckt und gesagt, super, ja die werden weniger.“ (KRS30, t2, 66)

Beachtlicherweise wird das CTG von den Frauen als wichtiges Überwachungsgerät anerkannt, obwohl es manchmal unzuverlässig ist und mitunter sogar falsche Daten liefert, was eine gewisse Verunsicherung auslöst.

„Auch denn mein Freund hat immer auf dieses CTG geguckt, oh, jetzt hast du aber schlimme Wehen, und ich so, jetzt spür ich aber gar nicht viel, und jetzt ist es, jetzt, du hast doch gar keine schlimmen Wehen jetzt. Das passte dann nicht so, [...] er saß da immer nur vor, völlig ratlos, und er hat dem Ding auch nicht mehr so vertraut ehrlich gesagt.“ (KRS29, t2, 127)

„Ich hatte Wehen, ich hab sie ja gespürt, aber das CTG hat sie nicht richtig angezeigt. Ich denke mal, weil ich eben halt auch von Natur aus 'n Bauch hab und so was, hatte sie [*die Hebamme, Anm. OvR*] mir denn auch erklärt, und dass das eben halt nicht richtig aufgezeigt hat. Also ich hab immer Wehen gehabt, aber man konnte auf dem CTG halt nicht, nicht viel erkennen. Vielleicht war das auch der Grund, dass der Stationsarzt mich wieder nach Hause schicken wollte, weil man da eben halt nicht richtig was drauf erkennen konnte.“ (KRS09, t2, 104)

Es lassen sich auch Aussagen finden, in denen Frauen ihrem Körpergefühl mehr Gewicht beimessen. Dennoch führt dies nicht zu einer kritischen Sicht auf den Einsatz des CTGs.

„Und CTG, ja gut, also ich hatte ja sowieso gemerkt, dass ich Wehen hab. Und ob die mir jetzt nun sagen, ob die bei siebzig oder achtzig oder neunzig Prozent liegen, das ist mir eigentlich relativ Banane gewesen. Ja, was wichtig war halt eben, dass sie die Herztöne von ihr [*dem Baby, Anm. OvR*].“ (HKS12, t2, 68)

„Und denn auf'm CTG hieß es auf einmal, er [*das Baby, Anm. OvR*] würde schlafen. Ich sag, ja, es ist ja auch Nacht, und da schläft er immer.“ (HKS26, t2, 2)

„Also ich denke mal so, dass ich mich eigentlich auf meinen Körper in Anführungszeichen verlassen kann. [*lacht*] So. Ja.“ (KRS04, t1, 91)

„Aber ich glaube, der Körper sagt einem, wie weit es geht. Und wenn's denn gar nicht mehr geht, okay, dann, dann ist es halt was anderes. Aber ich denke schon, dass ich mich gut einschätzen kann.“ (KRS30, t1, 56)

Die Daten dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass viele Frauen zwar einen möglichst natürlichen und interventionsarmen Geburtsablauf wünschen, zugleich aber nicht erkennen, dass der Einsatz von Medizintechnik während der Geburt für sie bereits zur Normalität geworden ist. Obgleich sich das CTG verunsichernd auf das Körpergefühl auswirkt und dieses teilweise fast ersetzt, wird dessen Einsatz bei der Geburt als selbstverständlich erachtet.

Es ließ sich in dieser Untersuchung lediglich eine Frau finden, die auf die Frage nach Sicherheitsaspekten ausschließlich ihr eigenes Gefühl benannte:

„Weil ich einfach das Gefühl hatte, es ist alles okay.“ (HSK24, t2, 70)

9.8 Gründe für die Wahl des jeweiligen Kreißsaalmodells

Als relevante Kategorien für die Kreißsaalentscheidung konnten verschiedene Sicherheitsaspekte, der Wunsch nach einer natürlichen Geburt und die Gewichtung der Zuständigkeiten der Berufsgruppen der Hebammen und Ärzte/Ärztinnen ermittelt werden. Weiterhin fielen Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen auf und es kann vermutet werden, dass der Wunsch nach Planbarkeit mit der Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal assoziiert war. Andere deduktive Ka-

tegorien erwiesen sich zwar als bedeutsame Faktoren in Bezug auf die Erwartungen an die Geburtsbetreuung, hatten jedoch keinen Einfluss auf die Entscheidung für den Hebammen- oder den herkömmlichen Kreißaal. Hierzu zählen die hier vorgestellten Kategorien Selbstbestimmung, Kontinuität und Betreuung.

Welche Bedeutung das Alter und die Parität der Nutzerinnen auf die Wahl des Kreißaalmodells haben, kann anhand der hier vorliegenden Daten nur vermutet werden. Aufgrund der unter 8.1.2 beschriebenen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung konnten kaum Mehrgebärende, die eine Geburt im herkömmlichen Kreißaal planten, rekrutiert werden. Möglicherweise nahmen diese Nutzerinnen während der Schwangerschaft keinen Kontakt zur geburtshilflichen Abteilung und dem Hebammenteam auf, da sie den Kreißaal des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide bereits kannten und ihre Geburt im selben Kreißaalmodell wie die vorausgegangene planten. Demgegenüber waren Mehrgebärende, die den Hebammenkreißaal für ihre Geburt wählten, aufgrund der dafür notwendigen Anmeldung leichter zu rekrutieren. Somit lassen sich aus den Daten dieser Untersuchung kaum Rückschlüsse auf die Entscheidungskriterien von Mehrgebärenden, die den herkömmlichen Kreißaal wählten, ziehen.

9.8.1 Hebammenkreißaal

„Dieser Hebammenkreißaal, der geht ja eben auch zurück zur Natur, so'n bisschen“

Frauen, die sich für eine Geburt im Hebammenkreißaal entschieden, erwarteten, dass hier die Betreuung persönlicher und die Atmosphäre entspannter sein würde. Außerdem wünschten sie sich eine möglichst natürliche Geburt. Dies äußerten sowohl Erst- als auch Mehrgebärende.

„Weil ich mir schon erhoffe, dass es ein bisschen mehr so`ner natürlichen Geburt gleich kommt.“ (HKS05, t1, 65; Zweitgebärende)

„Und ich wünsch´, ich hoff mir dadurch einfach 'ne so bisschen so familiäre oder so'ne enge Atmosphäre, enge Beziehung. Das wär ganz überzeugend.“ (HKS15, t1, 47; Drittgebärende)

„Eigentlich der Hauptaspekt war dieses familiäre und dass viel auch natürlich gemacht wird, also jetzt mit den, keine Spritzen zum Beispiel, dass man das vorher noch mal mit 'ner Akupunkturnadel oder was rangeht und so.“ (HKS19, t1, 161; Erstgebärende)

„Aber vom, vom Personal her, von den Hebammen persönlicher, intimer, na, wie gesagt, kuscheliger, es sind nicht die richtigen Worte, aber das sind so erstmal so die ersten.“ (HKS28, t1, 32; Zweitgebärende)

Die Hebammen wurden als zuständige Berufsgruppe für die Betreuung von normalen Geburten gesehen und als kompetent für die Geburtsbetreuung eingeschätzt. Im

Gegensatz dazu wurde dies bei den Ärzten/Ärztinnen mitunter infrage gestellt und deren Anwesenheit bei einer normalen Geburt für nicht notwendig erachtet.

„Und dann hab ich gedacht: Auf so'n Arzt irgendwie kannst du vielleicht doch ganz gut verzichten, wenn du irgendwie 'ne Hebamme an der Seite hast ne, von Anfang an.“ (HKS03, t1, 19; Zweitgebärende)

„Also die Hebammen haben ja irgendwie ihren Beruf ja auch gelernt irgendwo. Die Kinder auf die Welt zu kriegen. Und wenn das unkompliziert ist, ist halt die Frage warum da dann noch ein Arzt dazukommen muss zum Schluss. Also irgendwie fand ich das so'n bisschen unlogisch. Und, nur weil die jetzt vielleicht da im Krankenhaus Vorrechte haben oder so.“ (HKS05, t1, 43; Zweitgebärende)

„Hebammen bringen einfach Kinder zur Welt und Ärzte eigentlich nicht. Also Ärzte braucht, also man braucht eigentlich keinen Arzt, um 'n Kind zur Welt zu bringen. Und da, so hat mich das schon beeinflusst, obwohl ich dadurch jetzt nicht die Ärzte schlecht machen möchte.“ (HKS15, t1, 164; Zweitgebärende)

„Da hab ich für mich gesagt, warum, musst nicht unbedingt 'nen Arzt dabei haben, musst auch nicht mal 'nen Arzt sehen, wenn's nicht unbedingt sein muss. Wirst noch genug Drumherum haben, dann reicht dir das auch, wenn da einfach nur die Hebamme ist.“ (HKS14, t1, 38; Erstgebärende)

„Also warum soll ich einen Arzt in Anspruch nehmen, der vielleicht, der in den meisten Fällen gar nichts tut, außer dass der kurz reinschaut. Denn kann ich ihn auch weglassen, und wenn ich ihn brauch, dann kann er ja kommen.“ (HKS23, t1, 6; Erstgebärende)

Der Hebammenkreißsaal wurde als ebenso sicher wie der herkömmliche Kreißsaal eingeschätzt, da sich ein Arzt/eine Ärztin jederzeit und schnell hinzuziehen ließe und die medizinischen Möglichkeiten des Krankenhauses im Hintergrund vorhanden waren. Weiterhin war den Frauen bewusst, dass ein Wechsel in das herkömmliche Betreuungskonzept sehr unkompliziert und jederzeit möglich war, beispielsweise bei dem Wunsch nach einer PDA.

„Ich hab mich eigentlich dafür entschieden, weil es ja überhaupt kein Risiko ist.“ (HKS02, t1, 16; Zweitgebärende)

„Und mir kann ja nichts passieren, ich kann mich ja jederzeit umentscheiden, oder die Gegebenheiten können das ganze Blatt wenden.“ (HKS23, t1, 2; Erstgebärende)

„Also eigentlich war dann so die Überlegung, so viel anders ist es nicht, wenn'n Notfall eintritt, kommt sowieso 'n Arzt.“ (HKS24, t1, 8; Zweitgebärende)

Der Umstand, dass im Hebammenkreißsaal nicht routinemäßig ein venöser Zugang gelegt wird, war ein weiterer Aspekt, der bei mehreren Frauen ausschlaggebend für die Entscheidung war, die Geburt im Hebammenkreißsaal anzustreben.

„Also man kriegt hier keine Kanüle dann gesetzt oder so.“ (HKS05, t1, 65; Zweitgebärende)

„Und weil ich so'ne Angst vor Spritzen und Nadeln und so [*lacht*] an sich hab, war meine Frage, ‚und wird der Zugang auch gleich gelegt?‘ ‚Nein, der wird da

nur gelegt, wenn's wirklich nötig ist.' Und denn hab ich gleich, ja [*lacht*], mich eigentlich dafür entschieden. Ja, so einfach ist das.“ (HKS19, t1, 2; Erstgebärende)

„Also als allererstes ganz persönlich diese blöde Braunüle in der Hand, die wollte ich nicht.“ (HKS24, t1, 8; Zweitgebärende)

Insgesamt schien es für die Frauen nicht leicht, einen Unterschied gegenüber dem herkömmlichen Kreißaal auszumachen. Hier fiel den Frauen nur die fehlende routinemäßige Anwesenheit des Arztes/der Ärztin auf. Dementsprechend ist es nachvollziehbar, dass sich die jeweilige Einschätzung der Notwendigkeit einer ärztlichen Geburtsüberwachung als ein zentrales Entscheidungskriterium erwies.

„Beziehungsweise es ist gar nicht viel aufzuklären. Entweder Arzt oder nicht Arzt. Fertig.“ (HKS02, t2, 115; Zweitgebärende)

„Ja, ansonsten bin ich halt selber auch mal gespannt, ob das jetzt wirklich ein großer Unterschied ist.“ (HKS05, t1, 65; Zweitgebärende)

„Also eigentlich, ich sag mal, für mich der Unterschied ist Arzt oder kein Arzt.“ (HKS14, t1, 80; Erstgebärende)

„Also [*kurze Pause*] ja, der Unterschied, also es, ich weiß jetzt nicht, vielleicht [*kurze Pause*] also bei den anderen Geburten, da war zwar 'n Arzt auch mit dabei, ich weiß aber auch gar nicht, ob der irgendwie, ich glaub nicht, dass der eingegriffen hat, ich weiß das gar nicht. Also für mich war einfach nur so, ich hab erstmal keinen Arzt dabei so, mich piekst jetzt keiner zum Beispiel, ich glaub, ich krieg im Hebammenkreißaal auch diese, diese Kanüle nicht, ne?“ (HKS15, t1, 207; Drittgebärende)

Frauen, die sich für den Hebammenkreißaal entschieden, zeichneten sich nach den dargestellten Ergebnissen dadurch aus, dass sie viel Wert auf die Betreuung durch eine Hebamme legten und die Anwesenheit des Arztes/der Ärztin nur im Falle von Komplikationen wünschten. Ferner wünschten sie sich eine möglichst natürliche Geburt und versprachen sich diese von der Hebammenbetreuung und dem zurückhaltenden Einsatz von medizinischen Interventionen im Hebammenkreißaal. Außerdem vermuteten sie, dass die Atmosphäre im Hebammenkreißaal ruhiger und entspannter sein würde als im herkömmlichen Kreißaal. Ein Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden war nicht auszumachen.

Mit 12 von 17 Frauen beendete ein Großteil der befragten Schwangeren ihre im Hebammenkreißaal begonnene Geburt im herkömmlichen Kreißaal. Diese Frauen hatten also einen direkten Vergleich der beiden Konzepte (wenngleich der Wechsel des Betreuungskonzeptes aufgrund von Pathologien oder aus Gründen der Schmerzbekämpfung geschah).

„Ja, das war 'n Unterschied, jetzt muss ich mal eben, ich muss es mal eben in Worte fassen können. Also ich hab das Gefühl gehabt, mein Partner hat sich dadurch irgendwie entfernt. Ich weiß jetzt aber nicht, ob das, ich, ich glaub, das kam von ihm aus. Weil auf einmal so viele denn da waren. Also ich hab das Gefühl gehabt, also er hat sich irgendwie denn weiter entfernt dadurch. Und die Hebamme, das war alles ganz komisch, ich kann das gar nicht richtig

beschreiben. Die Hebamme, die hat sich auch 'n bisschen entfernt dadurch. So jetzt im Nachhinein, wenn ich jetzt so drüber nachdenke [...] als wenn die Hebamme dadurch 'n bisschen mehr an den Arzt abgegeben hat, also das Sicherheitsgefühl, was ich sonst in die Hebamme gesteckt hab, was sie mir auch gegeben hat, das hat sie dann 'n bisschen an den Arzt abgegeben. Und der Arzt wollte denn mir Sicherheit geben, aber ja, eigentlich konnte er mir das nicht.“ (HKS15, t2, 118; Drittgebärende, protrahierte Geburt, grünes Fruchtwasser, PDA, pathologisches CTG, MBU, Spontangeburt)

„Da hab ich überhaupt keine Unterschiede merken können.“ (HKS14, t2, 193; Erstgebärende, PDA, Wehentropf, Spontangeburt mit Episiotomie und Riss)

„Also ich denke, wenn's jetzt der Hebammenkreißsaal gewesen wär, wär's ja genauso abgelaufen, nur dass halt die Ärzte nicht da gewesen wären. Aber letztendlich, ich hab ja keine PDA gebraucht, ich hab keine Schmerzmittel gebraucht, von daher wär das wahrscheinlich genauso gewesen. Nur ohne die Ärzte dann.“ (HKS26, t2, 124; Erstgebärende, pathologisches CTG, Amniotomie, protrahierte Austreibungsphase, Kristellerhilfe, Spontangeburt mit Episiotomie und Scheidenriss)

Hier zeigte sich, dass für fast alle Frauen auch nach der Geburt kein klarer Unterschied zwischen den beiden Betreuungskonzepten auszumachen war. Lediglich eine Frau beschrieb eine Veränderung.

Zusammenfassend lassen sich folgende Gründe für eine Entscheidung für den Hebammenkreißsaal finden:

- Möglichst natürlich und interventionsarm gebären,
- persönliche und intime Atmosphäre,
- hoher Stellenwert von Hebammenbetreuung,
- Zweifel an der Notwendigkeit ärztlicher Betreuung,
- ebenso sicher wie der herkömmliche Kreißsaal

9.8.2 Herkömmlicher Kreißsaal

„Das war einfach so die, die Sicherheit, dass 'n Arzt gleich da ist, sag ich mal“

Frauen, die sich für eine Geburt im herkömmlichen Kreißsaal entschieden, wünschten sich die Präsenz der ÄrztInnen auch bei einer normal verlaufenden Geburt. Sie sahen hierin eine größere Sicherheit, da neben der Hebamme eine zweite Fachperson den Geburtsverlauf überwachen würde. Die Frauen gingen davon aus, dass im Falle auftretender Komplikationen so schneller eingegriffen werden könnte. Zudem waren sie dem Einsatz von medizintechnischen Interventionen weniger abgeneigt. Frauen dieser Gruppe beziehen ihr Sicherheitsgefühl demnach in deutlich stärkerem Maße aus der ärztlichen Überwachung und der Möglichkeit, bei Komplikationen medizintechnisch in den Geburtsverlauf eingreifen zu können.

„Dass ich da irgendwie die Gewissheit hab, also es kommt ab und zu mal wirklich 'n Arzt, und selbst wenn die Hebamme jetzt meint, [...] nee, also da geht schon alles noch, ich könnte im Prinzip auf den Arzt zurückgreifen.“ (KRS25, t1, 32; Erstgebärende)

„Denn wenn irgendwas sein sollte, ist es ja im Hebammenkreißsaal auch kein Problem, aber es ist schon gut zu wissen, auf jeden Fall guckt der Arzt notfalls mit rein.“ (KRS30, t1, 12; Erstgebärende)

Welchen Einfluss das Alter und die Parität auf die Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal haben, lässt sich nur vermuten. Die zwei befragten Mehrgebärenden, die sich für den herkömmlichen Kreißsaal entschieden, taten dies aufgrund der positiven ersten Geburtserfahrung und wegen des Wunsches nach einer Wassergeburt.

„Da die erste Geburt da so positiv war, und jetzt noch mal durch die Kreißsaalführung war das wieder alles gleich so, nee, also das war eigentlich so wieder das, wo ich sagte, das war gut, und da geh ich wieder hin.“ (KRS20, t1, 58; Zweitgebärende)

„Ich würd's auch gern zu Hause machen, aber mein Mann möchte das nicht so gerne [*lacht*]. Und denn hab ich gesagt gut, das ist doch ein Kompromiss, wenn wir das denn ambulant machen [...]. Und dann bei der Kreißsaalführung hier in Reinkenheide hatte sie halt dann gleich gesagt, dass das [*eine Wassergeburt, Anm. OvR*] nicht durch eine Hebamme geleitet werden darf, da muss ein Arzt anwesend sein. Und von daher hatte ich da bei mir im Kopf denn schon abgeschaltet, weil ich so gern diese Option freilassen wollte.“ (KRS13, t1, 32; Drittgebärende)³⁵

Demgegenüber war bei Erstgebärenden die fehlende Geburtserfahrung ein Aspekt, der zu einer Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal führte. Die Ungewissheit, was sie bei der Geburt erwarten würde, führte dazu, dass sie sich für das Kreißsaalmodell entschieden, das ihnen normal und altbewährt erschien. Bemerkenswerterweise ist dies nicht das Kreißsaalmodell, das eine möglichst interventionsarme Geburtshilfe anbietet, sondern der herkömmliche Kreißsaal, der stärker mit Medizintechnik und ärztlichem Handeln assoziiert wird.

„Also erstes Kind, dass man nicht weiß worauf man sich einlässt, was auf einen zukommt. Dann halt wie gesagt, hatt' ich ja gesagt, tendenziell dann eher lieber zu sagen, gut, dann geh ich eher in ein System, wo beides vorhanden ist, weil es ist auf keinen Fall schlechter als das Einzelne. Weil die Hebamme hab ich sowieso.“ (KRS04, t1, 151; Erstgebärende)

„Definitiv schnell dazu gekommen, dass ich gesagt habe, erstes Kind nicht. Wenn's zweite wäre und erste Kind entbunden, dann hätt ich aber ohne Problem gesagt: ‚Klar, die erste Geburt war ohne....‘ [...] Um die Sicherheit, nur um die Technik, sag ich mal ganz blöd, wie das Kind raus kommt, mit Komplikationen oder nicht. Nur darum geht's mir.“ (KRS07, t1, 18 & 94; Erstgebärende)

³⁵ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung war eine Wassergeburt nur im herkömmlichen Kreißsaal möglich. Offensichtlich war dies der einzige Grund der Befragten für die Wahl des herkömmlichen Kreißsaals, denn wenige Tage nach dem Interview revidierte sie ihre Entscheidung und meldete sich im Hebammenkreißsaal an.

„Aber es ist bei mir irgendwie, vielleicht weil das das erste Kind ist. [...] Ich kenn's ja noch nicht, und ich möchte schon irgendwie doch 'n Arzt da haben, ich möchte schon am Anfang untersucht werden, also mit'm Ultraschall zum Beispiel, und das war für mich eigentlich dieses, dass ich gesagt habe, ich nehm 'n normalen. Weil mir auch klar ist, wenn ich zum Beispiel Schmerzen habe, starke, dann würde ich auch 'ne PDA nehmen.“ (KRS11, t1,3; Erstgebärende)

Frauen der herkömmlicher Kreißsaal-Gruppe beurteilten die Betreuung durch die Hebamme kritischer und sahen hierin keine Sicherheitsquelle. Vereinzelt wurde die Befürchtung geäußert, dass die Hebammen im Hebammenkreißsaal möglicherweise aus falschem Ehrgeiz die Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin zu lange hinauszögern könnten. Ferner schien es ihnen unangenehm, wenn sie selbst die Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin wünschten und dies bei der Hebamme würden einfordern müssen.

„Aber ich hab dann so'n bisschen gedacht, was ist, wenn's jetzt doch irgendwie mal nicht so läuft, wie es laufen soll. Holen die dann auch wirklich jemanden, [...] so die Angst, was ist, wenn die jetzt meinen, das geht schon noch. Und ich selber aber irgendwie mein', nee, das geht irgendwie nicht mehr, [...] man muss ja auch jemanden haben, der dann wirklich sagt, okay, dann, dann machen wir jetzt auch was.“ (KRS25, t1, 24; Erstgebärende)

„Also man hat 'ne Hebamme da, und man hat vielleicht auch unbewusst das Gefühl, na ja, hm, irgendwie kommt das nicht voran, oder man, man hat jetzt das Gefühl, irgendwas ist komisch oder so, grad so beim ersten Kind, ist es ja dann auch schwierig, oder finde ich, glaube ich, 'ne komische Situation, zu der Hebamme zu sagen, ich möchte jetzt nicht mehr, ich möchte jetzt doch, dass 'n Arzt kommt. Also dem Menschen, dem man vielleicht irgendwie acht Stunden vorher volles Vertrauen geschenkt hat, dann sagen zu müssen, eigentlich möchte ich jetzt doch ganz gerne, dass 'n Arzt kommt.“ (KRS30, t1, 16; Erstgebärende)

Ein kleiner Teil der Frauen formulierte, dass nicht eigene Überlegungen, sondern der Wunsch des Partners ausschlaggebend bei der Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal waren.

„Aber mein Partner, der wollte halt ganz gerne, also fühlt sich sicherer, wenn's denn der normale Kreißsaal ist. Und dann hab ich mich halt, ja, dem angeschlossen. Also mir war's von vornherein eigentlich egal, und denn haben wir uns, hab ich mich halt angeschlossen.“ (KRS09, t1, 6; Erstgebärende)

„Ja, genau, genau. Und dann haben wir gesagt, dann, da mein Mann sowieso, er wollte eh ganz gerne, dass der Arzt da ist, und denn haben wir gesagt gut, denn machen wir das ja.“ (KRS30, t1, 18; Erstgebärende)

Ebenso wie die Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe, konnten auch die Frauen, die sich für den herkömmlichen Kreißsaal entschieden hatten, meist keinen deutlichen Unterschied zwischen beiden Kreißsaalmodellen erkennen. Lediglich die Anwesenheit oder Abwesenheit von Arzt/Ärztin bei normalen Geburtsverläufen wurde

genannt. Da die Abwesenheit von ÄrztInnen als Nachteil wahrgenommen wurde, sahen sie keine Notwendigkeit für ein anderes Betreuungsmodell.

„Ja, obwohl ich da ja genauso den Hebammenkreißsaal hätte nehmen können, weil wenn da Komplikationen kommen, denn kommt er ja auch. Aber da denk ich mir, warum das alles, denn nehm doch einfach den normalen. Dann ist er da.“ (KRS11, t1, 45; Erstgebärende)

„Und hab dann also gedacht, hm, also wo ist jetzt da der Unterschied, außer dass bei dem einen 'n Arzt immer mal wieder in Abständen dabei ist und bei dem anderen nicht. Aber ich hab irgendwie für mich gar nicht so richtig gesehen, warum sollte ich das jetzt machen, also nicht so 'nen ganz klaren Vorteil, um zu sagen, das ist es.“ (KRS25, t1, 22; Erstgebärende)

„Also und, also für meine Empfindung, denke ich, ist das dann nicht viel Unterschied zum Hebammenkreißsaal, dass nur, sag ich mal, wenn gerade die Geburt losgeht, denn ist der Arzt halt da und guckt und ja, und so, es war einfach trotzdem alles ruhig, und ja, keine Hektik. Und ob da nun einer mehr steht oder einer weniger, sag ich mal, fand ich jetzt nicht, weil war so beschäftigt [lacht].“ (KRS20, t1, 24; Zweitgebärende)

„Letztendlich ist die Entscheidung doch irgendwie ja auch so'n bisschen auf diesen normalen Kreißsaal gefallen, weil ich bis heute eigentlich nicht wirklich weiß, warum. Also es ist für mich nicht eindeutig irgendwie ersichtlich, warum soll ich mich jetzt für diesen Hebammenkreißsaal entscheiden. [...] da, ich hab ja natürlich auch mal nachgefragt, warum soll ich mich jetzt für das eine oder das andere entscheiden oder was ist besser an diesem Hebammenkreißsaal. Das hat einem aber auch nie so eindeutig jemand sagen können.“ (KRS25, t1, 96 & 100; Erstgebärende)

Auch bei der Befragung nach der Geburt konnten die meisten Frauen, außer der Anwesenheit des Arztes/der Ärztin keinen Unterschied zwischen den Kreißsaalmodellen benennen.

„Die Ärztin hab ich so wie's meistens ist, ich sag mal, da hätte ich in Anführungszeichen auch im hebammengeleiteten Kreißsaal sein können, sag ich mal so, hab ich überhaupt nicht gesehen, bis die Geburt tatsächlich, also bis dann die Austreibungsphase, also der Muttermund eröffnet war 10 cm, dann hat sie gesagt gut, ich ruf jetzt die Ärztin an.“ (KRS04, t2, 160; Erstgebärende, Geburt per Vakuumextraktion, Episiotomie, starke Blutung)

„Ja, weil da weiß ich jetzt gar nicht so, wo der Unterschied ist.“ (KRS29, t2, 131; Erstgebärende, pathologisches CTG, Geburtsstillstand, PDA, MBU, sekundäre Sectio)

Zusammenfassend lassen sich in dieser Untersuchung folgende Gründe für eine Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal finden:

- vermutete stärkere Präsenz von Arzt/Ärztin,
- großzügigerer Einsatz von Technik,
- Misstrauen gegenüber der Hebamme,
- Wunsch des Partners,

- fehlende Geburtserfahrung

9.8.3 Zufriedenheit mit der Kreißaalentscheidung

„Also ich würd das wieder machen, auf jeden Fall. Ich würd auch wieder nach Reinkenheide gehen.“

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Nutzerinnen beider Kreißaalgruppen mit der getroffenen Entscheidung zufrieden waren. Wenn Frauen Aspekte anführten, mit denen sie im Zusammenhang mit ihrer Geburt unzufrieden waren, bezogen diese sich auf den Ablauf der Geburt oder auf die Betreuung während der Geburt (wie unter 9.6 beschrieben). In Bezug auf die Zufriedenheit mit der Kreißaalentscheidung ist sicherlich zu beachten, dass kaum eine Frau einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Modellen ausmachen konnte und sich die Unterscheidung zumeist nur auf die Anwesenheit von ÄrztInnen bezog.

9.8.3.1 Hebammenkreißaal

Nur ein kleiner Teil der Frauen der Hebammenkreißaal-Gruppe konnte die Geburt im Hebammenkreißaal auch beenden. 12 der Frauen gebaren letztlich im herkömmlichen Kreißaal, entweder aufgrund von auftretenden Pathologien oder aufgrund des Bedarfs nach Schmerzbekämpfung. Lediglich bei zwei Gebärenden lagen bei der Überleitung keine Pathologien vor, denn bei ihnen war der Wunsch nach einer Wassergeburt der Überleitungsgrund. Somit machten die meisten Frauen dieser Gruppe die Erfahrung, dass Regelwidrigkeiten im Geburtsverlauf eine Geburt im Hebammenkreißaal unmöglich machten. Vor diesem Hintergrund erscheint es erstaunlich, dass dennoch fast alle Frauen sich wieder für den Hebammenkreißaal entscheiden würden. Nur eine Frau (die bei all ihren drei Geburten eine PDA benötigte) würde im Falle einer weiteren Geburt den herkömmlichen Kreißaal wählen.

„Also, ich glaub, das ist die perfekte Lösung für jeden. Weil man kann es so haben, muss es aber so nicht haben.“ (HKS02, t2, 93; rasche Spontangeburt)

„Ja, ich würd immer wieder versuchen, im Hebammenkreißaal zu entbinden ohne Arzt und allem Tüdelüt umzu.“ (HKS12, t2, 128)

„Ich würd jederzeit wieder sagen, erstmal Hebammenkreißaal, weil man weiß jetzt auch einfach, wenn's nicht geht, du kannst jederzeit schreien und sagen, ich will jetzt nicht mehr und dann gibt's halt die PDA oder andere Schmerzmittel und dann ist das in Ordnung, ne?“ (HKS14, t2, 191; PDA, Wehentropf, Spontangeburt mit Episiotomie und Riss)

„Ich würde es, glaube ich, wieder so ansteuern. Auch mit der Akupunktur vorher, würde ich schon wieder so machen, doch, warum nicht, aber ich krieg keins mehr (*lacht*). Doch, würd ich wieder machen.“ (HKS21, t2, 162; vaginale Blutungen, PDA, Kristellerhilfe, Spontangeburt)

„Also Hebammenkreißsaal ist 'ne echt super Sache, ich würd's aber nicht noch mal machen. Weil ich hab, es liegt jetzt nicht daran, dass ich das nicht gut finde, also eigentlich ist es ja gut, weil ich hab's versucht, und es hat geklappt, und es konnte sofort umgestellt werden, das, also so war's eigentlich schon gut. Aber ich hab jetzt dreimal versucht, ohne PDA auszukommen, hab's dreimal nicht geschafft. Und wir möchten gern noch ein Kind, aber da würde ich dann vornherein sagen, sollen sie gleich PDA geben, dann bin ich glücklicher.“ (HKS15, t2, 24; protrahierte Geburt, grünes Fruchtwasser, PDA, pathologisches CTG, MBU, Spontangeburt)

Die Tatsache, dass sich fast alle Frauen, trotz der häufig gemachten Erfahrung einer Überleitung, sich wieder für den Hebammenkreißsaal entscheiden würden, deutet darauf hin, dass das Konzept des Hebammenkreißsaals dennoch den Bedürfnissen der Nutzerinnen entsprochen hat.

9.8.3.2 Herkömmlicher Kreißsaal

Die Frauen, die sich für eine Geburt im herkömmlichen Kreißsaal entschieden hatten, waren mit ihrer Entscheidung auch im Nachhinein zufrieden, gingen aber davon aus, dass der Unterschied zur Betreuung im Hebammenkreißsaal vermutlich nicht sehr groß gewesen sei, da sie den Arzt/die Ärztin nur wenig gesehen hatten. Die geringe Anwesenheit des Arztes/Ärztin wurde nicht negativ bewertet.

„So im Nachhinein fand ich das eigentlich doch schon ganz gut, ich denke, ich weiß es nicht, aber ich stelle mir vor, dass der Doktor so jetzt schneller dazugekommen ist, als wenn ich jetzt in den Hebammenkreißsaal gegangen wär, stell ich mir vor. Weil ich, ich denke einfach mal, dass sie vielleicht sogar noch mehr ausprobiert hätten, eben auch mit der Saugglocke.“ (KRS09, t2, 182; rasche Eröffnungsphase, grünes Fruchtwasser, Geburtsstillstand in der Austreibungsphase, PDA-Versuch, Wehentropf, sekundäre Sectio in Vollnarkose)

„Ja, doch, das würd ich wieder so machen. Das war also für mich einfach so, also ich fand's super, für mich war das wirklich genau so, mir fehlte nichts, ich hätte nichts dazu gewollt, es war mir nichts zu viel, es war nichts zu wenig, es war einfach eine total superrunde Sache.“ (KRS22, t2, 197; pathologisches CTG, rasche Eröffnungsphase, protrahierte Austreibungsphase, Geburtsstillstand, Kristellerhilfe, Vakuumextraktion, Episiotomie)

„Also mit der Erfahrung, die ich hab, würde ich den normalen Kreißsaal wählen.“ (KRS29, t2, 211; pathologisches CTG, MBU, PDA, sekundäre Sectio wegen Geburtsstillstand)

Frauen, die im herkömmlichen Kreißsaal eine komplikationslose Geburt hatten, waren mit der Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal zwar zufrieden, würden allerdings im Falle einer weiteren Geburt den Hebammenkreißsaal in Erwägung ziehen. Die Erkenntnis, dass die ÄrztInnen relativ wenig in Erscheinung getreten waren, begünstigte diese Überlegung.

„Also von daher, das Ultraschall hab ich gekriegt zur Größenbestimmung, die überhaupt nicht passte, sag ich mal so, das hätte ich mir auch sparen können.“

Und sonst hab ich ja die ganze Zeit eigentlich keinen Arzt gesehen, und von daher. Ich weiß es nicht, ich weiß ja nicht, ob die, ob die Betreuung dann intensiver gewesen wäre durch die Hebamme [...]. Wie das im Kreißaal, im Hebammenkreißaal gewesen wäre weiß ich nicht, weil ich fand das ja eigentlich gar nicht schlecht, dass wir beide auch alleine waren, weil das so unser Moment war, und wo wir uns drauf konzentriert haben und ja auch gefreut haben.“ (KRS04, t2, 188; Episiotomie, Vakuumextraktion, starke Blutung)

„Also wenn ich jetzt selber noch mal 'n Kind kriegen würde, würde ich Hebammenkreißaal nehmen. Einfach aus dem Grunde, weil wenn ja doch dann was schief geht, dann wird's ja zum normalen Kreißaal, dann kommt ja 'n Arzt. Aber so weil jetzt der Arzt für mich wirklich keine große Rolle gespielt hat. Der hätte am Ende auch nicht da sein müssen, wär denn auch in Ordnung gewesen, wenn der nicht noch mal reingeschaut hätte. Und einfach aus dem Grunde, weil wenn es denn Komplikationen gibt, denn kommt er ja trotzdem. Also ich würd beim nächsten Mal Hebammenkreißaal nehmen und würde ich vielleicht 'ner Freundin jetzt auch raten.“ (KRS11, t2, 110; rasche Spontangeburt)

„Wenn man's rückwirkend betrachtet, hab ich natürlich im Nachhinein gedacht, okay, wenn das so gelaufen wär, hättest ja auch in'n Hebammenkreißaal gehen können. Weil es war ja eigentlich nicht, es war ja letztendlich eigentlich so'ne Geburt wie im Hebammenkreißaal [...]. Also ich könnte mir, wenn man mal davon ausgeht, dass alles wieder so toll klappt und läuft, und man auch die Möglichkeit hat, die Hebammen auch alle wieder so kennen zu lernen, könnte ich mir das unter Umständen vorstellen.“ (KRS25, t2, 116 & 124; rasche Spontangeburt)

Abschließend lässt sich feststellen, dass der Wunsch nach einer Hebammen- oder ärztlichen Betreuung das zentrale Entscheidungskriterium bei der Wahl des Kreißaalmodells war. Frauen, die den Hebammenkreißaal wählten, zeichneten sich darüber hinaus durch den Wunsch nach einer möglichst natürlichen Geburt aus. Frauen, die den herkömmlichen Kreißaal wählten, waren dem Einsatz von medizintechnischen Interventionen gegenüber deutlich aufgeschlossener.

Bemerkenswert erscheint, dass die Befragten wenige Unterschiede zwischen den Betreuungskonzepten erkennen konnten und sich dies auf die An- oder Abwesenheit des Arztes/der Ärztin reduzierte. Der geringe Unterschied zwischen den beiden Kreißaalmodellen wurde von Frauen beider Gruppen als Argument für die eigene Entscheidung herangezogen.

Mit der getroffenen Entscheidung waren die befragten Frauen auch im Nachhinein zufrieden. Dies erscheint besonders vor der hohen Verlegungsrate der Hebammenkreißaal-Gruppe bemerkenswert. Fast alle Frauen würden ein weiteres Kind in dem gleichen Kreißaalmodell gebären, wenngleich die Frauen, die eine komplikationslose Geburt im herkömmlichen Kreißaal erlebt hatten, eine Geburt im Hebammenkreißaal für eine weitere Geburt in Erwägung zogen.

9.9 Gründe für den Ausschluss anderer Geburtsorte

„Und ich fand immer, dass es so selbstverständlich ist, ins Krankenhaus zu gehen“

Obwohl in den Interviews nicht explizit danach gefragt wurde, machten viele Frauen, vor allem bei der Befragung während der Schwangerschaft, Aussagen zu den verschiedenen Geburtsorten, die in Bremerhaven und dem Umland zur Verfügung standen. Da daran deutlich wird, aus welchen Gründen die Entscheidung für eine klinische Geburt, und hierbei für das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, getroffen wurde, wird im Folgenden näher auf die Gründe eingegangen, die zum Ausschluss anderer Geburtsorte führten. Es zeigte sich, dass sich die Gründe zwischen den beiden Gruppen teilweise unterschieden, so dass die Darstellung der Ergebnisse zu diesem Punkt nach Befragungsgruppen differenziert erfolgt.

9.9.1 Nutzerinnen des Hebammenkreißsaalmodells

„... aber halt nie den Mut jetzt für ne Hausgeburt hätte“

Das Bestreben eine möglichst natürliche Geburt zu erleben (wie in Kapitel 9.8.1 dargestellt), führte bei Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe zu der Entscheidung für dieses Betreuungsmodell. Gleichwohl wurde eine Haus- oder Geburtshausgeburt trotz dieses Wunsches ausgeschlossen. Begründet wurde dies mit Zweifeln an der Sicherheit außerklinischer Geburtsorte und der Sorge, im Falle von Komplikationen, während der Geburt in eine Klinik verlegt werden zu müssen.

„Ganz am Anfang hatt ich ja bei mir gedacht irgendwie so`ne Hausgeburt, das kam ganz kurz mal, hatten wir darüber gesprochen. Aber das war relativ schnell klar, dass das äh, dass mir das zu risikoreich ist, wenn was passiert, ne.“ (HKS02, t1, 113; Zweitgebärende)

„Habe ich dann halt auch überlegt, ob ähm, gerade wenn man ja schon das zweite Kind hat, ob man nicht vielleicht besser äh so so so`n Geburtshaus nehmen würde und würde dann halt ambulant entbinden und wieder nach Hause gehen. Und ähm, na [Ortsangabe] gibt`s ja leider nur ein Geburtshaus was auch relativ neu ist und denk ich dann irgendwie auch nicht so ganz mein Vertrauen hab schenken können.“ (HKS05, t1, 11; Zweitgebärende)

„Also, ich würde niemals zu Hause ambulant irgendwie entbinden wollen. Weil ich denke, das kann man im Vorfeld gar nicht absehen, was da für Komplikationen auftreten können.“ (HKS12, t1, 39; Zweitgebärende)

„Ich wollt´ eigentlich, anfangs wollte ich gerne zu Hause gebären oder im Geburtshaus, davon hat mir aber meine Frauenärztin dringend abgeraten und deswegen haben wir also, haben wir so `ne Klinikbesichtigung gemacht.“ (HKS19, t1, 2; Erstgebärende)

Weiterhin führten die fehlende Geburtserfahrung und das dadurch fehlende Zutrauen bei Erstgebärenden dazu, sich für eine klinische Geburt zu entscheiden.

„Und ich hatte im Hinterkopf immer mit dem Gedanken gespielt also so natürlich zu entbinden, wie es irgendwie geht. Am liebsten zu Hause oder im Geburtshaus, aber dadurch, dass es nun die erste Schwangerschaft ist, hab ich mich da nicht so richtig ran getraut.“ (HKS01, t1, 3; Erstgebärende)

Weitere Gründe, die gegen eine außerklinische Geburt sprachen und vereinzelt angeführt wurden, waren die zusätzlichen Kosten und die Unannehmlichkeiten, die mit einer Geburt zu Hause verbunden wurden, sowie Zweifel an der Kompetenz außerklinisch geburtshilflich tätiger Hebammen.

„Also ich bin, ich bin unsicher gewesen [bzgl. Geburt im Geburtshaus, Anm OvR], eben äh wenn doch doch mal Komplikationen auftreten sollten. Sei es jetzt mit dem Kind oder ähm bei mir. Dann hab ich auch gedacht, oh. Und es ist eben auch recht teuer. Einmal muss die Rufbereitschaft bezahlt werden und dann eben die Entbindung selbst auch, obwohl die Krankenkassen zum Teil ähm die Entbindung voll oder ähm `nen bestimmten Betrag übernehmen.“ (HKS03, t1, 27; Zweitgebärende)

„Und das andere ist, dass 'ne Hausgeburt für mich so oder so nicht in Frage käme, weil mich das tierisch stressen würde, dass das alles hier stattfindet, und ich oder mein Mann oder sonst wer hinterher alles aufräumen und sauber machen müsste, also damit würde ich schon anfangen, das wär für mich mehr Stress, als dass ich ins Krankenhaus geh. [...]. Was ist, wenn was schief geht, wie lange dauert's, bis ich im Krankenhaus wäre. Und kann ich mich dann auf die Hausgeburt-Hebamme so verlassen, dass die dann das richtige tut oder nicht.“ (HKS23, t1, 66 & 68; Erstgebärende)

Für einige der befragten Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe war die Entscheidung auf die Wahl der Klinik beschränkt. Außerklinische Geburtsorte wurden von ihnen gar nicht in Erwägung gezogen. Bei der Wahl der Klinik spielte neben der Bekanntheit und dem positiven Eindruck des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide auch die Nähe zum Wohnort eine Rolle.

„Geburtshaus war nie die Frage, es war einfach die Frage, ob nun Reinkenheide oder [*Name Krankenhaus*]. So, und Reinkenheide ist für mich irgendwo einfacher zu erreichen und außerdem find ich das schöner. Da hab ich auch, hab ich auch schon viele gute Sachen von gehört. Und von [*Name Krankenhaus*] hab ich halt gar nichts gehört. Wenn ich nichts von hör, dann, was soll ich da.“ (HKS08, t1, 18; Erstgebärende)

„Wir haben uns das [*Name Krankenhaus*] angeguckt, [...]. Ich kann nicht beschreiben wieso, ob das alleine schon an diesem schweinchenrosa Outfit lag, das die da getragen haben. Ich mein, die haben sich auch Mühe gegeben von den Gestaltung der Kreißsäle, der Zimmer oder so. Aber irgendwie war es nicht das, das mich jetzt überzeugt hätte, da zu entbinden.“ (HKS12, t1, 51; Zweitgebärende)

„Mit Krankenhaus war eigentlich von vornherein klar. Weil Freundinnen von mir alle irgendwie in Reinkenheide waren und man kennt dieses Krankenhaus, und ich mag das [*Name Krankenhaus*] auch nicht.“ (HKS14, t1, 2; Erstgebärende)

„Ist mir auch irgendwie sympathischer das Krankenhaus, kann ich jetzt nicht sagen. Bremen wär´ zu weit weg, und [*Name Krankenhaus*] ist mir irgendwie unsympathisch. Vielleicht tu ich denen Unrecht, das würde mir jetzt leid tun, aber irgendwie ist mir Reinkenheide sympathischer.“ (HKS21, t1, 4; Erstgebärende)

„Das sowieso, also ich bin geboren in Bremerhaven mit angeborenem Instinkt [*lacht*] gegen das [*Name Krankenhaus*] und also einfach durch persönliche Erfahrungen mag ich da nicht hingehen. Und deswegen kam es nur hier infrage. Und wir haben hier bei der ersten Entbindung super Erfahrungen gemacht.“ (HKS24, t1, 4; Zweitgebärende)

Lediglich in Bezug auf die fehlende Kinderklinik am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide wurden leichte Zweifel an der getroffenen Klinikwahl geäußert.

„Obwohl's immer 'n Thema ist mit dieser Kinderklinik, aber nicht von dem Kreißsaal her in dem Sinne.“ (HKS17, t1, 6; Drittgebärende)

Bei der Entscheidung, zur Geburt in das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide zu gehen, schien das Angebot des Hebammenkreißsaals nachrangig zu sein. In der Regel war die Entscheidung für die Klinik bereits getroffen und erst danach setzten sich die Interviewpartnerinnen mit den beiden Betreuungsoptionen auseinander. Das Angebot des Hebammenkreißsaals schien für viele Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe ein zusätzlicher Vorteil vom Klinikum Bremerhaven Reinkenheide zu sein. Nur wenige Frauen machten Aussagen, die darauf hindeuten, dass die Wahl der Klinik von dem Betreuungsangebot des Hebammenkreißsaals beeinflusst wurde.

„Ja, der Hebammenkreißsaal, ich hatte davon noch gar nicht gehört, nur als Infomaterial dann beim Geburtsvorbereitungskurs.“ (HKS26, t1, 2; Erstgebärende)

„Und damals die Entscheidung war einfach Gutes gehört hier, angeguckt, hier geblieben in Reinkenheide. Und deswegen das zweite auch in Reinkenheide. Gehört von dem Hebammenkreißsaal speziell hab ich eigentlich durch den Geburtsvorbereitungskurs.“ (HKS28, t1, 3; Zweitgebärende)

„Und das Entscheidende ist für mich auch das Elternzimmer so'n bisschen gewesen [...]. Und das fand ich auch sehr schön. Und dann wurde uns das ja offeriert mit dem Hebammenkreißsaal. Und das war für mich eigentlich gleich klar, weil für mich hat für die Geburt, für mein inneres Bild 'n Arzt gar nichts zu tun.“ (HKS23, t1, 2; Erstgebärende)

„Ja, also im Gespräch war das [*Konzept Hebammenkreißsaal, Anm. OvR*] schon, als ich mit meiner ersten Tochter schwanger war. Und dann ist es aber, die ist im [*Zeitangabe*] geboren hier in Reinkenheide, und da war es ja noch nicht so weit mit dem Projekt. Und da wollte ich eigentlich schon im Hebammenkreißsaal entbinden, wenn es das schon gegeben hätte. Ja, und nun bin ich ja dann das zweite Mal schwanger geworden, und es gab den Hebammenkreißsaal schon, und meine Nachbarin hat im Hebammenkreißsaal entbunden, war wunderbar zufrieden, und so hat sich für mich eigentlich relativ schnell dann auch entschieden, dass ich das machen möchte.“ (HKS24, t1, 2; Zweitgebärende)

Bei der Befragung nach der Geburt zeigte sich, dass viele Frauen den Ausschluss eines außerklinischen Geburtsortes auch im Nachhinein für richtig erachteten. Dies war sicherlich unter anderem darin begründet, dass viele Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe geburtshilfliche Interventionen und/oder eine operative Geburtsbeendigung erlebt hatten und daraus schlossen, dass die Geburt ohne den Einsatz von Medizintechnik nicht (gefährlos) möglich gewesen wäre.

„Ja. Ich würde es nie zu Hause oder nie ohne Krankenhaus. Aber so, wie es. Auf jeden Fall. Ich geh kein Risiko ein.“ (HKS02, t2, 69; Zweitgebärende)

„Die [*Hebamme, Anm. OvR*] hat dann auch sofort die Entscheidung getroffen, dass das, und es war im Endeffekt auch wirklich gut, dass das so schnell alles gelaufen ist, und dass ich auch im Krankenhaus war.“ (HKS16, t2, 12; Drittgebärende, Notsectio wegen Uterusruptur, Verlegung des Babys in Kinderklinik)

„Also ich bin mal reingekommen, hab gedacht, ob du jetzt hier bist oder zu Hause bist, das hat für mich eigentlich nicht so sehr viel Unterschied gemacht, bloß eben da waren Leute, wo ich denn dachte, die können dir helfen, wenn's in die Vollen geht, dann ist jemand da, das hast du halt zu Hause dann nicht mehr gehabt, das Gefühl, ne?“ (HKS14, t2, 135; Erstgebärende, PDA, Wehentropf, Spontangeburt)

Aber auch Frauen, die eine komplikationslose Geburt erlebt hatten, resümierten, dass der klinische Geburtsort aufgrund der Kompetenz des Personals und der schnelleren Möglichkeit in den Geburtsverlauf einzugreifen, Gründe für eine klinische Geburt seien.

„Da war mir das jetzt wirklich lieber so, wie wenn man da jetzt mit jemand anders ins Krankenhaus reinkommt, der vielleicht nur alle paar Wochen nur mal ne Geburt mit macht. Denn auch die kann ja vorher nicht wissen, was sich so ergibt, ne.“ (HKS05, t2, 88; Zweitgebärende, rasche Wassergeburt)

„Ja, das ist ja auch das, warum ich immer gesagt hab so, ich würde nie zu Haus, also so 'ne Hausgeburt oder irgendwie so was machen, weil ich immer irgendwie denke, man weiß nie, es ist ja manchmal wirklich so, ne? Auf'm letzten Drücker, denn ist irgendwas und dann muss das manchmal echt schnell gehen. Und da ist man dann doch froh, wenn dann irgendwie 'n Arzt dann da ist.“ (HKS18, t2, 124; Drittgebärende, rasche Spontangeburt)

Frauen dieser Befragungsgruppe hatten das Bestreben, möglichst interventionsarm zu gebären. In diesem Zusammenhang thematisierten sie außerklinische Geburtsorte. Dennoch schlossen sie diese, hauptsächlich aus Sicherheitsüberlegungen, als möglichen Geburtsort aus. Sicherheitsmängel stellten, neben den eingeschränkten medizintechnischen Interventionsmöglichkeiten, Zweifel an der Kompetenz außerklinisch tätiger Hebammen dar. Nachgeordnete Gründe stellten finanzielle Aspekte sowie der Aufwand, der mit einer Hausgeburt verbunden ist, dar. Die Entscheidung für den Hebammenkreißsaal war zumeist nicht der Grund für die Klinikwahl, sondern wurde anschließend getroffen.

9.9.2 Nutzerinnen des herkömmlichen Kreißsaalmodells

„Für mich war immer, wenn ich an Krankenhaus denke, hab ich schon immer nur an Reinkenheide gedacht.“

Fast alle Frauen dieser Gruppe schlossen aus Sicherheitsgründen einen außerklinischen Geburtsort kategorisch aus, so dass bei der Wahl des Geburtsorts nur zwischen klinischen Alternativen zu entscheiden war. Vermutlich da die Entscheidung für eine klinische Geburt so selbstverständlich war, wurde nur von wenigen Schwangeren im Interview zu t1 formuliert, weshalb sie außerklinische Geburtsorte ausschließen.

„Ja, mir war von Anfang an klar Krankenhaus auf jeden Fall. Geburtshaus und Haus-, na ja gut, Hausgeburt und Geburtshaus ist mir auch zu, also ich wollte eigentlich die Sicherheit haben, dass sofort medizinisch alles gemacht werden kann, bei mir und bei dem Kind. Und na gut, hier gibt's nur zwei Möglichkeiten, Reinkenheide oder [*Name Krankenhaus 1*]. Obwohl viele von meinen Freundinnen nach [*Name Krankenhaus 2, Krankenhaus mit angeschlossener Kinderklinik, Anm.OvR*] gefahren sind. Aber das weiß ich nicht, hab ich nicht für nötig empfunden, da ganz nach [*Ortsangabe*] zu fahren, da hab ich auch keine Lust zu, wenn das denn so weit ist.“ (KRS10, t1, 9)

„Ja, also was die Hausgeburt oder so, das käme wirklich überhaupt nicht in Frage, gerade beim ersten Kind, also das stand nicht zur Debatte, oder irgendwie so 'n Geburtshaus oder so was, nee.“ (KRS29, t1, 16)

In vielen Interviews wurde deutlich, dass das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide für einige Schwangere bereits aus anderen Zusammenhängen bekannt und mitunter bereits vertraut war. Andere Kliniken wurden deshalb kaum in Erwägung gezogen. Bei der Entscheidung für das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide spielte die Empfehlung durch Verwandte und Freunde ebenso eine Rolle, wie etwaige eigene frühere Krankenhausaufenthalte oder die von Freunden und Verwandten. Außerdem wurde geäußert, dass das Klinikum vom äußeren Erscheinungsbild sehr ansprechend sei und die personelle Ausstattung den persönlichen Erwartungen entspräche. Lediglich das Fehlen einer Kinderklinik wurde als Nachteil genannt, der, bei zu erwartenden Komplikationen, für die Wahl einer anderen Klinik gesprochen hätte.

„Ja, wenn's jetzt ganz hässlich gewesen wäre, wär das vielleicht so'n Punkt gewesen, geh ich hier hin oder geh ich nicht hin, aber eigentlich ist es für mich entscheidender, so das einzige was den Ausschlag noch gegeben hätte woanders hin zu gehen, wär gewesen, wenn ich jetzt weiß die Geburt ist vielleicht nicht so gut, dann wär ich nach [*Ortsangabe*] gegangen, weil die 'ne Kinderklinik dran haben [...] Also wenn ich jetzt wüsste dem Kind geht's irgendwie tendenziell schon während der Schwangerschaft irgendwie nicht gut, da könnten irgendwie für das Kind irgendwie hinterher Komplikationen auftreten, das wird krank sein oder so. Das ist so'n Punkt find ich, das ist der einzige Mangelpunkt für Reinkenheide, dass wir keine Kinderklinik dran haben.“ (KRS04, t1, 133 & 135)

„Und einfach nur Vergleich gemacht wie im [*Name Krankenhaus*], wie im Krankenhaus Reinkenheide ist und positiv im Krankenhaus Reinkenheide also

ist aufgefallen, dass halt viel größer der Kreißsaal ist, auch die Betten ganz anders sind und Personal viel viel mehr ist und deswegen Reinkenheide gewählt.“ (KRS07, t1, 4)

„Also für mich hat eigentlich, was das angeht, 'ne große Rolle gespielt, dass ich das [*Name Krankenhaus*] überhaupt nicht mag, das Krankenhaus, das andere Krankenhaus, was hier in Bremerhaven halt noch 'n Kreißsaal hat. Also dieses Krankenhaus war mir immer schon unsympathisch, so lange ich denken kann, wenn ich da mal war, war mir dieses Krankenhaus immer unsympathisch und das hat eben für mich den Ausschlag gegeben, nach Reinkenheide zu gehen.“ (KRS09, t1, 98)

„Ja, das war für mich, stand für mich gleich fest, ich hab noch gar keine anderen Krankenhäuser angeguckt. Also hier ist ja eh nur das [*Name Krankenhaus*] gewesen und für mich stand gleich fest Reinkenheide, weil auch in meinem Bekanntenkreis die meisten da entbunden haben.“ (KRS11, t1, 3)

„Und aber irgendwie war also so in meinem Kopf so hintendrin irgendwie schon, also Reinkenheide, also da bist du, also wenn's soweit ist, wirst du da eigentlich hingehen. Ich kann aber nicht sagen, warum. Also ich hab da selber als Patientin schon mal gelegen, und meine Freundin hatte da vor knapp zwei Jahren auch entbunden und die war da sehr zufrieden. [...] das hat uns eigentlich optisch auch angesprochen. Und auch die Menschen, die da so, also die ganzen Hebammen, die waren alle sehr nett, und irgendwie war auch diese, diese ganze Station, also diese Station vom Kreißsaal, fand ich, so mit Liebe eingerichtet. Und wir haben danach auch nichts anderes mehr angeguckt.“ (KRS25, t1, 10)

„Oder wenn meine Eltern oder so mal im Krankenhaus waren, dann war das immer hier [*Reinkenheide, Anm. OvR*]. Deswegen, also das [*Name Krankenhaus*] hab ich jetzt gar nicht so auf'm Zettel gehabt.“ (KRS29, t1, 4)

Neben den oben genannten Gründen für die Klinikwahl stellte die Wohnortnähe ein weiteres Kriterium dar.

„Es sollte jetzt nicht irgendwie Cuxhaven oder Bremen, es soll schon irgendwie im Umkreis irgendwo auch sein.“ (KRS25, t1, 12)

Eine Schwangere, die den herkömmlichen Kreißsaal wählte, gab an, dass die eigene Religionszugehörigkeit Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses haben könnte (das andere Bremerhavener Krankenhaus mit einer geburtshilflichen Abteilung ist ein konfessionelles Haus). Sie formuliert dies allerdings sehr allgemein, so dass nicht deutlich wird, ob dieses Kriterium für sie eine Rolle spielte.

„Und die Entscheidung ist ja auch immer so'ne Sache, das hat ja vielleicht auch 'n bisschen was dann mit der Konfession zu tun oder auch nicht, wie man sich da so'n bisschen stellt, denk' ich mal.“ (KRS22, t1, 3)

Einzig eine Frau dieser Untersuchung gab an, dass sie ihr Kind eigentlich lieber zu Hause gebären wollte und der Partnerwunsch Grund für die Geburt in einer Klinik sei. Die Entscheidung für den herkömmlichen Kreißsaal lag in dem Wunsch nach einer Wassergeburt begründet, wurde aber noch vor der Geburt revidiert (siehe Kapitel 9.8.2). Auch bei der Befragung nach der Geburt formulierte sie, trotz der erlebten

Geburtskomplikationen, den Wunsch nach einer Hausgeburt nochmals, wenn auch mit Einschränkungen.

„Ich würd's auch gern zu Hause machen, aber mein Mann möchte das nicht so gerne [*lacht*].“ (KRS13, t1, 12; Drittgebärende)

„Ich würd gern mal 'ne Hausgeburt machen. [...] Also wenn man sich so überlegt, so kann's auch ausgehen, wie ich schon sagte, wenn man's denn einmal erfahren hat, denn denkt man so hm. Und wenn man dann zu Hause ist und die Plazenta muss rausgeholt werden, muss man auch wieder ins Krankenhaus.“ (KRS, 13, t2, 292 & 304; Drittgebärende, Spontangeburt, Plazentalösung in Vollnarkose)

Frauen der herkömmlicher Kreißsaal-Gruppe wählten demnach, ebenso wie die Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe, das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide nicht wegen der unterschiedlichen geburtshilflichen Betreuungsmodelle, sondern aus den oben ausgeführten Gründen. Demnach scheint die Wahl des Kreißsaalmodells der Klinikwahl nachgeordnet zu sein. Außerklinische Geburtsorte wurden von den Frauen dieser Untersuchung bereits im Vorfeld ausgeschlossen. Da in dieser Untersuchung nur Frauen befragt wurden, die sich das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide als Geburtsort ausgesucht hatten, waren die in der Schwangerschaft gemachten positiven Beurteilungen der Klinik allerdings zu erwarten.

10 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung liefern einige Hinweise auf das Entscheidungsverhalten schwangerer Frauen für den Hebammen- oder den herkömmlichen Kreißaal. Es wird außerdem deutlich, welche Aspekte aus der Perspektive der Nutzerinnen zu einer positiven Geburtserfahrung beitragen. Weiterhin lassen sich Hinweise ableiten, wie eine verbesserte Nutzerinnenorientierung in der geburtshilflichen Versorgung umgesetzt werden kann und welche Auswirkungen dies auf die geburtshilfliche Versorgung sowie die Intention der Entmedikalisierung dieser Lebensphase hat. Im Folgenden werden die zentralen Ergebniskategorien in Bezug auf die Fragestellung diskutiert.

10.1 Sicherheitsbedürfnis

Unabhängig von dem gewählten Kreißaalmodell war allen befragten Frauen die Dimension der Sicherheit sehr wichtig und kann als elementares Bedürfnis bei der Geburt betrachtet werden. Dieses Ergebnis überrascht nicht, sondern bestätigt die Ergebnisse diverser anderer Autoren (Melender, 2006; Lütje, 2003; Melender & Lauri, 2002, 2001; Bergmann et al. 2000; Ahner et al., 1996; Wimmer-Puchinger, 1994). Dem klinischen Geburtsort wird von den in dieser Untersuchung befragten Frauen ein hohes Maß an Sicherheit zugesprochen und war ausschlaggebend für den Ausschluss außerklinischer Geburtsorte. Gleiches zeigte sich auch in anderen industrialisierten Ländern wie den Niederlanden, Großbritannien oder den USA (DeVries et al., 2001; Fordham, 1997; Kleiverda et al., 1990). Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass ein klinischer Geburtsort aufgrund der dort zur Verfügung stehenden medizintechnischen Möglichkeiten gewählt wird und Ausdruck einer starken Gewichtung dieser Methoden ist. Dennoch zeigte diese Untersuchung, dass den meisten Frauen das Vorhandensein und nicht der Einsatz von Geburtstechniken wichtig war. Es wurde sowohl der Wunsch formuliert medizintechnische Methoden, wenn irgend möglich, zu meiden, als auch der Anspruch, moderne geburtshilfliche Technologien so weit wie möglich zu nutzen. Dies zeigt, dass es große individuelle Unterschiede gibt und aus verschiedenen Aspekten Sicherheit geschöpft wurde.

Die unterschiedliche Bewertung von verschiedenen Sicherheitsaspekten stand in engem Zusammenhang mit der Kreißaalwahl. Ausschlaggebend waren hier hauptsächlich der Aspekt einer natürlichen Geburt auf der einen Seite und der der Ausnutzung moderner Medizintechnik auf der anderen Seite. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es sich in der Wahrnehmung der Nutzerinnen nicht um zwei entgegengesetzte Pole handelt, sondern vielmehr um zwei sich nicht ausschließende Betreuungsaspekte. Es scheint die unterschiedliche Gewichtung dieser Aspekte zu sein, die maßgeblich zu der Entscheidung für den Hebammen- oder den herkömmlichen Kreißaal beitrug. Frauen der Hebammenkreißaal-Gruppe gaben vornehmlich die fachkundige Hebammenbetreuung als Sicherheitsquelle an und sahen die medizinischen Mög-

lichkeiten der Klinik sowie das ärztliche Personal als reine Vorsichtsmaßnahme für Notfälle. Frauen dieser Gruppe schienen viel Zutrauen zur Hebammenbetreuung zu haben und gingen davon aus, dass eine Geburt ohne medizinische Intervention möglich sei. Die mit dem Hebammenkreißsaal getroffene Entscheidung für einen klinischen Geburtsort ist Ausdruck des Sicherheitsbedürfnisses und der Unsicherheit, ob diese Einschätzung der Geburt tatsächlich zutrifft. Frauen, die den herkömmlichen Kreißsaal gewählt hatten, gewichteten ärztliche Tätigkeiten und den Einsatz von Medizintechnik deutlich höher und thematisierten weniger Aspekte einer natürlichen Geburt.

Die Befragung nach der Geburt zeigte, dass neben dem Wissen um das Vorhandensein sämtlicher medizintechnischer Möglichkeiten personelle Faktoren starken Einfluss auf das Sicherheitserleben hatten. Neben der fachlichen Kompetenz der Hebammen und ÄrztInnen waren hier eine vertrauensvolle Beziehung zur Hebamme und eine Geborgenheit vermittelnde Atmosphäre während der Geburt ausschlaggebend. Frauen, deren Sicherheitsempfinden während der Geburt nicht gedeckt wurde, gaben dementsprechend übermüdetes Personal, Zweifel an der Kompetenz und fehlendes Vertrauen zum Personal als Gründe an.

Lediglich eine befragte Frau führte ihr eigenes Gefühl als Sicherheitsquelle an. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass das eigene Körpergefühl und das Zutrauen in die Gebärfähigkeit als Sicherheitsquelle zusehends schwindet, wie es auch von Cignacco (2006) festgestellt wurde. Die Schilderungen zum Einsatz des CTG-Geräts deuten darauf hin, dass die Nutzung von medizintechnischen Methoden unter der Geburt mittlerweile nicht nur für Professionelle, sondern auch für die Nutzerinnen zur Normalität geworden ist (Schücking, 2003a; Schwarz & Schücking, 2004; Urbschat, 1999, 2001). Dem CTG wird mehr Zuverlässigkeit als dem eigenen Empfinden zugesprochen.

Aufgrund der hohen Interventionsraten, die die Gebärenden dieser Untersuchung erfuhren, bestätigte sich für einen Großteil der befragten Frauen die Wichtigkeit der medizinischen Absicherung durch eine Klinik. Dennoch kann hieraus nicht der Schluss gezogen werden, dass die mit der Einführung eines Hebammenkreißsaals verbundene Intention, die Interventionsraten zu senken (Royal College of Nursing, 1993; Royal College of Midwifery, 2008), erfolglos geblieben sei. Vielmehr scheint das gewählte Kreißsaalkonzept Einfluss auf die Durchführung von Interventionen zu haben. Das zeitgleich am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide durchgeführte Teilprojekt 2 des Verbunds Hebammenforschung kam zu dem Ergebnis, dass Frauen, die sich für eine Geburt im Hebammenkreißsaal entschieden hatten, signifikant häufiger spontan gebären und weniger medizinische Interventionen erfuhren. Demgegenüber erhielten Frauen, die im herkömmlichen Kreißsaal gebären, signifikant häufiger medizinische Interventionen und hatten häufiger eine Sectio (Sayn-Wittgenstein et al., 2007; Bauer et al., 2010).

Die Befragung nach der Geburt zeigte, dass das Sicherheitserleben entscheidenden Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Geburt hat. Frauen, denen es bei der Geburt, zumeist aufgrund von negativen Betreuungsaspekten, an Sicherheit mangelte, gaben Unzufriedenheit mit dem Geburtserlebnis an.

10.2 Betreuungsaspekte

An der Betreuung der Gebärenden sind Hebammen, ÄrztInnen und Begleitpersonen beteiligt. Von den befragten Frauen werden ihnen unterschiedliche Aufgaben zugewiesen. Hierbei waren keine Unterschiede zwischen den zwei Befragungsgruppen festzustellen.

ÄrztInnen sind aus Sicht der Frauen für den rein medizinischen Aufgabenbereich zuständig. Es werden von ihnen kaum soziale Kompetenzen erwartet. Dies wurde unter anderem daran deutlich, dass ärztlich getroffene Entscheidungen zumeist als unumgänglich erachtet und unhinterfragt akzeptiert wurden. Die Befragung nach der Geburt zeigte, dass die tatsächliche Präsenz und die Aufgaben der ÄrztInnen der vorgeburtlichen Einschätzung entsprachen.

Anders stellen sich die Erwartungen an die Hebammenbetreuung dar. Von der Hebamme werden sowohl medizinische Kompetenzen erwartet, als auch eine psychosoziale Betreuung. Die Ergebnisse bestätigten, dass Frauen - vor allem Erstschwangere - keine genaue Vorstellung davon haben, wie sie von einer Hebamme unterstützt werden können (Rahden, 2004). Dementsprechend blieben die Aussagen hierzu vor der Geburt vage und erst nach der Geburt wurden konkretere Angaben gemacht. Es wurde positiv erlebt, wenn ein Vertrauensverhältnis zur Hebamme bestand und die Hebamme ein Gespür für die Bedürfnisse der Gebärenden hatte. Weiterhin wurde formuliert, wie viel Präsenz durch die Hebamme gewünscht war und inwieweit sie die Begleitpersonen miteinbezog. Außerdem wurde von vielen Frauen beschrieben, dass ab einer gewissen Wehenintensität eine direktive Hebammenbetreuung als erleichternd erlebt wurde. Diese Ansprüche an die Betreuung durch eine Hebamme weisen deutlich auf die Bedeutung einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung hin (Gibbins & Thomson, 2001).

Die Betreuung während der Geburt hat starken Einfluss auf das Geburtserleben. Bei guten Betreuungserfahrungen werden selbst schwere Geburtsverläufe nicht als negative Geburtsergebnisse geschildert. Ebenso werden negative Erfahrungen bei unkomplizierten Geburten berichtet, wenn verschiedene Betreuungsaspekte nicht erfüllt werden. Hierzu zählen die Präsenz und Anleitung durch die Hebamme sowie die Informationsweitergabe oder das Vorenthalten von Informationen. Weiterhin stellen verschiedene Aspekte der Selbstbestimmung Betreuungsbereiche dar, die negativen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis haben. Hierzu zählen das Übergehen von Wünschen, fehlende Wahlmöglichkeiten oder eine aufgezwungene Selbstbestimmung.

Die dritte Personengruppe, die an der Betreuung der Gebärenden beteiligt ist, sind die Begleitpersonen. Zumeist war dies der Partner der Frau, mitunter aber auch eine Freundin oder die Mutter. Die Aufgabe der Begleitperson lag in erster Linie darin, Lob und Zuspruch zu geben; mitunter kam ihnen aber auch eine Art Überwachungsfunktion zu. Dies war besonders dann der Fall, wenn wenig oder kein Vertrauen zur Hebamme und/oder den ÄrztInnen bestand. Bemerkenswerterweise wurde häufig beschrieben, dass die Partner am Rande des Geburtsgeschehens blieben und wenige Unterstützungsmöglichkeiten fanden. Hier kommt offensichtlich der Hebammenbetreuung eine zentrale Rolle zu, indem sie die Beleitpersonen anleitet, wie sie die Gebärende unterstützen kann (Lavender, 1997). Ergebnisse von Wöckel et al. (2008) weisen in eine ähnliche Richtung: Die Anwesenheit des Partners bei der Geburt hat nur dann einen positiven Effekt auf das Geburtserlebnis (beider), wenn dem Partner eine klar definierte Rolle und Aufgabe zugewiesen wird. Auf die Geburtsdauer und die geburtshilflichen Interventionsraten hat die Anwesenheit des Partners dennoch keinen Einfluss. Die Anwesenheit von werdenden Vätern bei der Geburt wird angesichts dieser Erkenntnisse zunehmend kritisch diskutiert. Zum derzeitigen Stand ist davon auszugehen, dass die Anwesenheit von werdenden Vätern bei der Geburt sowohl vorteilhaft als auch nachteilig sein kann. Diverse Faktoren scheinen dies zu beeinflussen. Neben dem Einbezug des Partners durch das Betreuungspersonal spielen individuelle Faktoren eine vergleichbare Rolle (Otto, 2011; Wöckel et al., 2008; Odent, 2004; Greenhalgh et al., 2000). Dennoch zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass es für Gebärende sehr wichtig ist, eine vertraute Person an ihrer Seite zu haben; unabhängig davon, welche konkreten Aufgaben sie hier erfüllt. Möglicherweise wird dadurch eine vertrauensvolle und private Atmosphäre, so wie Odent (2000) es hervorhebt, innerhalb der Klinik geschaffen. Ferner kann die Geburt des Kindes als gemeinsames Erlebnis geteilt werden.

Die Anwesenheit von werdenden Vätern oder anderen Begleitpersonen sollte in Anbetracht dieser Erkenntnisse ermöglicht und gefördert werden. Die Entscheidung darüber sollte jedoch individuell von den Nutzerinnen und ihren Partnern getroffen werden, ohne dass eine Verpflichtung dazu besteht. Dies setzt allerdings voraus, dass die geburtshilfliche Betreuung durch das Fachpersonal und der Betreuungsschlüssel etwaige Überwachungsfunktionen durch die Begleitperson überflüssig machen und diese in dieser Hinsicht entbehrlich und somit frei in ihrer Entscheidung wären.

10.3 Kontinuität

Ein weiteres Bedürfnis, das zwar nicht relevant in Bezug auf die Kreißsaalwahl war, aber dennoch von vielen Frauen als wesentliches Bedürfnis formuliert wurde, war der Wunsch nach Kontinuität in der Betreuung. Dies betraf Nutzerinnen beider Kreißsaalmodelle gleichermaßen. Dass dieses Kriterium nicht relevant in Bezug auf die Kreißsaalentscheidung war, ist nachvollziehbar, da in beiden Modellen im Schicht-

dienst gearbeitet wurde und es daher keinen Unterschied in Bezug auf eine kontinuierliche Betreuung gab. Dennoch wurde deutlich, dass Kontinuität in der Betreuung einen wichtigen Aspekt bei der Umsetzung von Nutzerorientierung in der geburts-hilflichen Versorgung darstellt. Es wurden verschiedene Aspekte von Kontinuität genannt: Zum einen wünschten sich die Frauen, ihre Geburtshebamme bereits vor der Geburt zu kennen, zum anderen sollte diese für die gesamte Geburtsdauer die Betreuung übernehmen. Der Schichtdienst sowie das Nichtkennen der Geburtshebamme wurden von einem Großteil der Frauen beider Gruppen als Unsicherheitsfaktor angeführt.

Eine kontinuierliche Betreuung von Schwangeren bzw. Gebärenden begünstigt den Beziehungsaufbau und fördert daher das Entstehen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Nutzerin und Hebamme (Thorstensen, 2000). Das Kennenlernen von Schwangerer und Geburtshebamme vor der Geburt erleichtert es beiden Seiten die Betreuung flexibel an dem aktuellen Selbstbestimmungsbedürfnis der Gebärenden auszurichten. Der Geburtshebamme ist es so möglich die Bedürfnisse der Gebärenden zu kennen, ohne dass dies in der „akuten“ Situation der Geburt kommuniziert werden muss. Die Gebärende hat hierdurch die Gewissheit, dass die Hebamme um ihre Wünsche und Bedürfnisse weiß und, im Falle der Abgabe von Selbstbestimmung, demgemäß die Geburt leitet. Die hier beschriebene Beziehungsarbeit stellt hohe Ansprüche an die sozialen Kompetenzen von Hebammen. Dennoch wird dieser Bereich in der Ausbildung von Hebammen nach wie vor vernachlässigt. Es liegen keine Konzepte oder Ausbildungscurricula für die professionelle Beziehungsarbeit von Hebammen vor, so dass das Gelingen des Beziehungsaufbaus auf Seiten der Hebamme allein von ihrer individuellen Begabung abhängt (Kehrbach, 2010). In Anbetracht der Bedeutung der Vertrauensbeziehung zwischen Gebärender und Hebamme ist die Vermittlung von sozialen Kompetenzen zum professionellen Beziehungsaufbau im Rahmen der Hebammenausbildung dringend geboten.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen weiterhin, dass der Gestaltung der Übergabesituation bei Schichtwechseln zentrale Bedeutung zukommt: Geschieht die Übergabe angekündigt und in Absprache mit der Gebärenden und wird ihr Zeit für die Umstellung eingeräumt, erleichtert dies den Betreuungswechsel und ermöglicht eine vertrauensvolle Beziehung zur Dienstantretenden Hebamme. Hierbei ist von Vorteil, wenn die Hebamme bereits (zumindest) flüchtig bekannt ist.

Obwohl die Bekanntheit der Geburtshebamme einen großen Stellenwert hatte, ließ sich dieses Bedürfnis schon durch wenige bzw. kurze Kontakte während der Schwangerschaft scheinbar erfüllen. Die rege Inanspruchnahme der vorgeburtlichen Angebote der Klinik diente den Frauen dazu, ein gewisses Maß an Kontinuität herzustellen. Mit dem Wissen, dass eine Eins-zu-Eins-Betreuung mit einer bekannten Hebamme nicht möglich war, wurde sich mit dem flüchtigen Kennenlernen des Hebammenteams zufriedengegeben. Teijlingen et al. (2003) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie stellten fest, dass es Nutzerinnen zwar wichtig ist, die Geburtshebamme bereits aus der Schwangerschaft zu kennen. Dahingegen gaben 52% der Nutzerin-

nen, die ihre Geburtshebamme nicht kennengelernt hatten, nach der Geburt an, dass dies für sie nicht wichtig war. Teijlingen et al. (2003) schließen hieraus, dass Nutzerinnen sich zumeist mit dem zufrieden geben, was verfügbar ist.

Das Bedürfnis nach Kontinuität, wie es die Interviewpartnerinnen dieser Studie angaben, bestätigt die Ergebnisse diverser anderer Autoren. Kontinuität, gewährleistet durch das Kennen eines Hebammenteams, welches Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut, geht mit einer hohen Betreuungszufriedenheit einher (Biro et al., 2003; Waldenström et al., 2000). Ein Team von Hebammen kann demnach diesen Anspruch ähnlich gut erfüllen wie ein Betreuungskonzept mit einer Eins-zu-Eins-Betreuung. Green et al. (2000) konstatieren hingegen, dass der Aspekt der Betreuungskontinuität überschätzt wird und stellen fest, dass es bislang keine Beweise dafür gibt, dass Nutzerinnen zufriedener sind, wenn sie ihre Geburtshebamme vor der Geburt bereits getroffen hatten. Die Bekanntheit der Betreuungsperson sei der Qualität der Interaktionen zwischen Nutzerin und Betreuungsperson unterzuordnen (Green et al., 2003).

Dennoch gilt es zu bedenken, dass die Nutzerinnen dieser Untersuchung sich mit dieser flüchtigen Form der Bekanntschaft möglicherweise begnügten, weil im Rahmen der klinischen Geburtshilfe keine anderen Alternativen existierten. Hierin ist eine große Anpassungsleistung der Nutzerinnen zu sehen. Der Umstand, dass von den Frauen der Wunsch nach einer Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine bekannte Hebamme kaum gefordert wird, sollte nicht vorschnell als Zufriedenheit in Bezug auf Kontinuität interpretiert werden. Die Tendenz, bekannte Angebote zu bevorzugen bzw. für gut zu befinden, könnte hier ursächlich sein (Teijlingen et al., 2003).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die schwangerschaftsbegleitenden Angebote der Hebammen des Kreißsaalteams des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide dem Bedürfnis nach Kontinuität nahe kommen, ohne dieses vollständig zu erfüllen. Die vorgeburtlichen Angebote der Klinik stellen eine sinnvolle Möglichkeit zur Kontaktaufnahme für Nutzerinnen dar, bieten jedoch nur ansatzweise eine kontinuierliche Betreuung über den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wie es von Biro et al. (2003) und Waldenström et al. (2000) vorgeschlagen wird. Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen andererseits, dass ein aus der Schwangerschaft bekanntes Hebammenteam einen ausreichenden Rahmen für eine kontinuierliche Betreuung bietet und eine Eins-zu-Eins-Betreuung ohne personellen Wechsel für die gesamte Geburtsdauer verzichtbar erscheint. Gleichwohl erscheint es sinnvoll bei der Weiterentwicklung des Hebammenkreißsaal-Konzepts die Umsetzung von Kontinuität in der Betreuung zu verbessern, z. B. durch die Möglichkeit zur Betreuung durch eine Beleghebamme.

10.4 Selbstbestimmung

Das Bedürfnis nach einer selbstbestimmten Geburt erwies sich als ein bedeutender Betreuungsaspekt, der starken Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserleb-

nis hat. Dies bestätigt die Ergebnisse verschiedener Studien zur Zufriedenheit mit dem Geburtserleben (Melender, 2006; Bramadat & Driedger, 1993; Green et al., 1990b; Seguin et al., 1989). Für die Kreißsaalentscheidung war dieser Aspekt allerdings nicht relevant. Ein Grund hierfür ist möglicherweise darin zu sehen, dass ein Großteil der Frauen sich ohnehin unsicher in Bezug auf die eigene Entscheidungsfähigkeit und das Bedürfnis nach Selbstbestimmung während der Geburt fühlte.

In der Regel wurde von den Frauen unter Selbstbestimmung eine Mitsprachemöglichkeit bei der Ausgestaltung des Geburtsverlaufs verstanden, bei der sie die Empfehlungen der Hebammen und ÄrztInnen annehmen wollten, sofern diese für sie nachvollziehbar waren. Eine gute Beratung durch Hebammen war dafür grundlegend. Bei Entscheidungen über die Durchführung von medizinischen Interventionen wurde die Zuständigkeit bei den Hebammen und ÄrztInnen gesehen, welche aus Sicht der Frauen auch die Entscheidungsmacht und Verantwortung für das Geburtsgeschehen innehatten. Die einzige medizintechnische Intervention, bei der den Nutzerinnen ein Mitspracherecht sehr wichtig war, war die PDA. In Bezug auf das eigene Schmerzerleben wird demnach die Zuständigkeit nicht allein bei den Professionellen gesehen, wie bei anderen medizinischen Interventionen. Die von den Frauen gewünschte Mitsprachemöglichkeit kann hier als Mittel verstanden werden, die Kontrolle über die Geburtssituation, also das was mit ihnen geschieht, zu behalten (Gibbins & Thomson, 2001; Green et al., 1990b). Bei der Entscheidung über die Durchführung von medizintechnischen Interventionen stoßen sie jedoch aufgrund fehlender Fachkenntnisse und Einschränkungen durch Wehenschmerzen an ihre Grenzen. Dies zeigte sich bei der Befragung nach der Geburt deutlich, denn die in der Schwangerschaft geäußerten Zweifel, ob es möglich sein würde, während der Geburt selbstbestimmt zu sein, erwiesen sich als berechtigt. Mit dem Fortschreiten der Geburt wurde die Geburtsleitung zunehmend von den Hebammen und ÄrztInnen übernommen.

Die Auswertung der Daten zeigte drei Kernaspekte von Selbstbestimmung, die von großer Bedeutung für das Geburtserleben und die spätere Zufriedenheit damit zu sein scheinen:

1. Aufgabe von Selbstbestimmung als Akt der Selbstbestimmung

Bei fortgeschrittener Geburt entlastet es die Gebärende, die Leitung der Geburt an das Fachpersonal abzugeben. Dies hängt allerdings stark davon ab, ob ein Vertrauensverhältnis besteht. Ist dies gegeben, können Gebärende sich auf die Anleitung durch die Hebamme und ggfs. ÄrztIn einlassen und beschreiben dies als sehr erleichternd. Diese Geburtssituation entspricht dem von Odent (2000) eingeführten Begriff der „Privacy“. Hiermit wird eine Geburtssituation beschrieben, in der sich die Gebärende „fallen lassen“ kann, da sie keine Vorgaben anderer zu erfüllen hat und ein hohes Maß an Intimität herrscht. Voraussetzung hierfür ist, dass sowohl die anwesenden Personen als auch der Geburtsort vertraut sind. Die Gebärende ist dann in der Lage die Geburt ihren Lauf nehmen zu lassen, ohne selbst Entscheidungen treffen zu wollen. Erklärt wird dies mit dem Adrenalin-Oxitocin-Antagonismus, wo-

nach das emotionale Wohlbefinden maßgeblichen Einfluss auf den Geburtsverlauf hat (Odent, 2009). Kann die Gebärende nicht darauf vertrauen, dass die Betreuungspersonen die Geburt nach ihren Vorstellungen und in ihrem Sinne begleiten, wirkt sich das ungünstig auf das emotionale Wohlbefinden und somit auf den Geburtsverlauf aus (Odent 2009, 2000). Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigen dieses Phänomen.

2. Erfahrungen von Entmachtung

Das Übergehen der Wünsche führte zu einem Gefühl der Entmachtung und trat häufig in Zusammenhang mit fehlender Informationsweitergabe und mangelndem Vertrauen zum Fachpersonal auf. Da diese Situation Hilflosigkeit auslöste, trug sie entscheidend zu einem negativen Geburtserleben bei. Ähnliches wurde bereits in den 90er Jahren von VandeVusse (1999) beschrieben. Sie stellte fest, dass bei einseitig von Professionellen getroffenen Entscheidungen, die die Bedürfnisse der Gebärenden außer Acht ließen, Nutzerinnen sich unsicher und hilflos fühlten.

3. Aufgezwungene Selbstbestimmung

Die Anerkennung des Selbstbestimmungsanspruchs der Nutzerinnen durch GeburtshelferInnen und Hebammen (DHV, 2010, ohne Jahresangabe; David & Kentenich, 2008; Rath, 2008) kann zu der absurden Situation führen, dass der Gebärenden Entscheidungen in Bezug auf die Durchführung von Interventionen abverlangt werden, ohne dass diese dies wünscht. Die Befragten dieser Studie fühlten sich durch diese aufgenötigte Entscheidungsmacht überfordert, da ihnen das nötige Fachwissen fehlte. Zudem standen sie zumeist unter dem Einfluss von starken Wehenschmerzen. Die Tendenz, Nutzerinnen Entscheidungen bezüglich der Durchführung von medizinischen Interventionen zu überlassen, ist besonders dann zu beobachten, wenn der Nutzen der Intervention unklar ist (Rath, 2008; Schücking et al., 2008). Die aufgezwungene Form von Selbstbestimmung ging in dieser Untersuchung ebenso wie die Erfahrungen von Entmachtung mit negativen Gefühlen einher. Dieser Aspekt wird in der derzeitigen Diskussion um Nutzerorientierung und Selbstbestimmung während der Geburt bislang kaum beachtet. Da die Selbstbestimmung während der Geburt von Professionellen indessen als verpflichtend diskutiert wird, muss davon ausgegangen werden, dass diese unfreiwillige Form der Selbstbestimmung nicht selten vorkommt. Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass dies ein Irrweg der Nutzerinnenorientierung ist und dass sich die Ausgestaltung von Selbstbestimmung an den individuellen und sich veränderten Bedürfnissen der Gebärenden orientieren muss und keinesfalls verpflichtend von Nutzerinnen eingefordert werden kann.

Es zeigte sich, dass diverse situations- und individuumsabhängige Faktoren Einfluss auf das Bedürfnis nach Selbstbestimmung haben. Allen hier geschilderten Aspekten von Selbstbestimmung ist gemein, dass sie neben strukturellen Rahmenbedingungen stark von den an der Geburt beteiligten Akteuren abhängen. Hebammen und ÄrztInnen legen fest, in welchem Rahmen der Nutzerin Selbstbestimmung zugestan-

den wird. Beispielhaft hierfür sind die Schilderungen von Interviewpartnerinnen, dass sie den Geburtsverlauf wie vorgegeben erlebten und daher keinen Spielraum für eigene Entscheidungen wahrnahmen. Dies bestätigt die Einschätzung Wagners (2003), dass Klinikabläufe das Selbstbestimmungsrecht von Frauen untergraben.

Doch auch die Nutzerinnen haben Einfluss auf das tatsächlich ausgeübte Maß an Selbstbestimmung während der Geburt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass das Bedürfnis nach Selbstbestimmung für schwangere Frauen zwar einen sehr hohen Stellenwert hat, von ihnen aber schwer im Vorfeld eingeschätzt werden kann. Ferner ist das Bedürfnis nach Selbstbestimmung während der Geburt nicht konstant vorhanden. Die hohen Ansprüche an Selbstbestimmung werden von den Nutzerinnen ebenso wenig hinterfragt, wie von den Professionellen. Es kann bezweifelt werden, ob Erstgebärende vor der Geburt erkennen, dass der Geburtsablauf sie naturgemäß an die Grenzen der Selbstbestimmungsfähigkeit bringen wird und somit eine kaum lösbare Herausforderung darstellt.

Die Ergebnisse zeigen, dass das von GeburtshelferInnen und Hebammen formulierte Postulat der Selbstbestimmung von Schwangeren und Gebärenden kaum umzusetzen ist. Um diesem Anspruch näherzukommen, wäre zuerst zu ermitteln, was im Sinne einer Nutzerinnenorientierung und in Anbetracht von klinischen Rahmenbedingungen sowie den Einschränkungen der Nutzerinnen während der Geburt (durch Wehenschmerz) darunter tatsächlich zu verstehen ist. Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass das *Abgeben von Selbstbestimmung* als ein *Akt der Selbstbestimmung* zu betrachten ist, auch wenn es vordergründig widersprüchlich erscheint. Unter günstigen Voraussetzungen hat dies sowohl einen vorteilhaften Effekt auf das Geburtserleben, als auch auf den Geburtsablauf und die Vermeidung von Interventionen. Daher sollte die Form der Abgabe von Selbstbestimmung ermöglicht und unterstützt werden, anstatt Gebärenden Entscheidungen abzuverlangen, wo diese dies nicht leisten wollen bzw. können. Eine bessere Aufklärung von Schwangeren über die verschiedenen Aspekte von Selbstbestimmung und deren Grenzen wäre wünschenswert. Geburtsvorbereitungskurse können hier ebenso wie Hebammen-sprechstunden, z. B. im Rahmen der Anmeldung im Hebammenkreißsaal, einen geeigneten Rahmen bieten.

Einigen Interviewpartnerinnen dieser Untersuchung gelang die Abgabe der Selbstbestimmung erfolgreich. Hier schließt sich die Frage an, welche Gegebenheiten vorhanden sein müssen, damit Nutzerinnen das von ihnen gewünschte Maß an Selbstbestimmung innehaben, einschränken oder ganz abgeben können. Die Abgabe von Selbstbestimmung muss hierbei jedoch ein selbstbestimmter Akt sein und nicht aufgrund eines Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Gebärender und Fachpersonal oder aufgrund des Strebens nach sozialer Erwünschtheit geschehen (Schäfers, 2011).

Das Konzept des SDM erscheint zwar vielversprechend im Hinblick auf den Einbezug der Nutzerinnen vor und während der Geburt (Schäfers, 2007, 2011), stößt aber

im Verlauf der Geburt an seine Grenzen. Eine nutzerinnenorientierte Betreuung, die o.g. Ansprüche erfüllen will, muss sehr flexibel sein und sich an den individuellen Bedürfnissen sowie der aktuellen Geburtssituation orientieren. Nutzerinnen wollen unbestritten eine aktive Rolle bei der Geburt einnehmen. Das Erhalten von Informationen und die Unterstützung der Hebamme sind Voraussetzungen hierfür (Gibbins & Thomson, 2001). Es scheint hierbei jedoch mehr um die *Möglichkeit* zur Selbstbestimmung zu gehen, ohne dass Nutzerinnen diese zwangsläufig ausüben wollen. Blix-Lindström et al. (2004) stellten fest, dass das Erhalten von Informationen über Vor- und Nachteile einer Intervention für Nutzerinnen wichtiger sein kann als der Einbezug in die Entscheidung zur Durchführung dieser. Sie schlossen hieraus, dass es vielmehr darum geht, der Gebärenden durch Hebammenpräsenz Beistand zu geben und sie zu unterstützen. Demzufolge ist ein Betreuungsschlüssel erforderlich, der es ermöglicht, dass eine Hebamme nicht mehr als eine Gebärende zeitgleich betreut.

Kehrbach (2010) konstatiert, dass die physische Anwesenheit der Hebamme im Geburtsraum ebenso bedeutsam ist wie ihr Verhalten. Die Hebamme sollte offen und freundlich sein und der Gebärenden ein Gefühl der Sicherheit vermitteln, damit Vertrauen hergestellt werden kann. Die Ausgestaltung der Betreuungsbeziehung durch die Hebamme hat entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Gebärende sich kompetent und selbstbestimmt erlebt (Schönberner, 2010). Melender (2006) und Hodnett (2002) betonen, dass der Unterstützung und dem Beistand sowie der Qualität der Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender neben dem Einbezug in Entscheidungen eine bedeutsame Rolle in Hinblick auf die Zufriedenheit mit der Geburt zukommt. Die Einstellungen und Verhaltensweisen der Betreuungspersonen, und hier in erster Linie der Hebammen, prägen die Betreuungsbeziehung entscheidend und haben somit einen zentralen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis (Hodnett, 2002).

Eine weitere Methode, um die Betreuung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen zu orientieren und Selbstbestimmung zu fördern, stellen Birth plans³⁶ (Geburtspläne) dar. Geburtspläne wurden in den 80er Jahren in den USA von Simkin (2007) vorgeschlagen, um durch schriftliches Festhalten von Wünschen bezüglich der Geburt die Kommunikation zwischen Professionellen und Nutzerinnen zu fördern sowie Nutzerinnen darin zu unterstützen eigenständige Entscheidungen während der Geburt zu treffen. Geburtspläne können den Beziehungsaufbau zwischen Geburtshebamme und Gebärender erleichtern, vor allem, wenn sie sich vor der Geburt nicht kannten. Neben den USA werden Geburtspläne in Schweden und Australien zur Stärkung der Nutzerinneninteressen eingesetzt. Der Erfolg von Geburtsplänen hängt allerdings stark von der Akzeptanz sowohl durch die Nutzerinnen als auch durch die Professionellen ab (Moore & Hopper, 1995; Simkin, 2007), so dass ihr Einsatz keine Gewähr für eine Stärkung von Nutzerinneninteressen darstellt. In Deutschland sind Geburts-

³⁶ Für „Birth plans“ gibt es Vordrucke von diversen Anbietern, sie können aber auch frei formuliert werden. Ein Beispiel für einen Vordruck findet sich unter http://assets.babycenter.com/ims/Content/birthplan_pdf.pdf [23.03.11]

pläne kaum bekannt und daher bislang unüblich. Im Hinblick auf die Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe wäre zu überdenken, ob Geburtspläne in klinischen Settings, in denen keine kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung umsetzbar ist, zur Förderung der Nutzerinnenorientierung eingesetzt werden sollten. Mit einem ähnlichen Ziel wird von Sayn-Wittgenstein et al. (2007) das Abschließen von Behandlungsverträgen vor der Geburt vorgeschlagen. Diese sollen das Betreuungsverhältnis während der Geburt und den Prozess der Entscheidungsfindung klären.

Für die Realisierung einer flexiblen, auf die Selbstbestimmungsbedürfnisse abgestimmten Betreuung bieten sich verschiedene Ansatzpunkte an. Auf Seiten der Nutzerinnen ist eine bessere Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung anzustreben, damit bereits während der Schwangerschaft eine Auseinandersetzung damit stattfinden kann, keine falschen Erwartungen entstehen und individuelle Herangehensweisen entwickelt werden können. Weiterhin wurde deutlich, dass den Professionellen eine tragende Rolle zukommt. An sie werden hohe Ansprüche gestellt und hier, unabhängig vom Kreißaalmodell, besonders an die Hebammen, die eine vertrauensvolle Betreuungsbeziehung aufbauen müssen. Ihr Handeln muss sich an den Bedürfnissen der Nutzerinnen orientieren und gleichzeitig, durch ihr Fachwissen und ihre Erfahrung, die Gesundheit von (werdender) Mutter und Kind schützen (Sayn-Wittgenstein et al., 2007).

10.5 Inanspruchnahmeverhalten der Nutzerinnen

Frauen müssen heute wesentlich mehr Informationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt verarbeiten als in früheren Generationen. Gleichzeitig gilt es, ein Lebensereignis zu meistern, das nicht vollständig kontrollierbar ist. Auf Seiten der Nutzerinnen wurde deutlich, dass die fehlenden Planungsmöglichkeiten in Bezug auf Zeitpunkt und Ablauf der Geburt Unsicherheit auslösten. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, wenn im Einsatz von Medizintechnik eine Möglichkeit gesehen wird, den Vorgang kontrollierbar zu machen. Eine Offenheit gegenüber dem Einsatz von Medizintechnik ist hierfür grundlegend. Diese ist nach Waldenström (2007) zunehmend anzutreffen. Frauen haben heute eine wesentlich positivere Einstellung gegenüber dem Technikeinsatz bei der Geburt als noch vor 20 Jahren, als die Debatten zur natürlichen Geburt auf ihrem Höhepunkt waren (Waldenström, 2007). Parallel besteht gleichwohl nach wie vor ein Bedürfnis nach einer interventionsarmen und natürlichen Geburt (Hainer & Kowalcek, 2011), ohne dass hierin ein Widerspruch gesehen wird.

Dies wurde auch in dieser Untersuchung deutlich. Die Nutzerinnen der beiden Kreißaalmodelle unterschieden sich in ihren Grundeinstellungen und ihrem Umgang mit dieser Lebensphase. Während Frauen, die den herkömmlichen Kreißaal gewählt hatten, in stärkerem Maße das Bedürfnis zeigten, diese Unsicherheiten durch das Nutzen von medizintechnischen Methoden auszuschalten, thematisierten Frauen, die den Hebammenkreißaal gewählt hatten, vielmehr ihre Strategien damit umzugehen

und betrachteten die Unsicherheiten im Kontext der Geburt als naturgegeben. Dies zeigte sich auch während der Geburt. Frauen, die eine Geburt im Hebammenkreißsaal anstrebten, waren während der Geburt mobiler und nahmen häufiger eine aufrechte Gebärposition ein (Sayn-Wittgenstein et al., 2007). Die Mobilität während der Geburt sowie die vertikale Geburtsposition können als Ausdruck von Eigenständigkeit während der Geburt interpretiert werden (Bauer et al., 2010).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die fehlenden Planungsmöglichkeiten im Kontext der Geburt einen Unsicherheitsfaktor für Nutzerinnen darstellen, unabhängig davon, welches Betreuungskonzept sie wählen. Der Umgang mit dieser Unsicherheit allerdings wird dadurch geprägt, ob diese Lebensphase als natürlicher oder risikoreicher und überwachungspflichtiger Vorgang betrachtet wird. Dies spiegelt sich dann in der Wahl des Kreißsaalmodells wider. Dieses Ergebnis bestätigen Fenwick et al. (2005), die feststellten, dass die individuelle Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt als entweder riskant oder natürlich eine maßgebliche Entscheidungsgröße bei der Wahl des Geburtsorts ist.

10.6 Interventionen

Ein Ziel bei der Einführung des Konzeptes Hebammenkreißsaal in Deutschland war, der zunehmenden Medikalisierung der klinischen Geburtshilfe entgegenzuwirken. Diese Untersuchung beleuchtete zwar nicht die geburtshilflichen Interventionsraten am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, dennoch können die Interventionen, die die befragten Frauen erfahren haben, nicht völlig außer Acht gelassen werden, zumal es Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gab.

Betrachtet man die Geburtsmodi der befragten Frauen, fällt auf, dass von den Frauen die den Hebammenkreißsaal gewählt hatten, fünfzehn ihr Kind spontan gebären und zwei Frauen per Kaiserschnitt entbunden wurden. Von den Frauen der herkömmlichen Kreißsaal-Gruppe gebären nur sechs Frauen spontan. Weitere zwei wurden per Vakuumextraktion entbunden und vier erhielten einen Kaiserschnitt. Ob dieser Unterschied zwischen den Gruppen auf Zufall beruht oder andere Ursachen, wie der freizügigere Einsatz von Interventionen im herkömmlichen Kreißsaal zugrunde liegen, lässt sich durch diese Untersuchung nicht beantworten. Die Ergebnisse des Teilprojektes 2 „Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal“ des Verbunds Hebammenforschung zeigen jedoch, dass es im herkömmlichen Kreißsaal signifikant häufiger zum Einsatz von Interventionen kam. Demgegenüber wurden im Hebammenkreißsaal signifikant häufiger hebammen-geburtshilfliche Maßnahmen durchgeführt. Hierzu zählten die Anwendung von Akupunktur, Homöopathie, Massagen und Bädern (Sayn-Wittgenstein et al., 2007). Somit spiegeln die Interventionsraten der befragten Frauen dieser Untersuchung die Tendenz zu einem großzügigeren Einsatz von geburtshilflichen Interventionen im herkömmlichen Kreißsaal wider und können nicht als rein zufällig betrachtet werden.

Schücking et al. (2008) stellten im Teilprojekt 3 „Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen“ fest, dass bei der Entscheidung zur Durchführung einer Intervention die Berücksichtigung maternaler Wünsche, neben der Berufserfahrung der GeburtshelferInnen, eine entscheidende Einflussgröße darstellt. Die Ergebnisse des Teilprojekts 3 zeigen außerdem, dass das Mitspracherecht der Gebärenden bei der Entscheidung zur Geburtseinleitung oder zur Durchführung einer primären Sectio sehr hoch war (Schücking et al., 2008). In Anbetracht der von verschiedenen Autoren beschriebenen Akzeptanz von Interventionen durch die Nutzerinnen (Waldenström, 2007; Melender, 2006; Schwarz & Schücking, 2004; Green et al. 2003; Schücking, 2003a, 1995) überrascht es nicht, dass das Gewähren eines Mitspracherechts der Gebärenden zu einer Steigerung der Interventionsraten führt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen jedoch, dass dies nur dann der Fall ist, wenn die Nutzerinnen eine aufgeschlossene Grundeinstellung gegenüber dem Einsatz von Medizintechnik haben, wie es hier für die Nutzerinnen des herkömmlichen Kreißaals festgestellt wurde. So kann erklärt werden, dass die Berücksichtigung maternaler Wünsche bei Schwangeren, die den herkömmlichen Kreißaal gewählt hatten, zu höheren Interventionsraten führte als bei den Schwangeren, die den Hebammenkreißaal gewählt hatten. Die Ergebnisse von Schücking et al. (2008) bestätigen, dass der Wunsch der Frau die Durchführung einer Intervention sowohl fördern als auch zu dessen Vermeidung führen kann.

Dennoch verliefen auch im Hebammenkreißaal die wenigsten Geburten ohne Interventionen. Auch wenn der Großteil der Frauen aus der Hebammenkreißaal-Gruppe spontan gebar, fällt auf, dass nur bei fünf Gebärenden die Geburt auch im Hebammenkreißaal beendet wurde. Bei zwölf Gebärenden fand eine Überleitung in den herkömmlichen Kreißaal statt. Dies deutet darauf hin, dass auch wenn eine Geburt im Hebammenkreißaal angestrebt wird, nicht unbedingt ein verminderter Einsatz von Interventionen umgesetzt wird. Die nähere Betrachtung der Überleitungsgründe aus dem Hebammen- in den herkömmlichen Kreißaal zeigt, dass bei der Hälfte der Überleitungen nicht das Auftreten von Pathologien ursächlich war, sondern der Wunsch nach einer PDA oder nach einer Wassergeburt³⁷. Sieben der Frauen, die im Hebammenkreißaal gebären wollten, bekamen eine Periduralanästhesie. Bei fünf von ihnen war dies auch der Grund für die Beendigung der Hebammenkreißaalgeburt. Der Wunsch nach Schmerzbekämpfung stellt demnach nicht selten eine Indikation zum Einsatz von Medizintechnik während der Geburt dar. Auch Green et al. (2003) stellten fest, dass Frauen zunehmend eine PDA zur Geburt wünschen. Demzufolge sind für die hohe Überleitungsrate nicht allein Regelwidrigkeiten des Geburtsverlaufs, sondern der Bedarf nach Schmerzbekämpfung mitverantwortlich. Die von den Hebammen angewendeten geburtshilflichen Maßnahmen wurden zwar im Hebammenkreißaal signifikant häufiger eingesetzt (Sayn-Wittgenstein et al., 2007), scheinen aber in Hinblick auf Schmerzbekämpfung aus Sicht der Nutzerinnen nicht

³⁷ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden Wassergeburt am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide nur im herkömmlichen Kreißaal angeboten.

immer ausreichend zu sein. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf um zu ermitteln, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um Nutzerinnen in die Lage zu versetzen ohne den Einsatz von invasiven Methoden zur Schmerzbekämpfung zu gebären.

Die unterschiedlichen Auswirkungen der Berücksichtigung von Nutzerinnenbedürfnissen weisen darauf hin, dass die Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der geburtshilflichen Versorgung nicht zwangsläufig auch der Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt entgegenwirkt. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass eine Entmedikalisierung der geburtshilflichen Versorgung nicht allein über neue klinische Versorgungskonzepte erreicht werden kann, sondern gleichermaßen bei den Nutzerinnen ansetzen muss.

Auf Seite der GeburtshelferInnen ist die Motivation zur Berücksichtigung von maternalen Wünschen näher zu untersuchen. Schücking et al. (2008) stellten fest, dass der Dienstleistungsgedanke der GeburtshelferInnen und der Durchsetzungswille der Frau ausschlaggebend für die Berücksichtigung von Wünschen der Gebärenden waren. Außerdem fiel auf, dass das Ausmaß, in dem die maternalen Wünsche Berücksichtigung fanden, von der jeweiligen Intervention abhing. Bei der Entscheidung zur Durchführung einer Episiotomie und bei der CTG-Überwachung wurden maternale Wünsche ebenso vernachlässigt wie beim Vorliegen von medizinischen Gefahren. Schücking et al. (2008) resümieren, dass der Wunsch der Frau in unterschiedlicher Weise instrumentalisiert wird: zum einen dient er als Legitimation zur Durchführung umstrittener Interventionen, zum anderen kann der Wunsch der Frau auch die Motivation zu abwartendem geburtshilflichen Handeln sein. Problematisch erscheint hierbei, dass die Berücksichtigung der Wünsche der Frau nicht zwangsläufig eine wertschätzende Berücksichtigung der Interessen der Nutzerin darstellen, sondern teilweise bewusst genutzt werden, um das geburtshilfliche Vorgehen des Personals zu legitimieren. In Bezug auf die Interventionsraten der für diese Untersuchung befragten Frauen kann vermutet werden, dass ÄrztInnen und Hebammen bei Gebärenden, die sich ursprünglich für den Hebammenkreißsaal entschieden hatten, zurückhaltender mit dem Einsatz von Interventionen waren, weil bei diesen Frauen davon ausgegangen wurde, dass sie eine möglichst interventionsarme Geburt anstrebten. Ein anderer Grund könnte auch darin liegen, dass diese Frauen in stärkerem Maße den Einsatz von Interventionen während der Geburt hinterfragten und deutlicher als Frauen der anderen Gruppe den Wunsch formulierten, möglichst natürlich zu gebären.

Diese unterschiedliche Gewichtung der Interessen der Nutzerinnen und der daraus resultierende Einfluss auf die Durchführung oder das Unterlassen von Interventionen sind kritisch zu hinterfragen. Schücking et al. (2008) merken hierzu an, dass der Wunsch der Frau bei allen Interventionen Entscheidungsrelevanz haben sollte und es problematisch ist, wenn dies nur bei ausgewählten Interventionen wie der Geburtseinleitung oder primären Sectio zum Tragen kommt. Die gleiche Kritik gilt für die von Rath (2008) vorgeschlagene Vorgehensweise, bei der den Nutzerinnen die Ent-

scheidung für die Durchführung von Interventionen immer dann überlassen werden könne, wenn es keine eindeutigen Evidenzen für deren Nutzen gibt.

Das Konzept des Hebammenkreißsaals stellt einen erfolgreichen Ansatz dar um im klinischen Setting eine interventionsarme Geburtshilfe anzubieten. Es führt bei Hebammen und ÄrztInnen zu einem geburtshilflichen Handeln, bei dem der Einsatz von Interventionen neu überdacht wird. Hierauf deuten die Ergebnisse von Schücking et al. (2008) hin. Es wird allerdings auch deutlich, dass es nicht ausreicht, neue geburtshilfliche Versorgungskonzepte wie den Hebammenkreißsaal zu entwickeln, um der Medikalisierung effektiv entgegenzuwirken. Realisieren lässt sich die angestrebte Entmedikalisierung nur mit einer Klientel, die Schwangerschaft und Geburt als eine natürliche Lebensphase begreift, die aus eigener Kraft bewältigt werden kann. In seiner derzeitigen Form scheint das Konzept Nutzerinnen mit einer risikoorientierten Sicht auf diese Lebensphase nicht zu erreichen.

Um der Medikalisierung der klinischen Geburtshilfe effektiv entgegenzuwirken, ist es auf Seiten der Professionellen erforderlich, eine interventionsarme oder -freie Geburtshilfe als erstrebenswertes Ziel zu etablieren, auf das Hebammen und ÄrztInnen stolz sind. Hierzu bedarf es einer angstfreien Arbeitsatmosphäre, in der nicht die Befürchtung vor Kritik und juristischen Konsequenzen das geburtshilfliche Handeln prägen (Johanson et al., 2002). Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass es nicht ausreicht, das Handeln und die Einstellungen der Professionellen in den Blick zu nehmen. Den Einstellungen und Bedürfnissen der Nutzerinnen kommt eine vergleichbare Bedeutung zu. Solange gesunde Schwangere Zweifel an ihrer Gebärfähigkeit haben und davon ausgehen, dass der Einsatz von Medizintechnik während der Geburt erforderlich und normal ist, werden sie eine medizintechnisch ausgerichtete Geburtshilfe nachfragen und sich somit nicht für eine Geburt im Hebammenkreißsaal entscheiden. Derzeit können diese Nutzerinnenbedürfnisse als ein Grenzpunkt bei der Umsetzung von interventionsarmer oder -freier klinischer Geburtshilfe betrachtet werden. Hier sind konkrete Strategien zu entwickeln, um das Zutrauen in die Gebärfähigkeit zu stärken und eine Sicht auf Schwangerschaft und Geburt zu fördern, die dies als natürliches Lebensereignis darstellt, das in der Regel keiner medizinischen Interventionen bedarf und aus eigener Kraft gemeistert werden kann. Dadurch könnte langfristig die Nachfrage nach interventionsarmen klinischen Versorgungskonzepten wie dem Hebammenkreißsaal gesteigert werden.

10.7 Wahrgenommene Unterschiede zwischen den Kreißsaalmodellen und der Kreißsaalentscheidung

Die meisten Frauen sahen nur geringfügige Unterschiede zwischen den Kreißsaalmodellen. Dies kann auf eine Schwäche bei der Aufklärung über die beiden Kreißsaalmodelle zurückgeführt werden. Die Informationen waren neutral gehalten und stellten, im Hinblick auf die angestrebte Randomisierung der Interventionsstudie des Verbunds Hebammenforschung (Sayn-Wittgenstein et al., 2007), die Gleichwertigkeit

der Konzepte stärker in den Mittelpunkt als die unterschiedlichen Betreuungsformen. Daher überrascht es nicht, dass die An- oder Abwesenheit der ÄrztInnen aus Sicht der Frauen der augenscheinlichste Unterschied zwischen den Betreuungskonzepten war.

Die Entscheidung für das jeweilige Kreißsaalmodell wurde, wie es auch von Fenwick et al. (2005) beschrieben wird, von der individuellen Bewertung der Lebensphase um Schwangerschaft und Geburt als entweder einen physiologischen Prozess oder ein riskantes und überwachungspflichtiges Ereignis beeinflusst. Das Bedürfnis die Geburt so natürlich wie möglich zu gestalten und der Wunsch moderne geburtsmedizinische Möglichkeiten ausnutzen zu wollen, werden hierbei jedoch nicht zwangsläufig als Gegensätze wahrgenommen. Sie stellen vielmehr zwei Pole eines Kontinuums dar, bei dem diverse Ausprägungen möglich sind. Hebammen und ÄrztInnen werden hierbei unterschiedliche Aufgaben zugewiesen. Während ÄrztInnen für eine medizintechnisch ausgerichtete Geburtshilfe stehen, wird von Hebammen stärker die Förderung eines natürlichen Geburtsablaufs erwartet (Rahden, 2004, 2003). Die unterschiedliche Gewichtung der Zuständigkeit der Berufsgruppen der Hebammen oder der ÄrztInnen war daher ein zentrales Entscheidungskriterium.

Da ein Großteil der Gebärenden dieser Untersuchung ärztlich durchgeführte Interventionen erfuhr, bestätigte sich für die meisten Frauen bei der rückblickenden Bewertung die Notwendigkeit des Vorhandenseins von Medizintechnik und ärztlicher Versorgung. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass bei der Befragung nach der Geburt die getroffene Kreißsaalwahl als richtig bewertet wurde. Auch die Einschätzung, dass der Hauptunterschied zwischen den Kreißsaalmodellen in der Ab- oder Anwesenheit von ÄrztInnen läge, bestätigte sich bei der Befragung nach der Geburt. Den Nutzerinnen wurde demzufolge die mit dem Hebammenkreißsaal intendierte Stärkung der Eigenverantwortung der Hebammen und die Umsetzung einer abwartenden und gesundheitsförderlichen Betreuung (Sayn-Wittgenstein et al., 2007) nicht deutlich. Die Hebammen des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide arbeiten in beiden Versorgungsmodellen. Dies bietet den Vorteil, dass Gebärende im Falle einer Überleitung aus dem Hebammenkreißsaal in den herkömmlichen Kreißsaal keinen Hebammenwechsel erleben. Es führt jedoch auch dazu, dass der Betreuungsunterschied zwischen den Kreißsaalmodellen verwischt.

Überraschenderweise war der Verzicht auf das routinemäßige Legen eines venösen Zugangs für sechs Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe ein Grund für die Wahl dieses Kreißsaals. Unklar ist, ob dieses Ergebnis auf Zufall beruht oder davon ausgegangen werden muss, dass die Ablehnung einer Braunüle als ein relevanter Entscheidungsfaktor betrachtet werden muss. Im Hinblick auf das Geburtserleben von Frauen sollte der routinemäßige Einsatz von Braunülen überdacht werden.

Insgesamt waren alle Frauen mit der getroffenen Kreißsaalentscheidung auch im Nachhinein zufrieden. Dies erscheint vor der hohen Überleitungsrate der Hebammenkreißsaal-Gruppe bemerkenswert. Obwohl sich für einen Großteil der Frauen

der Hebammenkreißsaal-Gruppe der Wunsch nach einer interventionsfreien Geburt nicht erfüllte, sahen sie sich in ihrer Entscheidung für den Hebammenkreißsaal bestätigt. Sie hatten erlebt, dass sich die Überleitung in den herkömmlichen Kreißsaal beim Auftreten von Komplikationen sehr problemlos gestaltete und waren mit der erhaltenen Betreuung zumeist sehr zufrieden. Die erlebte Überleitung in den herkömmlichen Kreißsaal wiederum bestätigte den Frauen die Notwendigkeit, während der Geburt eine geburtsmedizinische Absicherung im Hintergrund zu haben. Eine Stärkung der Eigenkompetenzen und des Zutrauens in die eigene Gebärfähigkeit wurde durch das Konzept des Hebammenkreißsaals also kaum erreicht. Dies erklärt, warum auch bei der Befragung nach der Geburt außerklinische Geburtsorte ausgeschlossen wurden.

Frauen, die den herkömmlichen Kreißsaal wählten, machten unter der Geburt die Erfahrung, dass aufgrund der geringen Anwesenheit der ÄrztInnen der Unterschied zum Hebammenkreißsaal nur gering sei. Dies wurde von ihnen als Bestätigung für die Wahl des herkömmlichen Kreißsaals betrachtet. Auch in dieser Gruppe führte das Erleben von Interventionen zu einer Bestätigung der Notwendigkeit geburtsmedizinischer Absicherung der Geburt. Lediglich die Frauen dieser Gruppe, die eine komplikationslose und rasche Spontangeburt hatten, konnten sich vorstellen bei einer weiteren Geburt den Hebammenkreißsaal zu wählen.

Nach den vorliegenden Daten kann davon ausgegangen werden, dass die Geburtshilfe am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, unabhängig vom Kreißsaalmodell, von den meisten Frauen sehr positiv erlebt wurde. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass der Befragungszeitpunkt t2 mit acht bis neunzehn Wochen postpartum relativ früh lag und dies zu tendenziell positiveren Antworten geführt haben könnte (Bennett, 1985; Rennie et al., 1998; Waldenström, 2004, 2003).

10.8 Limitationen der Studie

Verschiedene methodische Schwächen schränken den Geltungsbereich dieser Untersuchung ein. An erster Stelle sind hier die Probleme bei der Rekrutierung der Stichprobe zu nennen. Aufgrund der zeitgleich durchgeführten Rekrutierung des Teilprojektes 2 des Verbunds Hebammenforschung, konnten für diese Studie nur die Schwangeren angesprochen werden, die eine Teilnahme an der Randomisierung der Interventionsstudie des Teilprojektes 2 ablehnten. Weiterhin fehlten am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide etablierte Anmeldeverfahren für schwangere Frauen, so dass der Kontakt zu potenziellen Studienteilnehmerinnen nur über die dortigen Informationsveranstaltungen, Akupunkturprechstunden und Geburtsvorbereitungskurse hergestellt werden konnte. Nutzerinnen, die keine der vorgeburtlichen Angebote der Klinik in Anspruch nahmen, konnten daher nicht erreicht werden. Zudem war der Zeitpunkt des Erstkontakts relativ spät in der Schwangerschaft, was mitunter die Durchführung eines Interviews unmöglich machte. Mehrgebärende über 30, die den

herkömmlichen Kreißsaal wählten, konnten für diese Studie somit nicht rekrutiert werden.

Eine weitere Einschränkung stellt der relativ frühe Befragungszeitpunkt nach der Geburt dar. Möglicherweise wären, so wie es verschiedene Autoren beschrieben, bei einer späteren Befragung nach der Geburt mehr negative Aspekte von den Frauen genannt worden (Waldenström, 2003, 2004; Rennie et al., 1998; Bennett, 1985). In Anbetracht des hohen Anteils interventionsreicher Geburtsverläufe wäre das denkbar. Aus forschungspragmatischen Gründen ließ sich ein späterer Befragungszeitpunkt jedoch nicht realisieren.

Der Umstand, dass viele Frauen außer der An- oder Abwesenheit des Arztes/der Ärztin oder dem Einsatz von venösen Zugängen nur vage Angaben zu den Unterschieden zwischen beiden Kreißsaalmodellen machen konnten, ist möglicherweise auch auf eine Schwäche im Studiendesign zurückzuführen. Die Informationen, die den Frauen während der Schwangerschaft im Rahmen der Informationsveranstaltungen des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide durch das dortige Personal und durch die Mitarbeiterinnen des Verbunds Hebammenforschung zukamen, waren sehr neutral gehalten. In dem Bemühen, für die Interventionsstudie des Verbunds Hebammenforschung Frauen für eine zufällige Zuweisung zum Hebammen- oder herkömmlichen Kreißsaal zu gewinnen, wurde die Beratung bewusst so gehalten, dass beide Kreißsaalmodelle als vergleichbare Alternativen dargestellt wurden. Die Unterschiede zwischen den Modellen wurden wenig aufgezeigt. Eine Beratung, die sich stärker an den Bedürfnissen der Frauen und einer Beschreibung der Unterschiede beider Kreißsaalmodelle orientiert hätte, hätte die Rekrutierung von Frauen für die parallel durchgeführte Interventionsstudie zusätzlich erschwert, so dass darauf verzichtet werden musste. Es bleibt daher offen, inwieweit eine Beratung, die stärker auf Unterschiede der Modelle eingegangen wäre, Einfluss auf die Einschätzungen der Frauen gehabt hätte. Vor diesem Hintergrund sollten die Aussagen der Frauen in diesem Punkt zurückhaltend interpretiert werden.

Dennoch liefern die Ergebnisse dieser Untersuchung wichtige Hinweise in Bezug auf die Nutzerinnenperspektive auf das Konzept des Hebammenkreißsaals als ein neues klinisches Versorgungsangebot. Es werden Implikationen zur Umsetzung von Nutzerinnenorientierung und Entmedikalisierung der klinischen geburtshilflichen Versorgung aufgezeigt und verdeutlicht, welche Aspekte bei der Ausgestaltung einer evidenzbasierten und frauenzentrierten geburtshilflichen Versorgung berücksichtigt werden sollten.

11 Fazit und Ausblick

Diese Untersuchung analysierte die Entscheidungskriterien von schwangeren Frauen bei der Wahl zwischen zwei klinischen geburtshilflichen Betreuungskonzepten. Hierbei wurde die Perspektive der Nutzerinnen geburtshilflicher Versorgung nicht nur im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal beleuchtet. Vielmehr wurden verschiedene Aspekte deutlich, die im Hinblick auf Nutzerinnenorientierung und eine effektive frauengerechte geburtshilfliche Versorgung relevant sind. Zentrale Bereiche stellen die Reduzierung von Medikalisierung und die Umsetzung von Nutzerinnenorientierung dar. Es wurde deutlich, dass Medikalisierungstendenzen der geburtshilflichen Versorgung nicht nur von den Professionellen vorangetrieben werden, sondern auch Nutzerinnen dies beeinflussen.

Abschließend bleibt zu resümieren, welche Perspektiven und Implikationen sich aus der vorliegenden Arbeit für die klinische geburtshilfliche Versorgung in Deutschland ergeben.

11.1 Reduzierung von Medikalisierung

Das Konzept des Hebammenkreißsaals stellt zwar einen guten Ansatz zur Reduzierung von Medikalisierung dar, stößt aber derzeit schnell an Grenzen. Der hohe Anteil an Überleitungen aus dem Hebammen- in den herkömmlichen Kreißsaal sowie der starke Einsatz von Interventionen weisen darauf hin, dass das Konzept des Hebammenkreißsaals der Medikalisierung der Geburt, zumindest am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, nur eingeschränkt entgegenwirkt. Lediglich fünf Frauen der Hebammenkreißsaal-Gruppe konnten ihre Geburt im Hebammenkreißsaal vollenden. Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass für die befragten Frauen auch im Nachhinein kaum ein Unterschied zwischen den Kreißsaalmodellen erkennbar ist. Weiterhin kann angenommen werden, dass die Erfahrung einer Überleitung bei Nutzerinnen die Einschätzung stärkt, eine Geburt sei ein risikobehaftetes Ereignis, das nicht aus eigener Kraft bewältigt werden könnte. Die angestrebte Stärkung von Eigenkompetenzen von Nutzerinnen bleibt so aus.

Es stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um der Medikalisierung und somit der Über- und Fehlversorgung in der klinischen Geburtshilfe effektiver entgegenzuwirken. Walsh (2007) beschreibt, dass ein völliges Umdenken der in der Geburtshilfe Tätigen erforderlich ist. Entgegen dem derzeitigen Aktionismus der klinischen Geburtshilfe gilt es, beim beruflichen Handeln von GeburtshelferInnen und Hebammen eine abwartende Arbeitsweise zu etablieren, bei der Gebärende nicht in zeitliche Normen gezwängt werden und eine mitfühlende Begleitung im Vordergrund steht. Walsh (2007) bezeichnet dies als

„doing with, not doing to labouring women“ (Walsh, 2007, S. 41).

Sayn-Wittgenstein (2007) nennt diese Haltung im Handeln von Hebammen die *gekonnnte Nicht-Intervention*. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass die Hebamme den Geburtsvorgang begleitet, ohne in den natürlichen Ablauf einzugreifen, wenn dies nicht aufgrund von Pathologien erforderlich ist. Sehr bildhaft wird diese geburtshilfliche Haltung von Walsh (2007) zitiert:

„to drink tea intelligently“ (Anderson, zitiert nach Walsh, 2007, S. 41)

Ein geburtshilfliches Betreuungsmodell aus Kanada, welches erfolgreich Interventionsraten reduzieren konnte, wird von Johanson et al. (2002) beschrieben und bestätigt den Stellenwert der Grundhaltung von GeburtshelferInnen und Hebammen. Erfolgsfaktoren für die Entmedikalisierung waren ein ausgeprägter Teamgedanke und gute Kooperation der in der Geburtshilfe Tätigen. Diese war von gegenseitiger Anerkennung und Stolz auf niedrige Interventionsraten gekennzeichnet. Die Angst vor Kritik am geburtshilflichen Vorgehen und vor juristischen Konsequenzen begünstigt den Einsatz von Interventionen, nicht aber deren Vermeidung. Hildebrandt (2009) geht sogar so weit, diese „professionelle Angst“ als Hauptrisikofaktor der modernen Geburtshilfe zu bezeichnen. Demzufolge ist eine angstfreie Atmosphäre nicht nur für die Gebärenden wichtig, sondern für alle am Geburtsgeschehen beteiligten Personen (Johanson et al., 2002). Hier wird deutlich, dass es um eine tief greifende Veränderung der Grundhaltung von Professionellen geht. Die Realisierung eines sinnvollen Einsatzes von geburtshilflichen Interventionen, beschränkt auf erwiesenermaßen wirksame und nur beim Vorliegen einer Indikation, lässt sich ohne eine Veränderung der Grundeinstellungen von GeburtshelferInnen kaum umsetzen.

Die Reduzierung von Medikalisierung lässt sich jedoch nicht nur durch die GeburtshelferInnen und Hebammen umsetzen. Die Rolle der NutzerInnen darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Der Einfluss der NutzerInnen auf die Medikalisierung der Geburtshilfe, wie er in dieser Untersuchung festgestellt wurde, wurde auch von Waldenström (2007) beschrieben. Sie konstatiert, dass eine stärkere Berücksichtigung von Evidenzen bei der geburtshilflichen Versorgung mit einer Senkung von Interventionsraten einhergehen würde. Neben der stärkeren Berücksichtigung von Evidenzen kommt allerdings der Information und Beratung der NutzerInnen große Bedeutung zu, da nur so deren Einstellung gegenüber der großzügigen Anwendung von Interventionen verändert werden kann (Waldenström, 2007). Die Bereitstellung von evidenzbasierten Informationen für NutzerInnen wurde zwar mit der Einführung der „Informiert entscheiden“-Hefreihe (Lifeline, 2008) angestrebt, aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten wurde sie jedoch eingestellt. Derzeit müssen NutzerInnen in Deutschland evidenzbasierte Informationen eigenständig finden und die Zuverlässigkeit der Informationsquelle einschätzen können. Der Aufbau von leicht zugänglichen evidenzbasierten Informationen zu Schwangerschafts- und Geburtsthematen wäre anzustreben, um alle NutzerInnen geburtshilflicher Versorgung gleichermaßen zu erreichen, unabhängig von sozialem Status und Bildungsstand.

Da der Grundstein für die Tendenz zu einer medikalisierten Betrachtungsweise dieser Lebensphase bereits in bzw. vor der Schwangerschaft gelegt wird, müsste außerdem sehr früh angesetzt werden, um einen Einstellungswandel zu erzielen. Zum Zeitpunkt der Geburt erscheint dies kaum noch möglich. Die medikalisierte Betrachtungsweise hat sich in der Gesellschaft fest etabliert, so dass davon ausgegangen werden muss, dass sie nur schwer und langsam veränderbar ist (Cignacco, 2006). Um dieses Ziel dennoch zu verfolgen erscheint es sinnvoll, nicht nur Frauen in den Blick zu nehmen und nicht nur bzw. erst beim Vorliegen einer Schwangerschaft anzusetzen. Langfristig lässt sich ein Einstellungswandel in der Gesellschaft nur erreichen, indem auch in anderem Rahmen, z. B. der Schulbildung, diese Lebensphase als eine normale und eigenständig zu bewältigende Herausforderung dargestellt wird. Gleiches gilt für das Bild, das in populärwissenschaftlichen Medien zur Thematik Schwangerschaft und Geburt gezeichnet wird. Hier ist eine Abkehr von der derzeitig verbreiteten pathologisierenden Darstellungsweise (Young, 2010; Pincus, 2000) zu fordern. Ferner ist im Rahmen der Schwangerenvorsorge der Fokus zu verändern: Weg von einer risiko-orientierten und medizintechnisch kontrollierten Vorsorge, die das Ermitteln von Normabweichungen zum Ziel hat, hin zu einer ressourcenorientierten Vorsorge, die neben der Durchführung evidenzbasierter Vorsorgemaßnahmen Nutzerinnen die nötige Informationsgrundlage liefert, um Schwangerschaft und Geburt eigenständig gestalten zu können. Weiterhin gilt es, psychosoziale Aspekte nicht außer Acht zu lassen und das Zutrauen zur eigenen Gebärfähigkeit mehr zu fördern.

Hier wird deutlich, dass sich die Betreuung der Lebensphase Schwangerschaft und Geburt stärker an Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention, anstatt an Risikominimierung orientieren sollte. Gesundheitsförderung und Prävention zählen zu den klassischen Handlungsfeldern von Hebammen und sind bereits etablierter Bestandteil von Hebammenarbeit (Schäfers, 2011). Es wäre daher zu überdenken, ob eine solchermaßen ausgerichtete Vorsorge vollständig im Aufgabenbereich von Hebammen zu verorten ist und die ärztliche Vorsorge Nutzerinnen mit vorliegenden Schwangerschaftskomplikationen vorbehalten sein sollte. Die Übertragung der medizinischen und psychosozialen Begleitung von normal verlaufenden Schwangerschaften in den Aufgabenbereich der Hebammen wird bereits von diversen Autoren vorgeschlagen (Gottvall et al. 2011; Reime, 2005; Klein, 2004; Schwarz & Schücking, 2004; Wagner, 2003; Johanson et al., 2002).

11.2 Umsetzung von Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe

In Bezug auf Nutzerinnenorientierung in der klinischen Geburtshilfe werfen die Ergebnisse dieser Untersuchung Fragen zur Umsetzung des Selbstbestimmungsanspruchs auf und zeigen weiterhin einen Verbesserungsbedarf in Bezug auf Kontinuität in der Betreuung. Weiterhin wurde, wie in Kapitel 11.1 dargelegt, deutlich, dass für eine Reduzierung von Medikalisierung in der klinischen Geburtshilfe die Berücksichtigung von Nutzerinneninteressen unerlässlich ist.

Selbstbestimmung stellt einen zentralen Bereich der Nutzerinnenorientierung dar. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass große Unterschiede des Anspruchs an Selbstbestimmung auf Seiten der Nutzerinnen vorliegen und die Befragten selbst zumeist nur vage Vorstellungen von ihrem Selbstbestimmungsbedürfnis während der Geburt hatten. Es wurde deutlich, dass nicht von einem gleichbleibenden Bedürfnis ausgegangen werden kann, da das Bedürfnis nach Selbstbestimmung individuellen und zeitlichen Veränderungen unterliegt. Zum derzeitigen Stand liegen wenige Erkenntnisse dazu vor, wie während der verschiedenen Phasen der Geburt ein angemessener Einbezug der Gebärenden gestaltet werden kann. Besonders problematisch erscheint hier die akute Situation während der fortgeschrittenen Geburt, wenn eine gemeinsame Entscheidungsfindung aufgrund der starken Wehen, im Sinne des SDM, nicht mehr möglich ist. Weiterhin scheint die Klinikroutine ein Problem in Bezug auf die Selbstbestimmung von Gebärenden zu sein.

Auch wenn Selbstbestimmung im Sinne einer Nutzerinnenorientierung mittlerweile ein anerkannter Betreuungsaspekt ist, wird dies bislang nicht gelungen umgesetzt. Derzeit liegen keine Konzepte vor, wie der Selbstbestimmungsanspruch zu erfüllen ist. Das in Fachpublikationen formulierte Postulat der Selbstbestimmung (David, 2008; Husslein, 2008) reicht hier nicht aus, da weder der Bedarf noch die Ausgestaltung von Selbstbestimmung klar beschrieben werden. Das SDM stellt zwar einen vielversprechenden Ansatz dar, stößt aber aufgrund der Besonderheiten einer Geburt an seine Grenzen. Für den geburtshilflichen Bereich müssen Konzepte sehr flexibel sein und sich nicht nur an der Geburtssituation, sondern auch an den sich verändernden Bedürfnissen der Gebärenden orientieren. Weiterhin muss berücksichtigt werden, wie man die Selbstbestimmung von Gebärenden, auch bei fortgeschrittener Geburt, fördert, ohne die Frau damit zu überfordern. Selbstbestimmung darf unter der Geburt nicht automatisch mit der Übertragung von Verantwortung von Professionellen auf die Nutzerin einhergehen. Weder bei Interventionen, für die klare Evidenzen vorliegen, noch bei Interventionen, bei denen unklar ist, ob und wie sinnvoll sie sind. Dies stellt eine Überforderung der Gebärenden dar. Die Ergebnisse der Untersuchung weisen darauf hin, dass es für Gebärende wichtig ist, dass die geburtshilflichen Betreuungspersonen Position beziehen und nicht die Verantwortung auf die Frau übertragen, da diese aufgrund des Wissens- und Erfahrungsdefizits damit überfordert ist und Gefühle von Hilflosigkeit entstehen. Einer vertrauensvollen Beziehung zur betreuenden Hebamme kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Um diese herzustellen, ist ein gewisses Maß an personeller Kontinuität notwendig. Hier wird deutlich, dass dies eine Grundvoraussetzung für die Umsetzung von Nutzerinnenorientierung ist.

Das Kennen der Geburtshebamme erleichterte es den befragten Frauen, eine vertrauensvolle Beziehung einzugehen. Bemerkenswert erscheint hier, dass eine Hebamme bereits als „bekannt“ galt, wenn während der Schwangerschaft nur kurze Kontakte, beispielsweise im Rahmen der Akupunktursprechstunde, bestanden. Hier schließt sich die Frage an, wie Kontinuität umgesetzt werden muss, um Nutzerinnen

einen Rahmen zu bieten, der eine flexible Ausgestaltung von Selbstbestimmung, ausgerichtet an den Nutzerinnenbedürfnissen, zulässt. Unter dem Begriff Kontinuität wird sowohl die Betreuung durch eine aus der Schwangerschaft bekannte Hebamme diskutiert, wie auch die Betreuung durch eine einzige Hebamme während der gesamten Geburt. Aufgrund von arbeitsrechtlichen Vorgaben angestellter Hebammen lässt sich ein personeller Wechsel in der klinischen Geburtshilfe jedoch nicht vermeiden. Dies ist nur gewährleistet bei der Betreuung durch eine Beleghebamme, die nicht in der Klinik angestellt ist. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Kontinuität in der Betreuung jedoch auch durch ein Team von Hebammen hergestellt werden kann (Biro et al., 2003; Waldenström et al., 2000). Ausschlaggebend scheint vielmehr zu sein, dass die Schwangere weiß, dass unabhängig davon, wer sie letztendlich während der Geburt betreut, alle Hebammen des Teams einen Teamgedanken teilen, einen ähnlichen Betreuungsstil ausüben und nach einheitlichen Kriterien arbeiten. Grundlegend hierfür ist allerdings ein Personalschlüssel, der es ermöglicht, dass eine Hebamme ausschließlich eine Gebärende betreut und somit im Geburtsraum präsent sein kann. Dies ist derzeit in der klinischen Geburtshilfe nicht sichergestellt (HSFG, 2001), ist aber dringend geboten.

Es wurde deutlich, dass es im Sinne der Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe geboten ist, Konzepte zur Umsetzung des Selbstbestimmungsanspruchs zu entwickeln. Die Gewährleistung von Kontinuität in dem hier beschriebenen Umfang ist hierfür grundlegend. Das Konzept des Hebammenkreißsaals in Kombination mit vorgeburtlichen Angeboten stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, lässt sich allerdings nur realisieren, wenn der Personalschlüssel eine Eins-zu-Eins-Betreuung zulässt oder Beleghebammen in die geburtshilfliche klinische Betreuung eingebunden werden.

Eine effektive frauengerechte geburtshilfliche Versorgung zeichnet sich durch den angemessenen Einsatz von Medizintechnik beim Auftreten von Pathologien aus, so dass es zu keiner Über- und Fehlversorgung kommt. Eine Reduzierung der Medikalisierung ist daher dringend anzustreben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen allerdings, dass die Nutzerinnen selbst Anteil an den Medikalisierungstendenzen der klinischen Geburtshilfe haben, indem sie, ihrem Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle folgend, die Bereitstellung von moderner Medizintechnik fordern. Damit ist indessen nicht zwangsläufig der Wunsch verbunden, eine medizintechnisch ausgerichtete Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen. Vielmehr geht es um eine Form der Absicherung und Reduzierung von Ängsten (Geissbühler et al., 2005; Searle, 1996).

Im Sinne einer frauengerechten geburtshilflichen Versorgung ist der Einbezug von Nutzerinneninteressen in die Planung von geburtshilflichen Versorgungskonzepten zwingend geboten. Hierbei gilt es jedoch zu bedenken, dass, neben der Tendenz Bekanntes zu bevorzugen (Hundley & Ryan, 2004; DeVries et al., 2001; Porter & Macintyre, 1984), die zuvor beschriebene gesellschaftliche Sicht auf diese Lebensphase entscheidenden Einfluss auf die Präferenzen hat. Ziel muss es demzufolge sein, langfristig einen gesellschaftlichen Einstellungswandel wie unter 11.1 beschrie-

ben, einzuleiten. Dies stellt zukünftig eine große Herausforderung für das geburtshilfliche Versorgungssystem in Deutschland dar, zumal derzeit nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Akteure der geburtshilflichen Versorgung dieses Ziel teilen. Die derzeit vorliegende medizintechnisch ausgerichtete geburtshilfliche Kultur in Deutschland wird sich nur schwer wandeln lassen, da sie bereits fest etabliert ist (Cignacco, 2006). Um dennoch erfolgreich das gesellschaftliche Bild von Schwangerschaft und Geburt zu verändern, müssen verschiedene Ansatzpunkte aufgegriffen werden. Neben dem beschriebenen grundlegenden Einstellungswandel der Professionellen und einer Veränderung der gesellschaftlichen Sicht auf diese Lebensphase (welche die Einstellungen der Nutzerinnen prägt), wird weiterhin auf gesundheitspolitischer Ebene zu diskutieren sein, wie die Zukunft der geburtshilflichen Versorgung aussehen soll. Ferner ist über neue Vergütungsmodelle nachzudenken, so dass ein Anreiz zur Umsetzung interventionsarmer Geburtshilfe entsteht. Da es sich um eine Aufgabe handelt, die nur interdisziplinär zu lösen ist, ist es außerdem wichtig, dass alle Akteure der geburtshilflichen Versorgung an einem Strang ziehen und sich diesem Ziel verpflichten. Auch bei den Anbietern geburtshilflicher Versorgung ist somit noch Überzeugungsarbeit zu leisten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Untersuchung einige wichtige Hinweise in Bezug auf die Bedeutung diverser Betreuungsaspekte geliefert hat, weiteren Forschungsbedarf aufzeigt und Ansätze für die Weiterentwicklung klinischer geburtshilflicher Versorgungskonzepte liefert. Im Hinblick auf eine Nutzerinnenorientierte Geburtshilfe im klinischen Setting stellt das Konzept des Hebammenkreißsaals einen vielversprechenden Ansatz dar. Die Hebammenbetreuung bot den Gebärenden zu meist einen vertrauensvollen Rahmen, der ein selbstbestimmtes Erleben der Geburt erleichterte und ursächlich für die Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis war. Das Setting des Krankenhauses bietet zudem einen niedrigschwelligen Zugang, so dass das Betreuungskonzept, im Gegensatz zu außerklinischen geburtshilflichen Angeboten, auch Frauen aus belasteten und mit höheren Risiken behafteten Lebenssituationen erreicht. Die Vorteile einer hebammengeleiteten klinischen Geburtshilfe werden offensichtlich auch von den Anbietern klinischer Geburtshilfe erkannt, wie die steigende Anzahl von Hebammenkreißsälen in Deutschland zeigt. Diese Entwicklung lässt hoffen, dass ein Wandel der geburtshilflichen Kultur in Deutschland eingeleitet wurde.

12 Literatur

- 1000 Fragen-Projekt. (2003). *Frage 8684: "Haben Sie das nicht vorher gewusst?"*
Verfügbar unter:
<https://www.1000fragen.de/projekt/fragen/frage.php?qid=13882&tpn=1>
[21.01.09]
- Ahner, R., Stokreiter, C., Bikas, D., Kubista, E. & Husslein, P. (1996). Ansprüche an die Geburtshilfe in der Großstadt: Präpartale Erhebung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56, 50-54.
- Albrecht, H. (1986). Der Kaiserschnitt im Wandel der Geburtshilfe von 1885-1985. In L. Beck (Hrsg.), *Zur Geschichte der Gynäkologie und Geburtshilfe. Aus Anlass des 100jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 103-118). Berlin:Springer.
- Albrecht-Engel, I. (1995). Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In W. Schiefenhövel, D. Sich, C.E. Gottschalk-Batschkus (Hrsg.), *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege* (Bd. 3., S. 31-42). Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung. Amand Aglaster.
- Allmendinger, J. (2010). *Verschenkte Potenziale?: Lebensverläufe nicht erwerbstätiger Frauen*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Alscher, K. (2004). Hebammengeleitet - familienorientiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 11, 16-20.
- Azoulay, I. (2005). Der Tortur Geburt entgegen? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005 (2), 6-10.
- Azoulay, I. (2003). Geburtshilfe und Selbstbestimmung. In B. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 37-46). Göttingen: V & R unipress.
- Azoulay, I. (1998). *Die Gewalt des Gebärens: Streitschrift wider den Mythos der glücklichen Geburt*. München: List.
- Badinter, E. (2010). *Der Konflikt. Die Frau und die Mutter*. München: C.H. Beck.
- Bauer, N. (2000). Geburtshäuser - Impulse für einen Wandel in der Geburtshilfe. *Clio* (51), 8.
- Bauer, N. H., Pohlabein, H., Sayn-Wittgenstein, F. zu. (2010). Hebammenkreißsaal: Weniger Interventionen, gute Ergebnisse. *Hebammenforum* (10), 838-842.
- Baumgärtner, B., Rahden, O. von. (2010). Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. Zwischen Ultraschall und Wehenschreiber. In P. Kolip, J. Lademann (Hrsg.), *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz* (S. 90-107). Weinheim: Juventa.
- Beck-Gernsheim, E. (2008). "Störfall Kind": Frauen in der Planungsfalle. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 58 (24-25), 26-31.
- Beck-Gernsheim, E. (2006). *Die Kinderfrage heute. Über Frauenleben, Kinderwunsch und Geburtenrückgang*. München: C.H. Beck.
- Beck, J. (2004). Autonomie der Schwangeren und Kompetenz der Hebammen (2). *Hebammenforum*(12), 870-873.

- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.). (2004). *Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften* (Bd. 6.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bennett, A. (1985). The birth of a first child: do women's reports change over time? *Birth*, 12(3), 153-158.
- Berg, D., Süß, J. (1994). Die erhöhte Mortalität in der Hausgeburtsilfe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 54, 131-138.
- Berg, G. (2003). Neue Reproduktionstechniken - zwischen Hilfe bei unfreiwilliger Kinderlosigkeit und Technisierung der Fortpflanzung. In S. Graumann, I. Schneider (Hrsg.), *Verkörperter Technik - entkörperter Frau* (S. 21-40). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Berger, T. (2009). "Meet the e-patient": Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten. In B. U. Stetina, I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien*. Wien: Springer.
- Bergmann, R., Kamtsiucis, P., Bergmann, K. E., Huber, M. & Dudenhausen, J. W. (2000). Kompetente Eltern. Welche Beratung wünschen junge Eltern in der Schwangerschaft und was erwarten sie von der Entbindungsklinik ihrer Wahl? *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 9, 577-581.
- Biro, M. A., Waldenström, U., Brown, S. & Pannifex, J. H. (2003). Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: A randomized controlled trial. *Birth*, 30(1), 1-10.
- Blix-Lindström, S., Christensson, K., Johansson, E. (2004). Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery*, 20(1), 104-112.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2008a). *Evaluation des Gesetzes zum Elterngeld und zur Elternzeit. Enderbericht 2008*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2008b). *Dossier Elterngeld als Teil nachhaltiger Familienpolitik*. Berlin: Institut für Sozialwissenschaften, Humboldt-Universität.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2006). *Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit - Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. IV. Innerfamiliäre Dynamiken*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/familienbericht/a-04.html> [30.06. 2010].
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2004). *Bericht über die Auswirkungen der §§ 15 und 16 Bundeserziehungsgeldgesetz*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (2001). *Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (1995). 5. *Familienbericht: Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland* -

- Zukunft des Humanvermögens*. Verfügbar unter:
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen.did=3112.html> [30.06. 2010].
- Bockenheimer-Lucius, G. (2002). Zwischen "natürlicher Geburt" und "Wunschsectio"- Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe. *Ethik in der Medizin*(14), 186-200.
- Bondas, T. (2002). Finnish women's experiences of antenatal care. *Midwifery*, 18(1), 61-71.
- Boston Women's Health Book Collective. (1976). *Our bodies ourselves. A book by and for women*. (Bd. 2). New York: Simon Schuster.
- BQS-Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH. (2008). *BQS-Bundesauswertung 2007 Geburtshilfe*. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GGMBH.
- Bramadat, I., Driedger, M. (1993). Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth*, 20(1), 22-29.
- Braun, B. (2009). Gesundheitswissenschaftliche Hinweise auf Grenzen des Nutzens der NutzerInnenorientierung in Behandlungsprozessen. In K. Mozygamba, S. Mümken, U. Krause, M. Zündel, M. Rehm, N. Höfling-Engels, D. Lüdecke, B. Qurban (Hrsg.), *Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* (S. 31-40). Bern: Hans Huber.
- Broer, K.-H. (2005). Optimales Wunscherlebnis. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005(2), 12-13.
- Bryar, R. (Hrsg.). (2003). *Theorie und Hebammenpraxis*. Bern: Huber.
- Bundesministerium der Justiz (1985). *Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger* Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/hebg_1985/index.html [1.12. 2010].
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2006a). *Männer Leben. Studie zu Lebensläufen und Familienplanung - Vertiefungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2006b). *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2005a). *Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2005b). "Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht!" Ein Gespräch mit Professor Alfred Rockenschaub über 50 Jahre Geburtshilfe und die wichtige Rolle der Frau. *Geburtshilfe Geburtsmedizin*, 31-35.
- Campbell, R., MacFarlane, A., Hemsall, V., Hatchard, K. (1999). Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery* 15, 183-193.
- Chalmers, I., Enkin, M., Keirse, M., (Hrsg.). (1989). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

- Chalmers, I., Hetherington, J., Newdick, M., Mutch, L., Grant, A., Enkin, M., Enkin, E., Dickersin, K. (1986). The Oxford Database of Perinatal Trials: Developing a Register of Published Reports of Controlled Trials. *Controlled Clinical Trials*, 7 (4), 306-324.
- Cignacco, E. (Hrsg.). (2006). *Hebammenarbeit* (1 ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Cignacco, E., Büchi, S. (2004). Hebammengeburt - ein Betreuungsmodell in der Schweiz. *Die Hebamme* 17, 84-90.
- Davenport, A. (2008). Technology & fear. *Midwifery Today*(85), 16-17.
- David, M., Kentenich, H. (2008). Subjektive Erwartungen von Schwangeren an die heutige Geburtsbegleitung. *Gynäkologe*, 41, 21-27.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II. Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Department of Health (1993). *Changing Childbirth. Part I. Report of the Expert Maternity Group*. London: HMSO.
- DeVries, R. G. (1984). "Humanizing" childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. *International Journal of health services*, 14, 89-104.
- DeVries, R. G., Barosso, R. (1997). Midwives among the machines: Re-creating midwifery in the late twentieth century. In H. Marland, A.M. Rafferty (Hrsg.), *Midwives, Society and Childbirth. Debates and Controversies in the modern period*. (S. 248-269). London: Routledge.
- DeVries, R., Salvesen, H. B., Wieggers, T. A. & Williams, A. S. (2001). What (and why) do women want? The desires of women and the design of maternity care. In R. DeVries, C. Benoit, E.R. van Teijlingen, S. Wrede (Hrsg.), *Birth by design* (S. 243-266). London: Routledge.
- DHV-Deutscher Hebammenverband (ohne Jahresangabe). Normale Geburt – auch im Krankenhaus. Verfügbar unter: [http://www.hebammenverband.de/index.php?id=212&no_cache=1&sword_listf\[\]=Selbstbestimmung](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=212&no_cache=1&sword_listf[]=Selbstbestimmung) [21.03. 2011].
- DHV-Deutscher Hebammenverband (2010). 5. Mai – Internationaler Hebammentag. Pressemitteilung des DHV vom 01.02.2010. Verfügbar unter: [http://www.hebammenverband.de/index.php?id=1149&no_cache=1&sword_listf\[\]=Selbstbestimmung](http://www.hebammenverband.de/index.php?id=1149&no_cache=1&sword_listf[]=Selbstbestimmung) [21.03. 2011].
- Di Mario S. et al. (2005). *What is the effectiveness of antenatal care?* (Supplement) Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf [22.06. 2010].
- Diekämper, J. (2010). Auf der Suche nach dem perfekten Kind. Von der Etablierung medizinischer Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. In P. Kolip, J. Lademann (Hrsg.), *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz* (S. 58-72). Weinheim: Juventa.
- Dietl, J. (2001). Geburtenentwicklung. Weiterer Rückgang zu erwarten. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(19), A 1234-1237.
- Duden, B. (2005). Die Selbstbestimmungsfälle (1). *Hebammenforum* (1), 22-24.

- Duden, B. (2002). *Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch: Historisches zum Frauenkörper*. Hannover: Offizin.
- Duden, B. (1991). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben*. Hamburg: Luchterhand.
- Dunkley, J. (2003). *Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis* (1). Bern: Verlag Hans Huber.
- Egeler, R. (2009). *Pressekonferenz "Mikrozensus 2008 - Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland* Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Kinderlosigkeit/statement_Kinderlosigkeit.property=file.pdf [30.06.2010].
- Egelkraut, R., Teuerle, S. (2010). Beratung der Schwangeren. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (Bd. 2, S. 200-238). Stuttgart: Hippokrates.
- Ehlert, U., Sieber, S., Hebisch, G. (2003). Psychobiologische Faktoren von Schwangerschaft und Geburt. *Gynäkologe*, 36, 1052-1057.
- Ellerbrock, B., Rahden, O. v. (1999). Foedekliniken in Dänemark – ein Modell für den Hebammenkreißsaal in Bremen? *Deutsche Hebammenzeitschrift* (11), 634-638.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (Hrsg.). (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Ensel, A. (2010). Pränatale Diagnostik. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (2 ed., S. 126-156). Stuttgart: Hippokrates.
- Ensel, A. (1994). Bedeutung und Wandel des "Geburtsterritoriums". Zur Veränderung der Einstellung zu Geburt und Schwangerschaft in unserer Kultur- Aspekte aus einer medizinethnologischen Analyse. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (6), 233-241.
- Eyer, D. (1992). *Mother-Infant Bonding: a scientific fiction*. New Haven: Yale University Press.
- Fachhochschule Osnabrück. (2009). *Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal*. Verfügbar unter: <http://www.hebammenforschung.de/28144.html> [28.04.2010].
- Feldhaus-Plumin, E. (2008). Das "Kind als Schaden" - rechtliche und psychosoziale Aspekte. *Die Hebamme*, 21(4), 218-222.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21(1), 23-35.
- Fordham, S. (1997). Women's views of the place of confinement. *British Journal of General Practice*, 47(415), 77-80.
- Fuhrmann, I., Rahden, O. v., Stenz, G. . (2000). Hebammenkreißsaal: Meilensteine eines BDH-Projektes. *Hebammenforum*(10), 385-388.
- Geiger, F. (2007). *Shared Decision Making als Verhandlung von Ungewissheiten*. Dissertation, Universität, Osnabrück.

- Geissbühler, V. & Eberhard, J. (2002). Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23(4), 229-235.
- Geissbühler, V., Zimmermann, K. & Eberhard, J. (2005). Geburtsängste in der Schwangerschaft - Frauenfelder Geburtenstudie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 65, 873-880.
- Gesundheitsberichterstattung (2010). *Totgeborene und in den ersten 7 Lebenstagen Gestorbene je 100.000 Lebend- und Totgeborene. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht*. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=41755694&nummer=377&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=72033988#AKT [22.06. 2010].
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Goerke, K., Lack, N. (2000). Qualitätssicherung in der Geburtshilfe - Aktueller Stand und weitere Schritte. *Gynäkologe*, 33, 220-224.
- Goldberg, L. (2003). In the company of women: Enhancing autonomy within the perinatal nursing relationship. *Nursing Ethics*, 10(6), 580-587.
- Gottvall, K., Waldenström, U., Tingstig, C., Grunewald, C. (2011). In-Hospital Birth Center with the same medical guidelines as standard care: A comparative study of obstetric interventions and outcomes. *Birth*, 38(1), 1-9.
- Graumann, S. (2007). Fürsorge oder Dienstleistung? Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von PatientInnen. *Mabuse* (165), 33-36.
- Graumann, S. (2003). Von Kinderwünschen und Wunschkindern - eine feministisch sozialethische Reflexion der medizinisch-technischen Kontrolle von Zeugung und Schwangerschaft. In S. Graumann, I. Schneider (Hrsg.), *Verkörperte Technik - entkörperte Frau*. (S. 66-78). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Green, J., Baston, H., Easton, S., McCormick, F. (2003). *Greater Expectations? Summary report*. Verfügbar unter: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/miru/greaterexpdf.pdf> [12.03 2009].
- Green, J. M., Kitzinger, J. V. & Coupland, V. A. (1990a). Stereotypes of childbearing women: a look at some evidence. *Midwifery*, 6(3), 125-132.
- Green, J. M., Coupland, V. A. & Kitzinger, J. V. (1990b). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Green, J. M., Renfrew, M. J. & Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196.
- Greenhalgh, R., Slade, P., Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*, 27(3), 177-184.
- Grünberger, W., Spängler-Wierrani, B. & Wierrani, F. (2005). Ein Irrweg der Lifestyle-Gesellschaft. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005(2), 22-26.
- Gubalke, W. (1985). *Die Hebamme im Wandel der Zeiten. Ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens* (2nd). Hannover: Elwin Staude.

- Hager, M. (2006). *Kinderwunschlos glücklich? Gewollt kinderlose Akademikerinnen. Eine qualitative empirische Studie zu Lebenssituation und Zukunftsplanung österreichischer Akademikerinnen*. Wien: Lit Verlag.
- Hainer, F., Kowalcek, I. (2011). Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 215, 35-40.
- Handfield, B., Turnbull, S., Bell, R.J. (2006). What do obstetricians think about media influences on their patients? *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 46(5), 379-383.
- Harding, D. (2000). Making choices in childbirth. In L. A. Page (Hrsg.), *The new midwifery* (S. 71-85). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hassauer, W. (1983). Mißbrauch der programmierten Geburt. In H.-G. Hillemanns, H. Steiner, D. Richter (Hrsg.), *Die humane, familienorientierte und sichere Geburt* (Bd. 2, S. 69-74). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. Gates, S. (2009). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Library* (3).
- Helfferrich, C. (2003). Planbarkeit - ein Mythos? Anmerkungen zu einer Geschichte der Planbarkeit und zu Alltagsvorstellungen von Frauen. In S. Graumann, I. Schneider (Hrsg.), *Verkörperte Technik - Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht* (S. 197-212). Frankfurt: Campus Verlag.
- Hepp, H. (2006). Pränataldiagnostik. Eine Standortbestimmung. *Gynäkologe*, 39, 861-869.
- Hildebrandt, S. (2009). Die „professionelle Angst“ als Hauptrisikofaktor der modernen Geburtshilfe. In: F. Siedentopf, M. David, J.-P. Siedentopf, A. Thomas., M. Rauchfuß (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Moderne. Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. Beiträge der Jahrestagung 2008 der DGPF* (S. 347-358). Frankfurt a. M: Mabuse.
- Hillemanns, H.-G. & Steiner, H. (1978). *Die programmierte Geburt. 1. Freiburger Kolloquium, September 1976*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 186 (5 Suppl Nature), 160-172.
- Horschitz, H. & Kurtenbach, H. (2003). *Hebammengesetz. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 4. Juli 1985*. (Bd. 3.). Hannover: Elwin Staude Verlag.
- Hufendiek, S., M., A., Brüning, R., Wolff, G., Borkenhaben, A. (2005). *Abschlussbericht zum Modellprojekt "Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Curriculums für die Beratung im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen (Pränataldiagnostik) und bei zu erwartender Behinderung des Kindes"*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Hughes, D. & Deery, R. (2002). Where's the midwifery in midwifery-led care? What makes midwife-led care different? How do you know if you are doing it? *Practising Midwife*, 5(7), 18-19.
- Hundley, V., Cruickshank, F.M., Lang, G.D., Glazener, C.M., Milne, J.M., Turner, M., Blyth, C., Mollison, J., Donaldson, C. (1994). Midwife managed delivery unit: A

- randomised controlled comparison with consultant led care. *British Medical Journal*, 26(309), 1400-1404.
- Hundley, V., Milne, J. M., Glazener, C. M. & Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(11), 1273-1280.
- Hundley, V. & Ryan, M. (2004). Are women's expectations and preferences for intrapartum care affected by the model of care on offer? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(6), 550-560.
- Hundley, V., Ryan, M. & Graham, W. (2001). Assessing Women's Preferences for Intrapartum Care. *Birth*, 28(4), 254-263.
- Hurrelmann, K. (2001). Wie läßt sich die Rolle der Patienten stärken? In C. v. Reibnitz, P.-E. Schnabel, K. Hurrelmann (Hrsg.), *Der mündige Patient* (S. 35-48). Weinheim: Juventa.
- Husslein, P. (2008). Der Kreißsaal im Jahr 2015. *Gynäkologe*, 41(9), 694-700.
- HSFG-Hamburger Sozialforschungsgesellschaft e. V. (2001). *Bestandsaufnahme der Situation von Geburtshilfeabteilungen in den Kliniken*. Deutscher Hebammenverband e.V. (Hrsg.). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Illich, I. (1975). *Die Enteignung der Gesundheit: Medical Nemesis* (1). Hamburg: Rowohlt.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis. The exploration of health*. New York: Pantheon Books.
- Illich, I. (1995). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik an der Medikalisierung des Lebens*. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- ICM- International Confederation of Midwives (2005). *Definition of the Midwife*. Verfügbar unter: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/ICM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005.pdf> [05.02. 2009].
- ICM- International Confederation of Midwives (2002). *Essential Competencies for basic midwifery Practice*. Verfügbar unter: http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compsenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf [05.02. 2009].
- IQWiG. (2010). *IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <http://www.iqwig.de/startseite.2.html> [30.06. 2010].
- Jensen, A. & Martius, G. (1998). Überwachung und Leitung der Entbindung. In G. Martius, Rath, W. (Hrsg.), *Geburtshilfe und Perinatologie* (S. 386-442). Stuttgart: Thieme.
- Johanson, R., Newburn, M. & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324(7342), 892-895.
- Kehrbach, A. (2010). Die Bedeutung der Beziehungsarbeit im Geburtsprozess. In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S.20-21). Stuttgart: Hippokrates.

- Kennedy, H. P., Nardini, K., McLeod-Waldo, R. & Ennis, L. (2009). Top-selling childbirth advice books: A discourse analysis. *Birth*, 36(4), 318-324.
- Kirkham, M. (1989). Midwives and information-giving during labour. In S. Robins, A.M. Thomson (Hrsg.), *Midwives, Research and Childbirth* (Bd. 1, S. 117-138). London: Chapman & Hall.
- Kitzinger, S. (1980). *Natürliche Geburt. Ein Buch für Mütter und Väter*. München: Kösel.
- Klaus, M. & Kennell, J. (1983a). Parent to infant bonding: setting the record straight. *Journal of Pediatrics*, 102(4), 575-576.
- Klaus, M. & Kennell, J. (Hrsg.) (1983b). *Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung*. München: Kösel.
- Klaus, M., Kennell, J. (1982). *Parent-Infant Bonding* (2). St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- Klein, M. C. (2004). Quick fix culture: the cesarean-section-on-demand debate. *Birth*, 31(3), 161-164.
- Kleiverda, G., Steen, A. M., Andersen, I., Treffers, P. E. & Everaerd, W. (1990). Place of delivery in the Netherlands: maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 36(1-2), 1-9.
- Kohli, M. & Burkart, G. (1992). *Liebe, Ehe, Elternschaft. Die Zukunft der Familie* (Bd. 1). München: Piper.
- Kolip, P. (2009). Kriterien für eine frauengerechte Gesundheitsversorgung. In K. Mozygemba, S. Mümken, U. Krause, M. Zündel, M. Rehm, N. Höfling-Engels, D. Lüdecke & B. Qurban (Hrsg.), *Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* (S. 129-138). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. (2000). Frauenleben in Ärztehand. In P. Kolip (Hrsg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* (S. 9-30). Weinheim: Juventa.
- Kolip, P., Rahden, O. v. (2007). *Abschlussbericht des Teilprojektes 4 des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) "Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal"*. Bremen: IPP & BIPS.
- Koller, D., Lack, N. & Mielck, A. (2009). Soziale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, beim Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft und beim Geburtsgewicht des Neugeborenen. Empirische Analyse auf Basis der Bayrischen Perinatal-Studie. *Gesundheitswesen*, 71(1), 10-18.
- Kraatz, H. (1964). Die heutige geburtshilfliche Situation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 58(13), 717.
- Kringeland, T., Möller, A. (2006). Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(4), 185-191.
- Kuckartz, U. (1999). *Computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kuhlmann, E. (2003). Verhandlungen über den Körper - Biotechnologische Entwicklungen und feministische Perspektiven. In S. Graumann, I. Schneider

- (Hrsg.), *Verkörperte Technik - entkörperte Frau* (S. 125-137). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & George Kernohan, W. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2), 106-115.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Lang, C. (2009). *Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe*. (1). München: Urban & Fischer.
- Lavender, T. (1997). Can midwives respond to the needs of fathers? *British Journal of Midwifery*, 5(2), 92-96.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
- Leboyer, F. (1981). *Geburt ohne Gewalt*. München: Kösel.
- Ledermann, R. P. (1984). Anxiety and conflict in pregnancy: Relationship to maternal health status. *Annual Review of Nursing Research*, 2, 27-61.
- Levy, V. (1999). Maintaining equilibrium: a grounded theory study of the processes involved when women make informed choices during pregnancy. *Midwifery*, 15(2), 109-119.
- Lifeline. (2008). *Broschüren vom BDH. Ratgeber für werdende Eltern*. Verfügbar unter: http://www.lifeline.de/special/vor_der_geburt/mutter_werden/content-129389.html [18.12. 2008].
- Lothian, J. A. (2007). Listening to Mothers II: Knowledge, Decision-Making, and Attendance at Childbirth Education Classes. *Journal of Perinatal Education*, 16, 62-67.
- Loytved, C. & Wenzlaff, P. (2007). *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000-2004*. (Bd. 1). Bern: Huber.
- Lütje, W. M. (2003). *Einflussgrößen auf Zufriedenheit und Erleben in der Geburtshilfe*. Dissertation, Technische Universität München, München.
- Luyben, A. (2001). Geburtshilfe im 21. Jahrhundert. *Hebamme* (2), 71-77.
- Machin, D. & Scamell, M. (1997). The experience of labour: using ethnography to explore the irresistible nature of the bio-medical metaphor during labour. *Midwifery*, 13(2), 78-84.
- MacVicar, J., Dobbie, G., Owen-Johnstone, L., Jagger, C., Hopkins, M. & Kennedy, J. (1993). Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 100(4), 316-323.
- Mathews, J. J. & Zadak, K. (1991). The alternative birth movement in the United States: history and current status. *Women Health*, 17(1), 39-56.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Melender, H. L. (2006). What constitutes a good childbirth. *Journal of midwifery & women's health*, 51(5), 331-339.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.

- Melender, H. L. & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. *International Journal of Nursing Practice*, 8(6), 289-296.
- Melender, H. L. & Lauri, S. (2001). Security associated with pregnancy and childbirth - experiences of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(4), 229-239.
- Midirs. (ohne Datum). *The informed choice initiative*. Verfügbar unter: <http://www.midirs.org/> [24.08.2010]
- Moore, M., Hopper, U. (1995). Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth* 22(1):29-36.
- Morris, T. & McInerney, K. (2010). Media representations of pregnancy and childbirth: an analysis of reality television programs in the United States. *Birth*, 37(2), 134-140.
- Mozygemba, K., Mümken, S., Krause, U., Zündel, M., Rehm, M., Höfling-Engels, N., Lüdecke, D., Quraban, B. (Hrsg.). (2009). *Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* Bern: Hans Huber.
- Münstedt, K., Georgi, R. v., Eichel, V., Kullmer, U. & Zygmunt, M. (2000). Wishes and expectations of pregnant women and their partners concerning delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 28(6), 482-490.
- Nakhla, D. (2009). *Praxishandbuch für Familienhebammen: Arbeit mit belasteten Familien*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Neuhaus, W. & Scharkus, S. (1994). Wünsche, Erwartunge, Ängste - Schwangere Frauen vor der Geburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie* (198), 27-32.
- Neumeyer, E. (2000). *Qualitätssicherung in der außerklinischen Geburtshilfe. Kommentierung der bundesweiten Erhebung außerklinischer Geburten 1997-1998*. Berlin: Bund Deutscher Hebammen, Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands.
- NICE (2010). *Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour*. Verfügbar unter: <http://guidance.nice.org.uk/CG55> [29.06. 2010].
- O'Cathain, A., Walters, S. J., Nicholl, J. P., Thomas, K. J. & Kirkham, M. (2002). Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *British Medical Journal*, 324(7338), 643.
- O'Mara, L. (2003). Evidence based patient information leaflets in maternity care had limited visibility and did not promote informed choice of childbearing women. *Evidence Based Nursing*, 6(1), 27.
- Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Frank Andersen, H., Mayes, F. & Rooks, J. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynaecology*, 88(5), 823-829.
- Odent, M. (2009). Wie steht es um die Zukunft einer durch Kaiserschnitt entbundenen Zivilisation? In: M. Stark (Hrsg.) *Der Kaiserschnitt. Indikationen, Hintergründe,*

- operatives Management der Misgav-Ladach-Methode* (S. 359-411). München: Urban & Fischer.
- Odent, M. (2004). *Im Einklang mit der Natur. Neue Ansätze der sanften Geburt*. Düsseldorf: Patmos Verlag.
- Odent, M. (2000). *Geburt und Stillen* (Bd. 2. unveränd. Aufl.). München: Beck.
- Odent, M. (1979). *Die sanfte Geburt. Die Leboyer Methode in der Praxis*. München: Kösel.
- OnlineFocus Gesundheit (2006). *Ideologinnen im Kreißsaal*. Verfügbar unter: http://www.focus.de/gesundheit/news/geburtshilfe-ideologinnen-im-kreissaal_aid_215101.html [24.06. 2010].
- OnlineFocus Gesundheit (2009). *Konkurrenz statt Kooperation*. Verfügbar unter: http://www.focus.de/gesundheit/baby/geburt/hebammen/hebammen-und-aerzte_aid_20735.html [24.06. 2010].
- Otto, P. (2011). Errungenschaft mit Änderungsbedarf. *Hebammenforum*(2), 99-105.
- Pang, M. W., Leung, T. N., Lau, T. K. & Hang Chung, T. K. (2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*, 35(2), 121-128.
- Papst, D. (2003). *Erwartungen und Schmerzerleben unter der Geburt. Eine prospektive Analyse an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung am Kreiskrankenhaus Ilmenau*. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität, Jena.
- Pincus, J. (2000). Childbirth advice literature as it relates to two childbearing ideologies. *Birth*, 27(3), 209-213.
- Porter, M. & Macintyre, S. (1984). What is, must be best: a research note on conservative or deferential responses to antenatal care provision. *Social Science & Medicine*, 19(11), 1197-1200.
- Quag (2008). *Qualitätsbericht 2005. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*. Auerbach: Quag, Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V.
- Rahden, O. v. (2004). Mit Medizintechnik ganz natürlich? - Erwartungen schwangerer Frauen. *Hebammenforum* (8), 566-570.
- Rahden, O. v. (2003). Was erwarten Erstgebärende von der Betreuung während Schwangerschaft und Geburt? *Hebamme* 16(2): 90-95.
- Rath, W. (2008). Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe - Am Beispiel der Geburtseinleitung. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 212, 147-152.
- Rauskolb, R. (1998). Pränatale Diagnostik und Therapie. In G. Martius, W. Rath (Hrsg.), *Geburtshilfe und Perinatologie* (S. 204-239). Stuttgart: Thieme.
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: Measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35(1), 73-76.
- Reeves, D. (2002). Provision of information is only one component of informed choice. *British Medical Journal*, 325 (Jul 6), 43.

- Reibnitz, C. v. & List, S. M. (2000). Ökonomische Aspekte der Medikalisierung von Umbruchphasen. In P. Kolip (Hrsg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* (S. 190-214). Weinheim: Juventa.
- Reibnitz, C. v., Schnabel, P.-E. & Hurrelmann, K. (2001). Auf dem Weg zum "souveränen" Patienten. Möglichkeiten und Grenzen der Patientenberatung. In C. v. Reibnitz, P.-E. Schnabel, K. Hurrelmann (Hrsg.), *Der mündige Patient* (S. 13-24). Weinheim: Juventa.
- Reime, B. (2005). Kultur der schnellen Problemlösung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2005(2), 14-15.
- Reime, B. (2003). Wer erfährt was? - Informationen und Fehlinformationen in der Geburtshilfe. In B. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 9-20). Göttingen: V & R unipress.
- Rennie, A. M., Hundley, V., Gurney, E. & Graham, W. (1998). Women's priorities for care before and after delivery. *British Journal of Midwifery*, 6(7), 434-439.
- Richter, J., Würth, G. & Hillemanns, H. G. (1983). Klinikgeburt. In H.-G. Hillemanns, H. Steiner, D. Richter (Hrsg.), *Die humane, familienorientierte und sichere Geburt. Ein Einblick in die gegenwärtige Geburtshilfe der Bundesrepublik, Frankreichs, Hollands, Österreichs, Schwedens und der Schweiz*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Riegl, G. F. (2008). Die Geburtsklinik als Zugpferd für das Krankenhaus der Zukunft. *Der Gynäkologe*, 41(1), 28- 35.
- Riegl, G.F. (1996). *Ideale zukunftssichere Geburtsklinik*. Augsburg: Prof. Riegl & Partner GmbH, PR.&P.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116.
- Rockenschaub, A. (2001). *Gebären ohne Aberglaube: Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst* (2). Wien: Facultas.
- Rohde, A., Woopen, C. (2007). Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik - ein Muss bei pathologischem fetalen Befund. In BZgA (Hrsg.), *Pränataldiagnostik* (S. 14-17). Köln: BZgA.
- Röhl, S. & Schücking, B. (2008). *Ärztliche Empfehlung zur Jodsubstitution bei 1200 Schwangeren. Benachteiligung von Schwangeren mit niedrigem Bildungsstand*. Vortrag auf der Jahrestagung der DGSM, Hannover.
- Rosebrock, R. (2001). Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In C. v. Reibnitz, P.-E. Schnabel, K. Hurrelmann (Hrsg.), *Der mündige Patient* (S. 25-34). Weinheim: Juventa.
- Rothman, B. K. (1996). Women, providers, and control. *Journal of Obstetric, Gynaecological & Neonatal Nursing*, 25(3), 253-256.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E. & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73.

- Royal College of Midwifery. (2008). *Position Statements*. Verfügbar unter: <http://www.rcm.org.uk/college/standards-and-practice/position-statements/> [24.11. 2010].
- Royal College of Nursing. (1993). *Standards of care for Midwifery*. London: RCN Standards of Care Project.
- Rüttgers, H., Leucht, W. & Kubli, F. (1983). Ergebnisse und Erfahrungen mit der Geburtseinleitung. In H.-G. Hillemanns, H. Steiner, D. Richter (Hrsg.), *Die humane, familienorientierte und sichere Geburt. Ein Einblick in die gegenwärtige Geburtshilfe der Bundesrepublik, Frankreichs, Hollands, Österreichs, Schwedens und der Schweiz*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2003). *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Kurzfassung*. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf> [24.11. 2010].
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. (2002). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter-, Fehlversorgung*. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf> [22.06. 2010].
- Saisto, T. & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T., Halmesmaki, E. (2007). Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86 (9), 1148-1149.
- Saling, E. (1981). Zur Psychologisierung der Betreuung von Gebärenden. *Therapeutische Umschau*, 38(10), 984-951.
- Sayn-Wittgenstein, F. z. (Hrsg.). (2007). *Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland* (1 ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Sayn-Wittgenstein, F. z., Kolip, P., Schücking, B., Bauer, N., Ellerbrock, B., Kehrbach, A., Rahden, O. v., Siebe, A. (2005). Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Pflege und Gesellschaft*, 10 3-16.
- Sayn-Wittgenstein, F. z., Siebe, A., Igney, C., Bauer, N., Kehrbach, A., Kirchner, S. & Schäfers, R. (2007). *Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal"*. Abschlussbericht der Teilprojekte der Fachhochschule Osnabrück. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Schaeffer, D. (2004). *Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Hans Huber.
- Schäfers, R. (2011). Gesundheitsförderung durch Hebammen. Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt. Stuttgart: Schattauer.
- Schäfers, R. (2007). Schwangerenvorsorge. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.), *Das Hebammenbuch (5. Aufl.)* (S. 137-170). Stuttgart: Schattauer.

- Scheibler, F. (2004). *Shared Decision Making*. Bern: Hans Huber.
- Scheibler, F. & Pfaff, H. (2004). Shared decision-making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion. In F. Scheibler, H. Pfaff (Hrsg.), *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa.
- Schindele, E. (2000). "Gute Hoffnung" und die Angst vor dem Risiko. In C. Dietrich, M. David (Hrsg.), *Einsichten und Aussichten in der psychosomatischen Frauenheilkunde* (S. 137-155). Hamburg: Akademos Wissenschaftsverlag.
- Schmacke, N. (1997). *Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schmidt-Kähler, S. (2007). *Praxisleitfaden Patientenberatung. Planung, Umsetzung und Evaluation*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schneider, I. (2003). Gesundheit und Selbstbestimmung aus frauenpolitischer Perspektive. In B. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 69-91). Göttingen: V & R unipress.
- Schnitzer, A. (2004). *Zum Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft*. Halle: Institut für Soziologie.
- Schönberner, P. (2010). Beziehungsaufbau und Kommunikation während der Geburt. In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt* (S.22-26). Stuttgart: Hippokrates.
- Schücking, B. (2003a). Kinderkriegen und Selbstbestimmung. In B. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 21-36). Göttingen: V & R unipress.
- Schücking, B. (Hrsg.). (2003b). *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (1. Aufl., Bd. 3.). Göttingen: V&R unipress.
- Schücking, B. (1995). Frauen in Europa - unterschiedliche und ähnliche Erfahrungen während der ersten Schwangerschaft und Geburt. In W. Schiefenhövel, D. Sich, C. Gottschalk-Batschkus (Hrsg.), *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege* (Sonderband 8 ed., Bd. 3., S. 381-390). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schücking, B. (1994). Schwangerschaft - (k)eine Krankheit? *Zeitschrift für Frauenforschung*, 12(4), 56-65.
- Schücking, B., Hellmers, C. & Ellerbrock, B. (2008). *Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal". Abschlussbericht des Teilprojektes 3 der Universität Osnabrück "Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen"*. Osnabrück: Universität Osnabrück, Forschungsschwerpunkt Maternal Health.
- Schulze, G. & May, E. (1984). Aufgaben einer familienorientierten Geburtshilfe im Territorium. *Therapeutische Umschau*, 106(15), 1068-1076.
- Schwarz, C. M. (2008). *Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung - am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen*. unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität, Berlin.

- Schwarz, C. M. & Schücking, B. A. (2004). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Dr. med. Mabuse* (148), 22-25.
- Searle, J. (1996). Fearing the worst - why do pregnant women feel 'at risk'? *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 36(3), 279-286.
- Seguin, L., Therrien, R., Champagne, F., Larouche, D. (1989). The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*, 16(3), 109-113.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2008). *Vergleich der Geburtskliniken im Land Bremen - Überblick auf Basis der Angaben der Kliniken*. Verfügbar unter: http://www.gesundheit-in-bremen.de/download_dateien/schwangerschaft/Geburtsklinikenvergleich2008Bremen.pdf [23.01. 2009].
- Shearer, M. (1987). Commentary: How well does the LADSI measure satisfaction with labour and delivery? *Birth*, 14(3), 130-131.
- Shearer, M. (1983). The difficulty of defining and measuring satisfaction with perinatal care. *Birth*, 10(1), 77.
- Simkin, P. (2007). Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51.
- 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 experiences. *Birth*, 19(2), 64-81.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- Simoës, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M., Schoerer, P., Schmahl, F.W. (2003). Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge - ein Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen und Aspekte der Effizienz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63, 538-545.
- Sjoli, S. (1996). Wie gebären wir unsere Kinder: Heute und in Zukunft. *Deutsche Hebammenzeitschrift* (1), 4-8.
- Smeenk, A. D., ten Have, H.A. (2003). Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6, 153-165.
- Stapleton, H., Kirkham, M. & Thomas, G. (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *British Medical Journal*, 324, 639-643.
- Stark, E.-M. (1976). *Geboren werden und gebären. Eine Steitschrift für die Neugestaltung von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft*. München: Frauenoffensive.
- Statistisches Bundesamt (2010a). *Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer ehelich lebendgeborenen Kinder*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010b). *Geburten und Sterbefälle*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigatio n/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle.psm> [28.04. 2010].

- Statistisches Bundesamt (2010c). *Mikrozensus 2008. Neue Daten zur Kinderlosigkeit in Deutschland. Ergänzende Tabellen zur Pressekonferenz am 29. Juli 2009*. Berlin: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Geburten und Sterbefälle*. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigatio n/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/GeburtenSterbefaelle,templa teld=renderPrint.psm1_nnn=true [23.01.2009 2008].
- Statistisches Bundesamt (2007a). *Gestorbene Säuglinge nach der Lebensdauer sowie Totgeborene und perinatale Sterblichkeit der Neugeborenen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007b). *Fachserie 1* (Fachserie No. 1). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007c). *Geburten in Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes 1975-2004*. [pdf]. Verfügbar unter: <http://www.sozialpolitik- aktuell.de/datensammlung/7/ab/abbVII4.pdf> [01.09. 2008].
- Statistisches Bundesamt (2004). *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. [pdf]. Verfügbar unter: <https://www- ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur.volla nzeige.csp&ID=1014692> [05.07. 2010].
- Stewart, M., McCandish, R., Henderson, J., Brocklehurst, P. (2004). *Report of a structured review of birth centre outcomes*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Stöbel-Richter, Y., Borkenhagen, A., Wisch, S. & Brähler, E. (2006). *Wissen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Aspekten der modernen Reproduktionsmedizin. Ergebnisse einer aktuellen Bevölkerungsbefragung*. In: Y. Stöbel-Richter, A. Ludwig, P. Franke, M. Neises, A. Lehmann (Hrsg.), *Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF* (S. 163-172). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Stolzenberg, R. (2000). *Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation*. In P. Kolip (Hrsg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* (S. 215-238). Weinheim: Juventa.
- Stroth, S., Post, A., Pfuhl, J. Marstedt, G. (2007). *Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung*. Bremen: Temmen.
- Teijlingen, E. R., van, Hundley, V., Rennie, A. M., Graham, W. & Fitzmaurice, A. (2003). *Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best"*. *Birth*, 30(2), 75-82.
- Tew, M. (2007). *Sichere Geburt? Eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Geburtshilfe*. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Thorstensen, K.A. (2000). *Trusting women: Essential to midwifery*. *Journal of Midwifery and Womens Health* (45)5, 405-407

- Turnbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmore, W., McGinley, M., Reid, M., Johnstone, I., Geer, I., McIlwaine, G. & Lunan, C. (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 348, 213-218.
- Urbschat, I. (1999). *Schwangerenvorsorge in Niedersachsen in den Jahren 1992 - 1996 : Analyse der Inanspruchnahme von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung gesundheitsrelevanter und soziodemographischer Determinanten der Frauen*. Magisterarbeit, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Urbschat, I. (2001). Die Medikalisierung schwangerer Frauen. Eine Auswertung der Niedersächsischen Perinataldaten von 1992 bis 1996. *Hebammenforum*, 2001(3), 155-161.
- VandeVusse, L. (1999). Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth*, 26(1), 43-50.
- Verbund Hebammenforschung. (2007). *Handbuch Hebammenkreißaal. Von der Idee zur Umsetzung*. Osnabrück: Verbund Hebammenforschung.
- Vetter, K. (2009). Wie finden Schwangere die richtige Geburtsklinik? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 69 348.
- Volz, S. (2003). Diskriminierung von Menschen mit Behinderung im Kontext von Präimplantations- und Pränataldiagnostik. *Behinderte in Familien, Schule und Gesellschaft* (2), 30-40.
- Wagner, M. (2003). Fische können das Wasser nicht sehen - Die Notwendigkeit einer Humanisierung der Geburt. In B. Schücking (Hrsg.), *Selbstbestimmung der Frau in Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 47-67). Göttingen: V & R unipress.
- Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20(4), 175-180.
- Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*, 31 (2), 102-107.
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-254.
- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D. & Brennecke, S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 156-167.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.
- Waldenström, U., Nilsson, C.A. (1997). A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: Effects on women's health. *Birth*, 24(1), 17-26.
- Waldenström, U. & Nilsson, C. A. (1993). Women's satisfaction with birth center Care: a randomized, controlled study. *Birth*, 20(1), 3-13.
- Waldenström, U. & Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(11), 1160-1170.

- Walker, J. M., Hall, S. M. & Thomas, M. C. (1995). The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11(3), 120-129.
- Walsh, D. (2007). Evidence-based care for normal labour and birth. London: Routledge.
- WHO- World Health Organization. (2010). *The WHO Reproductive Health Library*. Verfügbar unter: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/en/index.html [23.06. 2010].
- WHO- World Health Organization. (1987). *Wenn ein Kind unterwegs ist... - Bericht über eine Studie*. Kopenhagen: WHO, Regionalbüro für Europa.
- WHO- World Health Organization. (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* (24), 436-437.
- Wilberg, G. M. (1980). *Zeit für uns: Schwangerschaft, Geburt und Kind* (Bd. 2). München: Frauenbuchverlag.
- Wimmer-Puchinger, B. (1994). Erwartungen an die Geburtshilfe aus Sicht der Frauen. *Gynäkologisches Geburtshilfliches Rundschreiben*, 117-122.
- Witzel, A. (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> [10.10 2007].
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (Bd. 2. Auflage, S. 227-255). Heidelberg: Asanger Verlag.
- Wöckel, A., Abou-Dakn, M., Kentenich, H., David, M. (2008). Väter im Kreißsaal - ein kritischer Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 68(12), 1154-1159.
- Wulff, K. H. (1988). Geburtshilfe im Wandel. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 47, 3342-3350.
- Young, D. (2010). Childbirth Education, the Internet, and Reality Television: Challenges Ahead. *Birth*, 37(2), 87-89.
- Zola, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review* (4), 487-504.

13 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Angestrebte Stichprobe | 103 |
| Tabelle 2: Erreichte Stichprobe | 105 |
| Tabelle 3: Zuletzt ausgeübte Tätigkeit..... | 106 |
| Tabelle 4: Überleitungsgründe..... | 107 |

14 Anhang

14.1 Informationsschreiben Rekrutierung

14.2 Kurzfragebogen t1

14.3 Interviewleitfaden t1

14.4 Interviewleitfaden t2

14.5 Postscriptum Vorlage t2

14.1 Informationsschreiben Rekrutierung



✉ Oda von Rahden, BIPS, Linzer Str. 8-10, 28359 Bremen

Oda von Rahden
Diplom-Psychologin
Hebamme

Prof. Dr.
Petra Kolip

Bremer Institut für
Präventionsforschung und
Sozialmedizin (BIPS)
Linzer Str. 8-10
28359 Bremen

Telefon (0421) 218 –4603
(0421) 5959 654
eMail rahden@bips.uni-bremen.de

Januar 2006

www.hebammenforschung.de
www.asfq.uni-bremen.de

Sehr geehrte Schwangere!

Da der Hebammenkreißsaal ein noch recht neues geburtshilfliches Angebot in Deutschland ist, wird er wissenschaftlich begleitet. Neben der Studie „Betreuung während der Geburt“, die Ihnen bereits vorgestellt wurde, werden noch weitere Forschungsfragen, die sich mit den beiden Kreißsaalmodellen befassen, in Reinkenheide untersucht.

Die Studie „Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal“ befasst sich mit der Frage, welche Gründe und Überlegungen für Ihre Entscheidung für den einen oder anderen Kreißsaal wichtig sind. Nachdem Sie durch eine Projektmitarbeiterin des Verbundes Hebammenforschung über die Studie „Betreuung während der Geburt“ informiert wurden, haben Sie sich gegen eine zufällige Zuordnung zu einem der beiden Kreißsaalmodelle entschieden. Ein Grund hierfür ist vielleicht, dass Sie bereits entschieden haben, ob Sie im üblichen ärztlich geleiteten Kreißsaal oder im Hebammenkreißsaal ihr Kind bekommen möchten. Daher sind besonders Ihre Überlegungen und Ansichten für diese Entscheidung für mich von großem Interesse und ich möchte Sie bitten, sich an dieser Studie zu beteiligen.

Während eines cirka einstündigen Interviews in der Schwangerschaft würde ich Ihnen Fragen zu verschiedenen Aspekten der Betreuung stellen, und Sie können erzählen, was Ihnen bei der Geburt Ihres Kin-

des besonders am Herzen liegt und welche Überlegungen Sie zu Ihrer Entscheidung bezüglich des Kreißsaalmodells geführt haben.

Einige Wochen nach der Geburt würde ich ein zweites Gespräch mit Ihnen führen, um zu erfahren, wie Sie die Betreuung während Ihrer Geburt erlebt haben und ob Ihre Geburtserfahrung Ihren Erwartungen entsprach.

Die Inhalte der Gespräche werden selbstverständlich vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Wenn Sie damit einverstanden sind, werden die Interviews für die spätere Auswertung auf Tonband aufgezeichnet.

Wenn Sie sich für ein solches Gespräch zur Verfügung stellen möchten, füllen Sie bitte das entsprechende Blatt der Einverständniserklärung aus oder teilen Sie dies bitte einer Projektmitarbeiterin oder Hebamme des ZKH Reinkenheide mit. Mit Ihrem Einverständnis wird Ihr Name und Ihre Telefonnummer an mich weitergeleitet, damit ich mich mit Ihnen in Verbindung setzen kann. Gerne können Sie sich auch direkt mit mir (Tel. 0421/ 218 4603) oder der Projektleiterin Frau Prof. Dr. Petra Kolip von der Universität Bremen (Tel. 0421/ 218 9726) in Verbindung setzen.

Bitte stellen Sie uns jederzeit alle Fragen, die Sie zur Teilnahme an der Studie haben! Falls Sie mehr Informationen zum Verbund Hebammenforschung oder den Ergebnissen der Studie wünschen, teilen Sie uns das bitte mit.

Ich freue mich sehr, wenn ich Ihr Interesse an der Studie geweckt habe und Sie daran teilnehmen!

Mit freundlichen Grüßen,

Oda von Rahden

14.2 Kurzfragebogen t1



Oda von Rahden, Diplom Psychologin, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Linzer Str. 8-10, 28359 Bremen, Tel. 0421

218-4603

Interviewnummer

t1

Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammen- kreißsaal des ZKH Reinkenheide

1. Wie alt sind Sie?

Jahre

2. Haben Sie schon ein eigenes Kind?

nein

ja, eines

ja, mehrere: _____ (Anzahl)

3. In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich zur Zeit?

4. Wer betreut Sie in der Schwangerschaft? (Mehrfachnennungen möglich)

 GynäkologIn: ausschließlich überwiegend selten nie Hebamme: ausschließlich überwiegend selten nie HeilpraktikerIn: ausschließlich überwiegend selten nie Sonstige: _____ ausschließlich überwiegend selten

5. Wurden bei Ihnen Schwangerschaftsrisiken oder -Komplikationen festgestellt?

 ja nein

wenn ja, welche (im Mutterpass unter A Anamnese und allgemeine Befunde)?

 Nummer

Bitte beschreiben Sie aufgetretene Beschwerden oder Komplikationen:

11. Wie sind Sie bzw. waren Sie zuletzt tätig?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schülerin/Auszubildende | <input type="checkbox"/> Angestellte/Beamte |
| <input type="checkbox"/> Arbeiterin/Facharbeiterin | <input type="checkbox"/> Selbständige /Freiberuflerin |
| <input type="checkbox"/> Studentin | <input type="checkbox"/> Hausfrau |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

12. Woher beziehen Sie Informationen zu den Themen Schwangerschaft und Geburt?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Freunde/Verwandte</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> <u>Frauenarzt/-ärztin</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> <u>Hebamme</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> <u>Bücher</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> <u>Zeitschriften</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |
| <input type="checkbox"/> <u>Internet</u> | <input type="checkbox"/> sehr oft | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> nie |

TV

sehr oft oft manchmal selten nie

Sonstiges: _____

sehr oft oft manchmal selten

14.3 Interviewleitfaden t1

Vor Interviewbeginn

- Begrüßung und Vorstellung
- Thema der Untersuchung, Vorgehen (Interview jetzt, vor der Geburt, und zweites Interview nach der Geburt)
- Rahmenbedingungen: Freiwilligkeit, Anonymität, Aufzeichnung und Transkription des Gespräches.
- Persönliche Sichtweise wichtig, es gibt kein richtig oder falsch
- Gesprächscharakter
- Kurzfragebogen ausfüllen lassen

Eingangsfrage

- Bei Mehrgebärenden: Wie war (-en) denn die andere (n) Geburt (en)? Erzählen Sie mal!
- Sie haben sich ja bereits entschieden, dass Sie im Hebammenkreißsaal/herkömmlichen Kreißsaal ihr Kind bekommen wollen. Erzählen Sie mal warum!
 - Worin sehen Sie die Unterschiede zum anderen Kreißsaal?
 - Wie kam es zu der Entscheidung? (spontane Entscheidung oder viele Infos nötig)
 - Gab es noch andere Alternativen (z. B. anderes Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt)

Sondierungsfragen zur Schwangerschaft

- Warum haben Sie sich entschieden, sich in der Schwangerschaft von ... (z. B. Ärztin/Hebamme) betreuen zu lassen?
- Was bedeutet Ultraschall für Sie?
- Wie wichtig sind Ihnen pränataldiagnostische Untersuchungen?
- Wie wichtig ist Ihnen Ihr Körpergefühl?
 - Hat es Einfluss Ihre Entscheidungen?
- Wie schätzen Sie Ihren Informationsbedarf bezüglich der Geburt ein?

Sondierungsfragen zur Geburt

- Welche Rolle spielt es für Sie, während der Geburt selbst die Verantwortung zu tragen und Entscheidungen zu treffen?
 - Was erwarten Sie in Bezug auf Selbstbestimmung vom HKS?
 - Wahlmöglichkeiten angeboten zu bekommen
 - In Entscheidungen einbezogen werden / Entscheidungen selbst treffen
 - Berücksichtigung des Körpergefühls
- Was im HKS gibt Ihnen Sicherheit (im Unterschied zum normalen Krs.)?
 - Welchen Stellenwert hatten Überlegungen zur Sicherheit bei der Entscheidung im HKS zu gebären?
- Welchen Stellenwert haben folgende Aspekte (*falls noch nicht genannt*) für Ihr Sicherheitsbedürfnis?
 - Einsatz von technischen Geräten, z.B. CTG
 - Bekannte Betreuungspersonen
 - Partner
 - Körpergefühl
 - Hatten diese Aspekte Einfluss auf die Entscheidung bzgl. des Geburtsortes?
- Wie viel Informationen wünschen Sie sich während der Geburt?
 - Wie und wie viel möchten Sie informiert werden?
- Spielte es bei der Entscheidung für den HKS eine Rolle, dass Sie die Geburtshelferin vorher gerne kennen wollten?
 - Welche Vorstellung haben Sie von den Aufgaben der Hebamme bei Ihrer Geburt?
- Von wem möchten Sie bei der Geburt unterstützt werden?
 - Von der Hebamme
 - Vom Partner

- Spielte der Wunsch nach Unterstützung eine Rolle bei der Wahl des HKS?

- Welche Rolle spielt die räumliche Umgebung für Sie und was ist Ihnen daran wichtig?
 - Wohnlicher Charakter
 - Medizinische Möglichkeiten in unmittelbarer Nähe

- Könnten Sie sich vorstellen, eine Wassergeburt zu machen?

- Gibt es weitere Aspekte, die Ihnen wichtig sind und hier noch nicht angesprochen wurden?

14.4 Interviewleitfaden t2

Vor dem Interview

- Begrüßung: Wie geht es Ihnen, was haben Sie bekommen? (*Tonband läuft noch nicht, ggfs. Besonderheiten ins Postskriptum*)
- Noch mal Thema der Untersuchung nennen und die
- Rahmenbedingungen: Freiwilligkeit, Anonymität, Aufzeichnung und Transkription des Gespräches.
- Persönliche Sichtweise wichtig, es gibt kein richtig oder falsch

Eingangsfrage

- Wie war denn die Geburt? Erzählen Sie mal! (in kurzen Worten)
 - Geburtsmodus
 - Wie viele Wochen liegt die Geburt zurück
 - (Wie lange nach der Geburt in der Klinik geblieben)
 - Ggfs. aufgetretene Komplikationen, Verlegungsgrund
 - Bisheriger Verlauf der ersten Wochen mit Kind und Stillen
 - Ggfs jetzige Beschwerden/Komplikationen, Wohlbefinden

Sondierungsfragen

- Haben Sie unter der Geburt genug Informationen bekommen?
 - Wie war das?
 - Hat Ihnen da etwas gefehlt?
- War es für Sie ein Bedürfnis, selbst über den Ablauf der Geburt zu bestimmen? (Selbstbestimmung)
 - Konnten Sie dies in gewünschtem Umfang tun?
 - Hat Ihnen dies in einem Bereich gefehlt?
- Konnten Sie zwischen verschiedenen Dingen wählen?
 - Was war das?
 - Wo hätten Sie gerne mehr gewählt?
- Wollten Sie in Entscheidungen einbezogen werden / Entscheidungen selbst treffen? War dies möglich?

- Wollten Sie selbst Verantwortung tragen? Wurde Ihnen die Verantwortung in gewünschtem Umfang überlassen?
- Welche Rolle spielte bei der Geburt Ihr Körpergefühl?
- Was hat Ihnen unter der Geburt Sicherheit gegeben?
 - Bekannte Betreuungspersonen
 - Partner
 - Körpergefühl
 - Einsatz von technischen Geräten, z.B. CTG
 - Hatten Sie das sich so vorgestellt?
 - Wo haben Sie sich unsicher gefühlt? Was hat Ihnen gefehlt?
- Wer hat Sie bei der Geburt unterstützt?
 - Die Hebamme: Wie hat die Hebamme Sie unterstützt? Entsprach dies Ihren Erwartungen?
 - Der Partner: Wie hat ihr Partner Sie unterstützt und entsprach dies Ihren Erwartungen?
 - Hätte etwas besser sein können?
- Welche Bedeutung hatte die räumliche Umgebung für Sie und was war Ihnen daran wichtig?
 - Wohnlicher Charakter
 - Medizinische Möglichkeiten in unmittelbarer Nähe
- Hat das Angebot des Hebammenkreißsaals/herkömmlichen Kreißsaals insgesamt ihren Vorstellungen/Erwartungen entsprochen?
 - Gibt es Dinge die Sie vorher anders eingeschätzt hatten?
 - Was hat Ihnen gut gefallen?
 - Was hat Ihnen nicht gefallen?
 - Würden Sie sich wieder für den Kreißsaal entscheiden? / Finden Sie im Nachhinein, dass sie für sich die richtige Wahl getroffen haben?
 - Wie würden Sie im Nachhinein Ihren Informationsstand für die Wahl des Kreißsaalmodells in RH beurteilen? Reichten die Informationen, die Sie in der Schwangerschaft bekommen haben aus, um eine gute Entscheidung zwischen den beiden Kreißsaalmodellen zu treffen?
 - Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?

- Gibt es weitere Aspekte, die Ihnen wichtig sind und hier noch nicht angesprochen wurden?

14.5 Postscriptum t2

Interviewnummer t2

Datum:

Postskriptum:

Anschließend notieren:

1. Geburtsverlauf
2. Geburtsmodus (ggfs. Verlegungsgrund)
3. Wie viele Wochen liegt die Geburt zurück
4. (Wie lange nach der Geburt in der Klinik geblieben)
5. Ggfs. aufgetretene Komplikationen
6. Bisheriger Verlauf der ersten Wochen mit Kind und Stillen
7. Ggfs jetzige Beschwerden/Komplikationen, Wohlbefinden

Danksagung

Die Frauen, die mich an ihren Überlegungen und Gedanken zur Geburtsplanung teilhaben ließen und mich für die Interviews zu sich nach Hause eingeladen haben, machten die Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit erst möglich. Ihnen gilt mein herzlichster Dank!

Weiterhin möchte ich mich ganz besonders bei *Frau Prof. Dr. Petra Kolip* bedanken, die mich während der Entstehung dieser Arbeit fabelhaft betreut und beraten hat. Liebe Petra, Du hast es verstanden, mich so zu motivieren und unterstützen, dass ich Höhen und Tiefen der Promotion meistern konnte und mit langem Atem dabei geblieben bin. Damit hast Du zum Gelingen dieser Arbeit entscheidend beigetragen!

Bei *Herrn Prof. Dr. Gerd Glaeske* bedanke ich mich herzlich für seine spontane Bereitschaft zur Begutachtung dieser Arbeit.

Zwei Kolleginnen haben mich während der Promotion besonders begleitet: *Julia Lademann* und *Barbara Baumgärtner*. Bei Euch möchte ich mich nicht nur für den Austausch und die Beratung in fachlichen Fragen bedanken. Danke auch für Euer offenes Ohr bei den kleinen und großen Lebensereignissen der letzten Jahre. Unsere gemeinsamen Mensaessen vermisse ich noch heute!

Für das Korrekturlesen bedanke ich mich herzlich bei meinem Onkel, *Jürgen von Rahden*, und bei *Petra Nitsche*.

Bei meinen Eltern, *Putti von Rahden* und *Ralf von Rahden* bedanke ich mich für die Unterstützung und Entlastung in Familienbelangen, vor allem bei der Betreuung meiner Kinder Leo, Rosa und Lilli.

Für die liebevolle Unterstützung und das immerwährende Verständnis bei allen Höhen und Tiefen während der Erstellung dieser Arbeit, sowie für die praktische Hilfe bei Computerproblemen, Formatierungsfragen und vielem mehr, gilt mein allergrößter Dank meinem Ehemann *Ralf von Rahden*. Liebster Ralf, danke für alles!