



**Hochschule Magdeburg-  
Stendal**

**Management im Gesundheitswesen**

**Masterarbeit**

---

**Einflussfaktor Psyche in der klinischen Geburtshilfe.  
Eine salutogenetische Betrachtung unter  
Einbezug der Evaluation des  
„Hilfetelefon Schwierige Geburt“**

---

**Erstgutachter: Prof. Dr. Lars Kuchinke  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Borkowski**

**Eingereicht von Silke Nixdorff  
Matrikelnummer RM 20041235  
Abgabedatum 10. März 2022**



## Danksagung

An erster Stelle spreche ich meiner Mutter einen großen Dank aus, da sie trotz ihres bereits hohen Alters mit gutem Verständnis das Schreiben der Masterarbeit ausdrücklich befürwortet hat.

Dem Erstgutachter Prof. Dr. Lars Kuchinke und der Zweitgutachterin Prof. Dr. Susanne Borkowski danke ich sehr für die wohlwollende und außerordentlich hilfreiche Betreuung und Begleitung.

Ganz herzlichen Dank richte ich an Alle - Freunde, Familie und Kollegen - die an mich geglaubt und mich ermutigt, bestärkt und unterstützt haben. Das war eine wichtige und wunderbare Hilfe.

Ein großes Dankeschön geht an das Team des Hilfetelefon – an dessen Initiatorinnen Paula Diederichs und Katharina Desery, die Projektassistentin Petra Woschny-Lautner, die Teamassistentin Nihan Salgar und an die Gruppe der Beraterinnen – für die durchgängig gute Zusammenarbeit und das mir entgegengebrachte Vertrauen. Gleichsam danke ich den AnruferInnen beim Hilfetelefon, dass sie sich über die erhaltene Beratung hinaus bereit gefunden haben, Fragen zu beantworten. Nur dadurch ist die Fertigung einer empirischen Untersuchung möglich geworden.



## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erklärt die Verfasserin, dass die vorliegende Master-Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt wurde. Die aus fremden Quellen oder direkt übernommene Studien sind als solche kenntlich gemacht.

.....

Berlin, den



# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VI
Tabellenverzeichnis .....	VI
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretischer Teil .....</b>	<b>4</b>
2.1. Geburtshilfe .....	4
2.1.1. Erste Geburtshelfer: Ursprung und Wandlung .....	4
2.1.2. Schrittweise Entwicklung und Grundsteinlegung einer Geburtsmedizin ..	10
2.1.3. Status Quo der klinischen Geburtshilfe .....	23
2.2. Widrige Umstände in der klinischen Geburtshilfe .....	34
2.3. Die globale Perspektive .....	43
2.3.1. Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt.....	43
2.3.2. Langzeitfolgen der Sectio.....	46
2.3.3. Die WHO schlägt Alarm und erweitert konsequente Empfehlungen.....	47
2.4. Salutogenese .....	51
2.4.1. Das Modell der Salutogenese .....	52
2.4.2. Salutogenese und Geburtshilfe .....	56
2.4.2.1. Rückbesinnung auf die physiologische Geburt.....	57
2.4.2.2. Grenzen salutogener Erneuerung in der klinischen Geburtshilfe ...	60
2.4.2.3. S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin.....	64
2.4.2.4. Handlungsbedarf in der klinischen Geburtshilfe .....	66
2.5. Psychotraumatologie.....	69
2.5.1. Wann ist es ein Trauma? .....	70
2.5.2. Klassifikation belastungs- und traumabezogener Störungen .....	73
2.5.3. Belastungen und Traumatisierung im Kontext klinischer Geburtshilfe .....	77
<b>3. Empirischer Teil .....</b>	<b>81</b>
3.1. Material und Methodik.....	81
3.1.1. Problem- und Zielstellung.....	81
3.1.2. Untersuchungsdesign und Art des Inhalts.....	82
3.1.2.1. Beschreibung des Hilfef Telefons .....	84
3.1.2.2. Aufbau des Fragebogens.....	88
3.1.2.3. Zugänge und Erhebungsprozess.....	90
3.2. Aufbereitung der erhobenen Daten .....	92
3.3. Datenauswertung .....	97

3.4. Ergebnisse und Diskussion.....	101
3.4.1. Explorative Analyse des Unterstützungsbedarfs .....	101
3.4.1.1. Exploration der qualitativen Daten.....	101
3.4.1.2. Unterstützungsbedarf .....	105
3.4.2. Zusammenhang zwischen nicht-informierten medizinischen Eingriffen und Befinden .....	107
3.4.3. Zusammenhang von Sectio und Befinden .....	108
3.4.4. Einfluss des Schwangerschaftserlebens auf das Befinden nach Geburt.....	109
3.4.5. Zusammenhang zwischen professioneller Begleitung und Befinden.....	111
3.4.6. Evaluation des Hilfef Telefons.....	115
3.4.6.1. Hilfe- und Beratungsbedarf.....	115
3.4.6.2. Zusammensetzung der Zielgruppe .....	116
3.4.6.3. Wie hilfreich wurde das Hilfef Telefon erlebt? .....	121
3.4.6.4. Zufriedenheit und Unzufriedenheit der AnruferInnen .....	123
3.5. Abschließende Diskussion.....	124
<b>4. Fazit und Ausblick.....</b>	<b>131</b>
Literaturverzeichnis.....	VII
Anhangsverzeichnis.....	XVII

# Abkürzungsverzeichnis

AFK e.V.	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
HB	Hebamme
CTG	Kardiotokographie
DGHWi e.V.	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
DGGG e.V.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
ET	Entbindungstermin
FB	Fragebogen
GH	Geburtshaus
HG	Hausgeburt
HKS	Hebammenkreißsaal
ICD -GM	Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme – German Modification
ISPPM e.V.	Internationale Gesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin e.V.
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KH	Krankenhaus
KM	Kindesmutter
KS	Kaiserschnitt
MM	Muttermund
PDA	Periduralanästhesie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QUAG e.V.	Gesellschaft für Qualität in der Außerklinischen Geburtshilfe e.V.
RM	Rückenmark
SS	Schwangerschaft
SSW	Schwangerschaftswoche
Sectio	Kaiserschnitt
VE	Vakuumentextraktion (Saugglocke)
VHL	Vorderhauptslage
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Gefühlter Unterstützungsbedarf der Anruferinnen.....	105
Abbildung 2 Interventionen ohne ausreichend informierte Zustimmung .....	107
Abbildung 3 Professionelle Begleitung in der Schwangerschaft .....	111
Abbildung 4 Professionelle Begleitung bei Geburt .....	112
Abbildung 5 Alter der AnruferInnen bei Anruf.....	118
Abbildung 6 Zeit zwischen Geburt und Anruf .....	119
Abbildung 7 Wie hilfreich wurde das Hilfetelefon erlebt? .....	122

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1.	Geburten Deutschland 2001, 2010 und 2020 (QUAG e.V. 2022) ...	24
Tabelle 2.2.	Gewalterleben unter der Geburt (SternTV 2019) .....	36
Tabelle 2.3.	Informierte Vorgangsweise in der Geburtshilfe (SternTV 2019).....	37
Tabelle 2.4.	Eigenes Schuldempfinden nach Gewalterleben (SternTV 2019)....	37
Tabelle 2.5.	Beanspruchung von Hilfe nach Gewalterleben (SternTV 2019).....	37
Tabelle 2.6.	Formen von Gewalt gegenüber Klientinnen, die werdende Hebammen beobachtet oder an der sie selbst mitgewirkt haben (Sommer 2021, S. 34).....	38
Tabelle 2.7.	Typologie Misshandlung von Frauen unter der Geburt (Bohren et al. 2015, S. 7) .....	44
Tabelle 3.8.	Übersicht Beratungen, Fragebögen und durchschnittliche Gesprächsdauer, Zeitraum 1.6.2020 bis 30.5.2021 .....	93
Tabelle 3.9.	Erläuterung der Kategorien .....	98
Tabelle 3.10.	Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien .....	101
Tabelle 3.11.	Kurzüberblick prozentuale Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien, von oben nach unten abnehmend .....	103
Tabelle 3.12.	Befinden nach Geburt mit und ohne Kaiserschnitt.....	109
Tabelle 3.13.	Einfluss von positiv und negativ erlebter Schwangerschaft auf das Befinden .....	110
Tabelle 3.14.	Anzahl Beratungen und Anrufe im Zeitraum 1.6.2020 bis 30.5.2021 (Teamassistenz und eigene Quelle) .....	115
Tabelle 3.15.	Zusammensetzung der erreichten Zielgruppe (eigene Quelle).....	117

# 1. Einleitung

Im theoretischen Teil wird eingangs, in Kapitel 2.1.1., eine historische Übersicht seit den Ursprüngen einer zunächst weiblich orientierten Geburtshilfe gegeben, die stets die Frau und ihre natürliche Fähigkeit zu gebären in den Mittelpunkt stellte. In Kapitel 2.1.2. wird der schrittweise Übergang zu einer von Männern geprägten und ärztlich beherrschten Geburtsmedizin bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts aufgezeigt. Die in diesem Zusammenhang auf Pathologisierung, Risikoorientierung und in Folge Risikominimierung aufbauende und zunehmende Technisierung der Geburtsabläufe brachte den Verlust der psychologischen Dimension in der klinischen Geburtshilfe mit sich.

Trotz den in den 1970er und 1980er Jahren einsetzenden neuen Entwicklungsimpulsen in Bezug auf die Anerkennung der Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung und die Entwicklung des Rooming-in, der Einflüsse einer Geburt „ohne Gewalt“ durch Leboyer und Odent, der wachsenden Beachtung des Kindes in seiner Kompetenz und der revoltierenden Aktivitäten der Frauenbewegung für die Rückgewinnung der Mit- und Selbstbestimmungsrechte der Frau wurde der Risikoorientierung von Schwangerschaft und Geburt in der klinischen Geburtshilfe kein tatsächlicher Einhalt gesetzt.

Dies wird im Zuge der sich anschließenden Darstellung des Status Quo der klinischen Geburtshilfe in Kapitel 2.1.3. deutlich. Sie ist markiert von dem Einsatz routinemäßiger Eingriffe und Interventionen während des Geburtsablaufs bei oftmals unzureichender Beweislage eines Nutzens, selbst bei gesunden Schwangeren, und einer übermäßig angestiegenen Sectiorate. Dabei erteilt die zum 1.1.2021 erstmals erschienene „S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin“ aktualisierende und regulierende Denkanstöße, die nach Meinung von Fachleuten in Anbetracht jahrzehntelanger gängiger Praxis Zeit brauchen wird, um eine Auswirkung zu entfalten.

Seit Jahren werden verstärkt Stimmen laut, die gewaltvolle und auf den menschlichen Umgang bezogene respektlose Vorgänge in der klinischen Geburtshilfe anprangern. In dieser Hinsicht wird in Kapitel 2.2. eine Auswahl an Beispielen aus der Literatur, verschiedene kleinere Studien, Filme und Videos sowie die weltweite Aktionswelle Roses Revolution präsentiert, was in der Tat nicht wenige Vorkommnisse in der genannten Art bezeugt, wenn dies auch noch nicht als Vorlage einer geschlossenen wissenschaftlichen Beweislage gelten kann.

Im Zuge dieser theoretischen Darlegungen zeichnet sich die Problemstellung ab, dass im Zuge der interventionsreich ausgestalteten Geburtsabläufe bei Schwangeren mit niedrigem / ohne Risiko und dem suboptimalen und gewaltvollen Umgang in der

klinischen Geburtshilfe ein aktueller Hilfe- und Beratungsbedarf für Mütter und Väter nach der Geburt besteht.

Die Erweiterung der Betrachtung um die globale Perspektive in Kapitel 2.3. untermauert das Vorhandensein und die Aktualität der Thematik und deren durchschlagende Brisanz.

Das daran anschließende Kapitel 2.4. führt das Modell der Salutogenese ein und erschließt dessen der Pathogenese entgegengesetztes Konzept.

Eine salutogene versus der zumeist pathogenen Orientierung in der klinischen Geburtshilfe wird aufgezeigt, wobei sich verdeutlicht, dass die Situation aktuell in einer Weise verfangen ist, dass salutogenetisch orientierte, erneuernde Veränderungsansätze nicht unmittelbar greifen können. Engagierte Initiativen und Verbände haben ihre Kräfte im Hinblick auf eine notwendige Erneuerung der klinischen Geburtshilfe vernetzt. Vor Kurzem wurde von ihnen das „Strategiepapier für einen nationalen Geburtshilfegipfel“ mit differenzierten Forderungen wesentlicher (salutogener) Veränderungen im Sinne des Anstoßes eines Kulturwandels in der klinischen Geburtshilfe veröffentlicht, was direkt in die Politik eingebracht wurde.

Das sich anschließende Kapitel 2.5. vermittelt wesentliches Hintergrundwissen zu der betrachteten Thematik. Es gibt eine kurzgefasste Einführung in die historische und inhaltliche Verortung der Psychotraumatologie und die Klassifikation belastungs- und auf Trauma bezogener Störungen wird erschlossen. Der Unterschied zwischen Belastungserscheinungen und dem Eintritt eines Traumas wird erklärt und es wird erläutert, wie und mit welchen Folgen die Psyche auf gewaltvoll erlebte Einwirkungen (auch) unter der Geburt in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Ausgehend von der Beobachtung, dass es in Deutschland möglicherweise einen Bedarf, jedoch kein zielgerichtetes Angebot für Frauen (und Männer) mit belastenden Geburtserfahrungen gibt, ist 2020 in Deutschland das „Hilfetelefon schwierige Geburt“ errichtet worden. Im Zuge dieses Angebots erhalten sowohl Frauen als auch Männer nach schwierigen Geburten die Gelegenheit, anonymisiert über das Erlebte und die Folgen zu sprechen und bei Bedarf Informationen zu passenden weiterführenden Unterstützungsangeboten zu erhalten.

In Zusammenarbeit mit dem Hilfetelefon konnte im Rahmen der stattfindenden Beratungen eine Fragebogenerhebung durchgeführt werden, wobei eine größere Datensammlung zusammenkam, die den Grundstock für die Gestaltung des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit bildet. Eine hypothesengeleitete Untersuchung wurde angelegt, um der Nachweisbarkeit der genannten Problemstellung nachzugehen.

Andererseits wurde darauf abgezielt herauszufinden, ob für das Hilfetelefon ein Bedarf besteht. In diesem Zusammenhang floss eine Evaluation des Hilfetelefons über das erste Jahr seines Bestehens mit ein.

## 2. Theoretischer Teil

### 2.1. Geburtshilfe

In der 268., neu bearbeiteten, Auflage des klinischen Wörterbuchs Pschyrembel, 2020 erschienen und seit 1874 Standardnachschlagewerk in der Medizin, findet sich im Zuge der Suche nach den Begriffen Geburtshilfe und Geburtsmedizin einzig eine Definition für Geburtshilfe, die da lautet: „*Geburtshilfe, engl. obstetrics. Medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Betreuung von normalen und pathologischen Verläufen von Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett sowie mit der Betreuung des gesunden Neugeborenen befasst*“ (Pschyrembel 2020, S. 297).

Ebenfalls im Pschyrembel findet sich der Begriff Geburtshilfe nochmals unter Gynäkologie. Hier wird Gynäkologie, mit dem Zusatz „*engl. gynecology, syn. Frauenheilkunde*“ versehen“, als die „*Lehre von den Erkrankungen und der Behandlung des weiblichen Fortpflanzungs- und Sexualtrakts einschließlich Geburtshilfe*“ definiert“ (Pschyrembel 2020, S. 655).

Nachfolgend wird ein historischer Abriss zum Ursprung und zum ersten einschneidenden Wandel der vormals rein weiblich geprägten Geburtshilfe dargelegt. Das Kapitel im Anschluss skizziert die schrittweise Entwicklung einer Geburtsmedizin bis in das ausgehende zwanzigste Jahrhundert.

#### 2.1.1. Erste Geburtshelfer: Ursprung und Wandlung

Die britische Statistikerin Tew beschreibt in der Einführung ihres Buchs „Sichere Geburt“ im Hinblick auf das Aufkommen der ersten Hebammen und Geburtshelfer, dass Frauen über weite Teile der menschlichen Geschichte ihre Kinder allein zur Welt brachten, genau wie die Tiere in der Wildnis, ohne fremde Hilfe und ohne offensichtliche Schmerzen oder Leiden, wie die Beobachtungen von Zoologen bestätigen würden. Der weibliche Körper sei biologisch dafür geschaffen, Kinder ohne fremde Hilfe zu gebären (Tew 2012, S. 84). Odent beschreibt hierzu ohne zeitliche Verortung die Art des Geburtsablaufs bei den !KungSan, einem afrikanischen Volk von Jägern und Sammlern. „*Wenn die Wehen weit genug fortgeschritten waren, entfernte sich die Frau einige hundert Meter vom Dorf und suchte sich einen Platz im Schatten. Sie räumte ihn frei, richtete ein weiches Bett aus Blättern her und brachte ihr Kind dort ganz allein zur Welt*“ (Odent 2004, S. 147).

Mit Blick auf die frühe Neuzeit erläutert die deutsche Historikerin Labouvie, dass der

Körper noch eine Einheit gebildet habe und dass die Erfahrung von und mit Körperlichkeit jedem Menschen selbst obliegen habe. Voraussetzung für die Art der körperlichen Selbstwahrnehmung sei der fehlende Blick ins Körperinnere gewesen. *„Leiblichkeit und Körpererfahrung orientierten sich am äußerlich Sichtbaren und seinen Konnotationen sowie an den aus dem Inneren übermittelten sensitiven Zeichen, die der Deutung im Einvernehmen mit den äußerlichen Faktoren und Anzeichen bedurften.“* Dementsprechend sei eine Geburt nicht das Produkt der Kontraktion der Gebärmutter, sondern *„Arbeit“* der Frau gewesen (Labouvie 1998, S. 9). Duden erklärt, dass erst nach zweihundert Jahren ritueller öffentlicher Zergliederung von Leichen im 16. Jahrhundert begonnen worden sei, mit Hilfe von Zeichnungen dem Blick das Körperinnere zu öffnen (Duden 1991, S. 68).

Tew fährt fort, dass Frauen in vielen Gesellschaften dennoch das Bedürfnis nach einer Begleitperson gehabt hätten, die sie während der Geburtswehen unterstützt, so dass Begleitpersonen zu einem integralen Bestandteil ihrer Kultur geworden seien. Solange das englische Wort für Hebamme *midwife* und bedeute *„mit der Frau“*. Schwangerschaft und Geburt hätten traditionell als Frauensache gegolten, von der Männer, einschließlich der Ehemänner, strikt ausgeschlossen gewesen seien (Tew 2012, S. 85).

Die deutsche Mediävistin und Kulturhistorikerin Kruse macht deutlich, dass aus dem Früh- und Hochmittelalter Quellenbelege über die Geburtshilfe nicht in dem Maße vorhanden sind wie aus dem Spätmittelalter und der frühen Neuzeit, aus denen erste Hebammenordnungen erhalten sind. Das empirische Wissen der Geburtshelferinnen aus dieser Zeit sei mündlich tradiert worden, sei Teil einer *„oral history“*, deren Inhalte kaum zu rekonstruieren seien.

Ursprünglich scheine die Betreuung der Gebärenden aus einer Form von Verwandtschafts- bzw. Nachbarschaftshilfe hervorgegangen zu sein (Kruse 1996, S. 132). Labouvie bestätigt dies und setzt fort, dass sich wahrscheinlich einzelne Frauen, die die Gebärende begleiteten, aufgrund von besonderem Geschick sowie mit der Zeit gewachsener Erfahrung zu besonders nachgefragten Helferinnen entwickelten und schließlich von der Gemeinschaft einen eigenen beruflichen Status, den der Hebamme, zuerkannt bekamen. Dabei seien sie nicht nur für unkomplizierte Geburten zuständig gewesen, sondern hätten sich auch mit verschiedensten Komplikationen wie beispielsweise regelwidrige Lagen, Blutungen, Geburtsstillstand, Plazentarettention und eklampthische Anfälle auseinandergesetzt (Tew 2012, S. 85).

Labouvie führt aus, dass das Setting einer Niederkunft auf dem Lande ursprünglich ein öffentliches Ereignis gewesen sei, an dem neben der Hebamme die weiblichen verheirateten oder verwitweten Familienmitglieder, die Nachbarinnen und

Freundinnen – zumeist seien es zwischen fünf und sieben Frauen gewesen – teilnahmen. Die anwesenden Frauen hätten eigens zu diesem Zweck eine, traditionellen Gebräuchen und Riten folgende, Not- und Hilfgemeinschaft gebildet, deren Aufgabe es gewesen sei, einer Frau aus ihrer Mitte bei der Geburt beizustehen und die Hebammen bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen, den Geburtsvorgang zu überwachen und durch gemeinsame Aktivitäten für eine geglückte Entbindung zu sorgen. Die Hebamme sei eine innerhalb dieser Gemeinschaft nur von ihnen per Abstimmung gewählte Vertrauensperson gewesen, der sie die Führung des Geburtsprozesses überließen. Waren einerseits die gebärenden Frauen auf Zuverlässigkeit und Fähigkeiten der Hebemutter angewiesen, so habe auch die Hebamme die Unterstützung der helfenden Frauen während und nach der Geburt gebraucht (Labouvie 1998, S. 103).

Dabei sei eine Geburtshelferin niemals nur eine Fachfrau für Niederkünfte, nicht allein die Beste unter den Helferinnen bei der Geburt gewesen. Vielmehr habe die Hebemutter in der Grenzerfahrung von Geburt auf der einen und Geburtshilfe auf der anderen Seite die Codierung, Decodierung und Verdichtung dieses unvergleichlichen leiblichen Vorgangs strukturiert und organisiert und habe zugleich durch ihre eigene Tätigkeit den symbolischen Augenblick der Geburt verkörpert – die einzig Frauen vorbehaltene Möglichkeit, Leben zu schenken oder Tod zu bringen: Sie habe als Hebamme geholfen, die Kinder auf die Welt zu bringen und als Totenwäscherin und Bestatterin die Toten aus der Welt zu geleiten. Sie habe Trennungen begleitet und vollzogen (Labouvie, 1999, S. 9 f.).

Kruse schildert, dass sich der Beruf der Hebamme mit der Zeit besonders in den Städten herausgebildet habe. Die erste Erwähnung einer Hebamme im deutschsprachigen Raum finde sich im Koblenzer Bürgerverzeichnis 1298: „Frau Aleyt, obstetrix“ (Kruse 1996, S. 132).

Nach Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz finden sich die ersten Reglementierungen der Hebammen in den Kirchenordnungen des 14. bis 16. Jahrhunderts. Dabei seien ihnen magische Handlungen wie Kräuteranwendungen und das Verwenden von Blutsteinen verboten, sie seien ausschließlich auf die Arbeit in der Geburtshilfe beschränkt, es seien ihnen jegliche weiterführende heilkundliche Handlung untersagt und sie seien zur Nottaufe des Neugeborenen verpflichtet worden (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 21). Bitter führt in ihrem Aufsatz „Hebammen – Geburtshelferinnen und Verfolgungsoffer“ aus, dass bei der kirchlichen Einflussnahme auf die Geburtshilfe die Sorge um das Seelenheil des neugeborenen Kindes vorherrschend gewesen sei (Bitter in Hergemöller 1990, S. 140). In den eingesetzten Ordnungen habe die Zielgerade gegolten, dass Mutter und Kind nicht zu Schaden kommen dürfen. Dabei sei kein praktisches geburtshilfliches, sondern religiöses

Wissen gefordert gewesen (ebd., S. 142). Die Kirchen hätten auf diese Weise versucht, im täglichen Leben der Bevölkerung die christliche Ethik durchzusetzen (ebd., S. 140).

Hinrichs zeichnet das Bild einer kraftvollen Domäne der deutschen Hebammen zu dieser Zeit. Er schreibt, dass – während Männer in Frankreich bereits seit dem 16. Jahrhundert eine umfangreiche Geburtshelfertätigkeit zum Teil sogar schon in Kliniken ausgeübt hätten – die Geburtshilfe in Deutschland noch vollständig in den Händen der Hebammen gelegen habe, die nur in Notfällen einen Bader oder Wundarzt zu Hilfe riefen. *„Wehe dem Manne, der ungerufen in dieses Hoheitsgebiet der Hebammen eindrang! Der Hamburger Arzt Veit, der in Frauenkleidern Geburtshilfe trieb, musste dafür sein Leben auf dem Scheiterhaufen lassen“* (Hinrichs in Stoeckel 1949, S. 13). Lehmann berichtet den gleichen Vorfall und datiert ihn auf 1521 (Lehmann 2006, S. 54). Kruse berichtet die Überlieferung erster eindeutiger Belege für die Betätigung von Männern als Geburtshelfer aus dem beginnenden 16. Jahrhundert. Dabei handele es sich u.a. um Beschreibungen von zwei Chirurgen, wovon einer eine Frau von einer Totgeburt entbunden hätte (Kruse 1996, S. 126 f.).

Rockenschaub bestätigt, dass es der Geist des Christentums gewesen sei, der begonnen hatte, die Geburtshilfe zu wandeln. Dessen misogynen Züge seien aber erst am Übergang zur Neuzeit so schaurig in Erscheinung getreten (Rockenschaub 2005, S. 24). Damit spielt er nach Auffassung der Verfasserin auf die einschneidende und folgenreiche Zeit der Hexenverfolgung an. Treige stellt im Rahmen des Werkes *„Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft“* in seinem Beitrag *„Hexen – Opfer theologischer Konstruktionen und sozialer Alltagskonflikte“* dar, dass die Grundlage der wissenschaftlichen und strafrechtlichen Systematisierung des Hexenmusters die Vorstellung eines Bundes mit dem Teufel gewesen sei, der von böswilligen Menschen eingegangen wurde, um verwerfliche Ziele zu erreichen. Einen solchen Pakt schien bereits das Alte Testament zu erwähnen (Treige in Hergemüller 1990, S. 284). Aus einer chronologischen Zusammenstellung der Hexen- und Zaubereiprozesse von 1300 bis 1500 gehe hervor, dass bereits im späten Mittelalter massenhaft und mit steigender Tendenz Personen beiderlei Geschlechts verfolgt wurden. Aufgrund einer Geschichte der Inquisition, verfasst von Ludwig von Paramo, selbst Inquisitor, werde deutlich, dass die epidemische Hexenverfolgung letztlich etwa dreihundert Jahre, nämlich von 1400 bis 1700, gewährt habe (ebd., S. 285).

Ahrendt-Schulte vertritt die Auffassung, dass die heilkundigen Frauen durch Hexerei-Anklagen von ihrem Berufsstand verdrängt worden seien (Ahrendt-Schulte 1994, S. 91). Ehrenreich und English führen jedoch ins Feld, dass die Hebammen während den Hexenjagden verhältnismäßig verschont geblieben wären, da sie bei der

aufkommenden Mittelschicht bereits hoch im Ansehen gestanden hätten (Ehrenreich und English 1977, S. 27). Kruse zeigt an, dass das Ansehen der Hebammen, erkennbar durch schriftlich überlieferte Hinweise, ambivalente Züge aufweise. Allerdings finde sich auf mittelalterlichen jüdischen Frauengrabsteinen der Hebammenberuf als einzige berufliche Tätigkeit, die in den Inschriften genannt werde. Das deute darauf, dass er sehr angesehen gewesen sein müsse (Kruse 1996, S. 141 f.).

Rockenschaub schildert, dass die im Gedankengut der Kirche verankerte Geringschätzung der Frau zu Hexenglauben und Hexenverfolgung geführt habe. Dabei hätten Hebammen für das Geschäft der Hexen als besonders anfällig und fähig gegolten. Die Übeltaten, denen die „Hexenammen“ fähig und verdächtig gewesen seien, hätte man in einer Art Katechismus über Hexen verkündet, dem „Hexenhammer“. Aufgrund der Errungenschaft des Buchdrucks sei es 1489 möglich gewesen, das Werk zu vervielfältigen und es sei zu einem Bestseller geworden (Rockenschaub 2005 a, S. 24). Becker stellt dem gegenüber, dass die Äbtissin Hildegard von Bingen aufgrund ihrer Visionen eine Seherin und aufgrund ihrer Wunderheilungen eine göttliche Zauberärztin gewesen sein soll. Sie habe ihr Handeln im Rahmen des christlichen Glaubens vollzogen. So seien ihre Fähigkeiten als von Gott gegeben angesehen worden und sie wurde von der Kirche heiliggesprochen. Hätte sie außerhalb des „göttlichen Bezugsrahmens“ die gleichen Wunder vollbracht, wäre sie wahrscheinlich mit der gleichen Konsequenz von der Kirche als Ketzerin verdammt worden (Becker 1977, S. 101).

Nach Duden habe Jan Swammerdam 1680 schließlich unter dem Mikroskop gesehen, dass die „weiblichen Samengefäße“ Bläschen enthielten, die er als „Eier“ ausmachte. Damit wurde die Vorstellung möglich, dass das Ei bereits eine ganze menschliche Form enthält. Erst mit dieser Entdeckung sei das konkrete Wissen entstanden, dass das Menschenwesen direkt aus der Befruchtung hervorgeht (Duden 1991, S. 68). Fischer-Homberger merkt an, dass in dieser Zeit, dem 17. Jahrhundert, mit seinem barocken Interesse für die Naturwissenschaft der Schöpfung, Embryologie, des weiblichen Eis und des so benannten „Ovar“, die Grundlagen zur späteren Verselbständigung der Gynäkologie gelegt worden sei (Fischer-Homberger 1979, S. 24).

Die Reglementierung des Hebammenberufs setzte sich indessen in Form von Hebammenordnungen fort. Nach Bitter erschienen die Hebammenordnungen entweder als eigene Erlasse oder als Bestandteile von vereinigten Medizinal-, Stadt- oder Polizeiordnungen. Im Zuge der wachsenden Dominanz der Männer im Gesundheitswesen seien diese schließlich von Stadtärzten erstellt und dem Rat zum Beschluss vorgelegt worden (Bitter in Hergemöller 1990, S. 145). Duden erläutert, dass die

Hebammen auf diese Weise einer wachsenden Kontrolle unterworfen wurden. Beispielsweise sei den Hebammen in der Brandenburgischen Hebammenordnung von 1693 untersagt worden, sich „des Curirens bey dem Frauenzimmer, Sechswöchnerinnen und Kindern, zu geschweigen andern Personen (...) anzumaßen“ (Duden 1980, S. 117). Nach Aussage von Labouvie wurde stattdessen jegliche Art der Heilpraxis in den Zuständigkeitsbereich der Mediziner, Chirurgen und Apotheker verwiesen, wobei es mit der medizinischen Versorgung im ländlichen und selbst im städtischen Bereich bis ins 19. Jahrhundert jedoch noch schlecht bestellt gewesen sei (Labouvie 1999, S. 77).

Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz setzen fort, dass im 18. Jahrhundert in den Städten verstärkt begonnen worden sei, die Geburtshilfe als Teil der Medizinversorgung zu betrachten und Amtshebammen einzustellen. Deren Arbeitsgebiet sei ebenfalls in Hebammenordnungen festgelegt worden, die ihre Kompetenzen nochmals strenger eingrenzten. Beispielsweise seien sie verpflichtet worden, die schwangeren Frauen zu kontrollieren, Abtreibungen zu verhindern, uneheliche Geburten anzuzeigen und nach dem Vater des Kindes zu fragen. Mütter von unehelichen Kindern hätten zu der Zeit Geldstrafen und Kirchenbuße zu leisten gehabt. Die genannten Verpflichtungen hätten die Hebamme von ihren Vorgesetzten, den Ärzten, abhängig gemacht. Die Einhaltung sei von geschworenen ehrbaren Frauen, studierten Ärzten, Priestern oder Innungsmeistern kontrolliert worden (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 23).

Im Hinblick auf die Ausbildung von Hebammen zeigt Lehmann auf, dass deren Tätigkeit bis in das 15. Jahrhundert weitgehend ungeordnet gewesen sei. Die Ausbildung sei durch mündliche Überlieferung und Weitergeben der eigenen gemachten Berufserfahrung erfolgt. Dann seien von den Hebammen selbst verfasste Lehrbücher benutzt worden (Lehmann 2006, S. 55). Einen offiziellen Hebammenunterricht habe es bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen vor Ende des 16. Jahrhunderts nicht gegeben (ebd. S. 54). Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz führen fort, dass die Hebammenausbildung bis ins 18. Jahrhundert in einer mehrjährigen Lehrzeit bei einer erfahrenen Hebamme sowie einer Prüfung vor dem Stadtphysikus bestanden habe. Weiterhin hätten die Hebammen einen verpflichtenden Eid leisten müssen, dass sie bei Komplikationen einen Arzt hinzuziehen. Bis zu dieser Zeit hätten Ärzte jedoch nur mit Genehmigung der Hebamme operieren dürfen, besonders bei Gebrauch scharfer und spitzer Instrumente. Der Vorgesetztenstatus der Ärzte habe also eher nur einen formalen Charakter besessen.

Auf dem Land habe sich bis ins 19. Jahrhundert der Brauch erhalten, dass die Gemeinschaft der verheirateten Frauen ihre Hebamme wählte, über deren Eignung zur Ausbildung anschließend der Pfarrer und der Physikus entschieden. Somit sei das Wissen in der Geburtshilfe bis um 1800 durch erfahrungsmedizinische Kenntnisse geprägt geblieben, die mündlich tradiert wurden. Die Hebammen hätten ihr Wissen als Beiläuferinnen älterer erfahrener Hebammen und durch selbst erlebte Mutterschaft erworben (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 23).

Der Vorgang um den Vorrang in der Geburtshilfe sei nicht abgeschlossen gewesen, so lange immer noch Hausgeburten die Regel waren, zu denen studierte Mediziner weiterhin selten Zutritt gehabt hätten. So seien die Ärzte ihrerseits gezwungen gewesen, bei den Hebammen Unterricht zu nehmen, um diese im späteren Berufsleben unterrichten zu können. Dennoch habe sich die Verwissenschaftlichung der Heilkunde und das Eindringen der akademischen Ärzte in die Geburtshilfe fortgesetzt und damit habe sich auch die Ausbildung der Hebammen geändert. Sie sei zunehmend staatlich reglementiert worden (ebd., S. 25). Im Zuge der weiteren Entwicklung habe die Hebamme nur noch als Erfüllungsgehilfin des männlichen Geburtshelfers gegolten, sie sei zum medizinischen Handlanger des Arztes geworden (ebd., S. 26). Loytved führt im Hinblick auf den Einsatz von Instrumenten aus, dass die Ärzte die Verfügungsgewalt darüber ganz für sich beansprucht hätten. Selbst die Benutzung des „harmlosen“ Hörrohres sei zu der Zeit seiner Entdeckung für die Geburtshilfe (etwa um 1825) Privileg der Ärzteschaft gewesen. Kollegen, die im Hebammenunterricht die Anwendung der Zange lehrten, hätten Verweise erhalten. Nur die Anwendung von Kräutern als Dampfbad oder Räuchermittel und das Klistiersetzen sei den Hebammen belassen worden (Loytved 1997, S. 25 f.).

Hinrichs berichtet, dass seit dem Beginn des 18. Jahrhunderts Entbindungs- und Hebammenlehranstalten entstanden. Dort sei auch zum ersten Mal neben Hebammen jungen angehenden Ärzten ein praktischer geburtshilflicher Unterricht zuteilgeworden (Hinrichs in Stoeckel 1949, S. 14). Im angehenden 20. Jahrhundert seien im Zuge der Errichtung von Fachkliniken reguläre Ausbildungsstätten zur Schulung und Fortbildung von Hebammen errichtet worden (ebd., S. 16).

### **2.1.2. Schrittweise Entwicklung und Grundsteinlegung einer Geburtsmedizin**

#### Verdrängung der weiblichen Ärzteschaft

Kruse stellt dar, dass sich die Medizin zwischen dem 12. und 13. Jahrhundert durch eine veränderte Ausbildungssituation von der praktischen Sachkenntnis einzelner Personen zu einem fester umrissenen Beruf gewandelt habe.

Nachdem Frauen im 10. Jahrhundert an der Medizinschule von Salerno noch eine medizinische Ausbildung erhalten konnten, seien sie im Laufe des Mittelalters vom Medizinstudium ausgeschlossen worden. Generell sei die Ausgrenzung von Frauen aus der akademischen Medizin in Nordeuropa früher vollzogen gewesen als in Italien oder Spanien (Kruse 1996, S. 114). Becker merkt diesbezüglich an, dass im 14. Jahrhundert in Frankfurt noch 14 Ärztinnen tätig gewesen wären (Becker 1977, S. 97).

#### Heilkundige Frauen

Kruse führt weiter aus, dass im deutschen Sprachbereich heilkundige Frauen jedoch auch nach der Herausbildung eines abgegrenzten akademischen Ärztestandes, besonders bei der Behandlung der Landbevölkerung und der ärmeren städtischen Bevölkerung, eine wichtige Funktion innegehabt hätten. Obschon die Ärzte mit akademischer Ausbildung über das höchste Sozialprestige verfügten, hätten sie in erster Linie nur Kontrollfunktionen wahrgenommen (Kruse 1996, S. 116).

Ahrendt-Schultz umreißt das Bild der damaligen Gesundheitsversorgung wie folgt: Studierte Ärzte seien nur in größeren Städten und an den Höfen tätig gewesen. In kleinen Städten und auf dem Lande hätten den Bewohnern die magiekundigen Heiler und die Leute zur Verfügung gestanden, die durch ihre Berufstätigkeit Kenntnisse über Anatomie und Körperfunktionen von Menschen und Tieren erworben hatten. Dabei habe es sich um Bader, Hebammen, Henker, Abdecker, Hirten und Schäfer gehandelt. Daneben hätten Wundärzte gearbeitet, die das Handwerk der Chirurgie häufig im Kriegsdienst erlernt hatten (Ahrendt-Schulte 1994, S. 91 f.). Nach Becker hätten Frauen hier ganz selbstverständlich die verschiedensten Positionen inne gehabt. Dabei seien Hebammen auch allgemein-medizinisch tätig gewesen seien, hauptsächlich in der Chirurgie (Becker 1977, S. 97). Nach Kruse hatten sich Frauen als Chirurgen gegenüber der männlichen Konkurrenz sogar länger als andere Heilkundige auf dem Gebiet der inneren Medizin behaupten können. Hinweise auf praktizierende Ärztinnen würden seit dem Ende des 15. Jahrhunderts jedoch auffallend abnehmen, weswegen anzunehmen sei, dass Frauen zu dieser Zeit schon weitgehend aus der Allgemeinmedizin verdrängt worden waren (Kruse 1996, S. 119).

Frevert fügt an, dass die Dienste der ausgebildeten Mediziner für die meisten Leute auch zu teuer gewesen seien. Weiterhin hätten sie mit ihrem antiken Wissen wenig ausrichten können und seien auch deswegen nicht in dem Maße gefragt gewesen wie die nicht akademischen Heilkundigen. Aus diesem Grund hätten die heilkundigen Frauen nicht nur für die akademischen, sondern auch für die anderen Ärzte eine wichtige Konkurrenzgruppe dargestellt (Frevert in Kuhn 1982, S. 187).

Fischer-Homberger schildert, dass einige Ärzte ihrer Verärgerung über die weibliche Heilkunde besonders mit Bezugnahme auf die Hebammen Luft gemacht hätten. In

den sogenannten „Hebammenlehrbüchern“, einer im 16. und 17. Jahrhundert populär gewordenen Literaturgattung, wäre vor allem den Hebammen Unvermögen bescheinigt worden. So habe sich der Autor des ersten Hebammenlehrbuchs „Der Swangern Frauen Rosengarten“ (1513), Eucharius Roesslin, recht abschätzig über „*die hebammen alle sampt, die also gar kein wissen handt*“ geäußert (Esther Fischer-Homberger 1979, S. 20). Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz weisen in diesem Zusammenhang auf die Hebammenordnung Frankfurts von 1703 hin, in der man die Geburtshelferinnen der Unerfahrenheit, Ungeschicklichkeit, Bosheit, Nachlässigkeit und des Hangs zum Aberglauben beschuldigt habe (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 23).

Lehmann merkt an, dass die akademische Ärzteschaft überhaupt erst zum Ende des 17. Jahrhunderts angefangen habe, sich neben der Theorie auch vermehrt der Praxis der Geburtshilfe zuzuwenden. Dabei habe das wissenschaftliche Interesse zuerst dem engen Becken gegolten. Im weiteren Verlauf der Entwicklung hätten verschiedene männliche Geburtshelfer begonnen, auf den Plan zu treten und schließlich seien neue Methoden der operativen Geburtshilfe wie die Hebeloperationen als Vorläufer der Zange eingeführt worden (Lehmann 2006, S. 57). Nach Tew hatten die Instrumente zunächst lediglich dazu gedient, ein totes Kind aus der Gebärmutter zu holen, um das Leben der Mutter zu retten. Erst später, mit der Erfindung der geburtshilflichen Zange, sei es dann möglich geworden, das Kind lebend zu entwickeln (Tew 2012, S. 86). Rockenschaub merkt an, dass die Männer, die sich in erster Linie ans Gebärbett gedrängt hatten, Chirurgen gewesen seien (Rockenschaub 2005 a, S. 25).

#### Vormarsch der Männer

Ehrenreich und English führen weiter aus, dass die Geburtshilfe schließlich die letzte Domäne der Heilpraktikerinnen gewesen sei, auf die den Ärzten im 17. und 18. Jahrhundert ernsthafte Übergriffe gelingen konnten. So hätten in England nicht studierte männliche Heilpraktiker - die Bader – einen Angriff geführt und sich dabei auf technische Überlegenheit berufen, die im Gebrauch der Geburtszange zum Ausdruck gekommen sei (Ehrenreich, English 1977, S. 27).

Tew hebt hervor, dass Männer zu der Zeit mit sehr viel größerer Wahrscheinlichkeit eine gewisse allgemeine Bildung genossen hätten als Frauen. Dadurch hätten sie mehr Möglichkeiten besessen, ihr handwerkliches Geschick durch das Studieren von Anatomie Physiologie und Pathologie zu untermauern und sich mit dem erweiterten Wissen für die Arbeit als Geburtshelfer zu rüsten. Aufgrund ihres Analphabetentums seien Frauen und Hebammen Wissensquellen oftmals verschlossen geblieben (Tew 2012, S. 86). Loytved zeichnet das Bild der sich zu der Zeit in der Regel grundlegend unterscheidenden Charakteristik von Hebamme und Arzt wie nachfolgend

beschrieben. Die Hebamme: Meist selbst Mutter gewesen, ältere Frau, meist Angehörige der unteren sozialen Schicht, ortsansässig, oft Analphabetin, Lehre bei Hebamme (und Arzt) durchlaufen, keine Beziehungen zur Politik, habe den Weisungen des Arztes folgen müssen, Wissen von äußerer Anschauung und Tastbefund, in der Regel viel Praxiserfahrung, kein Zugang zu ärztlichen Instrumenten. Demgegenüber der Arzt: Eventuell Vater, junger Mann, Studium, Dokortitel, meist weit gereist, Beziehungen zu Regierung und Verwaltung, habe deutsche und fremdsprachige Texte lesen und verfassen können, war per se weisungsbefugt, im Lehrbuchwissen der Medizin bewandert, in der Regel weniger Praxiserfahrung, habe Zugriff auf Instrumente gehabt (Loytved 1997, S. 7).

Es habe jedoch auch gebildete Hebammen gegeben, die mit Veröffentlichungen in die Geschichte eingingen. Fischer-Homberger bezeichnet in der Neuzeit Frankreich als Land der großen Hebammen und nennt an erster Stelle Louise Bourgeois/Bousier (1563-1636), eine geschworene Hebamme der Stadt Paris, Gattin eines Chirurgen, die auch den Steinschnitt und andere chirurgische Operationen ausgeführt habe (Fischer-Homberger 1979, S. 20). Nach Specht, Stößer und Teschner habe Bourgeois 1609 als erste ein Buch über Geburtshilfe veröffentlicht. Sie sei dafür eingetreten, die Geburt so natürlich wie möglich zu belassen und künstliche Eingriffe als Ausnahme anzusehen (Specht, Stößer, Teschner in Metz-Becker 1999, S. 9 f.). Des Weiteren nennen sie Marie Louise Lachapelle (1769-1821), Tochter einer leitenden Hebamme und eines Militärchirurgen in Paris, die bei ihrer Mutter ausgebildet worden sei. Ihr Neffe, der später eine Professur für Geburtshilfe in Montpellier erhielt, habe die Lehren seiner Tante in Buchform herausgegeben. Hierbei habe es sich um ein bedeutendes Lehrbuch in drei Bänden gehandelt, dem Erfahrungen mit 40 000 Geburten zugrunde lagen, die LaChapelle selbst und ihre Kolleginnen geleitet hatten. Der erste Band sei 1825 ins Deutsche übersetzt worden (ebd., S. 14 f.). Eine ihrer Schülerinnen, Anne-Victoire Boivin (1773-1841) habe ebenfalls ein eindruckliches Werk verfasst, das statistische Beobachtungen von 20 517 Geburten enthielt. Sie habe hierdurch den Ehrendoktor der Universität Marburg erworben. Weitere Veröffentlichungen hätten sich angeschlossen. Zudem habe Boivin englische Fachliteratur ins Französische übersetzt und ein Speculum sowie ein Intrapelvimeter (Gerät zur Messung des weiblichen Beckens) entwickelt (ebd., S. 15 f.). Fischer-Homberger sieht in den deutschen Landen nur eine ebenso namhafte Hebamme, die chur-brandenburgische Hof-Wehe-Mutter Jusine Siegemundin (1648/5-1705) (Fischer Homberger, 1979, S. 20). Siegemundin habe das Lesen und Schreiben von ihrem Vater, einem Pfarrer, gelernt und sei nach ihrer Heirat kinderlos geblieben. 1690 sei ihr Lehrbuch erschienen. Eines ihrer Ziele habe darin bestanden, den Wissensstand des nicht akademisch

gebildeten Medizinpersonals durch ein deutschsprachiges, allgemein verständliches Fachbuch zu heben. Weiterhin habe ihr ein tastgeschickter Handgriff zu der Wendung von Kindern aus geburtsunmöglichen Stellungen große Bekanntheit eingebracht. Sie habe sich positioniert, dass bei aller Wohltätigkeit der Zange eine allgemeine Beschränkung ihres Gebrauchs zu wünschen sei. In ihrem Buch unterlegte sie ihr Porträt mit den folgenden Worten: „*An Gottes hilff und Seegen - Geschickten Hand bewegen - Ist all mein Thun gelegen*“ (Specht, Stößer, Teschner in Metz-Becker 1999, S. 10 f.). Specht, Stößer und Teschner nennen für Deutschland darüber hinaus die „Sieboldsche Gynäkologendynastie“. Regina Josepha von Siebold (1771-1849) habe aufgrund ihrer besonderen Fähigkeiten auf dem Gebiet der Geburtshilfe als zweite Frau in Deutschland 1815 die medizinische Doktorwürde erhalten. Ihre Tochter Charlotte Heiland von Siebold (1788-1859) sei in ihre Fußstapfen getreten und habe es nach mehreren Anläufen ebenfalls zu der Ehrendoktorwürde der Universität Gießen gebracht. Allerdings habe bei beiden Frauen die tatkräftige Unterstützung des Ehemanns und Stiefvaters Dr. Damian von Siebold für die Erlangung des Titels keine unbeträchtliche Rolle gespielt. Diese beiden Hebammen hätten keine Veröffentlichungen getätigt (Specht, Stößer, Teschner in Metz-Becker 1999, S. 16 f.)

Nach Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz wurden im ausgehenden 18. Jahrhundert sog. Accouchiranstalten (Gebäranstalten) in Europa flächendeckend eingerichtet. Dabei sei zielführend gewesen, Lehranstalten für angehende männliche Geburtshelfer bereitzustellen und ihnen den Zugang zu Geburten zu ermöglichen. Sie hätten arme, uneheliche Schwangere aufgenommen, denen man die Möglichkeit habe geben wollen, kostenlos zu entbinden (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 27). Wie bereits geschrieben war vorehelicher Geschlechtsverkehr zu der Zeit strafbar und die Anstalten hätten diese Gesetzeslage ausgenutzt, indem sie den Frauen Straffreiheit anboten, wenn sie in der Gebäranstalt entbinden. Für die oftmals mittellosen Mägde sei die einzige Alternative zum gefürchteten Accouchirhaus nur die heimliche Geburt gewesen, die ebenfalls unter Strafe gestanden habe (Gengnagel, Hasse in Metz-Becker 1999, S. 25). Keyhan-Falsafi, Klinke und Schütz berichten, dass die Frauen im Gegenzug verpflichtet gewesen seien, sich als Versuchsobjekt für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen. Das Ziel der Ärzte habe darin bestanden, die Studenten durch häufiges Üben zu geschickten Geburtshelfern auszubilden. Dementsprechend habe man versucht, möglichst häufig operativ in den Geburtsverlauf einzugreifen. Die Entscheidung für ein operatives Vorgehen habe dabei allein beim Arzt gelegen, die Gebärende habe sich fügen müssen (Keyhan-Falsafi, Klinke, Schütz in Metz-Becker 1999, S. 27).

Metz-Becker schildert, dass die Operationsfrequenz außerordentlich hoch gewesen sei, wenn sie auch nach den verschiedenen Geburtshelferschulen variiert habe (Metz-Becker 1999, S. 38). Beispielsweise habe der Göttinger Institutsdirektor Osian-der bei jeder zweiten Geburt die Zange eingesetzt (ebd., S. 35). Der Mediziner Hin-richs schreibt nahezu übereinstimmend, dass Osiander, der ein besonderer Befür-wo-rtler der französischen Lehre der aktiven Geburtsleitung gewesen sei, nur 54 % seiner Geburten normal verlaufen sah, 40 % seiner Eingriffe seien Zangenoperatio-nen gewesen. Von 2450 Frauen habe er nicht weniger als 1016 mit der Zange ent-bunden und 111mal die Wendung ausgeführt. Hinrichs fügt an dieser Stelle an, dass es den Meisten wahrscheinlich aufgrund mangelnder Untersuchungen verborgen ge-blieben sei, dass *„die operative Geburt vor allem für die Mütter mit größeren Gefahren verbunden ist und auch manche Verluste dabei in Kauf genommen werden müssen“* (Hinrichs in Stoeckel 1949, S. 14 f.). Metz-Becker setzt fort, dass jedoch allen Ärzten gemeinsam gewesen sei, Schwangerschaft und Geburt als pathologische Zustände zu begreifen, die der ärztlichen Intervention bedürfen. Schließlich seien Zangenge-burten, Kaiserschnitte und Embryotomien an der Tagesordnung gewesen und an ein Überleben der Mutter sei nicht immer gedacht worden (Metz-Becker 1999, S. 38). Auf das Schamgefühl der den Ärzten anvertrauten Frauen sei wenig oder gar keine Rück-sicht genommen worden (ebd., S. 39).

Dziedzic und Renköwitz berichten, dass der bis zu der Errichtung der Gebäranstalten angesehene, weit verbreitete und bei Geburten stets eingesetzte Gebärstuhl mehr und mehr dem Operationstisch gewichen und 1840 - bis auf vereinzelte Ausnahmen - ganz verschwunden war (Dziedzic, Renköwitz in Metz-Becker 1999, S. 62)<sup>1</sup>. Der Gebärvorgang einer Frau in Rückenlage habe sich für einen Geburtshelfer leichter leiten und die zunehmenden geburtshilflichen Eingriffe seitens der Ärzte schneller durchführen lassen. Zudem hätten die hygienischen Erkenntnisse der Zeit mit zum Verschwinden des schlecht zu reinigenden Gebärstuhls beigetragen (ebd., S. 63).

Tew macht deutlich, dass die Sichtweise der männlichen Geburtshelfer von der Ge-burt als einem problembehafteten und von Komplikationen geprägten Ereignis auch dadurch entstanden sei, weil ihnen die Erfahrung, wie einfach und unkompliziert Ge-burten verlaufen können, gefehlt habe. Diese Sichtweise bestimme seither das Den-ken und Handeln der Geburtshelfer (Tew 2012, S. 88). Zudem hätten die

---

<sup>1</sup> Historischer Exkurs: Nach Scherzer gilt für das erste Aufkommen des Gebärstuhls das Jahr 1429, als die Stadt Baden im Aargau für ihre Hebammen erstmals einen anschaffte. Davor seien die Frauen in Hockstellung niedergekommen, unterstützt von einer Frau, die die Gebä-rende von hinten mit den Armen umschlang. Ab der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts müsse die Handhabung des Gebärstuhls zur Unterstützung der Austreibungsphase jedoch bereits üblich gewesen sein (Scherzer 1988, S. 51).

Geburtshelfer ihre Anwesenheit auf den kurzen Zeitraum der Entbindung beschränkt, der für sie interessant und auch finanziell lohnend gewesen sei. Mit der anstrengenden Zeit der Wehen hätten sie nichts zu tun haben wollen. Die psychologische und biologische Bedeutung dieser Geburtsphase werde von Ärzten schon seit dieser Zeit unterschätzt. Die Hebammen hätten sich den männlichen Ärzten unterordnen und somit auf den Teil der traditionellen Unabhängigkeit verzichten müssen, über die diejenigen Hebammen verfügten, die in der Hausgeburtshilfe tätig waren (ebd., S. 93). Dort habe nach Gengnagel und Hasse die Gebärende mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt gestanden. Die Hebamme habe ihre Aufgabe weiterhin darin gesehen, Hilfestellung zu geben, aber nicht die Geburt zu leiten. Sie und evtl. andere Vertrauenspersonen hätten versucht, die gebärende Frau während des Geburtsverlaufs zu unterstützen (Gengnagel, Hasse in Metz-Becker 1999, S. 31).

Der Entwicklung in den Gebäranstalten versetzte der Ausbruch des Kindbettfiebers einen erheblichen Dämpfer, was zu einer Steigerung der bereits zu verzeichnenden Todesfälle führte. So schreibt der Mediziner Hinrichs: *„Die Freude über die offenbar günstige Entwicklung der Geburtshilfe wurde aber arg getrübt durch das furchtbare Gespenst der septischen Wochenbeterkrankung, die rasch in diesen Gebäranstalten heimisch wurde und sich bis auf den heutigen Tag (Anm. der Verfasserin: 1949) nicht völlig wieder bannen ließ.“* Dem seien bis zu 10% aller Gebärenden zum Opfer gefallen. Einzelne Gebäranstalten hätten zeitweise bis zu 40% ihrer jungen Mütter sterben sehen (Hinrichs in Stoeckel 1949, S. 14). Er fährt fort, dass das 19. Jahrhundert die große Wende gebracht habe, da Ignatz Semmelweis als erster aus der Beobachtung, dass septische Erkrankungen weitaus häufiger in Gebäranstalten auftraten, wo von Studenten vaginale Untersuchungen unter der Geburt ausgeführt wurden, richtig folgernd dem Wesen der Puerperalsepsis auf die Spur gekommen sei. Nach Einbruch des Kindbettfiebers habe eine Zurückhaltung hinsichtlich der Anwendung geburtshilflicher Operationen eingesetzt und in dem nachfolgenden Zeitalter der Asepsis sei die operative Technik dann überhaupt erst zur vollen Entfaltung gekommen. Dabei räumt Hinrichs eine Überbewertung der operativen Eingriffe ein und schreibt: *„Verständnislosigkeit gegenüber dem biologischen Geschehen bei der Geburt verleitete zu Anregungen, jede Geburt operativ zu beenden (...) und es liegt der Gedanke nahe, dass die aus Amerika mitgeteilten hohen mütterlichen Sterbeziffern unter der Geburt mit einer sehr großzügigen Indikationsstellung zu operativer Geburtsbeendigung in Beziehung zu setzen sind“* (ebd., S. 15 f.). Andererseits äußert er, dass sich im Zeitalter aseptischer Operationen die Gesamtergebnisse in Europa so gebessert hätten, dass es nur zu natürlich gewesen sei, dass im neuen Jahrhundert mit dem Bau großer

Fachkliniken begonnen wurde. Die Kliniken hätten den Vorteil besessen, bessere Ausbildungsstätten zu haben und die dort anvertraute Schulung und Fortbildung der Hebammen habe den Kreis geschlossen. Zusehends sei auch bei der Bevölkerung das Vertrauen zu einer Entbindung in der Klinik gestiegen. 1877 hätten nur ½ %, 1896 1 %, dann 1939 in steilem und raschem Aufstieg 39 % - in Frauenkliniken (27 %) und in Krankenhäusern (10 %) – aller Geburten in Kliniken stattgefunden. Einige Großstädte seien dieser Entwicklung noch vorausgeeilt (ebd., S. 16).

Tew schildert, dass die männlichen Geburtshelfer, die Frauenärzte, im Zuge ihrer Absicht einer zunehmenden Verlagerung der Geburt in die Klinik den dafür auszufechenden Machtkampf zwischen den rivalisierenden Berufsgruppen um die geburtshilfliche Versorgung für sich entschieden hätten. Dabei sei es ihnen zunächst nicht um die Durchsetzung eines idealistischen Ziels, einer bestimmten Philosophie der Geburtshilfe, gegangen. Die Motivation habe meistens darin bestanden, bessere Karrieremöglichkeiten für männliche Frauenärzte in einem ehemals von Frauen dominierten Berufsfeld zu sichern. Die Ärzte hätten diesen Kampf nicht zuletzt gewonnen, weil die einzelnen Hebammen weder genügend Durchsetzungsvermögen besessen hätten noch ihr Berufsverband gut genug organisiert gewesen sei (Tew 2012, S. 60). Gengnagel und Hasse ergänzen, dass selbst die hohe Mütter- und Säuglingssterberate den Hebammen und ihrer angeblichen „Unwissenheit“ angelastet und parallel dazu alle medizinischen Berufsstände, die keine akademische Ausbildung hatten, diffamiert worden seien (Gengnagel, Hasse in Metz-Becker 1999, S. 31).

### Entwicklung einer Geburtsmedizin

Rockenschaub macht deutlich, dass in der Mitte des 18. Jahrhunderts jene Entwicklung der Geburtshilfe begonnen habe, die 200 Jahre später zur Geburtsmedizin „erhoben“ werden sollte. Die Geburtshilfe sei zunehmend zu einem chirurgischen Geschäft entartet. Aus der Branche dieser Chirurgen seien später die Gynäkologen hervorgegangen (Rockenschaub 2005 a, S. 25). Fischer-Homberger vervollständigt, dass die Gynäkologie sich im 19. Jahrhundert mehr oder weniger als selbständiges Fach konstituiert habe. Bis dahin habe sie teils in chirurgischen, teils in internmedizinischen und teils in geburtshilflichen Händen gelegen. (Fischer-Homberger 1979, S. 24).

Martin betont, dass die damals entwickelte Theorie und Praxis der Geburtshilfe nur zu verstehen sei, wenn man berücksichtige, dass die Entwicklung des Denkens und der Medizin in den westlichen Gesellschaften dazu geführt hatte, den Körper als eine Maschine zu betrachten. Diese der Mechanik entlehnte Metapher sei während des

16. und 17. Jahrhunderts in französischen Hospitälern entstanden (Martin 1989, S. 76). Uexküll umreißt, dass davon auszugehen sei, dass die Medizin im 19. Jahrhundert mit dem biomechanischen oder Maschinenkonzept ein Erklärungsmodell für den Umgang mit Krankheit und Gesundheit entwickelt hatte, das außerordentlich erfolgreich war. Es sei keine Übertreibung, wenn gesagt werde, dass die Medizin seitdem mehr erreicht habe als in zweitausend Jahren zuvor. Der gravierende Nachteil dieses Erklärungsmodells sei allerdings die Unmöglichkeit, psychische und/oder soziale Einwirkungen auf den Organismus eines Menschen zu erklären oder auch nur für möglich zu halten. Für dieses Modell sei „Psyche“ nur ein Wort für die Vorstellung von einem „Gespenst in einer Maschine“ (Uexküll, Adler 1996, S. 15).

#### Industrialisierung des Gebärens

Im Zusammenhang mit der zu Beginn des 20. Jahrhundert beschleunigt fortschreitenden Industrialisierung spricht Odent von einer ‚Industrialisierung des Gebärens‘, die explosionsartig eingesetzt habe und zunächst deutlicher in den USA als in Europa zu sehen gewesen sei (Odent 2004, S. 38). Auf beiden Seiten des Atlantiks hätten die Ärzte den Geburtsvorgang zunehmend unter ihre Kontrolle bringen wollen.

Zwei Arten der Handhabung des Geburtsablaufs dokumentiert beispielhaft deren Eifer, sich die Natur ganz Untertan machen zu wollen. Odent schildert, dass in Deutschland um die Jahrhundertwende die Möglichkeit einer völlig schmerzfreien Entbindung mittels Anwendung von Morphin, Scopolamin sowie Äther oder Chloroform, die sogenannte ‚Dämmerschlafgeburt‘, entwickelt worden sei. Diese Methode habe große Popularität in den USA erreicht und überdies die Frauen dazu gebracht, sich für die Geburt ins Krankenhaus zu begeben. Weil die Geburtshelfer davon ausgegangen seien, dass die Frauen sich ohnehin an nichts erinnern würden, wären sie dazu geneigt gewesen, die „Patientinnen“ zu ignorieren. Die Aussicht, dass man den Ablauf der Geburt so vorhersehbar wie möglich gestalten könne, habe viele Frauen angesprochen, die sich nach einer raschen und schmerzfreien Entbindung sehnten (Odent 2004, S. 40).

Ein weiteres extremes Beispiel sei die sogenannte ‚vorbeugende Geburtshilfe‘ gewesen, die in den 1930er Jahren in USA bereits zur Norm geworden wäre. Diese habe – ins Leben gebracht von DeLee – in dem routinemäßigen Einsatz der Geburtszange, des Setzens eines Dammschnitts und der Sedierung der Schwangeren bestanden. Mit Gabe einer weiteren Substanz habe die Entbindung der Plazenta beschleunigt werden sollen, die dann mit der ‚Schuhlöffeltechnik‘ herausgeholt worden sei (ebd., S. 39 f.).

Im Zuge methodischer und technischer Neuerungen habe sich fortan eine Verbesserung der Ausstattung der Geburtsmedizin entwickelt. Nach dem Krieg seien moderne

Methoden der Anästhesie, Antibiotika, verbesserte Infusionen verfügbar und Bluttransfusionen besser planbar geworden. Somit sei der Kaiserschnitt zu einer Operation mit geringem Risiko geworden (ebd., S. 41 f.). Rockenschaub bestätigt die Bedeutung der fortschrittlichen Entdeckung von Vitaminen, Blutgruppen und Antibiotika, die den Gebärenden zugutegekommen seien. Dies sei jedoch nicht den Geburtshelfern, sondern Bakteriologen, Biochemikern und Pathologen zu verdanken gewesen, die dafür mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurden. Der daraufhin erfolgte Wandel des Kaiserschnitts von einer Todesfalle zu einer ruhig verlaufenden Operation habe dazu geführt, dass man ihn über alle Maßen verharmlose, trotz seiner nach wie vor relativ hohen Risiken (Rockenschaub 2005 a, S. 32). So seien die Fortschritte nur als eine Seite der Medaille zu betrachten. Ein gravierender Nachteil sei bald der gewesen, dass in der Geburtsmedizin nur umso leichtfertiger zum Messer gegriffen worden sei (Rockenschaub 2005 b, S. 31).

Vetter beschreibt die besondere Situation in Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg. Mit der Teilung in Ost und West sei der Wandel eingetreten. Im Osten sei die klinische Geburtshilfe programmatisch betrieben worden, was eine außerklinische Geburtshilfe nicht zugelassen habe. Im Westen sei sie „*von alleine gestorben*“ (Vetter 2005, S. 26).

Hassauer führt an, dass durch die 1960 eingeführte Übernahme der Krankenhauskosten durch die Krankenkassen die Geburt in der Klinik geradezu attraktiv geworden sei. Grund sei die kostenfrei erhältliche und bequeme Rundumversorgung gewesen. Mit den Jahren hätten mehr und mehr ganz normale und unkomplizierte Geburten im Krankenhaus stattgefunden. Die zuvor herrschende Organisationsform einer getrennten Unterbringung und Betreuung von Mutter und Kind sei auch dann beibehalten worden. Hebammen seien nur mehr im Kreißsaal tätig gewesen, wodurch sie in eine einseitige Motivation gedrängt worden seien. Der bei Hausgeburten gewohnte intensive menschliche Bezug zwischen Mutter, Kind, Familie Geburtshelferin, Wochenpflegerin sei mehr und mehr verloren gegangen (Hassauer 1988, S. 12).

Vetter führt fort, dass im Zuge der Entwicklung der Perinatalmedizin die intrauterine Überwachung eingesetzt habe. Das Kind sei ab da als Individuum wahrgenommen und nicht mehr nur die Beckenendlage als Problem behandelt worden. Die Basis dafür habe die Entwicklung der Elektronik geschaffen. In den Sechzigerjahren sei die Fetalblutanalyse, 1967 das erste Ultraschallgerät von Siemens und kurz darauf das CTG (Kardiotokogramm, die Herzfrequenz-Wehen-Schreibung) entwickelt worden. Es habe sich die Meinung durchgesetzt, dass das Kind möglichst lückenlos überwacht werden müsse (Vetter 2005, S. 27). 1966 seien zudem die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen eingeführt geworden. Vetter schreibt, dass die Medizin der

Mutter zur Medizin des Kindes geworden sei, von der Geburt hin zur Diagnostik in der Schwangerschaft, zunächst invasiv, später zunehmend nicht-invasiv und prospektiv (ebd., S. 28).

Hassauer führt fort, dass einerseits brauchbare wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen worden wären, die die perinatale Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit der Kinder enorm vermindert habe. Die psychologisch wichtige Mutter-Kind-Beziehung sei in der Exaktheit der perinatologischen Wissenschaft jedoch weitgehend untergegangen (Hassauer 1988, S.13)<sup>2</sup>. Eldering berichtet, dass in der Zeit eine regelrechte Technikbegeisterung geherrscht und die Abkoppelung von der persönlichen Betreuung gebracht habe (AKF e.V. 2014, S. 10). Hassauer fasst zusammen, dass die Situation Anfang der 1970er Jahre sich wie folgt dargestellt habe: *„Herrschaft der Technik im Kreißsaal, Ausschluss des Vaters bei der Entbindung, getrennte Unterbringung von Mutter und Kind im Wochenbett, weitgehend Missachtung der Wichtigkeit des Stillens, Nichtbeachtung der seelischen Beziehung zwischen Mutter und Kind und der seelischen Beziehung zwischen den an den geburtshilflichen Vorgängen Beteiligten überhaupt; also extremer Ausschlag des Situationspendels nach der materialistischen und damit wenig menschengemäßen, (...) Seite“* (Hassauer 1988, S.13). Vetter vervollständigt, dass die Hausgeburtsilfe entsprechend stark abgenommen habe (Vetter 2005, S. 26).

Odent führt weiter aus, dass auf dem Höhepunkt der elektronischen Ära, am Ende des 20sten Jahrhunderts, die Epiduralanästhesie (Schmerzausschaltung unter der Geburt) entwickelt wurde und zu breiter Anwendung gekommen sei (Odent 2004, S. 41 f.).

Nach Angabe von Drenckberg habe die Verdrängung der Frauen aus dem Stand der Medizinerinnen in Deutschland im 20. Jahrhundert ein Ende gefunden, da die ersten Frauen zum Medizinstudium zugelassen wurden. Vorher sei ihnen der Zugang zu den Universitäten unter fadenscheinigen Begründungen (zu hysterisch, zu labil, zu dumm) weiterhin verwehrt geblieben. Da Frauen allerdings zunächst kein Abitur an den allgemeinbildenden Schulen hätten erreichen können, sei ihre Anzahl nur langsam gewachsen. Ein durch Privatunterricht erworbenes Abitur hätten sich nur die reicheren Bürgertöchter leisten können (Drenckberg 2009, S. 64).

---

<sup>2</sup> Nach Angaben des Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung betrug die Säuglingssterblichkeit 1870 250 und 1938 noch 60 je 1000 Lebendgeborenen. Während des zweiten Weltkriegs und in den Jahren danach sei die Sterblichkeitsrate aufgrund verschlechterter Ernährungs- und Hygienebedingungen zwischenzeitlich noch einmal angestiegen. 1990 habe sie sich schließlich nur noch auf ca. 6,8 je 1000 Lebendgeborene belaufen und hat in den folgenden Jahren noch weiter abgenommen (BiB).

Bierig, Huhn und Jesberg-Boris zeichnen die Entwicklung der Geburtshilfe zu jener Zeit anhand von Hebammen-Biographien des 20. Jahrhunderts auf, die auf narrativen und später schriftlich festgehaltenen Interviews beruhen. Darunter findet sich die Darstellung einer 1907 geborenen Landhebamme, die ein Leben lang engagiert in der Hausgeburtshilfe gearbeitet hatte: *„1976 hörte ich mit der Arbeit auf, und zwar gerne, denn zu dieser Zeit gingen alle Frauen zur Entbindung schon ins Spital. In den letzten Jahren meiner Tätigkeit war ich immer mal wieder im Spital, um noch etwas dazuzulernen. (...) Mit den vielen Ärzten und Schwestern gefiel es mir dort aber nicht. Während der Geburt gab es keine Ruhe für die Hebamme und für die Mutter nur ein hektisches Hin und Her. (...) Außerdem gingen die Frauen gar nicht so aus sich heraus. Sie waren recht unsicher und zurückhaltend. Kein Wort redeten sie mehr, denn es war ihnen alles so fremd mit den vielen Leuten. Ich glaube, eine Geburt zu Hause ist leichter. Die Maschinen und Apparate in der Klinik schüchtern die Frauen nur ein, so dass eine Geburt nicht mehr so sein kann, wie sie es von Natur aus sein müsste“* (Bierig, Huhn, Jesberg-Boris in Metz-Becker 1999, S. 78 f.).

Vetter fährt fort, dass die Hebammen mit den Jahren die Geburtshilfe mit kontinuierlicher Betreuung außerhalb der Klinik in Geburtshäusern konzentriert hätten. Das Ganze sei inzwischen professionalisiert. Berlin habe mit etwa 3 % die höchste Rate an außerklinischen Geburten aufgewiesen, bundesweit habe sie ansonsten bei etwa 1 % gelegen (Vetter 2005, S. 26).

Im Zuge der aufgezeigten Entwicklungen kann geschlussfolgert werden, dass durch die Folgewirkungen der Entwicklung einer männlich, ärztlich und staatlich dominierten Geburtsmedizin und der damit einhergehenden Zerstörung der organischen Einheit von Mutter und Kind, ihrer geburtlichen Selbstbestimmung und Tätigkeit sowie der Ablösung und Trennung der Helfer von den Geholfenen ein Boden für Gewalt bereitet war, der Ergebnis einer kulturell/gesellschaftlichen Entwicklung ist und nicht in erster Linie ein tragisches Fehlverhalten Einzelner.

Eldering führt weiter aus, dass schließlich und erst durch die Ideen beispielsweise von Leboyer und Odent in den 1970er und 1980er Jahren ein Infragestellen geburtshilflicher Praxis und ein radikales Umdenken eingesetzt habe. Geburtshilfliche Routinen seien auf den Prüfstand gekommen (AKF e.V. 2014, S. 11). Hassauer berichtet, dass Geburtshelfer die Frage aufgeworfen hätten, ob es denn richtig sei, Mutter und Kind nach der Geburt zu trennen und den Vater vom Geburtsvorgang auszuschließen. Psychologen und Psychohygieniker hätten auf die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen. Zudem sei man auf das Seelenwesen auch des Kindes, des

Neugeborenen, aufmerksam geworden.

So habe Ende 1969 das erste Krankenhaus in Deutschland (Gemeinnütziges Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke / Ruhr) auf der gesamten geburtshilflichen Abteilung die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind eingeführt. Aus dem angelsächsischen Sprachgebrauch sei hierfür die Bezeichnung Rooming-in übernommen worden. Die Mehrzahl der Kliniken habe sich jedoch ablehnend verhalten und den Ansatz als hygienisch unmöglich erachtet. Während des Geburtenrückgangs der 60er und 70er Jahre hätte insbesondere bei jungen Leuten eine allgemeine Abkehr von den geburtshilflichen Abteilungen ohne Rooming-in eingesetzt. Allein aus diesem Grund hätten die meisten Kliniken schließlich nachgezogen und ohne echte Überzeugung ebenfalls Rooming-in eingeführt (Hassauer 1988, S. 14).

Mergeay weist explizit auf den Beitrag der Frauenbewegung in dieser Zeit hin. Das Recht der Frau, der Begriff „selbstbestimmt“ sei vor allem Ausdruck des Protests gegen damalige ärztliche Interventionen, die als Fremdbestimmung empfunden wurden, gewesen. Es habe eine Umgestaltung der Kreißsäle, eine teilweise Wiederbelebung der Hausgeburt, eine abgeschwächte Hierarchie zwischen Ärzten und Ärztinnen sowie Hebammen, eine selbstverständliche Anwesenheit der Väter und eine familiengerechtere Wochenbettpflege eingesetzt. Doch unter dem Banner der Selbstbestimmung habe paradoxerweise auch eine invasive Medikalisierung und Pathologisierung in das gesamte Geburtsgeschehen Einzug gehalten (AKF e.V. 2014, S. 7).

Hassauer stimmt überein, dass sich an der Vorherrschaft der Technik in den Kreißsälen in jener Zeit nichts verändert habe. Im Gegenteil habe man für einen zügigeren und reibungsloseren Organisationsablauf im Kreißsaal, der ja auch finanziell rentabel sein sollte, den letzten Rest eines Verständnisses für das Seelenwesen des Kindes geopfert und es unter Einsatz medikamentöser Maßnahmen und innerhalb kurzer Zeit auf die Welt zu kommen (Hassauer 1988, S. 15). Bengel, Strittmatter und Willmann berichten aus anderer Warte, dass in den 1970er Jahren auch schon Kritik am biomedizinischen Krankheitsmodell laut geworden sei und zu heftigen Debatten geführt habe. Der Sozialmediziner Engel (1979) habe dem genannten Modell ein erweitertes, biopsychosoziales Modell gegenübergestellt, in dem sowohl somatische (körperliche) als auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen worden seien. Mit der Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische Bedingungsfaktoren sei jedoch nicht immer eine grundsätzliche Neuorientierung in der Auseinandersetzung mit Gesundheit verbunden gewesen. Oft hätten sich die Formulierungen biopsychosozialer Modelle ebenfalls an einem Defizitmodell des Menschen orientiert (Bengel, Strittmatter, Willmann 2001, S. 17 f.).

Chalmers fügt an, dass die Vereinten Nationen 1979 zum Internationalen Jahr des

Kindes erklärt hatten. Daraufhin sei vom Regionalkomitee für Europa Besorgnis über eine Reihe von Themen geäußert worden. Dazu habe der Einsatz einer schnell wachsenden Technologie bei Geburten und die damit verbundenen steigenden Kosten gehört. Weiterhin die bereits in den 1970er Jahren erfolgte Verdoppelung oder gar Verdreifachung der Kaiserschnitttrate gekoppelt mit der Frage, ob dies mit dem zunehmenden Einsatz der elektronischen fetalen Herzfrequenzmessung zusammenhängt. Außerdem die zunehmenden Forderungen von Frauengruppen, dass Frauen die Kontrolle über ihre Geburtserfahrungen wiedererlangen.

Im Ergebnis dieser Debatte sei die Entscheidung der WHO gefallen, perinatale Dienste zu erforschen und Empfehlungen für eine geeignete Technologie zu entwickeln (Chalmers 1992).

### **2.1.3. Status Quo der klinischen Geburtshilfe**

Nachdem in den vorangegangenen Unterkapiteln die historische Entwicklung aufgezeigt wurde, soll im vorliegenden Kapitel ein Zustandsbericht der klinischen Geburtshilfe gegeben werden.

Januar 2021 trat die „S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin“ in Deutschland in Kraft und stellt einen bedeutsamen salutogen erneuernden Denkanstoß für die klinische Geburtshilfe dar. Laut der gemeinsamen Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) liegt deren Ziel in der Zusammenfassung der aktuell vorliegenden Wissensgrundlagen über die vaginale Geburt am Termin. Dies ist u.a. mit der Hoffnung verbunden, dass der bislang verbreitete, oftmals routinemäßige, Einsatz von geburtshilflichen Interventionen, deren Nutzen nicht nachgewiesen ist, eine Regulation erfährt. Dabei ist anzumerken, dass Leitlinien für Ärzte rechtlich nicht bindend sind (DGGG e.V. 2021).

In diesem Zusammenhang nutzte die Verfasserin während ihrer Teilnahme am Online-Symposium „Selbstbestimmte gewaltfreie Geburten“ der Internationalen Studiengesellschaft für Prä- und Perinatale Psychologie und Medizin e.V. (ISPPM e.V.) am 7.11.2021 die Gelegenheit, den Fachkräften des Podiums die Frage zu stellen, ob es bereits Beobachtungen gibt, dass in Folge der S3-Leitlinie Vaginale Geburt in der klinischen Geburtshilfe Veränderungen eingetreten sind. Darauf antwortete Prof. Dr. Hildebrandt, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Lehrer für Hebammenkunde an der Hochschule Fulda, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt davon noch nichts zu bemerken sei. Er führte aus, dass die Leitlinie eine neue Denkwelt darstelle, die erst einmal auf „größte Zurückhaltung“, d.h. auf Widerstände nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Hebammen stoße (Hildebrandt 7.11.2021). Franke äußert ähnlich,

dass im Hinblick auf die Implementierung der Leitlinie sicher weiterhin mit etlichen Widerständen zu rechnen sei (Franke 2021, S. 53).

Aus diesem Grund wird die Leitlinie, bis zu einer genaueren Darlegung unter Punkt 2.4.2.3., in dem vorliegenden Kapitel noch nicht einbezogen.

Eine wichtige grundlegende Information zum Status Quo der klinischen Geburtshilfe stellt das Verhältnis von Klinikgeburten zu außerklinischen Geburten dar, das über die letzten zwei Jahrzehnte nur geringfügige Verschiebungen zeigt.

Die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. gibt hierzu die nachfolgend genannten Zahlen an:

Tabelle 2.1. Geburten Deutschland 2001, 2010 und 2020 (QUAG e.V.)

<b>Jahr</b>	<b>Geborene Kinder in Deutschland</b>	<b>Außerklinische Geburten<sup>3</sup></b>
2001	737 360	8 266 (1,12 %)
2010	680 413	9 045 (1,33 %)
2020	776 306	13 969 (1,80 %)

Berlin stellte 2020 mit einem Anteil von 2,88 % außerklinische Geburten in Bezug auf die Gesamtgeburtenszahl die Obergrenze und Sachsen-Anhalt mit 0,75 % die Untergrenze der deutschen Bundesländer (Quag e.V.).

Der Anteil der außerklinischen Geburten ist von 2001 bis 2020 um über 50 % angestiegen. Auch wenn der Anteil der außerklinischen Geburten mit 1,8 % noch immer gering ist, scheint ein gewisser Vertrauensverlust in die klinische Geburtshilfe deutlich.

Mergeay kommentiert, dass sich mit der Entwicklung der Selbstverständlichkeit der Krankenhausgeburt innerhalb der letzten sechzig Jahre ein pathogenetisches Verständnis der Geburt etabliert habe. Die Geburt werde im aktuellen medizinischen Kontext zunehmend als risikoreicher aber planbarer „Herstellungsvorgang“ betrachtet, der engmaschig zu kontrollieren sei. Im Kontrast dazu stehe eine Betrachtung der Geburt als schöpferischer Naturprozess, den Mutter und Kind in sich und mit sich aktiv geschehen lassen (AKF e.V. 2014, S. 6).

---

<sup>3</sup> Die Angabe „Geborene Kinder in Deutschland“ schließt neben den außerklinischen Geburten Zwillinge/Mehrlinge und Totgeburten mit ein (QUAG e.V.). Die Zahl der außerklinischen Geburten erfasst die Geburten in Geburtshäusern, Hebammenpraxen und Entbindungsheimen unter Hebammenbegleitung, die außerklinische Geburten durchführen (QUAG e.V. 2021, S. 5).

An dieser Stelle ist die ebenfalls ausdrücklich risikoorientierte Schwangerschafts-Vorsorge zu erwähnen, die – wie Vogel darstellt - oftmals schon eine Verunsicherung der Eltern in der Schwangerschaft verursache (Vogel in Hildebrandt, Blazy, Schacht et al. 2016, S. 96). Wense und Bindt legen dar, dass in Folge des umfangreichen Katalogs einzelner Risiken, die im Mutterpass aufgeführt werden, je nach Untersuchung eine Einstufung zwischen 35 % und deutlich über 50 % aller Schwangeren als Risikoschwangerschaften erfolge. Dem gegenüber stehe eine Zahl von mehr als 90 % gesund und am Termin geborener Kinder, so dass die Einstufung als Risikoschwangerschaft zum Teil als unzulässige Stigmatisierung kritisiert wird (Wense, Bindt 2021, S. 27).

Die im Kern bedeutsamste Konsequenz der Auffassung des Geburtsablaufs als einem pathogenetischen und risikoreichen Geschehen, das rundum abgesichert werden müsse, arbeitete Schwarz 2008 unter Nutzung der Perinatalerhebung Niedersachsen von 1984 bis 1999 heraus. Sie fand eine kontinuierliche Zunahme der Interventionsraten und wies nach, dass geburtsmedizinische Interventionen immer häufiger zum Einsatz kommen und damit immer üblicher und selbstverständlicher werden. Dabei sei die höhere Zuwachsrate ebenfalls in der Gruppe der low-risk Schwangeren festzustellen, was bestätige, dass auch gesunde Frauen mit geringem Risiko von der allgemeinen Zunahme der Interventionsraten verstärkt betroffen sind. Sie wertet dies als ein klares Zeichen für die Überversorgung einer Gruppe, von der anzunehmen sei, dass sie einerseits am geringsten von Interventionen profitiere, andererseits jedoch von deren iatrogenen Folgen betroffen ist (Schwarz 2008, S. 164). Die Gruppe der Frauen, die ihr Kind ohne eine der in der Perinatalerhebung erfassten invasiven Interventionen zur Welt gebracht hat, sei im beobachteten Zeitraum immer kleiner geworden und habe 1999 nur noch 6,7 % betragen.

Insgesamt habe sich der Trend zu höheren Interventionsraten bei Sectio (Kaiserschnitt) und Periduralanästhesie (PDA) in den vergangenen Jahren noch weiter fortgesetzt. Die Raten von Geburtseinleitung und Wehenmittel-Gabe sei jedoch unverändert hoch geblieben (ebd., S. 165). In die Betrachtung einbezogen wurde die Kardiotokografie (Herzfrequenz-Wehen-Schreibung, CTG), die Fetalblutanalyse, medikamentöse Wehenförderung (Geburtseinleitung), die Schmerzbehandlung durch PDA, die Episiotomie (Dammschnitt), die vaginal-operative Geburtsbeendigung (Forzepsextraktion/Zange und Vakuumextraktion/Saugglocke) und der Kaiserschnitt. Weitere Interventionen, die nach Schwarz einen weiteren Eingriff in den physiologischen Ablauf einer Geburt bedeuten, wurden ausgelassen, weil sie in der verwendeten Perinatalerhebung (Niedersachsen) nicht erfasst waren. Hierzu zählt die Autorin die Rasur der Schambehaarung, Einlauf oder Klysma, Beschränkung der

Bewegungsfreiheit, venöser Zugang mittels einer Verweilkanüle, Nahrungskarenz, Infusion von Flüssigkeit zur Volumensubstitution bzw. parenterale Ernährung (ohne Zusatz von Medikamenten), vaginale Untersuchungen in regelmäßigen Abständen, Anleitung zum forcierten Pressen, Kristeller-Handgriff, Katheterismus, aktive Ausstoßung der Plazenta durch Wehenmittel und kontrollierter Zug an der Nabelschnur (ebd., S. 62 – 87).

Daran anknüpfend stellen sowohl Schwarz als auch Hildebrandt ein weiteres grundlegendes Charakteristikum der klinischen Geburtshilfe heraus, nämlich dass das Paradigma der Evidenz-basierten Medizin unzureichend umgesetzt werde (Schwarz 2008, S. 54; Hildebrand 2021, S. 15). Hildebrand und Tew fügen zudem an, dass das gesamte Denkgebäude der Geburtsmedizin bislang auf quantitativen Studien aufbaue, deren Bias oft keine Beachtung finde (Hildebrandt 2021, S. 15; Tew 2012, S. 502).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden in diesem Zusammenhang auszugsweise und als Beispiel die Geburtseinleitung, das CTG und die Gebärlage beschrieben.

#### Geburtseinleitung

Bezüglich der Geburtseinleitung bekunden Rath und Zahradnik bereits 2004, dass – obschon diese eine der häufigsten geburtshilflich indizierten Maßnahmen darstelle – deren Indikationen und Methoden nur unzureichend durch evidenz-basierte medizinisch validierte Daten abgesichert seien (Rath, Zahradnik 2004, S. 245). Gemäß Untersuchungsergebnissen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) lag der Durchschnitt des Einsatzes von Geburtseinleitungen in Bezug auf alle Geburten in Deutschland 2018 bei 21,47 % und 2019 bei 21,90 % (IQTIG 2020, S. 53).

Hildebrandt betitelt die Geburtseinleitung als „*weit verbreitete Routine*“, die eine Begrenzung der individuellen intrauterinen Lebenszeit des Kindes oft ohne Not bedeute (Hildebrandt 2021, S. 15).

#### Kardiotokografie

Im Hinblick auf das CTG gibt Schwarz an, dass die kontinuierliche Elektrokardiotokografie-Registrierung in den 1970er Jahren trotz fehlender wissenschaftlicher Untersuchungen zum Standard wurde und seit vielen Jahren bei nahezu allen Geburten zur Überwachung eingesetzt werde, zumeist als externes CTG (Schwarz 2008, S. 60). Dabei habe es sich als diagnostischer Test als nicht geeignet erwiesen. Es weise zuverlässiger auf ein gut versorgtes als auf ein gefährdetes Kind hin (ebd., S. 62). Lütje schreibt 2019, dass das CTG zudem eine tückische Technologie sei, die wahrscheinlich 30 % Falschaufzeichnungen zeuge. Darüber hinaus würden fehlende

profunde Interpretationskenntnisse der Anwender für unnötige Kaiserschnitte sorgen. In jedem vierten Fall seien schlechte Herztöne der Grund für eine Kaiserschnittentbindung (Mother Hood e.V.).

In der Tat beläuft sich das „*pathologische CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne*“ im Rahmen einer Listung von 39 Hauptindikationen für die Notsectio bei Einlingen in 2019 auf den mit Abstand höchsten Prozentsatz von 62,94 %. Daneben gibt es nur noch einen weiteren zweistelligen Wert: 10,30 % bei „*vorzeitige Plazentaablösung*“. Alle anderen liegen weit darunter, d.h. deutlich unter der Zweiprozentmarke (IQTIG 2020, S. 58). Trotz der eingeschränkten diagnostischen Wertigkeit wird zudem bei 95,73 % aller Kinder ein Aufnahme-CTG angefertigt (ebd., S. 64).

### Gebärposition

Eine weitere mit erheblichen Nachteilen verbundene Prozedur liegt nach Tew in der verbreiteten horizontalen Gebärposition. Tew schildert, dass die meisten Frauenärzte im 20sten Jahrhundert die horizontale Lage weltweit durchgesetzt hätten, obschon über die Gefahren der Rückenlage zur Geburt in den USA bereits in den 1880er Jahren geschrieben worden sei. Als den Frauen schließlich zugestanden wurde, andere Körperpositionen einzunehmen (nur bei Überwachung durch die Hebamme), sei dies weniger als Reaktion auf wissenschaftliche Erkenntnisse als vielmehr zur Befriedigung eines Kundenwunsches geschehen (Tew 2012, S. 502). Nach Franke ist in den vergangenen Jahren der tatsächliche Anteil von aufrechten Gebärpositionen in den Kliniken nicht gestiegen und liege weiterhin bei annähernd 80 % (Franke 2018, S. 29).

Enßle-Kasthuber hat die Thematik aus Hebammensicht untersucht, betitelt mit: „Gebärpositionen – Einflussfaktoren auf die Anleitung der Gebärenden“.

Dazu wertete sie 12 Studien aus. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen beim Gebären instinktiv aufrechte und nach vorne gelehnte Positionen einnehmen, wobei Frauen, die sich mit der Geburt beschäftigt und Vertrauen in ihren Körper hatten, mehr Impulse für unterschiedliche Gebärpositionen zu zeigen schienen. Als größtes Hindernis für das Einnehmen einer aufrechten Geburtshaltung würden Einschränkungen durch Interventionen wie CTG und vaginale Untersuchungen gelten (Enßle-Kasthuber 2019, S. 27). Franke ergänzt, dass eine Infusion ähnlich störend wie ein CTG-Kabel wirke, da die Frau sich darin verheddern oder es herausreißen könnte, wenn sie sich ungehemmt bewegen würde (Franke 2018, S. 31).

Enßle-Kasthuber setzt fort, dass zunehmende Medikalisierung der Geburtshilfe, hierarchische Strukturen und zu viele administrative Aufgaben die Betreuungsleistung der Hebammen beeinflussen (Enßle-Kasthuber 2019, S. 26). Franke bestätigt, dass Hebammen im Rahmen ihrer Fortbildungen immer wieder berichten, dass

sie aufgrund der schlechten Personalschlüssel im Kreißsaal mehrere Gebärende gleichzeitig zu betreuen und zeitgleich noch weitere Aufgaben in der Ambulanz oder Schwangerenstation zu erledigen hätten. So seien sie nicht in der Lage, den Gebärenden die nötige Unterstützung zu geben. Darüber hinaus fördere die fehlende Zeit für die einzelne Frau beispielsweise lange Liegezeiten am CTG, die Gabe von Schmerzmitteln und Periduralanästhesien, was wiederum die Bewegungsfreiheit der Frauen einschränke (Franke 2018, S. 28).

Emerson erklärt die Nachteile der Rückenlage und Steinschnittlage als Gebärposition wie folgt: Die Beckenöffnung verenge sich, was das Hinabgleiten des Kindes behindere, wodurch sich der Geburtsverlauf verlängere. Es entstehe unnötiger Druck und Schmerz für Mutter und Kind, was u.U. Schmerz- und Narkosemittel erforderlich mache, und die Wahrscheinlichkeit für den Einsatz von Zange oder Saugglocke erhöhe. Blutgefäße würden zusammengedrückt, was ein kindliches Risiko für Sauerstoffmangel und Gehirnschäden bedeute. Der übermäßige Druck auf Dammgewebe und Beckenboden erhöhe die Wahrscheinlichkeit eines Dammschnitts (Emerson 2020, S. 15 f.).

Enßle-Kastenhuber fasst die Ergebnisse des Cochrane Review von Gupta et al. (2017) zu den Effekten von aufrechten Gebärpositionen bei Frauen ohne PDA in der Austreibungsperiode zusammen. Die Vorteile hätten sich in einer kürzeren Dauer der Austreibungsphase; verminderten Schmerzen bei der Gebärenden und weniger Schmerzmittelgaben; weniger vaginal-operative Entbindungen; weniger Episiotomien (Dammschnitte, Anm. der Verfasserin) und weniger abnormale Herztonmuster beim Fetus gezeigt. Dies müsse allerdings noch weitergehend erforscht werden (Enßle-Kastenhuber 2019, S. 23).

Dziedzic und Renköwitz vermitteln die Vorteile der aufrechten Gebärhaltung unter der Geburt anschaulich: *„In der Eröffnungsphase bewirkt sie eine bessere Anpassung des kindlichen Kopfes an den Beckeneingang, (...). Positive Auswirkungen der Schwerkraft sind eine Verstärkung der Wehenwirksamkeit. (...). In der Austreibungsphase bewirkt die aufrechte Haltung eine Erweiterung des Beckenausgangs um 1,5 cm. (...). Der Kopf (...) rutscht nicht mehr zurück. (...). Die Frau findet in der vertikalen Haltung die Richtung ihrer Kraft besser (...). Die Druckverteilung auf den Beckenboden ist gleichmäßiger, (...). (...) ist auch der Beckenboden entspannter als in der Rückenlage, (...). Insgesamt ist die Austreibungsphase erheblich verkürzt. (...) Das Zwerchfell kann ebenfalls besser mithelfen, das Kind hinauszuschieben. Die Atmung ist ein wesentlicher Faktor, der von der Körperhaltung beeinflusst wird. (...) größeres Atemvolumen und größere Atemreserven. (...). (...) bewirkt ebenfalls eine bessere Blutversorgung. (...). Nach der Geburt beobachtet man eine schnellere Lösung der*

*Plazenta. Die aufrechte Haltung bewirkt im Körper eine Grundspannung der Muskeln, die in Handlungsbereitschaft versetzt. So bedeutet, aufrecht zu sein, aktiv zu sein. Die geistige Haltung, die mit der aufrechten körperlichen verbunden ist, zieht eine aktive Geburtsarbeit der Frau nach sich. Die Gebärende befindet sich auf gleicher Ebene wie die Geburtshelfenden, wodurch sie sich nicht so leicht unterlegen oder ausgeliefert fühlt. (...) es ergibt sich selbstverständlicher aus der aufrechten Haltung, ihr Kind selber aufzunehmen und an die Brust zu legen. Das Erlebnis der Geburt wirkt weiter im Leben der Frau und auch auf das Selbstwertgefühl des Mutterseins. Eine Frau, die in Rückenlage ihr Kind bekommen hat, sagt eher „Die Hebamme X hat mich entbunden“ (...) „Der Arzt X hat mich entbunden“ als „Ich habe mein Kind zur Welt gebracht“ oder „Ich habe geboren“ (Dziedzic, Renkowitz in Metz-Becker 1999, S. 65 ff).*

### Interventionskaskade

Taschner und Basters-Hoffmann machen deutlich, dass die medizinischen Eingriffe, die Frauen mit einem niedrigen Risiko für Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt erleben, häufig weitere medizinische Maßnahmen nach sich ziehen, wodurch eine „Interventionskaskade“ in Gang gesetzt werde. Am Ende stünden dann oftmals Sectiones oder andere operative Methoden, was darauf abziele, die Geburt zu einem raschen Abschluss zu bringen. Frauen, die derartige Geburten erlebt hätten, würden häufig unter psychischen Folgen leiden und das Geschehen würde sich ungünstig auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken (Taschner, Basters-Hoffmann 2014, S. 158).

Die Professorin Dr. Rainhild Schäfers für Hebammenkunde von der Hochschule für Gesundheit (Bochum) äußert in einem Interview: *„Da weiß man mittlerweile, dass die Frauen, die ein Aufnahme CTG bekommen haben, zum späteren Zeitpunkt ein deutlich höheres Risiko haben, einen Kaiserschnitt zu erleiden oder Wehenmittel zu erleiden, d.h. dass man mit einer Intervention, die direkt schon zu Beginn der Geburt stattfindet man eigentlich eine Interventionskaskade in Gang setzt, die wir uns so natürlich nicht wünschen“* (You tube c;x Interview transkribiert von der Verfasserin).

Emerson äußert gleichsam, dass geburtshilfliche Eingriffe weitere geburtshilfliche Eingriffe erzeugen würden. Er nennt ein Beispiel: *„Wenn eine Blasensprengung erfolgt, so wird die Geburt zu einem Wettlauf mit der Zeit, da das schützende Fruchtwasser abfließt und die Gefahr einer Infektion höher ist. Deshalb werden in diesem Fall eine elektronische Überwachung des Babys sowie eine Einleitung durchgeführt, um den Geburtsverlauf zu überwachen und zu beschleunigen und häufig endet die Geburt als Kaiserschnitt“* (Emerson 2020, S. 38).

Nach den Angaben der Bundesauswertung zur Geburtshilfe im Erfassungsjahr 2019

betrug die Rate für Spontangeburt 61,19 %, die Kaiserschnitttrate 31,66 %, die Rate für vaginal operativ entbundene Kinder 6,90 % und Sonstige 0,25 % (IQTIG 2020, S. 53). Der Anteil der primären, d.h. geplanten Kaiserschnitte wird auf eine Gesamtzahl von 231 746 Kaiserschnitten mit 97 146 angegeben (ebd., S. 62 f.).

### Kaiserschnitttrate

Die Entwicklung der Kaiserschnitttrate in Deutschland stieg von 18,1 % in 1997 schrittweise und kontinuierlich auf 30,3 % in 2009 an (Statista 2014). Seitdem bewegte sich die Rate leicht überhalb von 30 %, sank 2018 auf 29,1 % ab und lag 2019 bei 29,6 % (Destatis a). Kuhn merkt an, dass Deutschland deutlich über dem Durchschnitt vieler EU-Länder liege (Kuhn 2021, S. 23).

Zeitgleich zeigt die Entwicklung des Einsatzes von Zangengeburt in deutschen Krankenhäusern von 2004 bis 2019 – zwei geringgradige Erhöhungen in 2013 (auf 3324) und in 2018 (auf 2938) ausgenommen – einen steten Rückgang von in 2004 7142 zu 2141 in 2019 (Statista b). Rockenschaub merkt dazu an, dass der Einsatz der Zange im Zuge des Schnittentbindungsbooms in den Hintergrund getreten sei (Rockenschaub 2005 b, S. 30).

Die einzelnen Krankenhäuser in Deutschland weisen Unterschiede in den Kaiserschnitttraten auf. Eine Vorstellung dazu vermittelt die interaktive Karte „Kaiserschnitttrate in deiner Region suchen“ auf der Internetseite von Mother Hood e.V. (Mother Hood e.V.). Hierzu wurden als Datengrundlage die Zahlen verwandt, welche von dem Verband der Ersatzkassen e.V. seit 2017 aus den Qualitätsberichten der Kliniken gezogen und im Suchportal für Kliniken in Deutschland mit Qualitätsbericht und Klinikvergleich (vdek-Kliniklotse) veröffentlicht werden (Mother Hood e.V.). Die Qualitätsberichte wurden entsprechend den gültigen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erstellt. Bei den vorliegenden Daten wurden die aus 2018 bevorzugt, da die Angaben im Berichtsjahr 2019 in Folge der Covid-19-Pandemie nicht vollständig und somit nur eingeschränkt nutzbar gewesen seien (vdek-Kliniklotse).

Nach Auszählung der Verfasserin weisen landesweit fünf Krankenhäuser eine Kaiserschnitttrate von weniger als 15 % auf; 35 liegen zwischen 15 % und 20 %; 274 zwischen 20 % und 30 %; 291 zwischen 30 % und 40 %; 41 zwischen 40 % und 50 %; fünf Krankenhäuser übersteigen 50 %; zu einem Krankenhaus liegen keine Angaben vor und 63 Krankenhäuser sind geschlossen worden (Mother Hood e.V.). Dabei muss berücksichtigt werden, dass beispielsweise Universitätskliniken, die für Problemfälle besonders gut ausgestattet sind, auch verstärkt problematische Geburten versorgen, wodurch sich deren Kaiserschnitttrate erhöht.

Lütje weist darauf hin, dass die Kaiserschnitttrate abhängig von der jeweiligen fachlichen Zusammensetzung des ärztlichen Teams differiere (AKF e.V. 2014, S. 21).

Kolip, Nolting und Zieh merken an, dass der Entscheidungsspielraum bei relativen Indikationen regional unterschiedlich bewertet werde und die geburtshilflichen Vorgehensweisen deswegen stark variieren (Kolip, Nolting, Zieh 2012, S. 81). In der Kurzfassung der Leitlinie „Die Sectio caesarea“ vom Juni 2020 wird inzwischen ausgewiesen, dass als gesicherte Erkenntnis gelte, *„dass eine Sectiorate über 15 Prozent keinen günstigen Einfluss auf die mütterliche und neonatale Morbidität und Mortalität hat und deshalb gut medizinisch begründet werden sollte“* (AWMF 2020, S. 15).

Lütje hebt positiv hervor, dass das Thema Sectio in Deutschland inzwischen immerhin aktiv diskutiert werde. Die hohe Kaiserschnitttrate sei als *„enorme Verbreitung der nicht natürlichen Geburt“* zu lange fast widerspruchslos hingenommen worden. Dabei gehe der Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe jedoch bereits sowohl mit einem Erfahrungsverlust in der Medizin als auch mit einer abnehmenden Belastbarkeit der Schwangeren einher.

Er umfasst die Hauptgründe für den Kaiserschnitt wie folgt: *„Sie liegen im gesellschaftlichen Paradigmenwechsel zum Alles-ist-Machbaren, im Wissensverlust der Geburtshelfer und -helferinnen, im erdrückenden Haftpflichtproblem, in den fehlenden Leitlinien zu Kaiserschnittindikationen und in der personellen Ressourcenknappheit“* (AKF e.V. 2014, S. 20). Nicht zuletzt gelte in der modernen Kliniklogik *„Monetik vor Ethik“* – das werde schon in der doppelt so hohen Sectiorate bei Privatpatientinnen ersichtlich (ebd., S. 21).

Das erdrückende Haftpflichtproblem betrifft nach Angabe der GDV die deutschen Versicherer, stark gestiegene Kosten für Geburtsschäden, was sich auf höhere Kosten für Behandlung und Pflege, auf die gestiegene Lebenserwartung durch medizinischen Fortschritt, den höheren Erwerbsausfall des geschädigten Kindes und auf die häufigere Regressforderung von Sozialversicherungsträgern gründe (GDV). Hirschmüller erklärt, dass es derzeit drei Problemfelder im Bereich der Berufshaftpflichtversicherung für Geburtshelfer und -helferinnen gebe: *„Die steigenden Prämien für Ärzte und Ärztinnen, Kliniken und Hebammen, der Rückzug der Versicherer und die Bedrohung durch die Privathaftung auch noch nach Jahren. (...)“* (AKF e.V. 2014, S. 18). Aussagen von 26 Fachkräften und -einrichtungen aus der geburtshilflichen Praxis, die vom AKF e.V. 2012/2013 im Rahmen einer Online-Umfrage zu den hohen Sectioraten erhoben wurden, bestätigten bereits zu diesem Zeitpunkt die zunehmende Angst der Fachkräfte vor juristischen Konsequenzen (AKF e.V. 2013, S. 8).

Dazu tritt nach Merz die sich gleichzeitig vollziehende Konzentration der geburtshilflichen Versorgung, wodurch alleine im Zeitraum 1991 bis 2015 40,2 % der geburtshilflichen Einrichtungen in Krankenhäusern geschlossen wurden. Hinzu komme der steigende finanzielle Druck in der klinischen und außerklinischen Geburtshilfe. So

würden laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) rund 60 % der geburtshilflichen Abteilungen nicht kostendeckend arbeiten. Zusätzlich sei für die außerklinische Geburtshilfe der Kostendruck mit der Anhebung der Haftpflichtversicherungsprämien stark gestiegen (Merz 2020 b, S. 13).

Im Rahmen der genannten Umfrage des AKF e.V. 2012/2013 bringen (Chef-)Ärztinnen zum Ausdruck, dass sich im Zuge der Haftpflichtproblematik eine Defensivmedizin entwickelt habe, während zeitgleich die Klagebereitschaft der Eltern zunehme. Weiterhin bestätigen sie die mangelnde Erfahrung von jungen Geburtshelfern in vaginaler Entbindungstechnik und mit spontanen Geburtsverläufen. Hebammen ergänzen im Rahmen der Umfrage dazu bestehende Angst und Unwissenheit der Mediziner bzgl. Vaginalgeburt und fehlendes Verständnis der Physiologie der Geburt. Sowohl von Ärztinnen als auch von Hebammen wird die Risikoorientierung in der Geburtshilfe und die Risikobetonung in der Schwangerschaftsvorsorge; fragwürdige Leitlinien; zu weit gefasste Indikationsstellungen zur Sectio; das Problem, dass Sectio zu Re-Sectio führe; die Planbarkeit der Sectio; falsche Aufklärung über Vor- und Nachteile von Vaginalgeburt/Sectio; unzureichende Aufklärung zu Risiken des Kaiserschnitts und dass dieser finanziell (und zeitlich) lukrativer, die Vaginalgeburt dagegen finanziell zu gering honoriert werde, genannt (AKF e.V. 2013, S. 8).

#### Verdrängung der physiologischen Geburt

Duden äußerte bereits 1998 die Befürchtung, dass mit der gründlichen Medikalisierung, Hospitalisierung und Technisierung der Geburt das, was Geburt gewesen ist, beseitigt werde und aus dem kollektiven Gedächtnis verschwinde (Duden in Schlumbohm u.a. 1998, S. 149). Den Grund sieht sie darin, dass es bislang unterlassen worden sei, die bewusstseinsschaffende Funktion der „*neuen perinatalen Rituale*“ zu untersuchen (ebd., S. 150). Die Besonderheit der traditionellen Entbindung als ritueller Vorgang sei nur selten zur Sprache gekommen. Dabei befinde sich die bedeutungsschaffende Funktion der somatischen/körperlichen Interaktion zwischen Gebärender und ihrer Gehilfin (Anmerkung der Verfasserin: Geburtsbegleiterin, Hebamme) im Zentrum. Zum anderen habe sich die Forschung kaum mit der „*zeitgenössischen technischen Liturgie*“ beschäftigt. Duden beschreibt ihren Eindruck, dass jedes scheinbar risikomindernde Verfahren (z.B. CTG, Wehentropf, Dammschnitt) – ganz abgesehen von seiner technischen Wirksamkeit - Ängste, Mythen und Zwangshandlungen schaffe. Auf diese Weise entstehe eine Haltung, eine Glaubensform. Diese verenge das Verständnis der Geburt auf das mit ihr verbundene Risiko, mache die Schwangere mitverantwortlich und damit ihre Teilnahme an diesen Zeremonien zur Verpflichtung (ebd., S. 151).

Nicht unähnlich stellt Mergeay dar, dass der Begriff „Selbstbestimmung“ heute zu

einem Bumerang geworden sei. Der illusorische Wunsch nach Machbarkeit werde mit Kontrolle, Überwachung und Fixierung auf abstrakte Berechnung von Risiken bedient und die Schwangere ständig aufgefordert, sich „selbstbestimmt“ für oder gegen mögliche Maßnahmen zu entscheiden. Ein Horizont unzähliger Risiken mache aus ihrer Zeit der „guten Hoffnung“ einen Hindernislauf der Ängste, der nicht selten dazu führe, dass sie „freiwillig“ die Hoheit über ihre Gebärfähigkeit an die Anästhesie und die Chirurgie delegiere (AKF e.V. 2014, S. 8). Es dürfe nicht verwundern, wenn sich Schwangere mit einer „Leistungsanforderung“ konfrontiert sähen, die sie mit ihrer Leiblichkeit allein nicht zu schaffen können glauben (ebd., S. 6).

Haucke und Dippong kommen im Zuge ihrer Arbeit „Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin“ zu dem Ergebnis, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil geburtsmedizinischer Interventionen ethisch weder durch eine Pathologie noch durch das Prinzip der Selbstbestimmung gedeckt sei. Angesichts der empirischen Befunde könne geschlussfolgert werden, dass die wesentlichen Leitlinien ärztlichen Handelns – Nichtschaden, Gerechtigkeit, Autonomie – in der derzeitigen geburtsmedizinischen Praxis nur unzureichend beachtet werden (Haucke, Dippong 2011, S. 45).

Aus der bereits genannten Online-Umfrage des AKF e.V. 2012/2013 sind in diesem Zusammenhang weitere Aussagen der Teilnehmenden aufschlussreich. Im Ergebnis der Auswertung wird von Hebammenseite hervorgehoben, dass das Vertrauen in die Gebärfähigkeit der Frau allseits verloren gegangen sei. Die befragten (Chef-) Ärztinnen hätten angegeben, dass bei den Schwangeren (und werdenden Vätern) Angst vor Wehen, Angst vor Geburtsverletzungen mit Spätfolgen bei zeitgleich vorhandenem Anspruch / Sicherheitsbedürfnis auffalle. Daraus sei zu schließen, dass die Fähigkeit, Schmerzen als natürliches Phänomen hinzunehmen (Schmerzkultur) sowie die Fähigkeit zum intuitiven Gebären in unserer Kultur verloren gegangen sei (AKF e.V. 2013, S. 8).

Odent merkt an, dass verstehbar ist, dass nach Jahrtausenden kulturell kontrollierter Geburten, nach einem Jahrhundert der industrialisierten Geburtshilfe und einer neuen Vielfalt von „Methoden“ der Geburt (z.B. dem Kaiserschnitt, der für das Aufkommen einer gefahrlosen Technik als Alternative zur vaginalen Entbindung steht), die Physiologie der Geburt und die Grundbedürfnisse einer Frau in den Wehen in Vergessenheit geraten (Odent 2015, S. 26 f.).

Trotz alledem steht dem eine kleine Zahl anders lautender Angaben von Frauen gegenüber, die zu ihrer Entscheidungsmotivation für eine außerklinische Geburt befragt wurden. Das Ergebnis wurde im „Qualitätsbericht 2020 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“ veröffentlicht. Die Frauen hätten bezüglich ihrer Motivation mit 80,9 %, und somit an erster Stelle, das Bedürfnis nach Selbstbestimmung, mit 72,6 % den

kontinuierlichen Beistand einer vertrauten Hebamme und mit 72,8 % den Wunsch nach einer angenehmen/vertrauten Umgebung angegeben. 47,0 % hätten zudem den Aspekt Sicherheitsbedürfnis, den sie im außerklinischen Bereich eher erfüllt sähen und 48,1 % die Ermöglichung einer authentischen Geburtserfahrung genannt. Bei den Angaben waren Mehrfachnennungen möglich (QUAG e.V. 2021, S. 18). Diese Erkenntnisse beziehen sich auf die Grundgesamtheit von 16 202 außerklinisch begonnenen Geburten in Deutschland in 2020 (ebd., S. 5).

Auf dem Hintergrund jahrzehntelanger Erfahrung und Arbeit in der hebammen- und frauengeleiteten Geburtshilfe in den USA vermittelt Gaskin den Frauen Ermutigung und regt an, dass es lohnt, sich für die positiven Auswirkungen der Erfahrung der natürlichen Geburt auf das eigene Leben wieder zu interessieren. Sie sagt: *„Aus meiner Erfahrung als Hebamme kann ich sagen, dass der Körper einer Frau immer noch funktioniert. Nun haben Sie die Chance, sich altes Wissen wieder anzueignen und es all den bisherigen Informationen über die Geburt hinzuzufügen. Wo und auf welche Weise auch immer Sie gebären wollen, wird das Geburtserlebnis Ihre Gefühle, Ihre Denkweise, Ihren Körper und Ihre Seele für den Rest Ihres Lebens prägen“* (Gaskin 2015, S. 13).

## **2.2. Widrige Umstände in der klinischen Geburtshilfe**

Seit einigen Jahren mehrt sich Kritik an der Art der suboptimalen Handhabung von Geburtsabläufen und einem nicht hinreichend respektvollen mitmenschlichen Umgang in der klinischen Geburtshilfe.

Downe umfasst die Dynamik des bestehenden Dilemmas anschaulich: Schwangerschaft und Geburt als pathogen (oder „noch nicht pathogen“) zu sehen bedeute, dass eine auf Wohlbefinden und minimale Eingriffe basierende Versorgung nicht vorstellbar und somit nicht umsetzbar ist. Innerhalb des pathologischen Definitionsrahmens würden menschliche Beziehungen und einfache therapeutische Handlungen wie Berührung, Fürsorge, Mitgefühl und Engagement unsichtbar, unwichtig und ein Luxus, der neben der „echten“ Arbeit der Risikoidentifikation und Behandlung nicht zur Verfügung gestellt werden könne. Die Folge sei ein Zusammenbruch von zwischenmenschlichem Respekt und Engagement und im Extremfall Respektlosigkeit, Missbrauch und Gewalt zwischen Leistungserbringenden und Frauen sowie zwischen den verschiedenen Gruppen von Leistungserbringenden. Selbst dort, wo tatsächlicher körperlicher oder psychischer Missbrauch nicht offensichtlich sei, könne das Klima in den Organisationen dazu führen, dass Mitarbeitende ausbrennen und ihren Beruf aufgeben, oder es könne negative psychologische, emotionale und/oder physische

Folgen für Frauen und Babys (und für die begleitenden Angehörigen, die dies miterleben) zur Folge haben. Diese Art von Geburtshilfe verlaufe exakt in die Gegenrichtung zu neuen Forschungsergebnissen, die zeigen würden, dass eine auf Beziehung beruhende Betreuung viel wahrscheinlicher zu guten Gesundheits-Outcomes für Mutter und Kind führt (Downe in Meier Magistretti, Lindström, Eriksson 2019, S. 209 f.).

Nachfolgend werden Beispiele aus Literatur, Studien, Filmbeiträge und eine weltweite Aktion vorgestellt, die die widrigen, oft als Gewalt bezeichneten, Phänomene in der klinischen Geburtshilfe der Öffentlichkeit zugänglich machen. Die angegebenen Quellen präsentieren unterschiedliche Perspektiven und vermitteln zeitgleich Informationen zu der Thematik.

Im Hinblick auf den sprachlichen Umgang mit diesem Thema weist die Verfasserin in Anlehnung an Franke darauf hin, dass im weiteren Text auf den Gebrauch von Begriffen wie „Schuldige“ oder „Täter“ verzichtet wird und nur mehr neutral von Betreuenden die Rede sein wird. Der Begriff „erlebte Gewalt“ dient nach Franke als Ausdruck für das subjektive Empfinden einer Frau nach einem belastenden Ereignis. Dabei müsse es sich jedoch nicht unbedingt um einen tatsächlichen oder gar beabsichtigten Gewaltakt der Betreuenden handeln (Franke 2006, S. 8).

### Literatur

Das 2015 erschienene Buch von Mundlos „Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal“ erregte öffentliche Aufmerksamkeit. Mundlos dokumentiert Gewaltvorkommnisse unter der Geburt anhand von Erfahrungsberichten, zwölf von Müttern, sechs von Hebammen sowie werdenden Hebammen und dem Erfahrungsbericht eines Vaters (Mundlos 2015, S. 57 - 167).

Sie bezeichnet die unter der Geburt stattfindende Gewalt als *„eins der letzten großen Tabus in Deutschland (und in vielen anderen westlichen Ländern)“* (ebd., S. 15). Mundlos schreibt, dass sie mit ihrem Buch der Sprachlosigkeit ein Ende setzen wolle (ebd., S. 16). Eine Aufklärung im Vorfeld sei der erste Schritt, um diese Form von Gewalt zu verhindern (ebd., S. 22).

Sie trifft im Zuge ihrer Analyse der Situation die Unterscheidung zwischen psychischer und körperlicher Gewalt.

Erstere umfasse Handlungen gegenüber der Gebärenden wie Hinwegsetzen über die Rechte und Wünsche; Druck ausüben; zu etwas zwingen; Angst machen, um zu einem Eingriff zu überreden oder zu einer Handlung zu manipulieren; Machtmissbrauch des professionellen Personals; alleine lassen mit Sorgen und Fragen; Erpressungen und Drohungen; beleidigen, anschreien, auslachen, beschimpfen und sich mit Witzen

lustig machen; würdeloser oder respektloser Umgang; mangelnde Informationen und sogar Fehlinformationen erteilen; pietätloser Umgang mit Nabelschnur, Plazenta oder totgeborenen Kindern.

Zu körperlicher Gewalt unter der Geburt zählt sie unnötige körperliche Eingriffe, die nicht medizinisch indiziert sind; unnötig häufige oder/und grobe (schmerzhafte) Untersuchungen; Kristeller Handgriff; unnötiges Einleiten der Geburt; unnötig große Schnittführungen; zu enges Vernähen nach einem Schnitt; Herausziehen/-reißen der Plazenta sowie unnötiges Hindern an Bewegungsfreiheit und Festhalten/-schnallen. Daneben benennt sie drei weitere unnötige Interventionen, die nicht direkt schmerzhaft sind, jedoch durchaus schmerzhafte Komplikationen nach sich ziehen können: Die Eröffnung der Fruchtblase, das Kontrollieren der Wehen und Herztöne mittels CTG und ein Legen der PDA, ohne dass darum gebeten wurde (ebd., S. 35 ff.).

### Umfragen

Limmer stellte am 28.11.2019 die Ergebnisse ihrer Masterarbeit auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin in Berlin vor. Sie hat im Rahmen ihrer Arbeit zum Thema Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe eine (nicht-repräsentative) Befragung durchgeführt, um zwei Fragebögen für zukünftige Studien zu validieren. Die Umfrage umfasste 2045 Frauen, die in Folge eines Aufrufs auf der Facebookseite von Roses Revolution freiwillig teilgenommen hatten. 42,8 % der Befragten hätten berichtet, dass unter der Geburt Interventionen ohne ihre Einwilligung durchgeführt wurden, 33,6 % hätten angegeben, psychische Gewalt erfahren zu haben, 32,7 % sahen ihre Privatsphäre verletzt, 31 % hätten Vernachlässigung und 18,9 bis 29,9 % verbale Gewalt angegeben. Frauen mit einem ungeplanten Kaiserschnitt hätten häufiger über Gewalt berichtet und auch jene, die trotz geplanter und begonnener außerklinischer Geburt schließlich doch in der Klinik geboren hatten (Limmer, Stoll, Gross 2019).

Stern TV berichtet von einer 2019 durchgeführten nicht-repräsentativen Umfrage mit 10 624 Teilnehmerinnen, die ergeben habe, dass 55,9 % der Befragten ein Erleben von Gewalt unter der Geburt bejahten und 41,1 % Gewalterleben verneinten.

Auf die Frage nach den erlebten Formen von Gewalt seien die nachfolgend gelisteten angegeben worden, wobei Mehrfachantworten erlaubt waren:

Tabelle 2.2. Gewalterleben unter der Geburt (SternTV 2019)

46,6 %	Verbale Attacken (Auslachen, Beschimpfen, Anschreien)
21,9 %	Das unaufgeforderte Einleiten der Geburt durch Wehenmittel
4,5 %	Das ungebetene Legen einer PDA

31,8 %	Verabreichung von Medikamenten, ohne dass über den Zweck aufgeklärt wurde
44,2 %	Grobe oder zu häufige vaginale Untersuchungen
34,6 %	Einsatz des Kristeller Handgriffs (ausgeführt mit dem Unterarm oder unter Einsatz des ganzen Körpers)
56,4 %	Sonstiges

Auf die Frage nach der Kommunikation mit Ärzten und Hebammen, d.h. ob ausreichend darüber informiert worden sei, was als nächstes passiert und wozu gewisse Schritte nötig sind, sei wie folgt geantwortet worden:

Tabelle 2.3. Informierte Vorgangsweise in der Geburtshilfe (SternTV 2019)

9,1 %	Ich habe mich sicher und gut informiert gefühlt
23,7 %	Ich habe zwischendurch Fragen gestellt, die nicht beantwortet wurden
67,2 %	Mir wurde kaum erklärt, was passiert. Das hat mir Angst gemacht

Die nächste Frage habe darauf Bezug genommen, ob sich die betroffenen Frauen die Schuld für den Verlauf der Geburt bzw. den mangelnden Fortschritt bei der Geburt selbst zugeschrieben hätten:

Tabelle 2.4. Eigenes Schuldempfinden nach Gewalterleben (SternTV 2019)

15,5 %	Ja
29,9 %	Nein
54,6 %	Anfangs schon. Heute weiß ich, dass ich nichts falsch gemacht habe

Die letzte Frage habe das Aufsuchen von Hilfe zum Gegenstand gehabt. Es sei gefragt worden, ob in Folge der Erlebnisse unter der Geburt ein Gespräch gesucht worden sei (Stern TV 2019):

Tabelle 2.5. Beanspruchung von Hilfe nach Gewalterleben (SternTV 2019)

14,4 %	Ich habe einen Arzt / eine Hebamme darauf angesprochen
48,1 %	Ich habe mich einem Familienmitglied / einer Freundin anvertraut
14,6 %	Ich habe professionelle Hilfe aufgesucht
5,4 %	Bisher noch nicht, aber ich ziehe professionelle Hilfe in Erwägung
17,5 %	Nein

Sommer führte im Rahmen ihrer Masterarbeit im Studiengang Salutophysiologie für Hebammen in Salzburg eine Internet-Umfrage unter Einsatz eines Belastungstests für werdende Hebammen (WeHen-Belastungstest) zum Gewalterleben während der Hebammenausbildung durch.

Es nahmen 604 Personen teil. Sommer dokumentiert, dass die Studie im Ergebnis zeige, dass sich werdende Hebammen in ihrer Ausbildung als ohnmächtige,

beistehende und verbündete Zeuginnen von Gewalt, als (Mit)Täterinnen und auch selbst als Opfer erleben (Sommer 2021, S. 32). In der Folge würden viele Hebammen im Laufe ihrer Ausbildung und danach vermehrt an psychosomatischen sowie/oder Belastungssymptomen leiden, die das Symptombild von posttraumatischen Stressregulationsstörungen erfüllen (ebd., S. 35).

Für die vorliegende Arbeit wird der genannten Masterarbeit eine Ergebnisgrafik entnommen, die unterschiedliche Arten von Gewaltvorkommnissen in Prozentzahlen abbildet:

Tabelle 2.6. Formen von Gewalt gegenüber Klientinnen, die werdende Hebammen beobachtet oder an der sie selbst mitgewirkt haben (Sommer 2021, S. 34)

68,2 %	Abwertung
50,6 %	Anschreien
28,8 %	Auslachen
23,0 %	Bedrohung
21,7 %	Beschimpfung
22,4 %	Betäubung gegen den Willen der Patientinnen
11,8 %	Erpressung
6,3 %	Schlagen
2,3 %	Schubsen
0,0 %	Spucken
0,2 %	Treten
74,5 %	Andere körperliche Gewalt (z.B. med. Eingriffe ohne Einverständnis, Ankündigung oder Indikation)
6,8 %	Sexuelle Übergriffe
10,1 %	Nichts davon

Schneider erhob für ihre Abschlussarbeit im Studiengang Hebammenkunde B.Sc. eine deskriptive Querschnittsanalyse mittels schriftlicher Onlinebefragung von 70 Hebammenstudierenden der Hochschulen Fulda und Jena.

Im Ergebnis hätten 77,1 % der Studierenden angegeben, Gewalt in der Geburtshilfe erlebt zu haben. Dabei hätten sich die Situationen als am meisten belastend herausgestellt, in denen geburtshilfliches Personal Gewalt gegen Frauen/Familien ausübt (98,1 %), gefolgt von Hierarchien unter geburtshilflichem Personal (79,6 %) und die Erfahrung der Diskrepanz zwischen Gelerntem und Praktiziertem (74,1 %) (Schneider 2020, S.1).

### Filme

2017 präsentierte Carola Noelle Hauck den von ihr erstellten kritischen Dokumentarfilm „Die sichere Geburt. Warum Hebammen?“ der Öffentlichkeit. In einer inhaltlichen Zusammenfassung auf der Internetseite wird geschildert, dass der Film die Frage untersuche, was eine physiologische Geburt sicher mache, wodurch sie gestört werde

und welche Folgen sich nach Interventionen auf den Geburtsverlauf, für Mutter und Kind und für die zukünftige Gesellschaft ergeben. Dazu erfolgen Interviews mit Frauen und Paaren, die ihre Erlebnisse vor, während und nach der Geburt teilen. Des Weiteren stellen deutsche und internationale Forscher, Hebammen und Ärzte (u.a. Ina May Gaskin, USA; Verena Schmid, Österreich; Michel Odent, GB) eigene Erfahrungen und den aktuellen Stand der Forschung vor. Die Regisseurin macht auf kreative und bildhafte Weise anatomische Verhältnisse, die Wirkung der Hormone unter der Geburt und die tägliche Routine auf Geburtsstationen anschaulich (Hauck).

Im nachfolgend zitierten Auszug aus einem Interview im Film konstatiert Michel Odent das bestehende Paradox der aktuellen Situation in der klinischen Geburtshilfe: *„Wenn ich heute sage, dass wir die Kaiserschnitttrate reduzieren müssen, ist das politisch korrekt. Jeder wäre einverstanden mit dem, was ich sage. Die Umgebung der natürlichen Geburt ... Die Umgebung der öffentlichen Kliniken ... Das ist politisch korrekt. Aber! Wenn man eine Situation beschreibt, die zu schnellen und leichten Geburten führt ... und einfach durch die moderne Physiologie zu erklären ist, dann flirtet man mit der Utopie! Und da haben wir die paradoxe Situation unserer Zeit“* (You tube c).

Die Filmemacherin Catarina Woj produzierte zwei Filme zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe, beide mit einer Lauflänge von 45 Minuten, die 2019 und 2020 im Westdeutschen Rundfunk (WDR) ausgestrahlt wurden.

Der erste Film (2019), WDR „die story“, trägt den Titel „Wenn die Geburt zum Albtraum wird“. Die Filmproduzentin präsentiert den Film in Kurzfassung auf ihrer Internetseite: *„Gewalt in der Geburtshilfe ist zu einem Kampfbegriff in der Debatte um Kreißsaalschließungen und Hebammenmangel geworden. Immer mehr Frauen erleben den Geburtsvorgang als entwürdigende und gewaltvolle Prozedur – nicht selten mit traumatischen Folgen für ihr Leben. Die WHO spricht inzwischen von gravierenden Verletzungen der Menschenrechte in geburtshilflichen Einrichtungen. Der Film schildert Gewalterfahrung am konkreten Beispiel betroffener Frauen und fragt nach deren Ursachen.*

Der zweite Film (2020) ist Teil der Fernsehserie des WDR „Menschen Hautnah“ und trägt den Titel „Gewalt im Kreißsaal – Zwei Frauen brechen ihr Schweigen“. Die Regisseurin umreißt den Inhalt auf ihrer Internetseite wie folgt: *„Sabrina beschreibt die Geburt ihrer Tochter als „Hölle“. Sie entband mit einem Kaiserschnitt, bei dem die Ärzte operierten, ohne die Wirkung der Narkose abzuwarten. Die Hebamme Anja Lehnertz hat im Kreißsaal immer wieder erlebt, dass Gebärende die Geburt ihres Kindes als Misshandlung, Nötigung, ja sogar als Vergewaltigung erleben“* (Woj).

Beide Filme sind auf You tube eingestellt. Der erste wurde bislang 1 218 229 mal und der zweite 2 200 235 mal aufgerufen (You tube a).

Am 22.1.2020 erfolgte die Ausstrahlung des Bürgertalks des Südwestrundfunks (SWR) zum Thema „Mal ehrlich ... Geld oder Gesundheit – was zählt mehr im Krankenhaus?“, moderiert von Florian Weber.

Auf der Internetseite des Senders ist dokumentiert, dass eine junge Mutter, Magdalena Werner, teilgenommen und die Möglichkeit genutzt hatte, offen von dem Verlauf der Geburt ihrer Zwillinge zu berichten, der aufgrund schwerer Übergriffigkeit erheblich traumatisierend für sie verlaufen war. Ihr Lebensgefährte Uli Bahsler erlebe ebenfalls starke Folgebelastungen nach der von ihm miterlebten Geburt. Er kämpfe immer noch mit Schlafstörungen und Angstschüben. Zehn Monate nach der Geburt der Zwillinge sei für ihn und die junge Familie noch kein Alltag eingeleitet. Dazu merke er an: *„Es ist so, dass es in dieser Gesellschaft kein Thema ist. Ich weiß nicht, wie viele Monate wir niemanden gefunden haben, mit dem wir darüber sprechen können, weil alle gesagt haben, es gehört zu einer Geburt dazu.“*

Auf der Internetseite des SWR wird weiterhin dokumentiert, dass die Sendung eine starke Reaktion in der Öffentlichkeit erzeugt habe: 4,2 Millionen Menschen hätten das Video der SWR-Sendung bei Facebook angeschaut und über 11 000 hätten in einhelligem Tenor kommentiert, dass es gut sei, dass endlich jemand über dieses Thema offen spreche. Zudem habe der Sender etwa 1000 Zuschriften erhalten, die von ähnlich negativen Erfahrungen unter der Geburt berichteten. Der Arzt und Wissenschaftsjournalist Dr. Werner Bartens kommentiere die Situation, dass er einen „Strukturfehler im System“ erkenne. Denn ein präsenzintensives Fach wie die Geburtshilfe brauche viel Personal. Das sei im Effizienzsteigerungsdenken und im kaufmännischen Kalkül vieler Krankenhäuser aber nicht vorhanden (SWR 2020).

Daran anschließend wurde vom SWR am 19.2.2021 eine weitere Sendung mit dem Titel „Mal ehrlich ... schwere Geburt – wird das Kinderkriegen riskanter?“ ausgestrahlt. Darin wurde u.a. die Hebamme Anja Lehnertz zur aktuellen Situation in der klinischen Geburtshilfe interviewt. Die Kernaussagen der Hebamme während dieses Interviews werden nachfolgend in Form einer Transkription, und jeweils als Zitat gekennzeichnet, wiedergegeben.

Der Moderator Weber stellt Lehnertz die Frage, was es mit der Geburt auf sich habe. Hebamme Lehnertz antwortet: *„Gewalt ist vielfältig. (...) Gewalt fängt bei Demütigungen an ... geht über Interventionen, die nicht angekündigt wurden ... geht über Medikamentengabe, die nicht gesagt wird ... bis hin zu roher Gewalt mit verschiedenen geburtshilflichen Handgriffen. Also, das ist ein breites Fach und wir müssen uns das einfach als Geburtshelfer eingestehen, dass wir ein Problem in der Geburtshilfe haben.“* Weber fragt weiter, ob sich da etwas verändert habe oder ob es immer schon

so gewesen sei. Lehnertz: *„Ich glaube, das ist ein Problem, was wir schon länger haben, was nur sehr viel unter den Teppich gekehrt wurde. Jetzt kommt aber eine Verschärfung der Situation hinzu durch die Ökonomisierung der Politik, ganz viele, viel mehr Geburten werden in die noch verbleibenden Kliniken verfrachtet bei gleichem Personalschlüssel und mieser Bezahlung und natürlich den Fallpauschalen.“* Weber erklärt, dass Ökonomisierung, wenig Personal, wenig Zeit ein Blickwinkel auf die Situation sei. Er fragt, ob Lehnertz noch andere Gründe sehe, beispielsweise mangelnde Kompetenz der Hebammen oder andere Einschränkungen von deren Handlungsfähigkeit. Lehnertz: *„Ja, wir haben noch die Hebammenausbildung ... also die ... auch ... da ist dieses Sprichwort „Lehrjahre sind keine Herrenjahre“ sehr deutlich in der Hebammenausbildung zu spüren ist. Es gibt Forschungsergebnisse über Hebammenschülerinnen, die traumatisiert sind durch ihre Ausbildung allein schon. Also wir haben ein Grundproblem, was wir auch am Grundproblem angehen müssen. Wir werden in einer Hierarchie groß und erzogen mit dem Spruch: Je mehr Du tust, umso besser wird dieses Kind geboren und es wird aberzogen, die Gebärfähigkeit der Frau zu sehen. Also wir haben da an mehreren Punkten Probleme und die müssen wir endlich angehen ... ganz schnell.“*

Weber stellt die Frage, was am wichtigsten sei und sich an erster Stelle ändern müsse - damit es nicht mehr zu so viel mehr dramatischen Vorkommnissen kommen müsse. Lehnertz: *„Die Politik muss endlich handeln.“* Weber fragt weiter, was die Politik tun müsse. Lehnertz: *„Sie muss die Fallpauschalen abschaffen für die Geburtshilfe. Wir müssen die Geburtshilfe als Grundversorgung für die Gesellschaft sehen. Wir müssen die Hebammenausbildung verbessern ... also man muss einfach hingucken. Man muss überlegen, was ist in der Geburtshilfe so gefährlich, wie wir gerade tun? Also, brauchen wir diese Geburtsmedizin mit 30 % oder mehr ... Kaiserschnitt, mit 30 % Einleitung? Ist Kinderkriegen so gefährlich geworden?“* Weber fragt, ob Lehnertz die Frage „mal ehrlich ... ist Kinderkriegen riskanter geworden?“ mit ja beantworten würde? Und wenn ja: Für wen gelte das, für die Kinder oder für die Frauen? Lehnertz: *„Für das Gesellschaftssystem. Weil ich kann nicht nur die Mutter und das Kind rausnehmen, weil Mutter und Kind gehören in unsere Gesellschaft, das ist ein System, und Geburt ist, in verschiedenen Settings (...) gefährlicher geworden ... muss man einfach so sagen. Deshalb, darf ich jetzt von mir erzählen?“* Weber bejaht. Lehnertz: *„... das soll jetzt keiner machen oder so, aber auch ich hab' mich beim sechsten Kind als hochmedizinisch Risikoschwangere diesem System entzogen und habe eine Alleingeburt gemacht, weil ich genau das nicht wollte.“* Weber merkt an, dass Lehnertz vom Fach, d.h. extrem gut über den Ablauf einer Geburt informiert und somit durchaus für eine Alleingeburt gerüstet sei. Er fragt, was sie den Frauen raten würde, die

beide Sendungen gesehen und nun womöglich Angst hätten. Lehnertz: *„Ja, da rennen wir doch in Berlin die Türen ein, weil wir haben gerade ein Problem durch diese Sendung, durch die mediale Präsenz von Gewalt unter der Geburt, von dem in den letzten Wochen aufploppendem Cytotec Skandal<sup>4</sup> ... haben wir da draußen dieses Jahr ungefähr 700 000 Kinder, die geboren werden wollen und die Mütter sind völlig verunsichert. Und wenn wir nicht sofort anfangen zu handeln und wieder es auf Hinausschieben und Hinausschieben machen, dann haben wir völlig verunsicherte Frauen. Verunsicherte Frauen schütten Adrenalin aus und alle Geburtsverläufe werden alleine dadurch katastrophal. Die Politik muss endgültig jetzt mal handeln“* (You tube b; Aussagen von Anja Lehnertz transkribiert von der Verfasserin).

### Aktionen

2011 wurde nach einer Idee der Geburtsaktivistin Jesusa Ricoy die weltweite Aktion „Roses Revolution“ ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um eine friedliche Rosenrevolution, die insbesondere durch den Aktionstag gegen Respektlosigkeit und Gewalt im Kontext von Schwangerschaft, Geburtshilfe und Wochenbett, begangen jährlich am 25. November, bekannt wurde. An diesem Tag legen von Gewalt unter der Geburt betroffene Frauen eine rosafarbene Rose vor die Kreißsaaltür der Klinik, wo sie entbunden haben, und fügen u.U. einen Brief mit einigen erklärenden Zeilen hinzu. 2020 fand der Tag in Deutschland zum achten Mal statt. 2018 wurden in Deutschland mindestens 350 unterschiedliche Akte von Rosenniederlegungen in 135 unterschiedlichen Geburtseinrichtungen getätigt.

Die Facebookseite von Roses Revolution hatte bereits 2014 mehr als 100 000 Nutzer. 2018 wurden auf der Seite 194 Beiträge veröffentlicht, davon 149 Geburtsberichte von betroffenen Frauen. Im Zeitraum vom 21.11. bis 18.12.2018 erfolgten 392 329 Beitragsinteraktionen in Form von Likes, Kommentaren oder das Teilen von Inhalten. In Auswertung der eingegebenen Berichte unterscheidet Roses Revolution Gewaltformen körperlicher, verbaler, psychischer, struktureller und systemischer Art, wobei Überschneidungen möglich seien.

Das Team der Roses Revolution Deutschland notiert am 23.1.2019: *„Die Auswertung der Roses Revolution 2018 hat leider Dringlichkeit unserer wichtigsten Forderung umfangreich bestätigt. Menschenrechte und Patientenrechte müssen auch in der*

---

<sup>4</sup> In der Tagesschau wird berichtet, dass Cytotec ein Mittel zur Einleitung von künstlichen Wehen ist, das für die Geburtsmedizin nie zugelassen wurde. Aufgrund unsachgemäßer Anwendung seien schädigende Nebenwirkungen für Mutter und Kind aufgetreten. In diesem Zusammenhang würden der Überwachungsbehörde mittlerweile sieben gemeldete Todesfälle vorliegen (Tagesschau.de 2021).

*Geburtshilfe gewahrt werden. Es braucht sofortige und umfassende (Geburtshilfe-)Reformen“ (Roses Revolution).*

## **2.3. Die globale Perspektive**

Unter diesem Punkt wird anfangs, unter 2.3.1., die von einem internationalen Forscherteam entwickelte evidenzbasierte „Typologie zur Misshandlung von Frauen unter der Geburt in Gesundheitseinrichtungen global“ (Bohren et al. 2015; Titel übersetzt von der Verfasserin) dargestellt.

2.3.2. gibt einen kurz gefassten Einblick in eine umfangreiche Studie und stellt deren Nachweise zu Langzeitfolgen des Kaiserschnitts vor.

Unter Punkt 2.3.3. finden sich Berichte und Veröffentlichungen der WHO, die zeigen, dass die für Frauen kritischen Bedingungen im geburtsklinischen Bereich nicht nur auf Deutschland begrenzt sind, sondern weltweit ein brisantes Thema darstellen.

### **2.3.1. Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt**

Bohren et al. veröffentlichten 2015 die Forschungsarbeit „The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally – A Mixed-Methods Systematic Review“. In dem umfassenden systematischen Review wurde eine verständliche und evidenz-basierte Typologie für die Misshandlung von Frauen unter der Geburt in Gesundheitseinrichtungen erarbeitet.

Die Autoren kritisieren, dass trotz der wachsenden Erkenntnis, dass Frauen während des Gebärens in Gesundheitseinrichtungen vernachlässigenden, misshandelnden und respektlosen Umgang erfahren, in globaler Hinsicht bislang kein Konsens besteht, wie diese Vorgänge definiert und gemessen werden können.

Eingangs hätten sie in verschiedenen Datenbanken systematisch qualitative, quantitative und Studien mit gemischten Methoden zum Thema identifiziert. Dabei seien in geografischer Hinsicht und in punkto Einkommen unterschiedliche Settings einbezogen und 65 Studien aus 34 Ländern ausgewählt worden. Im Zuge einer mehrschrittigen profunden Bearbeitung sei eine Einteilung der Befunde aus den qualitativen Studien in sieben Themenbereiche erfolgt:

Körperliche (1), sexuelle (2) und verbale Misshandlung (3), Stigmatisierung und Diskriminierung (4), fehlende Standards der Begleitung (5), verarmter Kontakt zwischen Versorgern und Frauen (6) sowie Bedingungen, bzw. Zwänge des Gesundheitssystems (7).

Aufgrund der hohen Heterogenität der quantitativen Daten sei die Erstellung einer Metaanalyse nicht möglich gewesen (Bohren et al. 2015, S.1). Stattdessen würden Charakteristiken aus den Studien, Messgrößen und Ergebnisse präsentiert.

Im Resultat legen sie eine verständliche evidenz-basierte Typologie der Misshandlung von Frauen unter der Geburt in Gesundheitseinrichtungen vor. Es wird aufgezeigt, dass die Misshandlung auf allen Ebenen der Interaktion zwischen den Versorgern und den Frauen sowie aufgrund systematischer Versäumnisse in den Einrichtungen und auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems auftreten könne (ebd., S. 2).

In die Betrachtung seien überwiegend „resource-limited countries“ einbezogen worden. Konkret handelt es sich um Studien aus elf Ländern in Subsahara-Afrika, fünf Ländern in Asien, um fünf Studien aus dem Mittleren Osten, fünf aus Lateinamerika, zwei aus Ozeanien und um Studien aus vier Ländern in Europa (ebd., S. 5).

Da dieser Grundbestand nicht hundertprozentig auf reiche westliche Länder zu übertragen ist, wird vorliegend nur die herausgearbeitete Typologie vorgestellt, die auch ohne die Angabe von Zahlen aufzeigt, welche Formen von Gewalt auftreten. In den Augen der Verfasserin lässt sich die Typologie dennoch weltweit, d.h. in allen Ländern, als strukturierende Grundlage anwenden und soll im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit eingesetzt werden.

Die Autoren erläutern, dass die herausgearbeitete Typologie eine Unterteilung in Themen dritter, zweiter und erster Ordnung erhalten hat. Das Thema der dritten Ordnung beschreibe spezifische Vorkommnisse oder Momente der Misshandlung. Das Thema der zweiten und der ersten Ordnung klassifiziere diese Beschreibungen auf der Basis allgemeiner Merkmale und fasse sie in wichtige Gruppen.

Das Thema der ersten Ordnung wird hier nicht mit abgebildet, weil das Thema zweiter Ordnung die Klassifizierung bereits hinreichend verständlich macht. Es ist jedoch im Anhang zu finden (Anhang 1) und kann dort eingesehen werden.

Tabelle 2.7. Typologie Misshandlung von Frauen unter der Geburt (Bohren et al. 2015, S. 7)

	<b>Themen dritter Ordnung</b>	<b>Themen zweiter Ordnung</b>
1	Körperliche Misshandlung	Gebrauch von Kraft Körperliche Zwänge, Zügelung
2	Sexuelle Misshandlung	Sexuelle Misshandlung
3	Verbale Misshandlung	Rohe, herbe, barsche Sprache Bedrohung und Schuldzuweisung
4	Stigmatisierung und Diskriminierung	Diskriminierung aufgrund soziodemografischer Charakteristiken Diskriminierung aufgrund medizinischer Gegebenheiten

5	Versäumnis professioneller Standards/Normen in der Begleitung	Mangel an Einverständnis, Einwilligung/Zustimmung und Vertraulichkeit Körperliche Untersuchungen und Verfahren Vernachlässigung, im Stich gelassen werden, aufgegeben werden
6	Mangel an Übereinstimmung Verarmte Verbindung zwischen Frauen und Versorgern	Ineffektive Kommunikation Mangel an unterstützender Begleitung Verlust der Autonomie
7	Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems	Mangel an Ressourcen Mangel an Steuerungsprinzipien und Richtlinien Kulturelle Merkmale der Einrichtung

Die Autoren schlagen abschließend vor, dass die Evidenz-basierte Typologie des Phänomens für künftige Forschungen sowie für die Entwicklung von Programmen und Interventionen genutzt werden kann (Bohren et al. 2015, S. 7; Text und Tabelle übersetzt von der Verfasserin).

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen des gerade vorgestellten Mixed-Methods Systematic Review erfolgte das Statement der WHO zur „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“, das weltweit veröffentlicht wurde. Dieses lautet: *„Jede Frau hat das Recht auf den bestmöglichen Gesundheitsstandard. Dies beinhaltet das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende Gesundheitsversorgung“* (WHO 2014).

Fünf notwendig erachtete Maßnahmen werden in diesem Zusammenhang formuliert:

1. sei eine weitreichendere Unterstützung von Regierungen und Entwicklungspartnern in der Forschung und bei Maßnahmen gegen Geringschätzung und Misshandlung erforderlich;
2. würde eine Initiierung, Unterstützung und Unterhaltung von Programmen für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Mütter benötigt. Dabei müsse die wertschätzende Versorgung als wesentliche Komponente einer qualitativ hochwertigen Versorgung einen besonderen Schwerpunkt bilden;
3. werde die Hervorhebung des Rechts von Frauen auf eine würdevolle, wertschätzende Gesundheitsvorsorge für die gesamte Schwangerschaft und Geburt als notwendig erachtet;
4. sei eine Datenerhebung zu wertschätzenden und geringschätzenden Versorgungspraktiken, Haftungssystemen und sinnvoller professioneller Unterstützung erforderlich und
5. seien alle Beteiligte, einschließlich der Frauen, in die Bemühungen einzubeziehen, um die Qualität der Versorgung verbessern und geringschätzende und missbräuchliche Praktiken unterbinden zu können (ebd.).

### 2.3.2. Langzeitfolgen der Sectio

Angestoßen durch die weltweit steigenden Kaiserschnittraten erarbeiteten Keag, Norman und Stock eine umfangreiche Übersicht und Metaanalyse mit dem Ziel, Langzeitrisiken und -nutzen der Kaiserschnittentbindung für Mutter, Baby und spätere Schwangerschaften zu beschreiben. Dabei wurden eine randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial, RCT) und 79 Kohortenstudien aus Ländern mit hohem Einkommen mit insgesamt 29 928 274 Teilnehmenden einbezogen (Keag, Norman, Stock 2018, S. 1).

Bei den Müttern wiesen die Studienergebnisse in Folge von Kaiserschnitten vorrangig Funktionsstörungen des Beckenbodens (beispielsweise Urin- und Stuhlinkontinenz oder Vorfall der Gebärmutter) nach. Zweitrangige Ergebnisse bestanden in mütterlichem Tod, chronischen Schmerzen (inklusive Beckenschmerzen), Menstruationsbeschwerden, verlängerter Monatsblutungsdauer, sexuellen Funktionsstörungen (inklusive Schmerzen beim Geschlechtsverkehr), verminderte Fruchtbarkeit sowie die Beanspruchung von Gesundheitsmaßnahmen.

Bei Kindern zeigte sich im vorrangigen Ergebnis der Zusammenhang zwischen Kaiserschnittentbindung und einem erhöhten Auftreten von Asthma bis zum Alter von zwölf Jahren und ab fünfzehn Jahren. Zweitrangige Outcomes belegen Keuchen / pfeifende Atemgeräusche bis fünf Jahre und im Alter von sechs bis fünfzehn Jahren; zudem Überempfindlichkeit, Allergieneigung, entzündliche Hautreaktionen; Übergewicht im Alter von drei bis dreizehn Jahren; Adipositas bis zum Alter von fünf Jahren als auch von sechs bis fünfzehn Jahren sowie das Vorkommen von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bis zum Alter von 35 Jahren.

Bei der Untersuchung der Auswirkung von Kaiserschnitten auf spätere Schwangerschaften wurde vorrangig eine perinatale Sterblichkeit (ab der 22. Schwangerschaftswoche bis zum Alter von einer Woche) nachgewiesen. Die Liste zweitrangiger Outcomes enthält dreizehn mögliche Folgewirkungen nach Kaiserschnitt: Plazenta previa, Plazenta accreta, Plazentaablösung, Gebärmutterriss (Uterusruptur), Fehlgeburten, Extrauterinschwangerschaft, Todgeburten, vollständige oder teilweise Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), nachgeburtliche Blutungen, vorgeburtliche Blutungen, Frühgeburten, Wachstumsverzögerung des Feten (zu klein, geringes Geburtsgewicht) und Tod von Neugeborenen (ebd., S. 4; Text übersetzt von der Verfasserin).

In Hinblick auf die Auswirkungen des primären oder Wunschkaiserschnitts berichtet Prof. Dr. Rainhild Schäfers, Professorin für Hebammenkunde an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, im Rahmen eines Interviews in dem Film „Sichere Geburt“:

*„ ... , man hat jetzt schon festgestellt, dass es statistische Zusammenhänge gibt zwischen Diabetesraten von Kindern und Asthmaraten von Kindern und einem sogenannten elektiven Kaiserschnitt oder primären Kaiserschnitt, einem Kaiserschnitt ohne Wehentätigkeit, ist das Risiko, später eine handfeste Allergie zu haben um 020 % erhöht und einen Diabetes zu haben, einen juvenilen Diabetes im Kindesalter, ist auch um 20 % erhöht ... „ (You tube c; Interview transkribiert von der Verfasserin).*

### **2.3.3. Die WHO schlägt Alarm und erweitert konsequente Empfehlungen**

Im Oktober 2018 erließ die WHO eine „Neue Leitlinie der WHO zu nicht-klinischen Interventionen, die speziell darauf ausgerichtet sei, unnötige Kaiserschnitte zu reduzieren“. Dabei wird betont, dass sie die erste dieser Art sei.

Es wird ausgeführt, dass der Kaiserschnitt ein chirurgischer Eingriff sei, der aus medizinischen Gründen das Leben einer Frau und ihres Babys retten kann. Viele Kaiserschnitte würden jedoch unnötigerweise vorgenommen, was kurz- und langfristige Leben und Wohlergehen von Frauen und ihren Babys gefährden könne. *„Weltweit steigen die Kaiserschnitttraten stetig an, ohne dass die Gesundheit von Frauen oder ihren Babys signifikant davon profitiert. In Anerkennung der dringenden Notwendigkeit, den anhaltenden und beispiellosen Anstieg dieser Raten entgegenzutreten, hat die WHO heute neue Leitlinien zu nicht-klinischen Interventionen veröffentlicht, die speziell darauf ausgerichtet sind, unnötige Kaiserschnitte zu reduzieren“* (WHO 2018 a).

Der Inhalt der Leitlinie berücksichtige die Ansichten, Ängste und Überzeugungen von Frauen und Angehörigen der Gesundheitsberufe in Bezug auf Kaiserschnitte. Sie umfasse auch die komplexen Dynamiken und Grenzen von Gesundheitssystemen und –organisationen sowie die Beziehungen zwischen Frauen, Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Organisation von Gesundheitsdiensten.

Dr. Ana Pilar Betran, Medical Officer des WHO Department of Reproductive Health and Research, äußerte dazu: *„Diese Leitlinien sind zeitgemäß und werden gebraucht“* (WHO 2018 a). Bei einer Reduzierung unnötiger Kaiserschnitt-entbindungen würden sowohl unnötige Risiken für Frauen und ihre Babys als auch unnötige Kosten für Hospitäler und Gesundheitssysteme vermindert.

Es werden vier zentrale Empfehlungen gegeben:

1. Die Errichtung von Bildungsinterventionen zum Erlernen sinnvoller Kommunikation, Geburtskurse, Entspannungsprogramme, psychosoziale Präventionsprogramme und Psychoedukation für Frauen, Paare und Familien;
2. den Einsatz von klinischen Leitlinien und zeitgemäßer Information;

3. im Fall einer Kaiserschnittindikation die Einholung einer Zweitmeinung;
4. den Einsatz hebammengeleiteter Versorgungsmodelle mit Präsenz eines medizinischen Geburtshelfers, welche in einigen Ländern in Form von Pilotprojekten erprobt worden seien, jedoch noch besser erforscht werden müssten und die Entwicklung neuer finanzieller Strategien, die beispielsweise die Gleichsetzung der Kosten von vaginaler Geburt und Kaiserschnitt zugrunde legen (ebd.).

Ebenfalls 2018 veröffentlichte die WHO ein 200 Seiten starkes Skript „WHO Recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience“ (Empfehlungen der WHO: Intrapartale Betreuung für ein positives Geburtserlebnis) (WHO 2018 b).

In einer komprimierten Zusammenfassung dieser Publikation wird zum Ausdruck gebracht, dass es sich um eine Leitlinie zur intrapartalen Versorgung handele, die neue und bestehende Empfehlungen der WHO zusammenfasst und als Paket eine hochwertige und evidenz-basierte Versorgung gewährleiste. Die in der Leitlinie vorgestellten Empfehlungen seien weder länder- noch regionenspezifisch und würden die weltweit bestehenden Unterschiede der verfügbaren Gesundheitsdienste berücksichtigen. Es werde die Bedeutung einer frauenspezifischen Versorgung hervorgehoben, um die Erfahrung von Wehen und Geburten für Frauen und ihren Babys durch einen ganzheitlichen und menschenrechtsbasierten Ansatz zu optimieren.

Die Empfehlungen seien darauf gerichtet, die Entwicklung relevanter Gesundheitspolitiken und klinische Protokolle zu unterstützen. Die adressierte Zielgruppe bestehe aus nationalen und lokalen Entscheidungsträgern im Bereich der öffentlichen Gesundheit, aus Gesundheitsfachkräften (einschließlich Krankenschwestern, Hebammen, Allgemeinmedizinerinnen sowie Geburtshelfern und aus dem akademischen Personal, das an der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften beteiligt ist (WHO 2018 e).

Dr. Prinzessin Nothemba Simelela, stellvertretende Generaldirektorin der WHO für Familie, Frauen, Kinder und Jugendliche, kommentiert die neue Leitlinie und Empfehlungen und drückt aus, dass es heutzutage eine massive Diskrepanz in der Unterstützung von Frauen rund um die Geburt gäbe. An einem Ende des Spektrums würden ihnen zu früh zu viele medizinische Eingriffe angeboten. Andererseits würden sie zu spät, zu wenig oder gar keine Unterstützung erhalten. Somit hätten sie an keinem Ende die positive Geburtserfahrung, die sie sich wünschen oder verdienen. Zudem würden Frauen in allen Regionen und Kulturen von einem hohen Maß an Respektlosigkeit und missbräuchlicher Fürsorge während der Geburt in Einrichtungen berichten. Derartiges könne einen der wichtigsten Momente im Leben einer Frau völlig überschatten. Sie macht deutlich: *„Die WHO ist der Ansicht, dass eine hochwertige Versorgung sowohl die Leistungserbringung als auch die Erfahrung der Frau umfassen*

sollte. Unsere neuen Empfehlungen zur intrapartalen Versorgung setzen den weltweiten Standard für die Bereitstellung und Erfahrung der Betreuung während der Geburt. Die Leitlinien stellen die Frau und ihr Baby in den Mittelpunkt des Pflegemodells, um die bestmöglichen physischen, emotionalen und psychischen Ergebnisse zu erzielen“ (WHO 2018 d).

Sie schließt, dass die Leitlinien ein Schritt zur Reduzierung der hohen Raten unnötiger oder ineffektiver medizinischer Eingriffe seien. Das Erleben rund um die Geburt seien unvergessliche Ereignisse im Leben einer Frau. Die Anwendung dieser Richtlinien werde diese Erfahrung für alle Frauen auf der ganzen Welt verbessern (ebd.).

Am 5.5.2021 folgten weitere Schlagzeilen der WHO „Neuer Bericht schlägt wegen global bestehendem Mangel von 900 000 Hebammen Alarm“.

Im Vorspann des Berichts wird betont: „Eine volle Investition in das Hebammenwesen würde ca. zwei Drittel der Mütter- und Säuglingssterblichkeit abwenden können, d.h. es könnten 4,3 Millionen Leben im Jahr gerettet werden (WHO 2021 a).“

Es wird dargestellt, dass Millionen Leben von Müttern und Neugeborenen verloren sind und Millionen mehr Krankheit oder Verletzung erfahren, weil die Bedürfnisse von schwangeren Frauen und die Fähigkeiten von Hebammen nicht anerkannt oder priorisiert werden.

Die Welt blicke z.Zt. auf einen Mangel an 900 000 Hebammen, die ein Drittel der globalen Arbeitskraft von Hebammen repräsentiere.

Die Covid-19 Krise habe dieses Problem nur verschlimmert, da Gesundheitsbedürfnisse von Frauen und Neugeborenen überschattet werden, Hebammeneinrichtungen zum Erliegen gekommen und Hebammen in andere Gesundheitseinrichtungen versetzt wurden.

Dies sind einige der Schlüsselnachrichten des „2021 State of World’s Midwifery report by UNFPA (Gesundheitsbehörde für Sexualität und Fortpflanzung der UN)“, WHO (Weltgesundheitsorganisation), Internationale Konfederation der Hebammen (ICM) und Partner, die das Arbeitskräftepotential der Hebammen und benachbarter Gesundheitsressourcen in 194 Ländern evaluieren.

Der akute Mangel an Hebammen bewirke eine dramatische globale Verlustziffer an abwendbaren Todesfällen. Eine Analyse, die für diesen Bericht erstellt und in „The Lancet“ im letzten Dezember veröffentlicht wurde, habe gezeigt, dass ein vollständiger Ersatz der fehlenden Hebammen bis 2035 67 % der mütterlichen Sterbefälle, 64 % der Neugeborenentode und 65 % der Todgeburten verhindern könne. Das würde geschätzt etwa 4,3 Millionen Leben pro Jahr retten.

Im Zuge des 2014 erschienenen „State of the World’s Midwifery Report“ sei bereits Alarm gegeben und Gegenmittel ergriffen worden. Die Analyse des 2021

erschienenen Reports habe jedoch gezeigt, dass der in den letzten acht Jahren vollzogene Fortschritt deutlich zu langsam vorangeschritten sei.

Zum Ende des Texts wird auf die Ungleichheit der Geschlechter hingewiesen, die letztlich eine treibende Kraft dieses massiven Mangels sei. Dass das Arbeitskräftepotential der Hebammen zu wenig Ressourcen aufweise, habe damit zu tun, dass das Gesundheitssystem den Gesundheitsbedürfnissen von Mädchen und Frauen im Bereich Sexualität und Fortpflanzung keine Priorität gebe – und zudem die Rolle der Hebamme nicht anerkenne, diese Bedürfnisse versorgen zu können. Die meisten Hebammen seien ja auch Frauen.

Schließlich würden Hebammen nicht nur Geburten begleiten. Sie würden ebenfalls vorgeburtliche und nachgeburtliche Begleitung und viele weitere Gesundheitsdienste (...) bereitstellen (...). Eine Zunahme der Zahl der Hebammen könne zu einer wesentlichen Verbesserung der Umstände führen. Nicht nur die Frauen- und Kindergesundheit, sondern die gesamte Gesellschaft würde davon profitieren.

Weiterhin benötige es größere Investitionen für die Ausbildung von Hebammen, für hebammengeleitete Geburtsdienste und für die Förderung der Führungskraft der Hebammen. Die Regierungen müssten Finanzierung und Unterstützung für den Hebammenberuf priorisieren und konkrete Schritte unternehmen, um Hebammen in entscheidende Bereiche der Entwicklung von Gesundheitsstrategien einzubeziehen (WHO 2021 a; Text übersetzt von der Verfasserin).

Im Juni 2021 alarmiert die WHO schließlich nochmals mit dem Bericht „Die Kaiserschnittraten steigen angesichts wachsender Ungleichheiten beim Zugang weiter: WHO“ (WHO 2021 b).

Aufgrund der weiterhin ansteigenden Kaiserschnittrate sei von einer zunehmenden Zahl an medizinisch unnötigen und möglicherweise gesundheitsschädlichen Folgeprozessen für Mütter und Kinder auszugehen. Wenn die aktuelle Rate von 21 % global weiterhin zunehme, dann werde in einer Dekade, 2030, wahrscheinlich fast ein Drittel aller Geburten durch eine Kaiserschnittentbindung vollzogen.

Während eine Kaiserschnittentbindung einerseits lebensrettend sein könne, würde sie bei Einsatz ohne vorhandene medizinische Notwendigkeit Mutter und Baby dem Risiko kurz- oder langfristiger Gesundheitsprobleme aussetzen. Dieses Risiko beinhalte das Potential von schweren Blutungen oder Infektion, langsamere Erholung nach der Geburt, Verzögerungen beim Zurechtfinden mit dem Stillen und dem Einfinden des Haut-zu-Haut-Kontakts von Mutter und Kind. Außerdem würde sich die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen bei zukünftigen Schwangerschaften erhöhen. Der Text weise auf die bestehenden Ungleichheiten in der Welt hin. So würde einigen Entwicklungsländern der Zugang zu der Möglichkeit, per Kaiserschnitt zu entbinden,

fehlen, während die Rate beispielsweise in Lateinamerika und in der Karibik bei 43 % liege.

Die im vorliegenden Bericht verwendeten Angaben würden auf einer Studie „Trends und Prognosen der Sectio Raten; globale und regionale Schätzungen“ basieren, die von BMJ Global Health<sup>5</sup> veröffentlicht wurde. Diese sei von 1990 bis 2018 auf der Basis von routinemäßigen Daten aus Gesundheitsinformationssystemen und bevölkerungsbezogenen Haushaltsdaten von 154 Ländern weltweit erstellt worden, beziehe sich auf das Jahr 2018 und repräsentiere 94,5 % aller Lebendgeburten in der Welt. Die Studie aktualisiere Forschungsergebnisse, die bereits 2016 erstellt wurden und entwickle erstmalig eine in die Zukunft reichende Schätzung, die bis 2030 reicht<sup>6</sup> (WHO 2021 b; Text übersetzt von der Verfasserin).

Dem in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Ansatz der Pathogenese und damit in Verbindung stehenden Problemen soll im nachfolgenden Kapitel der Ansatz der Salutogenese gegenübergestellt werden.

## 2.4. Salutogenese

Lindström und Eriksson leiten die Bedeutung des Begriffs „Salutogenese“ aus deren Wortzusammensetzung, d.h. aus Salus (lateinisch: Gesundheit) und Genesis (griechisch: Ursprung) ab, und folgern, dass Salutogenese so viel bedeute wie der „Ursprung der Gesundheit“ (Lindström, Eriksson in Meier Magistretti, Lindström, Eriksson 2019, S. 37).

Faltermaier weist auf die wissenschaftliche Bedeutung der Salutogenese hin, die darin liege, dass sie neue Fragen stelle, die das bisherige Denksystem über Krankheit und Gesundheit radikal hinterfragt und als zu begrenzt ausweist.

Das von Aaron Antonovsky (1923 bis 1994) entwickelte theoretische Modell der Salutogenese sei, ausgegangen von den zu der damaligen Zeit aktuellen Erkenntnissen, als erster Versuch einer Antwort auf diese Fragen zu werten.

---

<sup>5</sup> In den BMJ-Markenrichtlinien wird deutlich gemacht, dass nur mehr BMJ der Name / die Marke des Unternehmens ist und es wird gebeten, im schriftlichen Bereich stets nur BMJ als Kennzeichnung des Unternehmens zu nutzen. Der Grund: BMJ sei ursprünglich von dem Zeitungsnamen „British Medical Journal“ abgeleitet worden, weil das Unternehmen vor allem für die Veröffentlichung des British Medical Journal bekannt war. Trotzdem stehe der Name nicht für das British Medical Journal, sondern gehe als Akronym mit eigenem Namen darüber hinaus (BMJ).

<sup>6</sup> Die angegebenen Durchschnittswerte der einzelnen Kontinente verhalten sich hier angegeben wie folgt: Afrika liege bei 9,2 % (dabei Nordafrika bei 32 % und Sub-Saharan Afrika bei 5 %); Asien bei 23,1 %; Europa bei 25,7 % (Südeuropa bei 31,1 % und Nordeuropa bei 25,3 %); Amerika bei 39,3 % und Ozeanien bei 21,4 % (WHO 2021 b; Text übersetzt von der Verfasserin).

Die Salutogenese sei bis heute als fruchtbare Rahmentheorie aufzufassen – und erfülle damit eine wichtige Funktion, da – nicht nur in den Gesundheitswissenschaften – durchaus ein Mangel an „großen“ Theorien zu verzeichnen sei (Faltermaier in Wydler, Kolip, Abel 2010, S. 186).

### **2.4.1. Das Modell der Salutogenese**

#### Antonovskys Leben

Bengel, Strittmatter und Willmann schildern, dass Antonovsky 1923 in Brooklyn, USA, geboren wurde. Nach Abschluss des Soziologiestudiums emigrierte er gemeinsam mit seiner Frau nach Israel (1960). Dort habe er eine Stelle am Institut für Angewandte Sozialforschung übernommen und sei im Zuge seiner Beteiligung an verschiedenen Forschungsprojekten auf die Medizinsoziologie gestoßen. In den darauffolgenden Jahren habe er in der Abteilung für Sozialmedizin unterrichtet und an verschiedenen Forschungsprojekten zum Zusammenhang von Stressfaktoren und Gesundheit und Krankheit gearbeitet (Bengel, Strittmatter, Willmann 2001, S. 20).

Schüffel et al. führen fort, dass Antonovsky 1972 eine zentrale Rolle beim Aufbau einer medizinischen Hochschule an der Ben-Gurion-Universität des Negev in Beer Sheva (Israel) übernommen hatte. Hier habe er den Ansatz einer integrativen, gemeindeorientierten Gesundheitswissenschaft und einer darauf bezogenen Ausbildung verfolgt. Die Einrichtung habe den Namen „Faculty of Health Sciences“ erhalten. Darüber hinaus sei Antonovsky mehrfach als Gastprofessor im Ausland tätig gewesen. Er starb 1994 in Israel (Schüffel et al. 1998, S. 3 f.).

#### Das Modell der Salutogenese

Bengel, Strittmatter und Willmann führen ein, dass Antonovsky im Grundgedanken eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise kritisierte und ihr eine salutogenetische Perspektive gegenüberstellte. Dabei sollte die Frage, warum Menschen gesund bleiben, Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risikofaktoren erhalten. Entsprechend frage die salutogenetische Perspektive primär nach Faktoren, welche die Gesundheit schützen und zur Unverletzlichkeit beitragen (Bengel, Strittmatter, Willmann 2001, S. 9).

Lindström und Eriksson erläutern, dass Antonovsky eine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit ausgeschlossen hat (Lindström, Eriksson in Meier Magistretti, Lindström, Eriksson 2019, S. 37). Stattdessen sei er von einem Gesundheitskontinuum ausgegangen, das man sich als horizontale Linie zwischen dem absoluten Fehlen von Gesundheit (H-) und völliger Gesundheit (H+) vorstellen könne, wobei alle Menschen irgendwo auf dieser Linie positioniert sind (ebd., S. 31).

Antonovsky illustrierte sein Forschungsinteresse mit einer Metapher: „(...) *meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?*“ (Antonovsky in Franke (Hrsg.) 1997, S. 92). Bengel und Strittmatter fügen an dieser Stelle an, dass der Arzt mit seiner pathogenetisch orientierten Medizin versuche, den Ertrinkenden aus dem Strom zu reißen. In der Salutogenese gehe es jedoch um mehr. Es gelte, den Menschen zu einem guten Schwimmer zu machen und zu fragen: Was hilft ihm, ohne ärztliche Hilfe Strudel und Stromschnellen zu meistern (Bengel, Strittmatter in Bengel, Strittmatter, Willmann 2001, S. 141)?

Moaz berichtet, dass Antonovsky den initialen Impuls für seine Forschungsfrage bei der Bearbeitung eines psychosozialen Forschungsprojekts erhielt, dass sie in den 1970er Jahren gemeinsam geleitet hatten. Thema sei die Anpassung von Frauen verschiedener Subkulturen an die Menopause gewesen. Sie hätten unter anderem Frauen der Altersgruppe 45 – 54 Jahre untersucht, die aus Mittel-Europa stammten. Dabei habe sich herausgestellt, dass die Untersuchten in zwei Gruppen zu trennen waren, nämlich in eine mit Frauen, die vor 1939 nach Palästina gekommen waren und eine, deren Frauen nach 1945 dorthin emigriert waren. Es sei nachweisbar gewesen, dass sich die Frauen, die nach dem Holocaust eingewandert und nahezu alle in Vernichtungslagern gewesen waren, schlechter an die Menopause angepasst hätten als die, die bereits vor der Shoah eingewandert waren. Antonovsky habe sich daraufhin vor allem für die Minderheit von ca. 30 % der Frauen interessiert, die sich, obgleich sie in den Lagern gewesen waren, dennoch gut an die Menopause anpassen können. An dieser Stelle habe seine Erforschung der Entstehung von Gesundheit begonnen, die er in nachfolgenden epidemiologischen Untersuchungen intensiv weiterverfolgt habe (Moaz in Gunkel, Kruse 2004, S. 70 f.).

Nach Sack und Lamprecht hatte Antonovsky in seiner anfänglichen Suche die Widerstandsressourcen benannt. Es sei ihm jedoch bald klar geworden, dass es sich bei diesen um individuell sehr verschiedene Arten des Umgehens mit krankmachenden Einflüssen handelt und sie somit schwer einheitlich zu konzeptualisieren waren. Deswegen habe er begonnen, ein übergreifendes Konzept, das sogenannte „Kohärenzgefühl“ („sense of coherence“, SOC), zu entwickeln, das sich aus drei Komponenten

zusammensetze (Sack, Lamprecht in Schüffel et al. 1998, S. 326).

Antonovsky schreibt in seinem Grundlagenwerk „Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit“: *„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß*

*1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;*

*2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*

*3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“* (Antonovsky in Franke (Hrsg.) 1997, S. 36).

Antonovsky führt aus, dass sich die erste Komponente (1.), die Verstehbarkeit, auf das Ausmaß beziehe, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, *„als geordnete konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“* (ebd., S. 34). Er merkt an, dass hier nichts über deren Erwünschtheit impliziert sei. Tod, Krieg und Versagen könnten allemal eintreten, doch eine solche Person könne sich das erklären.

Zur zweiten Komponente (2.), Handhabbarkeit, erklärt er, dass hier Ressourcen zur Verfügung stünden, die man entweder selbst unter Kontrolle habe oder solche, die von legitimierte Anderen kontrolliert würden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen könne, jemandem, dem man vertraue.

Zur dritten Komponente (3.), Bedeutsamkeit, umreißt er anschaulich, dass diese sich auf das Ausmaß beziehe, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet; dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert seien, dass man Energie investiert, d.h. dass man sich für sie einsetze und sich ihnen verpflichte; dass sie eher willkommene Herausforderungen seien als Lasten, die man gerne los wäre. Dies bedeute zwar nicht, dass jemand mit einem hohen Maß an Bedeutsamkeit beispielsweise über den Tod eines Nahestehenden oder über die Notwendigkeit einer eigenen schweren Operation glücklich wäre. Solche unglücklichen Erfahrungen würden jedoch als Herausforderung bereitwillig angenommen, d.h. man messe ihnen eine Bedeutung zu und werde das Möglichste tun, um sie mit Würde zu überwinden (ebd., S. 36). Sack und Lamprecht ergänzen, dass Antonovsky der Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit, im Sinne einer motivierenden, eher emotionalen Kraft, den größten Einfluss auf die Gesunderhaltung zugemessen habe (Sack, Lamprecht in Schüffel et al. 1998, S. 326).

Im Hinblick auf das SOC betonte Antonovsky, dass zuallererst und grundlegend verstanden werden müsse, „*dass ein starkes SOC kein bestimmter Copingstil ist*“ (Antonovsky in Franke (Hrsg.) 1997, S. 130). Der wahre Vorteil einer Person mit einem starken SOC komme erst dadurch zutage, dass sie „*angesichts eines vorhandenen Stressors aktuell das mobilisieren kann, was als Ressource oder Ressourcenkombination am geeignetsten zu sein scheint*“ (ebd., S. 131). Faltermaier führt weiter, dass Antonovsky mit dem SOC im Grunde eine Sichtweise auf die Welt, eine dispositionelle Orientierung gemeint habe (Faltermaier in Wydler, Kolip, Abel 2010, S. 190). Moaz fasst zusammen, dass das SOC im Sinne einer Lebenshaltung oder Weltanschauung auf einem persönlichen, individuellen Gefühl, auf Überzeugungen und Werten, aber auch auf Erkenntnis, Auffassungsgabe, Verständnis, Erfahrung und aktiver Auseinandersetzung beruhe. Es sei eine Mischung, die sich im Individuum zu einem „Schema“ kristallisiert habe (Moaz in Schüffel et al. 1998, S. 14).

Schüffel et al. berichten, dass das von Antonovsky entwickelte Messinstrument für das SOC, der Fragebogen „Sense of Coherence Questionnaire (SCQ)“, zu einer Vielzahl empirischer Forschungsarbeiten herangezogen worden sei (Schüffel et al. 1998, S. 7). Nach Moaz sei eine ganze Welle von Forschungsaktivitäten verursacht worden. Diese hätten vielfältige Bereiche, beispielsweise in der Medizin oder in Bezug auf psychische Eigenschaften und Fähigkeiten von Erwachsenen und Kindern bis hin zu der Frage, ob es einen kollektiven SOC gibt, z.B. in einer Familie, durchzogen (Moaz in Schüffel et al. 1998, S. 21 f.). Nach Downe hat die Salutogenese in den letzten Jahrzehnten in vielen verschiedenen akademischen und angewandten Disziplinen an Bedeutung gewonnen. Auf den Bereich der frühen Kindheit und auf die Zeit rund um die Geburt sei sie jedoch erst vor relativ kurzer Zeit übertragen worden (Downe in Meier Magistretti, Lindström, Eriksson 2019, S. 207).

Kritische Stimmen bemängelten die wissenschaftliche Nachweisbarkeit des Modells. So merkt Jork an, dass die Drei-Faktoren-Struktur wissenschaftlich nicht bestätigt sei. Die Konstrukte seien einzeln nicht zu untersuchen, sondern nur ihre Korrelationen. Antonovsky sei davon ausgegangen, dass das Kohärenzgefühl mit körperlicher Gesundheit nicht korreliere. Weiterführende Untersuchungen hätten jedoch gezeigt, dass körperliche und psychische Gesundheit hoch miteinander korrelieren (Jork 2003, S. 23).

Bengel und Strittmatter deuten aus, dass es nach übereinstimmender Meinung der Wissenschaft für eine methodische Überprüfung des Gesamtmodells, d.h. eines derart komplexen „Meta-Modells“ für Gesundheit, auch an geeigneten Instrumenten mangle (Bengel, Strittmatter in Bengel, Strittmatter, Willmann 2001, S. 147).

Becker stellt die Frage, wie Antonovskys Erfolg zu erklären ist. Dabei zieht er die folgenden Rückschlüsse:

Einmal habe er die Frage nach den Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in einem umfassenden biopsychosozialen Rahmen diskutiert und damit das klassische Denken in organmedizinischen Risikofaktoren überwunden.

Zudem zeichne sich sein bereits 1979 formuliertes Bedingungsmodell von Gesundheit/Krankheit durch Differenziertheit und Integrationskraft aus.

Weiterhin habe er dazu beigetragen, die zunächst überschätzte Bedeutung von Häufigkeit, Dauer und Schwere von Stressoren für die Gesundheit zu relativieren. Zudem sei seine 1987 vorgestellte Stressbewältigungstheorie relativ differenziert. Schließlich würden sich aus dem Kohärenzsinn-Konzept Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit ableiten (Becker in Margraf, Siegrist, Neumer 1998, S. 22).

## **2.4.2. Salutogenese und Geburtshilfe**

Jedes Bestreben, eine salutogenetisch orientierte Erneuerung der Geburtshilfe zu entwerfen verlangt vorab die Formulierung einer Definition von Gesundheit.

Wense und Bindt stellen die Definition der WHO, dass Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen sei, als umfassendsten Gesundheitsbegriff heraus. Sie erheben jedoch den Einwand, dass dieser sehr absolut gesetzt sei und aktuell mehr von einer Sichtweise abgelöst werde, die Gesundheit als einen mehrdimensionalen und dynamischen Prozess zu beschreiben, in dem ein Mensch nie ganz gesund, aber auch nie ganz krank ist. In solch einem kontinuierlichen Modell gäbe es im Zustand von Krankheit immer auch gesunde Anteile, die gefördert werden könnten. Umgekehrt lasse sich durch eine Verminderung von Risikofaktoren oder eine Förderung von Schutzfaktoren in einer Lebensphase eine günstigere Konstellation hinsichtlich des Ziels weitgehender Gesundheit erreichen (Wense, Bindt 2021, S. 19).

In Folge dieser Definition würde eine Verschwisterung von Salutogenese und klinischer Geburtshilfe eine umfassende und tiefgreifende Umorientierung erfordern. Drenckberg macht deutlich, dass uns eine salutogenetische Orientierung dazu führt, die dichotome Klassifizierung vom Menschen als gesund oder krank zu verwerfen und diese stattdessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren (Drenckberg 2009, S. 117).

Downe veranschaulicht, dass eine Übertragung der Salutogenese auf den Bereich der frühesten Kindheit und auf die Zeit rund um die Geburt es notwendigerweise mit

sich bringe, dass die Grundlagen der Geburtshilfe, die auf Sicherheit, einfachen linearen Lösungen, Risiken und Pathologien ausgerichtet sind, neu überdacht werden müssen (Downe in Meier Magistretti, Lindström, Eriksson 2019, S. 207).

Die Frauenärztinnen Taschner und Basters-Hoffmann haben im Rahmen ihrer klinisch geburtshilflichen Arbeit umgedacht. Sie stellen heraus, dass die großen regionalen Unterschiede der Sectoraten in Deutschland zeigen, dass die persönliche Haltung des Geburtshelfers zum Gebären einen mindestens ebenso großen Einfluss im Alltag zu haben scheine wie Leitlinien oder Studienergebnisse. Manche seien davon überzeugt, dass die Geburt ein fehlerhaftes System ist; andere seien überzeugt, dass Frauen gebären können, Kinder geboren werden wollen und die Natur das Leben schütze.

Sie würden die Geburt als einen gesunden und physiologischen Prozess betrachten. Ihr Ziel sei es, eine Überversorgung gesunder Frauen mit unauffälligen Schwangerschaften zu vermeiden. Dabei sei es ihnen wichtig, individuelle Risiken zu erkennen und diese Frauen adäquat zu begleiten (Taschner, Basters-Hoffmann 2014, S. 162).

#### **2.4.2.1. Rückbesinnung auf die physiologische Geburt**

Die Ärztin Sarah Schmid setzt sich für die Praxis des physiologischen Gebärens ein und hat für die heutige Zeit ein radikales Exempel gesetzt. Im Zuge eines durch verschiedene Erfahrungen angestoßenen Umdenkens hat sie sich auf die Gesetzmäßigkeiten der Natur zurückbesonnen, dem System der klinischen Geburtshilfe entsagt und ihre Kinder in Eigenregie zur Welt gebracht.

Damit stellt sie insbesondere unter Beweis, dass sie neben ihrer fachlichen Ausbildung ein für die heutige Zeit ungewöhnlich gut entwickeltes Kohärenzgefühl (SOC) besitzt. Mit Antonovskys Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass sie angesichts der Anforderung des Gebärens eigene Ressourcen mobilisieren konnte / kann, die am geeignetsten waren / sind, um die Geburt zu bewältigen (Antonovsy in Franke (Hrsg.) 1997, S. 131).

Vor dem Hintergrund ihrer gut verlaufenen Erfahrung mit „Alleingeburt“ stellt Schmid die Frage, wie zu erklären ist, dass die moderne Forschung den Blick gegenüber der Existenz natürlicher, schneller und unauffälliger Geburten verschließe, den man an Tieren beobachten könne oder wovon unzählige Berichte von verschiedenen Naturvölkern (zu einer Zeit, als diese von der westlichen Zivilisation noch nahezu unberührt waren) handeln (Schmid 2014, S. 10). Sie führt fort, dass die Medizin - so gesehen - bezüglich der Geburt noch einigen Nachholbedarf zu haben scheine. Es werde zwar versucht, das mangelhafte Verständnis des echten Geburtsprozesses durch ein Arsenal an Überwachungstechnik und Eingriffen wettzumachen, doch dabei werde der

natürliche Geburtsprozess gleichzeitig erschwert oder verhindert. *„Und das nicht etwa, weil das Gebären so kompliziert ist, sondern weil der Geburtsprozess unberechenbar erscheint und deshalb selbst erfahrenen Geburtshelfern oft ihr Leben lang Angst macht – Angst, die mit allerlei Maßnahmen gedämpft werden muss. Zum Glück kenne ich jemanden, der genau weiß, wie eine Geburt bei mir ablaufen muss: meinen Körper. Das hat er mir inzwischen schon viermal bewiesen“* (ebd., S. 13).

Sie berichtet, dass Leute, die hören, dass eine Frau ihr Kind einfach so zur Welt gebracht hat – ohne Krankenhaus, ohne Hebamme, ohne fremde Hilfe und mit voller Absicht – meist ungläubig staunen würden (ebd., S. 10).

Odent vertritt den gleichen Standpunkt und betont, dass der Wiederentdeckung der Grundbedürfnisse der Gebärenden eine Schlüsselrolle zukomme (Odent 2015, S. 28). Dazu gehöre notwendigerweise die Rückkehr zu den eigenen Wurzeln und in diesem Zusammenhang müsse man *„all jenes betrachten, was kulturell übergreifend und universal ist“* (ebd., S. 27).

Alle Mütter und Hebammen, die schon einmal eine ungestörte Geburt erlebt hätten, wären mit dem dafür maßgeblichen Phänomen gut vertraut: Die Frau, die ohne jeglichen Einfluss von Medikamenten ein Kind zur Welt bringe, wage das zu tun, was sie in ihrem Alltag niemals tun würde, nämlich unwillkürlichen Impulsen ihren Lauf zu lassen. Das könne unter der Geburt zum Einnehmen unerwarteter Stellungen oder zum Äußern fremdartiger Laute führen. Kurz gesagt reduziere sie die Kontrolle ihres Verhaltens durch den Neokortex (Großhirnrinde), der der Sitz unseres Verstandes ist. Eine reduzierte Aktivität der Großhirnrinde sei unter praktischen Gesichtspunkten der wichtigste Aspekt der Geburtsphysiologie (ebd., S. 28). Daraus ergebe sich, dass die Frau in den Wehen zuallererst vor jeglicher Stimulation ihres Neokortex geschützt werden müsse. Das wiederum erfordere eine Rücknahme des Gebrauchs von rationaler Sprache, eine Vermeidung von hellem Licht (ebd., S. 29) und das Schaffen einer sicheren, geborgenen Atmosphäre, in der sie sich nicht beobachtet fühle (ebd., S. 34).

Der erfahrene ärztliche Geburtshelfer und Hebammenausbilder Rockenschaub betrachtet die Geburt ebenfalls als ein natürliches Ereignis, das zeitgleich eine große Anstrengung darstellt. Dies benötige Kraft und Verständnis. In seinen Augen besitze die Frau die Kraft. Allerdings sei ihr Wissen über den Geburtsablauf nicht unbedingt immer groß genug. Deswegen müsse man ihr helfen, den Ablauf verstehen zu lernen, damit sie mit ihrer Kraft besser zurechtkomme (Rockenschaub 2005 b, S. 33). Zur gleichen Zeit betont er, dass man die Frauen so an die Geburt heranführen müsse, dass sie jede falsche Angst ablegen können (ebd., S. 32). Und er sagt: *„Die Frauen*

*können es, man lässt sie nur nicht! Und das Handicap ist die moderne Geburtsmedizin, die Geburt und Schwangerschaft zur Risikoaffäre macht“ (ebd., S. 33).*

Rockenschaub sieht den Ausweg bei der Hebamme und bringt zum Ausdruck, dass eine fortschrittliche Geburtshilfe das Phantom der Geburtsmedizin durch die Kunst der Hebamme ersetzen müsse (ebd., S. 35).

Während der Übernahme der Leitung der Semmelweis-Frauenklinik Wien (SFKW) den Jahren 1965 bis 1985 stellte er seine salutogenetische Einstellung und Kenntnis zur Handhabe der Geburt unter praktischen Beweis und schaffte ein einzelstehendes Beispiel eines salutogenetisch erneuerten Modells (klinischer) Geburtshilfe.

Er berichtet, dass er sich in konzeptioneller Hinsicht vorab die Frage gestellt hatte, was wohl herauskomme, wenn an der SFKW eine Geburtshilfe betrieben würde wie sie auch die Hebammen zu leisten imstande wären. So habe er für die Ausgestaltung der SFKW die abwartende Geburtshilfe der alten Wiener Schule aktiviert, wodurch sich die Semmelweis-Klinik letztlich ganze 21 Jahre gegenüber der Geburtsmedizin der „Ärztkliniken“ in Wien als „Hebammenklinik“ abgesetzt habe. Die Arbeitsweise sei so gelenkt worden, dass sich die Ärzte primär nur jener Methoden bedient hätten, die einer Hebamme erlaubt waren. Entbindungsoperationen seien mit wenigen Ausnahmen nur auf Grund mütterlicher Indikationen durchgeführt worden. Jeder Eingriff, der vermeidbar schien, sei wie jede vermeidbar erscheinende Schädigung von Mutter und/oder Kind klinikintern schonungsloser Kritik unterzogen worden. Alle vagen fetalen Indikationen seien ignoriert und die entsprechenden Entbindungsoperationen als irrelevant unterlassen worden (Rockenschaub 2005 a, S. 43).

Die Ergebnisse der SFKW hätten sich bei einer Geburtenzahl von mehr als 44 500 pro Jahr in einer Frequenz von 1,3 % Kaiserschnitte und 3,1 % vaginale Entbindungsoperationen manifestiert, wobei sich die Kaiserschnittfrequenz in der zweiten Dekade (1976 – 1985), bei gleicher Geburtenzahl, auf 1,05 % abgesenkt habe. Weiterhin habe dies dazu geführt, dass an der SFKW sowohl die Müttersterblichkeit als auch die post-perinatale Säuglingssterblichkeit signifikant unter dem Wiener Durchschnitt gelegen habe ( $p < 0,01$ ) (ebd.).

Rockenschaub rundet ab, dass am Ende ihrer Studie (SFKW) der Schluss nahe gelegen habe, dass der Einsatz der geburtsmedizinischen Methoden mehr schade als nütze (ebd., S. 45).

Bei Gegenüberstellung der hebammengeleiteten Geburtshilfe in der SFKW mit der statistischen Auswertung der ebenfalls hebammengeleiteten Begleitung in der außerklinischen Geburtshilfe in Deutschland schneidet das SFKW besser ab. Das lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass sich die Einstellungen und Verhaltensweisen der Frauen, aber auch der Hebammen, gegenüber der 35 Jahre zurückliegenden

Erfolgsgeschichte des SFKW verändert haben. Das müsste allerdings noch eigens genauer erforscht werden.

Für 2020 gibt QUAG e.V. nachfolgend genannte Werte für Deutschland an:

Von 16 202 geplanten außerklinischen Geburten wurden 84,8 % außerklinisch abgeschlossen, d.h. in 15,2 % kam es zu einer Verlegung in die Klinik. Dabei wurden 4,9 % der Geburtsverläufe mit Kaiserschnitt beendet. Die Gesamtzahl der Spontangeburt habe bei 92,6 % gelegen (QUAG e.V. 2021, S. 6). Die Rate der Kinder „Keine Probleme, dem Kind geht es sehr gut oder gut“ habe 93,6 %, die der Kinder mit „Herzschlag, Atmung, Hautfarbe, Reflexe und Muskelspannung waren 5 Minuten nach Geburt sehr gut oder gut“ habe 99,26 % betragen (ebd., S. 7).

#### **2.4.2.2. Grenzen salutogener Erneuerung in der klinischen Geburtshilfe**

Unter diesem Punkt wird ein Beispiel beschrieben, das zeigt, wie die Entfaltung von nachgewiesenem Potential für die Umsetzung salutogenetisch orientierter Erneuerung in der klinischen Geburtshilfe ausgebremst bleibt.

Über die Jahrzehnte hat sich eine überzeugende Studienlage gebildet, die den günstigen Einfluss einer kontinuierlichen Begleitung durch Hebammen unter der Geburt nachweist. So fasst Prof. Dr. Michael Abou-Dakn, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Josefkrankenhaus Berlin in einem Interview im Rahmen des Filmes „Sichere Geburt“ zusammen: „... die Rolle der Hebammen halte ich für immens wichtig. Wir wissen durch ganz viele Untersuchungen, dass durch eine gute Betreuung durch Hebammen, also im besten Fall eine 1:1 Betreuung, ganz viel vermieden werden kann, was wir an Technik heutzutage brauchen; Kaiserschnittraten reduziert werden können, Schmerzmedikamente reduziert werden können, weniger Wehenmedikamente usw. Also das wäre aus meiner Sicht der Schlüssel, um die normale Geburt zu fördern“ (You tube c; Interview transkribiert von der Verfasserin).

In gleichem Tenor veröffentlichte die WHO im Februar 2018 eine Pressemitteilung mit dem Titel: „Individualisierte, unterstützende Betreuung ist der Schlüssel zu einer positiven Geburtserfahrung“ (WHO 2018 c). Die Geburt sei ein normaler physiologischer Prozess, der für die meisten Frauen und Babys ohne Komplikationen durchgeführt werden könne (ebd.).

Dies leitet über zur Vorstellung des Versorgungskonzepts „Hebammenkreißsaal“ (HKS), das i.S. einer salutogenen Erneuerung in der klinischen Geburtshilfe zweifach wirkungsvoll wäre: Es beinhaltet eine auf die Frau im Mittelpunkt und auf die physiologische Geburt gerichtete, kontinuierliche Hebammenbegleitung. Zeitgleich werden – wie im Anschluss noch aufgezeigt wird - Orte für die Hebammenausbildung benötigt, wo im Hinblick auf die Handhabe physiologischer Geburten eine konkrete

Vermittlung salutogener Kernkompetenzen in Präsenz stattfinden kann. Dazu wäre der Hebammenkreißsaal geeignet.

Nach Angaben des deutschen Hebammenverbands habe es 2019 21 Hebammenkreißsäle in Deutschland gegeben (Hebammenverband 2019). Merz stellt im Rahmen einer Studie dar, dass sich Hebammenkreißsäle trotz vielfach erteilter Empfehlungen in Deutschland bislang nicht tatsächlich durchgesetzt hätten (Merz 2020 b, S. 12). Die zugehörige Studie wird im späteren Verlauf vorgestellt.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) stellt voran, dass viele Schwangere das Bedürfnis nach einer möglichst natürlichen Geburt hätten und zeitgleich meist nicht auf die sichere Umgebung einer Klinik verzichten wollten. Dafür sei das Modell des Hebammenkreißsaals entwickelt worden. Dieser ersetze nicht den üblichen, ärztlich geleiteten Kreißsaal, sondern stelle eine Erweiterung des Angebots der Klinik dar. Dabei stünden beide Abteilungen in Kooperation. Im HKS werde während der Geburt eine 1 : 1 Begleitung angestrebt. Die Frauen würden nur ohne Risiko bzw. mit einer niedrigen Risikoeinstufung zugelassen. Gemäß Studienergebnissen hätten die Gebärenden im Hebammenkreißsaal eine deutlich größere Chance, eine Geburt ganz ohne Interventionen zu erleben (BMBF 2011).

Sayn-Wittgenstein hebt hervor, dass der HKS die Besonderheit besitze, dass der Kontakt von Hebamme zu Mutter schon in der Schwangerschaft hergestellt werde. Somit könne sich frühzeitig ein vertrauensvolles Verhältnis ausbilden. Die Betreuung erstreckte sich so über einen langen Zeitraum und setze sich durchaus auch nach der Geburt noch fort (BMBF 2011). Sayn-Wittgenstein hat bereits früher darauf hingewiesen, dass die geburtshilfliche Versorgungsleistung nicht auf die Geburt reduziert werden könne, sondern dass alle Ereignisse dieser Lebensphase als sich gegenseitig beeinflussend verstanden und entsprechend – in salutogenetischer und ressourcenorientierter Ausgestaltung - professionell begleitet und betreut werden müssten (Sayn-Wittgenstein 2007, S. 17).

Merz führt im Rahmen des mehrteilig angelegten Forschungsprojekts GESchIck (Universitätsklinikum Bonn) zum Versorgungsmodell Hebammenkreißsaal aus, dass der HKS in Deutschland bereits auf eine zwanzigjährige Geschichte zurückblicke. Seit 1998 hätte seine Etablierung in verschiedenen europäischen Ländern begonnen. In Deutschland sei der erste Hebammenkreißsaal 2003 in Bremerhaven Reinkenheide eröffnet worden. Seit der erstmaligen Einführung habe er jedoch keine große Verbreitung gefunden. Laut Deutschem Hebammenverband (DHV) gäbe es z.Zt. 23 Kliniken in Deutschland, die eine geburtshilfliche Abteilung mit HKS anbieten. In Nordrhein-Westfalen (NRW) bestehen z.B. neun Hebammenkreißsäle, in denen aber nur 0,2 % der Geburten in NRW erfolgen (Merz 2020 b, S. 12).

Die Forscherin fasst zusammen, dass die von ihr durchgeführte Analyse zur medizinischen Sicherheit des HKSs keine Nachteile von Geburten im HKS im Vergleich zu ärztlich geleiteten Geburten nachweise (ebd., S. 31). Zusätzlich sei eine Weiterleitung der Frau in die ärztlich geleitete Geburtshilfe weder für die Kindesmutter noch für das Kind mit einer erhöhten Rate an nachteiligen Ergebnissen verbunden (ebd., S. 33). Weiterleitungen in den ärztlichen Kreißsaal während oder nach der Geburt seien in 50,3 % der Geburten erfolgt. Häufigster Grund sei der Wunsch der Gebärenden nach einer PDA sowie Auffälligkeiten des fetalen Herzfrequenzmusters gewesen. Dabei habe es sich um über zwei Drittel (68,2 %) Erstgebärende gehandelt, d.h. knapp drei Viertel aller Erstgebärenden (74,7 %) wurden während oder nach der Geburt in den ärztlichen Kreißsaal weitergeleitet. Insofern könne ausgesagt werden, dass insbesondere Mehrgebärende eine hohe Chance hätten, im Hebammenkreißsaal zu gebären. Merz fügt hinzu, dass sich diese Ergebnisse weitgehend im Einklang mit internationalen Studien befinden würden (ebd., S. 8).

Sie zeigt weiterhin, dass die wissenschaftliche Evidenz des HKS durch mehrere Meta-Analysen gestützt werde. Aus diesem Grund sei 2018 von der WHO eine Empfehlung für „Midwife-Led Continuity-of-Care Models“ (deutsch: „Von Hebammen geleitete Modelle kontinuierlicher Begleitung“) ergangen, sofern in dem betrachteten Setting ein gut funktionierendes Hebammenprogramm vorhanden sei (Merz 2020 a, S. 6; WHO 2018 b; Titel und Text übersetzt von der Verfasserin).

Aus den Ergebnissen schließt die Autorin, dass (1.) eine Betreuungskontinuität verschiedene Parameter eines Geburtsverlaufs positiv beeinflusst; (2.) eine kontinuierliche Betreuung die Zufriedenheit der Frauen in der Schwangerschaft / unter der Geburt erhöht und (3.) für Frauen mit niedrigem Risiko einer Komplikation eine nicht ärztlich geleitete Geburt weniger interventionsbehaftet ist, Kenngrößen verschiedener Resultate positiv beeinflusst und sich damit die Zufriedenheit der Gebärenden steigert (Merz 2020 b, S. 6).

Im Rahmen von Klausurtagungen untersuchte Merz die Einstellungen von Ärzten und Hebammen zum Hebammenkreißsaal. Diese fielen sehr unterschiedlich aus. Der letztlich gefundene Konsens habe darin bestanden, dass eine Einführung des Konzepts nur dann gelingen könne, wenn Hebammen und Ärzte gleichermaßen daran interessiert wären (Merz 2020 a, S. 9).

Im Ausblick fasst die Autorin zusammen, dass das Modell vor folgenden Herausforderungen stehe: „1. *Es reflektiert derzeit (noch) nicht generell akzeptierte Werte und Prinzipien; 2. es „passt“ in weiten Teilen (noch) nicht in die gegenwärtige geburtshilfliche Kultur; 3. die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis („Value for Money“) ist*

*offen und 4. es fehlt derzeit die institutionelle Integration in die beteiligten Berufsgruppen sowie die Einbettung in das berufliche Umfeld“ (ebd., S. 10).*

Neuere Artikel von Hebammen weisen darauf hin, dass es nicht nur einen Bedarf für die Verbesserung der Qualifizierung von Hebammen gibt, sondern auch ein dringender Bedarf an Ausbildungsorten besteht, in denen Hebammen in Ausbildung in selbständiger praktischer Tätigkeit geschult werden. Dies betreffe sowohl den Erwerb von Kernkompetenzen einer professionellen Begleitung als auch hebammenspezifische Handfertigkeiten im Bereich physiologischer Geburten.

2021 erschien in der Deutschen Hebammen Zeitschrift ein Artikel mit dem Titel „Eins-zu-eins-Betreuung. Den Faden aufnehmen“. Er bezieht sich auf eine Masterarbeit aus dem Studiengang Salutophysiologie in Salzburg und enthält eine differenzierte Analyse, die u.a. eine gesicherte Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen umfasst. Nach Aussage von Flade finde dieses ausgesprochen wichtige Thema im gegenwärtigen geburtshilflichen System immer noch zu wenig Gehör (Flade 2021, S. 56). Sie markiert beispielsweise die „aufmerksame Gegenwärtigkeit als Kernkompetenz“ der Eins-zu-eins-Betreuung und betont, dass diese und andere Fähigkeiten nur in der Begleitung von abwartender und nicht invasiver Geburtshilfe erlernt werden könne (ebd., S. 60).

Ebenfalls in der Deutschen Hebammen Zeitschrift wurde von Fichte und Kurmann-Borrmann der Artikel „Hebammenkunst. Ein Handwerk der Sinne“, veröffentlicht. Er basiert auf zwei Masterthesen, die 2016 und 2017 an der Donau-Universität Krems im Studiengang „Management im Gesundheitswesen“ mit dem Fachteil Midwifery erstellt wurden. Gegenstand des Artikels ist, dass werdende Hebammen in der Primärausbildung nicht ausreichend angeleitet würden, geburtshilfliche Untersuchungen durchzuführen.

Die Autorinnen fassen im Ergebnis zusammen, dass digitale Technik und Simulatoren beim Erlernen der handwerklichen Hebammenkunst zwar nützlich seien, die praktische Anleitung einer erfahrenen Kollegin jedoch keineswegs ersetzen könne. Weiterhin stellen sie heraus, dass die handwerkliche Ausbildung in der Hebammenkunst bessere Bedingungen, realistisches Bildmaterial und erfahrene Hebammen benötige, die die Auszubildenden führen (Fichte, Kurmann-Borrmann 2021, S. 67). Dabei heben sie hervor, dass die deutschen Kreißsäle mit interventionsreicher Geburtshilfe und hohen Sectoraten ganz offensichtlich keine günstigen Lernorte für die physiologische Geburt sein könnten. Insofern sei es eine dringende Aufgabe für die Verantwortlichen, geeignete Lernorte für eine Ermöglichung der Hebammenausbildung zu schaffen. Eine Verlegung des Großteils der Ausbildung in hebammengeleitete

Kreißsäle mit physiologischen Geburtsverläufen könne an dieser Stelle ein vielversprechender Ansatz sein (ebd., S. 69).

Merz schlussfolgert zum Abschluss ihrer hier dargelegten Studie nachvollziehbar, dass es im Hinblick auf die Implementierung von Hebammenkreißsälen gelte, die Hürden und Hemmnisse zu identifizieren und eine Strategie zu deren Überwindung zu entwickeln (Merz 2020 a, S. 10).

In diesem Zusammenhang soll im nachfolgenden Kapitel die S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin vorgestellt werden.

#### **2.4.2.3. S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin**

Die im Januar 2021 veröffentlichte neue „S3 Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin“ charakterisiert Franke als Richtschnur für innovatives Denken und Handeln unter der Geburt. Die Entwicklung der Leitlinie sei erstmals federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) erfolgt. Weiterhin seien etliche Initiativen und Professionen<sup>7</sup> beteiligt gewesen. Dies stelle eine klare Abwendung von der bisherigen Praxis dar, dass die Leitlinien in der Regel die Meinungen weniger gynäkologischer Expertinnen wiedergaben, die wissenschaftlichen Erkenntnissen entgegenstanden (Franke 2021, S. 52).

In der Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass während der inter- und intradisziplinären Zusammenarbeit bei deren Erstellung deutlich geworden sei, dass mitunter tradierte Maßnahmen unreflektiert und unter Verzicht einer wissenschaftlichen Grundlage über Generationen weitergegeben wurden. Zeitgleich würden jedoch nur wenige Erkenntnisse zu mittel- und langfristigen Folgen einzelner geburtshilflicher Prozeduren existieren, so dass dringend geboten sei, diese Themen wissenschaftlich stärker zu fokussieren. Weiterhin habe es in den deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz) bisher keine auf hohem Evidenzniveau beruhende S3-Leitlinien oder Empfehlungen für vaginale Geburten am Termin (37+0 bis 41+6 Schwangerschaftswochen (SSW) gegeben, obwohl nach wie vor die meisten der Geburten darunterfallen würden (AWMF 2020 b, S. 8). *„Das Ziel der vorliegenden Leitlinie ist*

---

<sup>7</sup> Beteiligte Fachgesellschaften waren QUAG e.V.; AFK e.V.; Dt. Hebammenverband e.V.; Schweizerischer Hebammenverband; Mother Hood e.V.; IQTIG; Dt. Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V.; Österreichisches Hebammengremium; Dt. Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V.; Dt. Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.; Dt. Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde; Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. und der Berufsverband der Frauenärzte (AWMF 2020 b, S. 3 f.)

*daher die Zusammenfassung des aktuellen Wissens über die vaginale Geburt am Termin mit dem Fokus auf Definition der physiologischen Geburtsphasen mit Abgrenzung pathologischer Entwicklungen und Zustände sowie einer Einschätzung der Notwendigkeit oder auch Vermeidung einer Intervention. Dieses Wissen bietet den in die Betreuung einer Gebärenden involvierten AkteurlInnen eine angemessene Orientierung für ihr berufliches Handeln und ermöglicht zugleich Frauen eine der Situation angepasste, selbstbestimmte Geburt“ (ebd., S. 8). Zudem solle die Leitlinie den beteiligten Professionen evidenz-basierte Handlungsempfehlungen an die Hand geben, um die gemeinsame Betreuung von Frauen und ihren Kindern in der Lebensphase von Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und früher Elternschaft zu verbessern und die Zusammenarbeit der Professionen zu fördern.*

Der Fokus der Leitlinie liege im Wesentlichen auf dem Geburtsprozess mit allen Phasen der Geburt einschließlich der Nachgeburtsphase und schließe außerklinisch begonnene und in die Klinik verlegte Geburten mit ein. Zielgruppe seien Schwangere und deren Kinder, die als Einlinge aus Schädellage geboren werden (ebd., S. 9).

Eingangs erfolgen Hinweise zu einer mitfühlenden, respekt- und würdevollen Grundhaltung und deren konkreten Umsetzung in der Geburtshilfe (ebd., S. 10). Unter dem Punkt Aufklärung und Beratung werden drei Modelle für die Gestaltung von Entscheidungsfindungsprozessen erläutert, damit Geburtshelfer Frauen und ihren Familien in geeigneter Weise eine selbstbestimmte Geburt ermöglichen können. Dabei wird das Modell der informierten Zustimmung, der informierten Wahl und das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung vorgestellt (ebd., S. 11).

Es folgt ein Auszug ausgewählter Empfehlungen zu Themen, die in der vorliegenden Arbeit bereits beispielhaft vorgestellt wurden, da eine vollständige Darstellung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Dieser Auszug verdeutlicht jedoch bereits die salutogene Orientierung der neuen Richtlinie im Umgang mit dem Geburtsvorgang:

Empfehlung 4.1, Eins-zu-eins-Betreuung: *„Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten“* – erreichte Konsensstärke 100 % (ebd., S. 17).

Empfehlung 5.9, Indikationen zur CTG-Überwachung: *„Bei Aufnahme einer Niedrig-Risiko-Schwangeren sollte die CTG-Aufzeichnung nicht bei Verdacht auf Geburtsbeginn durchgeführt werden“* – erreichte Konsensstärke 100 % - und Empfehlung 5.10: *„Auf eine CTG-Aufzeichnung sollte bei einer Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden“* – erreichte Konsensstärke 88 % (ebd., S. 22).

Empfehlung 7.33, therapeutische Maßnahmen: *„Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es der Mutter und dem Kind gut geht, sollen keine Interventionen angeboten und empfohlen werden“* - erreichte Konsensstärke 94 % - sowie Empfehlung 7.35: *„Die Gebärende sollte dazu ermutigt werden, sich zu bewegen und die Position einzunehmen, die für sie am angenehmsten ist. Sie soll aktiv bei der Einnahme der von ihr gewählten Positionen unterstützt werden“* – erreichte Konsensstärke 94 % (ebd., S. 61).

Rösler und Höllrigl Tschaikner räumen - wie bereits unter Punkt 2.1.3. geschrieben - ebenfalls ein, dass es sicher noch eine ganze Weile dauern werde, bis die Leitlinie im Klinikalltag angekommen sei. Doch nun könnten die Frauen ihre individuellen Bedürfnisse in diese Informationen packen und mitsamt der Kliniktasche mit ins Krankenhaus nehmen (Rösler, Höllrigl Tschaikner 2021, S. 210).

Somit haben die Frauen mit der S3-Leitlinie eine wissenschaftlich gesicherte und vorzeigbare Argumentationsgrundlage gewonnen.

#### **2.4.2.4. Handlungsbedarf in der klinischen Geburtshilfe**

Im Rahmen des 2017 verabschiedeten Nationalen Gesundheitsziels „Rund um die Geburt“ erfolgte die Entwicklung eines Maßnahmenpakets, wobei darauf hingewiesen wird, dass es sich nur mehr um Empfehlungen von Maßnahmen zur Zielerreichung handele. Die praktische Umsetzung obliege in eigenverantwortlicher Aufgabe der mehr als 120 Akteure des Netzwerks, d.h. des Kooperationsverbunds *gesundheitsziele.de* (Bundesministerium für Gesundheit, S. 7).

Die Erarbeitung erfolgte durch eine Expertengruppe aus Vertretern von Bund, Ländern, Wissenschaft und Selbstverwaltung mit finanzieller Unterstützung und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (ebd., S. 3).

In der Präambel wird definiert, dass das Gesundheitsziel die physiologischen Abläufe von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis zum ersten Jahr nach der Geburt des Kindes aufgreife und eine an Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtete Perspektive einnehme. Dabei sollten vorhandene Ressourcen und Potenziale umfassend gefördert und eine Pathologisierung vermieden werden. Partizipative Entscheidungsfindung solle Frauen und ihre Familien darin stärken, angebotene Maßnahmen den medizinischen Belangen angemessen, selbstbestimmt und informiert bewerten und in Anspruch nehmen zu können (ebd., S.7).

Inhaltlich wurden fünf Ziele rund um die Geburt abgesteckt.

*„1. Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert.*

*2. Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.*

*3. Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft wird anerkannt und gestärkt.*

*4. Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert. 5. Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet“ (ebd., S. 4).*

Teilziele zu 2.:

*„2.1. Eine interventionsarme Geburt wird gefördert. Gesundheitliche Ressourcen sind gestärkt. 2.2. Belastungen, Risiken und besonderer Unterstützungsbedarf sind identifiziert und spezifische Angebote sind entwickelt und vermittelt (ebd., S. 42 ff.). 2.3. Die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen arbeiten konstruktiv und partnerschaftlich zusammen und gewährleisten eine möglichst kontinuierliche Betreuung“ (ebd., S. 44).*

Aktuell setzt sich ein starkes Engagement für die weiterhin bestehende Notwendigkeit salutogenetisch orientierter Veränderung in der klinischen Geburtshilfe fort, das sich gezielt an die Politik richtet und auf die Einforderung eines Kulturwandels in der Geburtshilfe fokussiert.

Der AKF e.V. berichtet, dass im Rahmen von Aktivitäten des „Runden Tisch Lebensphase Elternwerden“ gemeinsam mit Organisationen rund um die Geburtshilfe ein „Strategiepapier für einen Nationalen Geburtshilfegipfel“ aufgesetzt worden sei. Das Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“ stelle die Grundlage für den Geburtshilfegipfel. Es sei auch schon begonnen worden, ein Strategiepapier zur Neuausrichtung der Geburtshilfe in Deutschland<sup>8</sup> in den Bundestagswahlkampf einzubringen.

In diesem Papier werde zum Ausdruck gebracht, dass die Notstände in geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken alarmierend sind und Hebammen sowie Ärzte über unzumutbare Arbeitsbedingungen klagen. Der Ernst der Lage sei bislang von Politik und Gesellschaft nicht erfasst worden und es fehle generell an gesellschaftlicher Wertschätzung für Frauen, werdende Familien und Kinder in dieser Lebensphase.

Die Kultur der Geburtshilfe in Deutschland müsse von der Versorgung in der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres neu gedacht werden.

---

<sup>8</sup> Mitwirkende sind Mother Hood e.V., der Deutsche Hebammenverband, der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands, die Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Dt. Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Gesellschaft für Geburtsvorbereitung, die Dt. Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, das Bündnis WIR sowie die Erzählcafé-Aktion (AFK e.V. 2021).

Der nachfolgend genannte salutogenetisch durchdrungene Maßnahmenkatalog zur Sicherung der langfristigen Gesundheit für ein respektvolles und gewaltfreies Miteinander rund um die Geburt müsse strukturell neu verankert werden. Dies umfasse:

- „1. Das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit seiner Orientierung an der Salutogenese und den individuellen Bedarfen von Frau, Kind und Familie wird Handlungsgrundlage in der geburtshilflichen Versorgung.*
- 2. Die Frau und über sie auch das Kind werden als rechtliche Souveräne in der Geburtshilfe anerkannt.*
- 3. Die sich häufenden Beschwerden von Müttern über traumatisierende Behandlungen und deren Langzeitfolgen werden systematisch erfasst. Ihnen wird mit strukturellen Maßnahmen begegnet.*
- 4. Geburtshilfe wird bedarfsgerecht und leistungsgerecht vergütet. Die Fallpauschalen des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) werden für Geburtshilfe abgeschafft oder modifiziert.*
- 5. Die Kooperation aller Berufsgruppen rund um die Geburt wird verbessert. Die Schwangerenvorsorge durch Frauenärztinnen und durch Hebammen wird gesichert und rechtliche Unschärfen werden geklärt.*
- 6. Die praktische Aus- und Weiterbildung aller an der geburtshilflichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, insbesondere aber die Facharztausbildung, wird gezielt auf die physiologische Geburt ausgerichtet. Eine in weiten Teilen berufsübergreifende Aus- und Weiterbildung wird auf den Weg gebracht.*
- 7. Die Haftpflichtsituation in der Geburtshilfe wird für alle Berufsgruppen neu geregelt.*
- 8. Qualitätszirkel werden mit allen Beteiligten (Fachpersonal und Eltern) auf Augenhöhe etabliert“ (AKF e.V. 2021).*

Die Punkte des Strategiepapiers zeichnen ein umfassendes strukturelles Bild und zeigen die unterschiedlichen Ebenen auf, die einer Veränderung zugeführt werden müssten, um einen salutogenetischen Paradigmenwechsel zu befördern. Es ist naheliegend, dass diese Ziele nicht adhoc und schnell umsetzbar sind, sondern inklusive Planung und Entwicklung Zeit benötigen.

Damit liegt zusätzlich die Annahme nahe, dass vorerst weiterhin ein Hilfebedarf für Mütter und Väter nach schwierigen Geburten zu verzeichnen sein wird.

Dennoch zeigt sich aktuell ein erster Teilerfolg: Der Tenor des Strategiepapiers ist in der Politik angekommen.

Im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung vom Dezember 2021 heißt es: *„Wir setzen das Nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ mit einem Aktionsplan um. Wir evaluieren mögliche Fehlanreize rund um Spontangeburt und*

*Kaiserschnitte und führen einen Personalschlüssel für eine 1:1-Betreuung für Hebammen während wesentlicher Phasen der Geburt ein. Wir stärken den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle und schaffen die Möglichkeit und Vergütung zur ambulanten, aufsuchenden Geburtsvorsorge und -nachsorge für angestellte Hebammen in Kliniken“ (Koalitionsvertrag 2021-2025, S. 87).*

Das folgende Kapitel gibt eine Einführung zum Thema Psychotraumatologie, zeigt die Unterschiede zwischen Belastungsstörungen und Trauma auf und gibt einen Einblick zu deren Bedeutung im Bereich der klinischen Geburtshilfe.

## **2.5. Psychotraumatologie**

Gottfried Fischer gilt als Begründer der Psychotraumatologie. Fischer und Riedesser gaben gemeinsam das erste Lehrbuch für Psychotraumatologie (1998) heraus, das 2020 überarbeitet und in fünfter Auflage erschienen ist.<sup>9</sup>

Sie stellen dar, dass sie mit dem Begriff Psychotraumatologie einen Namen für das fanden, womit sie sich damals in praktischen Projekten tatsächlich beschäftigten: *„Eine interdisziplinär ausgerichtete Lehre von psychischen Verletzungen und ihre vielfältigen negativen Folgen für die davon Betroffenen“* (Fischer, Riedesser 2020, S. 17). Dabei hätten sie nicht bewusst eine Wortneuprägung angestrebt (ebd., S. 17). Der Name habe in ihren Augen ganz selbstverständlich das wiedergegeben, womit sie sich befassten. Die Vorsilbe „Psycho“-Traumatologie hätten sie gewählt, um eine Abgrenzung zur Chirurgischen Traumatologie zu ziehen (ebd., S. 19).

Fischer-Homberger erinnert in dem Artikel „Medizingeschichte des Traumas“ daran, dass „Trauma“ ursprünglich nichts anderes als eine ‚offene, die Haut durchtrennende Wunde‘ bedeutet habe (Fischer-Homberger 1999, S. 262). Die Geschichte sei auf Körper und Chirurgie begrenzt gewesen, so lange es in der ‚Wunde‘ verkörpert war – und so lange sei die Medizingeschichte des Traumas ein Teil der Geschichte der Chirurgie geblieben (ebd., S. 263).

Fischer und Riedesser führen fort, dass sich eine *Psycho*-Traumatologie mit Untersuchung und Behandlung *seelischer* Verletzungen und ihrer Folgen erst sehr viel später als die Wissenschaft von den körperlichen Wunden zu bilden begonnen hätte

---

<sup>9</sup> Bei der 2020 erschienenen 5. Auflage handelt es sich um eine von Nachfolgern überarbeitete Ausgabe, da Fischer 2013 und Riedesser 2008 verstorben ist. Die Nachfolger betonen, dass sie im Zuge der Überarbeitung die Ideen und Grundgedanken des Buches erhalten und nur bei notwendigen Aktualisierungen Veränderungen vorgenommen haben (Fischer, Riedesser 2020, S. 9). In punkto Bezugsquelle werden in der vorliegenden Arbeit deswegen weiterhin die ursprünglichen Autoren genannt.

(Fischer, Riedesser 2020, S. 20). Womöglich sei zur Erklärung eine Hypothese dienlich, die an die sinnliche Gegebenheitsweise körperlicher versus seelische Verletzungen anknüpfe: *„Körperliche Verletzungen kann man sehen und anfassen (behandeln), seelische dagegen nicht. Körperliche haben eine Repräsentanz, seelische Verletzungen sind unsichtbar – wenn darum auch nicht weniger real und wirksam als die körperlichen Verletzungen und in letzter Zeit durch Bildgebungsverfahren auch physiologisch nachweisbar“* (ebd., S. 25). Jedenfalls stelle eine explizit psychologische und psychosomatische Traumalogie in der Geschichte der Medizin ein Novum dar (ebd., S. 20).

Sie führen aus, dass sie den Ausdruck „Psycho-“ in Psychotraumatologie im Rahmen eines „Mehr-Ebenen-Konzepts“ von der psychosozialen und physischen Wirklichkeit verstehen. Die psychische Ebene werde darin als eine Differenzierungsform der körperlich-physischen gesehen. Sie stelle zugleich eine Individuierung, eine Besondere der gesellschaftlich allgemeinen Kommunikations- und Beziehungsformen dar. Von daher müsse die Psychotraumatologie unter sozialen und physiologisch-somatischen Gesichtspunkten zugleich betrieben werden. Ihr zentraler Bezugspunkt sei die menschliche Erlebnissphäre, die nicht weniger verletzbar, in ihren Funktions- und Regulationsbedingungen nicht weniger stör- und kränkbar sei als die körperliche Ebene des psychophysischen menschlichen Weltverhältnisses (ebd., S. 20).

### **2.5.1. Wann ist es ein Trauma?**

Seidler hebt hervor, dass das Wort „Trauma“ häufig fälschlich verwendet werde, nämlich statt für die „Wunde“ zur Benennung eines Ereignisses. Weiterhin sei Achtsamkeit angeraten, den Begriff Trauma nicht inflationär zu entwerten. Es sei nicht alles, was im Leben schlimm und belastend ist – Karriereknick, Ehescheidung, Krankheit, der Verlust eines geliebten Menschen – zwangsläufig mit einer seelischen Verletzung im Sinne der Psychotraumatologie verbunden (Seidler 2013, S. 33). Selbst im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) wird darauf hingewiesen, dass nicht alle psychopathologischen Auffälligkeiten, die bei Personen nach einer extrem belastenden Situation auftreten, notwendigerweise als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet werden sollten (DSM-5 2015, S. 380).

Bloemeke differenziert zwischen psychischen Belastungen und Trauma. Psychische Belastungen könnten als Folge schmerzlicher Erfahrungen auftreten und seien zunächst Überlebenshilfen für den betroffenen Menschen. Bei Fortbestand könnten sie einen störenden Einfluss auf die Fähigkeit ausüben, Freude am Leben zu empfinden und wohlthuende Beziehungen einzugehen (Bloemeke 2015, S. 23). Das aus dem Griechischen stammende Wort Trauma werde mit „Wunde“ übersetzt und sowohl bei

starken körperlichen Verletzungen als auch bei seelischen Erschütterungen benutzt (ebd., S. 24).

Herrman charakterisiert, dass traumatische Ereignisse – anders als gewöhnliches Unglück - die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern und i.Allg. eine Bedrohung für die körperliche Unversehrtheit bedeuten (Herrman 1998, S. 54). Gleichsam bringen Fischer und Riedesser zum Ausdruck, dass das psychophysische Individuum aus dem Bereich der Stressbelastung in eine potenziell traumatische Erfahrungssituation hineingerate, wenn weder Coping noch Abwehr zu einer Kontrolle der biologisch und/oder psychosozial bedrohlichen Problemsituation führe. Sie definieren psychisches Trauma als *„vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“* (Fischer, Riedesser 2020, S. 88). Seidler bringt übereinstimmend zum Ausdruck, dass ein Ereignis dann zu einem traumatischen werde, wenn es in seiner Wirkung auf die betroffene Person einen Akt der Auslöschung von ihrer Daseinsberechtigung darstellt. Dieses Geschehen einer Vernichtung von Subjekthaftigkeit könne sich auf einer sozialen und/oder physischen und/oder psychischen Ebene abgespielt haben, mit unterschiedlichen Ausgestaltungen im Einzelfall. Es sei jedenfalls immer die existenzielle Ebene der Daseinsberechtigung betroffen. Ein so verstandenes Traumaereignis beschädige auch die Daseinsbefähigung der betroffenen Person, und zwar über den Verlust ihrer Selbstwirksamkeit. Der betroffene Mensch falle aus der mitmenschlichen Gemeinschaft heraus, was sich in seinem Erleben spiegele, fremd zu sein, nicht mehr dazu zu gehören und sich nicht mitteilen zu können (Seidler 2013, S. 36).

Dazu ein Beispiel mit Auftreten deutlicher Zeichen der Überforderung der normalen Anpassungsstrategien aus der klinischen Geburtshilfe von einer Frau, die beim Hilfe-telefon angerufen hatte, vergleiche Anhang 4, FB 23, S. XLV: Zwillingengeburt vor drei Wochen. Einleitung der Geburt, worauf 20 Stunden – von ihr gefühlt ewig - Wehen folgten. Sie bekam eine PDA, die sie nicht wollte und die wehenfördernd war. Reagierte mit Panik, hyperventilierte; hörte nicht mehr, was die Anderen sagten. Die Hebamme vermittelte, dass man so nicht weitermachen könne, sie solle entweder mitarbeiten oder es werde ein Kaiserschnitt durchgeführt. Ging mit der Hand rein. Die Frau bekam alle 30 Minuten einen Katheter und ein Kaiserschnitt wurde gemacht. Die Frau beschrieb es als furchtbar, wie ausgeweidet werden und war zwischendrin immer weggetreten. Danach kam sie ins Krankenzimmer und wurde alleine gelassen. Wegen Corona durfte ihr Mann pro Tag nur eine Stunde zu Besuch kommen.

Huber erklärt, dass der Ausgangspunkt eines Traumas tatsächliche, extrem stressreiche äußere Ereignisse seien. Damit ein Ereignis für einen Menschen zum Trauma werde, müsse eine Dynamik in Gang kommen, die sein Gehirn buchstäblich „in die Klemme“ bringe, und es geradezu nötige, auf besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen (Huber 2020, S. 51).

Gerate das Gehirn in eine solche Klemme, falle zuerst das Großhirn aus, das gewöhnlich rationales Denken, Planen und das gezielte Bündeln von Handlungsimpulsen und Problemlösung ermöglicht (ebd., S. 53). Anschließend komme es zu einer Reaktion – meist gänzlich unbewusst und automatisch – zu einem von zwei Reizen, die der stammesgeschichtlich älteste Teil des Gehirns uns als Erstes vorschreibe (ebd., S. 55): Fight or Flight (Kampf oder Flucht). Wenn jedoch weder Kampf noch Flucht möglich sei, dann bleibe dem Gehirn, um der äußersten Bedrohung zu entkommen, nichts anderes übrig als Freeze (Einfrieren, Erstarren), Flag (im Sinne von Erschlaffen) und Fragment (Fragmentieren). Die Freeze-Reaktion sei nichts anderes als eine Entfremdung vom Geschehen. Tiere würden in solchen Situationen wie tot umfallen, weshalb man auch von einem Totstellreflex spreche. Erst hinterher, wenn die Menschen wieder in Sicherheit seien und ihr gesamtes Hirn wieder aus dem Alarmzustand herschaltete, trete plötzlich ein Einschleusen von Tränen, Zusammenbruch, Weinen oder Schreien auf.

Wenn das Erstarren allein nicht helfe, könne ein totaler Zusammenbruch mit Erschlaffen der gesamten Muskulatur folgen. Im Erleben sei man dann plötzlich seelenruhig, bleischwer und sehr müde. Manchmal könne aus dieser „Pseudo-Ruhe“ heraus ein Krampfanfall oder eine Ohnmacht auftreten (Kollaps) (ebd., S. 58). Dabei handele es sich um eine Notreaktion des Organismus, die zu einer weiteren Dissoziation führe. Dann trete das Mittel des Fragmentierens hinzu. Die Erfahrung werde zersplittert und die Splitter so weggedrückt, dass das äußere Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden könne (ebd., S. 59).

Fischer-Homberger fügt an, dass das ‚Trauma‘ dazu tendiere, gegebenes Verständnis zu überschreiten. Es unterbreche Kontinuitäten und schaffe Fusionen, verletze Grenzen, verstöre gegebene körperliche, psychische, soziale und historische Organisationen. Daraus ergäben sich einige Züge, die für die Geschichte des Traumas charakteristisch seien: die schubweise Erweiterung des Begriffs des ‚Trauma‘ von der chirurgischen ‚Wunde‘ zum bio-psycho-sozialen Phänomen (Fischer-Homberger 1999, S. 260).

## 2.5.2. Klassifikation belastungs- und traumabezogener Störungen

Hausmann stellt dar, dass sich die Beschreibung und Klassifikation posttraumatischer Reaktionen, Symptomen und Störungen in den letzten hundert Jahren mehrfach verändert habe. Nach Differenzierung bestehender Kategorien sowie die Aufnahme weiterer Störungsbilder in die offiziellen Klassifikationen „Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO“ (ICD) und „Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der American Psychiatric Association“ (DSM) werde auch weiter noch eingehend zu diskutieren sein (Hausmann 2006, S. 16).

Einschließlich 2021 besaß das ICD-10 Gültigkeit und wurde ab 1.1.2022 vom ICD-11 abgelöst. Im ICD-11 wurden punktuell Klassifikationen verändert und Erweiterungen eingefügt. Maercker erläutert, dass die WHO in der 11. Auflage des ICD der Posttraumatischen Belastungsstörung drei weitere Diagnosen angefügt habe, die zusammen die „Traumafolgestörungen“<sup>10</sup> bilden (Maercker 2019, S. V).

Die aktuelle Version des DSM, das DSM-5, wurde erstmals 2013 in den USA veröffentlicht und erschien 2015 in übersetzter Fassung in Deutschland (DSM-5 2015, S. V).

### Was steht am Anfang?

Im Folgenden wird ein Einblick zu den ersten Reaktionen bei Erleben einer erschütternden Erfahrung gegeben. Huber macht deutlich, dass typische unmittelbare Folgen von traumatischem Stress - direkt nach der ersten Einwirkung und vor den langfristigen Folgen – noch abgefangen werden könnten, wenn die Betroffenen rechtzeitig Unterstützung erfahren würden.

Anzeichen seien Verstörung, Durcheinandersein; körperlich starke Schmerzen – eventuell Schock bis „Kippen“ in ein Nichts-mehr-Fühlen (Huber 2020, S. 86); Flut von Bildern, Gerüchen, Geräuschen, Geschmack – und „Kippen“ in ein Nichts-mehr-Wahrnehmen (nicht mehr hören oder sehen) sowie der Verlust der Fähigkeit zur raumzeitlichen Einordnung des Geschehens bis hin zu Nichts-mehr-Wissen.

Das Auftreten von solchen Erstreaktionen habe mit dem vorübergehenden Abschalten des Hippocampus-Systems und des Präfrontalhirns und mit einer intensiven Schockreaktion zu tun. Danach versuche das Gehirn die abgespaltenen und weggekippten Inhalte zunächst spontan wieder zu integrieren. Gehirn und Körper müssten damit fertig werden, dass es extreme Verwirrheitszustände und entfremdetes

---

<sup>10</sup> Bei den im ICD-11 neu aufgenommenen Traumafolgestörungen handelt es sich um die „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“, die „Anhaltende Trauerstörung“ und um die „Anpassungsstörung“ (Maercker 2019, S. V).

Erleben gab. Das benötige Zeit und sei mit erheblichen körperlichen und seelischen Irritationen verbunden, die wochenlang andauern könnten.

Diese ganz normalen Reaktionen (ebd., S. 87) waren im ICD-10 als akute Reaktionen auf extreme belastende Ereignisse und als das Störungsbild der „Akuten Belastungsreaktion“ aufgeführt (ICD-10-GM 2021, S. 178). Im ICD-11 hingegen werden sie nicht mehr als krankheitswertig betrachtet und gelten – wenn sie nicht in extremer Form auftreten – als normale Anpassungsleistung nach Extremereignissen (Huber 2020, S. 87).

Das DSM-5 klassifiziert dies allerdings weiterhin als „Akute Belastungsstörung“. Dabei handele es sich (diagnostisches Kriterium A) um eine „*Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt*“ (DSM-5 2015, S. 382) in Folge von direktem Erleben; persönlichem Miterleben bei anderen Personen; Erfahren, dass es einem nahen Familienmitglied oder engen Freund zugestoßen ist (ebd., S. 383) oder wiederholte Erfahrung bzw. extreme Konfrontation z.B. als Ersthelfer. Dabei (diagnostisches Kriterium B) würden neun (oder mehr) Symptome aus den folgenden fünf Kategorien auftreten: Wiedererleben, negative Affektivität, dissoziative Symptome, Vermeidung und erhöhtes Arousal (deutsch: Erregung; Anmerkung der Verfasserin) (ebd., S. 383). Die Symptome würden meist direkt nach dem Trauma beginnen (ebd., S. 384).

Das Hauptmerkmal (diagnostisches Kriterium C) bestehe im Auftreten von charakteristischen Symptomen für die Dauer von 3 Tagen bis einem Monat nach dem traumatischen Ereignis (DSM-5 2015, S. 384). Die Störung könne besonders ausgeprägt sein, wenn der Belastungsfaktor durch andere Menschen und mit Vorsatz verursacht wurde (z.B. Folter, Gewalt) (ebd., S. 385).

Im Hinblick auf posttraumatische Reaktionen nennt Huber gemäß ICD und DSM charakteristische Kernelemente: Vermeidung, Wiedererleben und Übererregung. Sollten diese nach Eintritt nicht weniger werden, sich stattdessen ausbreiten und länger als vier bis sechs Wochen andauern, könne die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gestellt werden (Huber 2020, S. 90). Im DMS-5 wird gleichsam angegeben, dass die Diagnose PTBS bei Fortbestehen der Symptome mindestens einen Monat seit Erlebnis des traumatischen Ereignisses erfolgen könne (ebd., S. 393).

#### Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Der PTBS wird im DSM-5 eine verzögerte Erscheinungsform zugeschrieben, was ausdrücke, dass die Symptome gewöhnlich innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma auftreten, wobei es allerdings Monate oder sogar Jahre dauern könne, bis die für die Diagnose erforderlichen Kriterien erfüllt seien. Dabei decke sich die

unmittelbare Reaktion auf das Trauma anfänglich häufig mit den Kriterien einer „Akuten Belastungsstörung“ (DSM-5 2015, S. 377). In der Tat ist das im DSM-5 beschriebene „diagnostische Kriterium A“ der „Akuten Belastungsstörung“ (ebd., S. 382 ff.) mit der Beschreibung des „diagnostischen Kriterium A“ der PTBS deckungsgleich (ebd., S. 369).

In der Hälfte der Fälle stelle sich innerhalb von drei Monaten eine vollständige Remission der Symptome ein. Bei vielen anderen blieben Symptome länger als zwölf Monate, manchmal sogar mit einer Dauer von länger als 50 Jahren.

Die Symptome der Störung würden anfangs ein verhältnismäßiges Vorherrschen von drei – wie bereits genannt - Aspekten aufweisen, was sich über die Zeit hinweg verändern könne (ebd., S. 377).

Die konkrete Darstellung der Symptome im DSM-5 umfasst schließlich vier diagnostische Kriterien, die hier verknappt dargestellt werden.

1. Wiedererleben (Intrusionen): Wiederkehrende belastende Erinnerungen oder wiederkehrende belastende Träume an das Ereignis sowie dissoziative Reaktionen (Flashbacks) bei denen die Person fühle oder handele, als ob sich das Ereignis wieder ereignen würde (ebd., S. 369). Psychische Belastung bei der Konfrontation mit (inneren oder äußeren) Hinweisreizen auf das Ereignis oder auch körperliche Reaktionen.

2. Vermeidung: Bemühung, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden. Bemühung, Dinge in der Umwelt zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen.

3. Negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung im Zusammenhang mit dem Ereignis: Unfähigkeit, sich zu erinnern; negative Überzeugungen oder Erwartungen; verzerrte Kognitionen hinsichtlich Ursache und Folgen des Ereignisses; Negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld, Scham); vermindertes Interesse oder Teilnahme; Gefühle von Abgetrenntheit oder Entfremdung sowie die Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden.

4. Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem Ereignis: Reizbarkeit und Wutausbrüche; riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten (ebd., S. 370); übermäßige Wachsamkeit; übertriebene Schreckreaktionen; Konzentrationsschwierigkeiten oder Schlafstörungen (ebd., S. 371).

Nach dem DSM-5 bestehen Risikofaktoren in der Schwere des Traumas (je größer das Ausmaß des Traumas, desto wahrscheinlicher die Entwicklung einer PTSB), in der empfundenen Lebensbedrohung und in zwischenmenschlicher Gewalt, die durch eine Betreuungsperson zugefügt wird (ebd., S. 378). Huber ergänzt, dass schwerere Reaktionen zu erwarten seien, wenn niemand dem Opfer unmittelbar danach

beigestanden hat und wenn nach der Tat niemand mit dem Opfer darüber gesprochen hat (Huber 2020, S. 98). Durch die Forschung bestätigte Schutzfaktoren bestünden in sozialer Unterstützung, in primärer und sekundärer Resilienz, kommunikativer Kompetenz und in einem kohärenten Weltbild (ebd., S. 106).

Nach DSM-5 gilt als geschlechtsspezifische Besonderheit, dass Frauen häufiger betroffen seien und die Erkrankung bei ihnen länger andauere als bei Männern. Das habe damit zu tun, dass Frauen einem höheren Risiko ausgesetzt sind, wie z.B. Vergewaltigung oder anderen Formen zwischenmenschlicher Gewalt (ebd., S. 379 f.).

Weiterhin sei die PTBS im Hinblick auf funktionelle Folgen in hohem Maß mit sozialer, beruflicher und physischer Beeinträchtigung sowie mit beträchtlichen Kosten für die Volkswirtschaft und erhöhter Inanspruchnahme von medizinischer Behandlung verbunden (ebd., S. 380).

In Bezug auf die PTBS würden einige differentialdiagnostische Möglichkeiten in Betracht kommen, beispielsweise die Anpassungsstörung, die akute Belastungsstörung, Angst- und Zwangsstörung, depressive Störungen als auch Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störung, Störungen mit funktionellen neurologischen Symptomen, psychotische Störungen oder Schädel-Hirn-Trauma (DSM-5 2015, S. 380 ff.). Weiterhin bestehe bei Personen mit PTBS eine um 80 % erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Kriterien für mindestens eine andere psychische Störung erfüllt sind (z.B. depressive und bipolare Störungen, Angststörungen) (ebd., S. 382).

Fritzen weist darauf hin, dass viele Patientinnen, die nachweislich an den Folgen eines erlebten Traumas, beispielsweise „Geburt“, leiden, dennoch nicht alle drei wichtigen Diagnosekriterien für eine PTBS aufweisen würden, sondern lediglich das Hauptkriterium „Wiedererleben“ sowie eines der beiden anderen. Dann spreche man von einer subsyndromalen oder partiellen PTBS (Fritzen 2007, S. 66). Hausmann hebt hervor, dass gemäß Ergebnissen der Prävalenzforschung die Gruppe der von partieller PTBS Betroffenen zahlenmäßig die der Menschen mit voll ausgeprägter PTBS übertreffe, wobei Leidensdruck und Alltagseinschränkungen auch in diesen Fällen erheblich seien (Hausmann 2006, S. 102).

Hecker und Maercker erinnern an das bereits früher bewährte Einteilungsschema kurzes Typ-I Traumata versus langfristiges Typ-II Traumata.

Typ-I Traumata seien meist durch Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet und würden häufig in die klassische Symptomatik der Psychotraumatischen Belastungsstörung (PTBS) münden. Typ-II Traumata seien demgegenüber durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch eine geringe Voraussagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens charakterisiert und

würden zu der besonders starken symptomatischen Reaktion der neu in das ICD-11 aufgenommenen ‚Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)‘ führen (Hecker, Maercker 2015, S. 6).

Die KPTBS betrifft Vorkommnisse in der Geburtshilfe eher weniger und wird deswegen hier nicht weiter ausgeführt.

### **2.5.3. Belastungen und Traumatisierung im Kontext klinischer Geburtshilfe**

2020 legte Balogh seine Dissertation „Inzidenz und Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung post partum“ vor, in der er zur relativen Häufigkeit des Auftretens einen Vergleich zwischen Studien aus 35 Ländern und aus dem Zeitraum von 2001 bis 2019 erstellte. Die Ergebnisse seien sehr unterschiedlich ausgefallen. Die Inzidenz habe zwischen 1 – 64 % variiert (Balogh 2020, S. 21 ff.).

Dorsch und Rohde geben im Rahmen einer Abfassung zu den Postpartalen psychischen Störungen an, dass bis zu einem Drittel der Frauen die Geburt ihres Kindes als traumatisches Ereignis erlebe. Dieses subjektive Erleben könne zu Anpassungsstörungen oder sogar zum Vollbild einer PTBS führen, die unbehandelt einen hohen Chronifizierungsgrad aufweise. Dabei weise die PTBS mit Vollbild nach Maßgabe von DSM-5 Kriterien eine Prävalenz von 1,3 % bis 2 % auf. Es handele sich also um ein relativ häufiges Phänomen, das in der Geburtshilfe und Psychiatrie bisher noch kaum wahrgenommen werde. Die hohe Komorbidität mit depressiver Symptomatik führe nicht selten dazu, dass zwar die Diagnose einer postpartalen Depression gestellt, die Symptome der Belastungsstörung jedoch übersehen würden (Dorsch, Rohde 2016, S. 368).

Kuhn macht deutlich, dass eine Diagnosestellung psychischer Erkrankungen im Postpartum herausfordernd sei. Einmal könne es aufgrund des zum Symptomcluster der PTBS gehörenden Vermeidungsverhaltens – z.B. bezüglich Gedanken an die traumatisierende Situation – und einem variierend auftretenden Symptombeginn zu einer Verzögerung bzw. zu einem Ausbleiben der Diagnose kommen. Außerdem trage die hohe gesellschaftliche Erwartungshaltung an Mütter zu einer Tabuisierung von negativen Erlebnissen im Rahmen der Geburt bei. Prinzipiell würden bei von psychischen Erkrankungen Betroffenen häufig Schamgefühle auftreten. Das Umfeld reagiere nicht selten mit Unverständnis, wenn Mütter traumatisiert und depressiv statt überglücklich seien. Dies gelte insbesondere, wenn die Mutter das Neugeborene psychisch bedingt nur eingeschränkt versorgen kann.

Bei Fehlen einer adäquaten Diagnose würden Hilfestellungen und Therapien ausbleiben, was fatale Konsequenzen habe (Kuhn 2021, S. 10). Dorsch und Rohde führen

fort, dass bei einer erneuten Schwangerschaft in Folge von Reaktualisierung der früheren Symptomatik starke Geburtsängste auftreten können (Dorsch, Rohde 2016, S. 368). König veröffentlichte eine zusammenfassende Darstellung der epidemiologischen Forschung zur PTBS nach Geburtsergebnissen und weist auf Studienergebnisse hin, die zeigen, dass die Angst vor weiteren Geburten (sekundäre Tokophobie) dazu führen könne, dass weitere Schwangerschaften trotz des Wunsches nach weiteren Kindern abgelehnt werden. Die Angst könne so ausgeprägt sein, dass auch gewollte Schwangerschaften abgebrochen würden. Andere betroffene Frauen würden sich von vornherein für eine Sectio entscheiden, um die Geburt ganz zu vermeiden (König 2014, S. 168).

König gibt an, dass um die Jahrtausendwende eine systematischere Erforschung der Häufigkeit von PTBS durch Geburtsergebnisse eingesetzt habe. Sie zeigt und diskutiert in einem Artikel Studien aus westlichen Ländern, die sich nicht auf besonders belastete Populationen beziehen und betont, dass die Ergebnisse deutlich schwanken (König 2014, S. 167). So sollen vorliegend nur einzelne eindeutige Ergebnisse aus ihrer Arbeit präsentiert werden.

Beispielsweise stellt sie dar, dass Alter, Familienstand, sozioökonomischer Status und Bildungsgrad zumeist keinen Zusammenhang mit der Entwicklung einer PTBS nach Geburtsergebnissen aufgewiesen habe (ebd., S. 169).

Mehrere Studien hätten bei Frauen, die nach einer Geburt eine PTBS entwickelten, höhere (Trait)-Angstwerte<sup>11</sup> aufgewiesen. Andererseits sei – wie auch bei PTBS nach anderen traumatischen Ereignissen - ein protektiver Einfluss einer höheren Selbstwirksamkeit sowie eines ausgeprägteren Kohärenzsinn festgestellt worden (ebd.).

Unter den objektiven Gegebenheiten der Geburt sei der Geburtsmodus die am häufigsten untersuchte Variable. In vielen Studien wären Frauen, die eine sekundäre Sectio durchliefen, in der Gruppe mit PTBS-Symptomatik überrepräsentiert. Dennoch finde sich dieser Zusammenhang nicht in allen Stichproben. Frauen mit PTBS-Symptomatik würden berichten, während der Geburt schlechter informiert worden zu sein, und allgemein über negativere Interaktionen mit dem Krankenhauspersonal. Entsprechend könne im Umkehrschluss eine gute Information und Kommunikation als Schutzfaktor angenommen werden. Weiterhin hätten die betroffenen Frauen mehr Angst um ihr Baby und um sich selbst aufgewiesen als Frauen ohne die Diagnose (ebd., S. 170).

---

<sup>11</sup>Trait-Angst ist im Gegensatz zur State-Angst eine zeitlich stabile und situationsübergreifende Disposition zu ängstlichem Verhalten. Eine Unterscheidung erfolgt in der Praxis über einen standardisierten Test (State-Trait-Angstinventar) (Psychembel.de).

Bezüglich des Zusammenhangs von Schmerzerleben und psychischem Befinden habe sich gezeigt, dass psychische Belastungen während der Geburt (z.B. Kontrollverlust, negative Emotionen, Dissoziation, Schmerzen und Angst um das Baby und um sich selbst) zu den Risikofaktoren mit der höchsten Evidenz gehörten (ebd.). Weiterhin seien körperliche Verletzungen und bleibende körperliche Probleme in Verbindung mit der Entwicklung einer PTBS-Symptomatik von großer Bedeutung. Sie würden allerdings meist nur als peritraumatische Faktoren untersucht und im weiteren Verlauf nicht mehr explizit erhoben. Dieser seltene Einbezug sei überraschend, da selbst spontane Geburten spürbare und anhaltende körperliche Auswirkungen haben könnten (ebd., S. 171).

Im Hinblick auf die soziale Unterstützung hält auch König eine Studie vor, die nachgewiesen habe, dass Frauen nach traumatischen Geburten einem starken gesellschaftlichen Druck ausgesetzt seien. Den Müttern werde häufig signalisiert, dass sie mit ihrer Geburt glücklich sein und die Gesundheit und die Bedürfnisse des Babys vor ihre eigenen stellen sollten.

Eine weitere Studie habe untersucht, dass das Angebot einer Nachbesprechung, bei der ein/e Geburtshelfer/in mit der Frau den Geburtsverlauf durchgeht, intuitiv als protektiver Faktor erscheine, da durch Information und Normalisierung Gefühle von Ausgeliefertsein und Versagen gemindert werden können. Diese Interventionen würden von den Frauen im Allgemeinen positiv erlebt, während ihr präventiver Wert jedoch umstritten sei (ebd.).

König schließt, dass die Entwicklung und Erforschung von Möglichkeiten der Prävention und die Behandlung dieses Störungsbildes wichtig ist (ebd., S. 172).

Die Aktualität der Thematik zeigt sich auch in der engagierten Gründung des internationalen Forschungsnetzwerkes (International Research Network) perinatale PTBS (Perinatal PTSD).

Der Anlass für die Gründung wird auf der Webseite wie folgt vorgestellt:

*„Willkommen auf der Webseite des internationalen Netzwerks zur Erforschung der perinatal bedingten Posttraumatischen Belastungsstörungen. Wir sind ein Netzwerk von Forschern und Klinikmitarbeitern, die zusammenarbeiten, um Geburtstraumen und perinatal bedingte posttraumatische Belastungsstörungen auf der ganzen Welt zu vermindern“* (PERINATAL PTSD; Text übersetzt von der Verfasserin).

Weiterhin sind verschiedene Bücher erschienen, die sich um Aufklärung bemühen und Angebote der Unterstützung geben, dazu hier einige Beispiele: „Kaiserschnitt. Wunsch, Erlösung oder Trauma. Über das Erleben betroffener Frauen“ (Jurgelucks, Christiane 2013); „Ausgeburten: Wie auch Sie ein Geburtstrauma, überforderte

Klinikärzte und postnatale Depression überleben können“ (Berger, Mariella; Stein, Joachim 2015); „Es ist nicht egal, wie wir geboren werden: Risiko Kaiserschnitt“ (Odent, Michel 2016); „Es ist vorbei – ich weiß es nur noch nicht. Bewältigung traumatischer Geburtserfahrungen“ (Sahib, Tanja 2016); „TRAUMgeburt nach TRAUMAgeburt. Wieder schwanger: integrieren heilen, vorbereiten. Ein Praxisbuch zur Geburtsvorbereitung nach traumatischen Geburten“ (Galster, Anabel 2020) und „Nachwehen. Trost und Hilfe bei überwältigenden Gefühlen rund um die Geburt“ (Rösler, Annika; Höllrigl Tschalkner, Evelyn 2021).

## **3. Empirischer Teil**

### **3.1. Material und Methodik**

Im empirischen Teil der Arbeit soll das Erleben von Frauen, die sich von schwierigen Geburten betroffen fühlen, und die Möglichkeit nachträglicher Hilfsangebote untersucht werden. In diesem Zusammenhang wurde in Zusammenarbeit mit dem seit dem 1.6.2020 in Deutschland implementierten niedrighschwelligen und anonymen „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ eine größere Gruppe von Frauen, die sich von schwierigen Geburten betroffen fühlen und dort angerufen haben, befragt. Da die Frauen aufgrund eines eigenen Beweggrundes bzw. aus eigenem Interesse beim Hilfetelefon angerufen haben, handelt es sich um eine selektierte Stichprobe.

Bei der Befragung kam die wissenschaftliche Fragebogenmethode zum Einsatz. Nach Döring und Bortz wird darunter die zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung und Erfassung von verbalen und numerischen Selbstauskünften von Befragungspersonen zu ausgewählten Aspekten ihrer Erfahrung verstanden. Sie eigne sich besonders gut, subjektives Erleben sowie vergangene Erfahrung und Verhalten zu erfassen, das nicht direkt beobachtbar und auch nicht in Dokumenten manifestiert ist (Döring, Bortz 2016, S. 398). Im vorliegenden Fall wurde der Fragebogen von der jeweiligen Beraterin im Rahmen der telefonischen Beratung abgefragt und die Antworten notiert.

Die Antworten auf dem Fragebogen wurden dokumentiert und systematisch analysiert. Die drei zentralen Elemente der Methode sind die Befragungspersonen, der Fragebogen und die Situation, in der der Fragebogen beantwortet wird (ebd., S. 398). Neben der Durchführung des Fragebogens konnten zusätzliche Daten durch Mitschrift von Informationen während der Falldarstellungen der Beraterinnen in den fünf- bis sechswöchentlich stattfindenden Videokonferenzen, an denen die Verfasserin regelmäßig teilnahm, gesammelt werden.

Über den Verlauf des Forschungsabschnitts, das erste Jahr des Hilfetelefon, wurden während 162 Beratungen 144 Fragebögen ausgefüllt, wovon nach Eliminierung nicht verwertbarer Fragebögen 129 als Basismaterial für das Erstellen des empirischen Teils der Arbeit verwendet werden konnten (s. 3.2.).

#### **3.1.1. Problem- und Zielstellung**

Die Arbeit widmet sich dem Erleben von Gewalt von Frauen in der Geburtshilfe. Im theoretischen Teil hatte sich die Problemstellung verdeutlicht, dass oftmals auch bei gesunden Schwangeren mit niedrigem Risiko routinemäßig interventionsreich

ausgestaltete Geburtsabläufe und/oder ein suboptimaler Umgang mit Frauen unter der Geburt im Anschluss zu einem erhöhten Hilfe- und Beratungsbedarf führt.

Dem empirischen Teil obliegt in Folge die Frage, ob sich diesbezüglich Zusammenhänge nachweisen lassen.

Es wird davon ausgegangen, dass mit dem Datenmaterial, das durch die Befragung der AnruferInnen beim „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ gesammelt werden konnte, entsprechende Nachweise erbracht werden können.

Nachfolgend genannte Hypothesen leiten die Untersuchung:

I. Anhand einer Auswertung der qualitativen Daten soll zuerst die Frage exploriert werden, an welchen Stellen ein Handlungsbedarf aufgrund bzw. in Folge von schwierig erlebten Geburten besteht. Es wird erwartet, dass bei AnruferInnen des Hilfetelephons ein Unterstützungsbedarf vorliegt.

II. Im Zuge der Untersuchung von Zusammenhängen wird erwartet, dass eine hohe Anzahl an nicht-informierten medizinischen Eingriffen während der Geburt mit einem negativen Befinden unmittelbar nach der Geburt einhergeht.

III. Im Zuge der Erstellung eines Mittelwertvergleichs wird erwartet, dass bei Einsatz der Sectio das mütterliche Befinden unmittelbar nach Geburt sowie vier und acht Wochen danach stärker beeinträchtigt ist als ohne Einsatz der Sectio.

IV. Im Zuge der Erstellung eines Mittelwertvergleichs wird erwartet, dass Mütter, die die Schwangerschaft positiv erlebt haben, bei schwieriger Geburt ein besseres Befinden unmittelbar nach Geburt sowie vier und acht Wochen danach aufweisen als Mütter, die die Schwangerschaft negativ erlebt haben.

V. Im Zuge der Untersuchung von Zusammenhängen wird erwartet, dass mit dem Einfluss einer professionellen Begleitung während Schwangerschaft und Geburt ein positives Befinden in der Zeit nach der Geburt (unmittelbar sowie vier bzw. acht Wochen nach der Geburt) einhergeht.

VI. Es soll eine Evaluation des Hilfetelephons durchgeführt werden und es wird erwartet, dass für das Angebot ein Bedarf besteht, dass die AnruferInnen es als hilfreich wahrnehmen und mit dem Angebot zufrieden sind.

### **3.1.2. Untersuchungsdesign und Art des Inhalts**

Für den empirischen Teil wurden Daten mittels Befragung bei Personen im natürlichen Lebenszusammenhang erhoben, was als eine Feldforschung betrachtet werden kann. Gegenstand der Untersuchung sind die Belange von Frauen, die sich nach einer schwierig erlebten Geburt an das anonyme „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ gewandt haben.

Dabei wurde über den Zeitraum des ersten Jahres des Hilfetelefons eine Fragebogenerhebung durchgeführt, die die Basisdaten für die im Anschluss durchgeführte Untersuchung bereitstellte. Der von der Verfasserin entwickelte Fragebogen konnte in die Beratungsgespräche des Hilfetelefons integriert werden.

Im ersten Jahr wurden 162 Beratungen durchgeführt. Aus diesen Beratungen gab es einen Rücklauf von 144 ausgefüllten Fragebögen (= 88,8 %). Von diesen 88,8 % konnten nach Abzug nicht verwertbarer Fragebögen 89,6 % (129 Fragebögen) ausgewertet werden.

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde die Erhebung von sowohl quantitativen als auch qualitativen Daten vorgesehen, so dass vorliegend sowohl ein quantitativer und qualitativer Forschungsansatz als auch eine Kombination von beiden zum Einsatz kam.

Es wurden ausschließlich Daten betrachtet, die das Thema, d.h. Anruf nach schwieriger Geburt, betreffen. Beratungen zu anderen Thematiken, z.B. zu Problemen in der Schwangerschaft, fanden zwar vereinzelt (selten) statt, wurden aus der Bewertung jedoch ausgeschlossen, da diesbezüglich keine Datensammlung geplant und somit dafür auch kein Fragebogen konzipiert worden war. Weiterhin gab es sehr vereinzelt wiederholte Anrufe, von denen jeweils nur der erste ausgefüllte Fragebogen berücksichtigt wurde, weil anzunehmen war, dass die Verdoppelung von Angaben zum gleichen Gegenstand eine Verzerrung im Datenbild bewirken würde.

Die Daten wurden in Form einer Befragung während bzw. am Ende einer Beratung von der jeweiligen Beraterin durchgeführt. Eine ausführliche Beschreibung der Zugänge und des Erhebungsprozesses findet sich unter 3.1.2.3.

Eine ausführliche Darstellung der Analysemethoden ist eingangs in Kapitel 3.3. zu finden.

Im Hinblick auf die Evaluation des Hilfetelefons stufen Gollwitzer und Jäger die vorliegende Untersuchung als externe Evaluation ein, da die Evaluatorin an den Telefonberatungen und dem Ausfüllen der Fragebögen nicht beteiligt war. Dies stellt ihre objektive Sicht und Vorgehensweise sicher (Gollwitzer, Jäger 2007, S. 15 f.).

Die Teilnahme der Evaluatorin an den regelmäßigen Videokonferenzen des Gesamtteams des Hilfetelefons ermöglichte ihr, an dem stattfindenden Austausch während der prozessualen Entwicklung der Maßnahme teilzuhaben und bei Bedarf formulierte Anliegen der relevanten Stakeholder (einzelne Personen, die ein berechtigtes Interesse an dem Projekt haben) in den Prozess der Evaluation aufzunehmen (Döring, Bortz 2016, S. 983). Zum anderen wurde es ihr dadurch möglich, während der konkreten Falldarstellungen der Beraterinnen ergänzende Informationen

schriftlich aufzunehmen, die dadurch in den Forschungsprozess einbezogen werden konnten. Nicht zuletzt erlaubte ihr die Teilnahme auch, bei Bedarf konkrete Nachfragen an die Beraterinnen zu richten.

### **3.1.2.1. Beschreibung des Hilfetelefons**

Das Konzept des bundesweiten Projekts „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ wurde vor seiner Implementierung erstmalig von Katharina Desery am 27.10.2019 auf der Fachtagung der Internationalen Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin und Psychologie (ISPPM) in Kooperation mit der Universität Fulda in Fulda öffentlich vorgestellt (Desery 2019). Während der Online-Jubiläumstagung 50 Jahre ISPPM e.V. „Pränatale Psychologie und Geburtskultur“ in Stolpen vom 12. – 14.11.21 präsentierten die Initiatorinnen Katharina Desery und Paula Diederichs Ergebnisse des seit Juni 2020 - mitten in der Pandemie - gestarteten Projekts (Desery, Diederichs 2021). Während der Mitgliederversammlung des ISPPM e.V. am 28.10.2020 gab die Autorin der vorliegenden Masterarbeit einen ersten Kurzüberblick über Eindrücke zu der Akzeptanz des Hilfetelefons, die sich in der Öffentlichkeit zügig eingestellt hatte.

Paula Diederichs berichtete am 14.11.2021 von der Geburtsstunde des Hilfetelefons, die am Abend des 11.6.2017 nach der gemeinsamen Teilnahme von Katharina Desery und ihr an einer Podiumsdiskussion im Rahmen der Premiere des Films „Sichere Geburt“ von Carola Hauck in Berlin stattgefunden hatte. Katharina Desery habe als Vorstandsmitglied der Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. bereits häufig alarmierende Anrufe von Frauen in Notlage nach schwierigen Geburten erhalten. Es hätte sich umwundend Übereinstimmung zwischen ihnen eingefunden, dass es wichtig sei, Frauen nach schwierigen Geburten auf anonymen Weg Gehör zu ermöglichen und Hilfe zu zuführen.

Paula Diederichs selber sei zu der Zeit Präsidentin des ISPPM e.V. gewesen und habe daran gedacht, dass es in der Gesellschaft viele qualifizierte und auf das Thema Geburt spezialisierte Fachkräfte gibt, die eine solche Beratung gewährleisten könnten. Das habe die Initialzündung für den gemeinsamen Entschluss, ein Hilfetelefon in die Welt zu bringen, bewirkt. Weitere Planungstreffen seien gefolgt, maßgeblich unterstützt von der späteren Projektassistentin Petra Woschny-Lautner, und das Projekt habe Schritt für Schritt Form angenommen (Desery, Diederichs 2021). Träger des Hilfetelefons wurden zu gleichen Teilen die Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. in Kooperation mit der ISPPM.

Katharina Desery berichtete, dass sie 2015 die Initiative Mother Hood e.V. mitbegründet hatte. Deren primäres Ziel bestehe darin, eine Verbesserung der Geburtshilfe zu bewirken. Das Hilfetelefon sei in ihren Augen allerdings ebenfalls nötig, um nach

schwierigen Geburten für die Frauen und auch für die Väter ein konkret helfendes Angebot zu schaffen (Desery, Diederichs 2021).

Anliegen und Wirken des ISPPM liegt seit Gründung 1971 in der Beachtung der psychosozialen Mutter-Kind-Bindung in Schwangerschaft, Geburt und in den ersten Lebensjahren. Die Ziele bestehen in der Schaffung eines Bewusstseins für die emotionalen, psychischen und physischen Grundbedürfnisse des ungeborenen Kindes, die Verbesserung von Schwangerschafts- und Geburtskultur in präventiver Hinsicht in Deutschland sowie weltweit und die Verbreitung wichtiger Forschungsergebnisse aus dem Bereich der Pränatalpsychologie und die Förderung von Forschungsvorhaben (ISPPM e.V.).

Während der initialen Präsentation des Hilfetelefon auf der Fachtagung „Geburts-hilfe im Wandel“ am 27.10.2019 in Fulda formulierte Desery die Zielsetzung des Hilfetelefon wie folgt: *„Wir wollen ein telefonisches Hilfsangebot für Frauen mit problematischen Geburtserfahrungen schaffen. Frauen sollen die Gelegenheit bekommen über das Erlebte rund um die Geburt ihres Kindes zu sprechen und ggf. Informationen über therapeutische Unterstützungsangebote bekommen. Primär geht es um ein Ernstnehmen der körperlichen und emotionalen Erlebnisse der Frauen“* (Desery 2019). Sie umriss die Zielgruppe mit: *„Frauen, die mit der Geburt / Geburtserfahrung ihres Kindes hadern. Das Angebot richtet sich explizit an alle Frauen, die geboren haben. Der Fokus liegt nicht auf Frauen, die ein Geburtstrauma erlitten haben“* (ebd.).

Die Vorbereitungen benötigten länger als erwartet, so dass das Hilfetelefon statt Herbst 2019 schließlich am 1.6.2020 an den Start ging. Zu diesem Zeitpunkt war es von einem Team aus zwei Initiatorinnen; einer Projekt-, einer Teamassistentin und 16 Beraterinnen getragen sowie von einer externen Evaluatorin begleitet. Die Website war zu dieser Zeit ebenfalls fertig gestellt und ans Netz gegangen (Protokoll Videokonferenz 5.6.20; Hilfetelefon Schwierige Geburt).

Diederichs führte in ihrer Präsentation aus, dass das Hilfetelefon sich von allgemeinen Telefonangeboten wie Telefonseelsorge, Krisentelefon oder Elterntelefon „Nummer gegen Kummer“ aufgrund einer anderen Herangehensweise unterscheidet. Die grundlegenden Prinzipien der Beratung bestünden in vier Schritten: 1. Spiegeln, 2. Auffangen, 3. Stabilisieren und 4. Clearing. Die Expertise der Beraterinnen äußere sich darin, dass die Anruferinnen empathisch mitgenommen werden, dass sie Akzeptanz und Verständnis spüren, dass sie gespiegelt und dass ihre Gefühle, in denen sie stecken, angenommen und ernst genommen werden. Schlussendlich werde ein Clearing erstellt, ob ihnen die Beratung geholfen hat. Auf dieser Basis werde bei Bedarf

zu weiteren Hilfsangeboten geraten und Hinweise erteilt, wo diese gefunden werden können.

Die Telefonberatung erfolge kostenlos und anonym und werde zweimal wöchentlich für zwei Stunden angeboten. Die Beraterin stelle sich nicht mit Namen vor und die Anruferin müsse ihren Namen nicht nennen. Das Gebot der Anonymität werde selbst bei der Vermittlung von unterstützenden Angeboten gewahrt, d.h. Unterstützungsangebote würden nicht namentlich empfohlen, sondern es werde auf Netzwerke und Webseiten verwiesen, wo die Frauen selber fündig werden können.

Anfängliche Bemühungen und das aktive Engagement, eine Finanzierung zu finden, seien sehr arbeitsintensiv und ohne unmittelbaren Erfolg verlaufen. Aufgrund dessen sei inzwischen die Entscheidung gefallen, dass das Hilfetelefon ehrenamtlich geführt wird. Eingehende Spenden würden nur mehr für die Bezahlung der Telefonanlage genutzt.

Die Beraterinnen würden in der Regel alle sechs Wochen einen zweistündigen Telefondienst belegen und alle fünf bis sechs Wochen an einer Videokonferenz teilnehmen, wo neben der Besprechung von organisatorischen Angelegenheiten Gelegenheit zum professionellen und Erfahrungsaustausch bestehe. In den Videokonferenzen werde stets spürbar, wie exzellent die Frauen ausgebildet sind und wie gut sie die Beratungen halten und führen (Desery, Diederichs 2021). In der Videokonferenz am 8.7.2020 wurde nochmals die Definition der Zielgruppe zum Thema und es wurde Konsens, dass sowohl Männer als auch alle Menschen jeglicher gesellschaftlicher Zuordnung beim Hilfetelefon willkommen sind (Protokoll Videokonferenz 8.7.2020).

Diederichs schloss den Vortrag mit dem Hinweis, dass für eine Mitarbeit als Beraterin die Mitgliedschaft beim ISPPM e.V. Voraussetzung ist. Zusätzlich müsse eine berufliche Spezialisierung auf die Thematik problematische Geburten und eingehende Weiterbildungen dazu vorliegen (Desery, Diederichs 2021).

Desery führte fort, dass sie aufgrund ihrer Vorstandstätigkeit bei Mother Hood e.V. Erfahrung in den Bereichen Marketing und Öffentlichkeitsarbeit besitzt und ein Konzept für das Bekanntmachen des Hilfetelefons entwickelt habe. Dies umfasse die Nutzung der sozialen Medien sowie klassische Pressearbeit, wozu gehöre, dass man auch Interviewanfragen annimmt. Weiterhin bringe sie das Hilfetelefon im Rahmen ihrer Aktivitäten im Rahmen des Mother Hood e.V. stets mit ein, gebe Hinweise und erzähle davon. Es habe bereits zahlreiche Medienauftritte gegeben, so beispielsweise ein Radiointerview mit Diederichs auf Bayern 2 im Dezember 2020. Weiterhin würden seit letztem Jahr im Newsletter sowohl von Mother Hood als auch von der ISPPM regelmäßig Hinweise auf das Hilfetelefon veröffentlicht. Schließlich seien

sowohl reguläre als auch kleinere handliche Postkartenflyer hergestellt worden, die verteilt würden (Desery, Diederichs 2021). Auf der Videokonferenz am 12.8.2020 berichtete sie, dass nach dem erst kurz zurückliegenden Erscheinen des Flyers bereits 15 öffentliche Stellen Bestellungen aufgegeben hätten (Protokoll Videokonferenz 12.8.2020).

Aufgrund der Corona-Pandemie habe sich die Öffentlichkeitsarbeit stärker auf die sozialen Medien verlagert, weil die früher gewohnten Veranstaltungen vor Ort, z.B. Infostände auf Babymessen oder bei Kinovorführungen, z.Zt. nicht stattfinden könnten. Konkret sei im letzten Jahr bei Instagram und Facebook eine Fanpage-Seite eröffnet worden. Bei Instagram hätten sich 1492 Abonnenten und bei Facebook 975 Fans eingefunden. Das werde genutzt, um auf die Seiten von Mother Hood und ISPPM zu verweisen. Die ISPPM habe dadurch aktuell 15 900 Abonnentinnen und Mother Hood 54 800 Fans. Mother Hood biete außerdem noch weitere Gruppen auf Facebook an. Die Beraterinnen würden die Informationen ebenfalls teilen, so dass insgesamt eine beachtliche Reichweite entstanden sei. Schließlich würden einmal wöchentlich eigens erstellte Beiträge im Corporate Design des Hilfetelefons veröffentlicht, die ebenfalls gerne geteilt werden würden (Desery, Diederichs 2021).

Anhang neun enthält eine Tabelle, die einen Eindruck vermittelt, wie die AnruferInnen das Hilfetelefon gefunden haben. Diese spiegelt die Wirksamkeit des Werbekonzepts und die öffentliche Resonanz, weil darauf zu sehen ist, dass die Information an sehr vielen unterschiedlichen Stellen angetroffen wurde. Gleichzeitig werde dort auch die führende Rolle der sozialen Medien sichtbar (s. Anhang 9).

Desery führte fort, dass seit August 2020 vom Büro des Mother Hood e.V. in Bonn 30 000 Flyer verschickt wurden. Aktuell nähere man sich einer Anzahl von 40 000. Zielpunkte der Aussendung seien u.a. die Frühen Hilfen, Pro Familia, Hebammenpraxen, Beratungsstellen, Doulas<sup>12</sup>, Babylotsinnen und Geburtsvorbereiterinnen.

Die Bekanntheit des Hilfetelefons befinde sich bereits seit März dieses Jahres auf einem hohen und stabilen Niveau. Das Konzept für Werbung und Öffentlichkeitsarbeit habe sich bewährt und werde weiter fortgesetzt. An Spendenaktionen werde weitergearbeitet.

Die Beratungsdienste seien i.d.R. mit zwei Beraterinnen besetzt. Während der Dienste fänden im Durchschnitt ein bis zwei Beratungen statt, manchmal auch keine und andererseits seien auch bis vier oder fünf möglich.

---

<sup>12</sup> Das Wissenschaftler-Team Klaus und Kenell entwickelte das Berufsbild der Doula. Sie arbeiteten heraus, dass einer Schwangeren, die gleichzeitig von mehreren Hebammen (in den USA sog. Labor-Nurses) betreut wird, in entscheidenden Augenblicken meistens der fachkundige Beistand fehlt. Deswegen stellten sie den Frauen die ununterbrochene Zuwendung einer erfahrenen Frau, einer Doula, zur Seite, was die Geburtsergebnisse wesentlich verbessert habe (Klaus, Kenell, Klaus 1995, S. 7 ff.).

Zahlen, die von der Technik aufgezeichnet wurden, würden für den Zeitraum Juni 2020 bis September 2021 knapp 160 Beratungsstunden an 144 Diensttagen angeben. Dabei sei insgesamt 778-mal angerufen worden, was sowohl die Beratungszeiten als auch alle Anrufe miteinschließt, die nicht angenommen werden konnten, weil die Beraterinnen im Gespräch waren (Desery, Diederichs 2021).

Die bei der Bundeselterninitiative Mother Hood e.V. fest angestellte Teamassistentin Nihan Salgar kümmert sich um die technischen Modalitäten des Hilfetelefon sowie um die Versendung von Flyern auf Anfrage. Mit Hilfe eines Doodle Links organisiert sie die zuverlässige Besetzung der Telefondienste des Hilfetelefon. Darüber hinaus verfasst sie die Protokolle zu den Videokonferenzen und verschickt sie an alle Beteiligten.

Sie berichtete, dass zur Inbetriebnahme des Hilfetelefon die Firma Telegra engagiert wurde, die die technischen Abläufe unter Einsatz eines webbasierten Kundendialogsystems bewerkstellige. Dazu sei von der Firma eine zentrale Festnetznummer eingerichtet und an das Hilfetelefon vergeben worden. Unter garantierter Sicherstellung und Einhaltung der Anonymität leite das System die Anruferinnen bei Anruf der Festnetznummer an die jeweils diensthabenden Beraterinnen weiter, so dass eine Beratung abgehalten werden könne. Sämtliche Angaben rund um die Anrufe (Anruhfrequenz, Zeitpunkt, Dauer des Anrufs usw.) werden von der Firma über sechs Monate gespeichert, wobei alle Erfordernisse der einzuhaltenden Anonymität zuverlässig gewahrt werden. Beispielsweise seien die Telefonnummern der Anruferinnen im Archiv nicht erkenntlich.

Nihan Salgar gab weiterhin an, dass sie die Daten im Kundenbereich des Dienstleisters monatlich und anonymisiert abrufe – wodurch die Grundlage für eine laufende statistische Dokumentation des Hilfetelefon gewährleistet sei (telefonische Auskunft von Salgar, 7.10.2021).

### **3.1.2.2. Aufbau des Fragebogens**

Um die Inhalte der Beratungsgespräche systematisch zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt und den Beraterinnen zur Verfügung gestellt. Die erste Seite des Fragebogens (s. Anhang 2) wurde mit Ausnahme der offenen Fragen 8. und 9. (8. Was hätten Sie sich in Bezug auf das Hilfetelefon noch bzw. anders gewünscht? 9. Wie haben Sie vom Hilfetelefon erfahren?) geschlossen strukturiert, um eine möglichst einfache und zügige Beantwortung zu ermöglichen.

Frage 1.: Neben der gezielten Abfrage allgemeiner Daten wurden geschlossene Fragen eingesetzt, die entweder mit ja oder nein zu beantworten oder anzukreuzen waren oder eine konkrete Zeitangabe verlangten.

Fragen 2. bis 7.: Zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs der Anruferinnen; des Erlebens von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett; der Qualität der professionellen Begleitung; des Einsatzes nicht-informierter medizinischer Eingriffe; des Befindens unmittelbar sowie vier und acht Wochen nach Geburt und wie hilfreich das Hilfeteléfono erlebt wurde wurden Ratingskalen eingesetzt.

Es wurden elfstufige Ratingskalen jeweils von 0 bis 10 als Bewertungskontinuum genutzt, wie sie von dem European Social Survey (ESS) vorgegeben werden. Wie Menold und Bogner ausführen, werden die Antworten dabei als Funktion von zwei grundlegenden Merkmalen aufgefasst: Der Variationsbereich, der durch die Pole der Skala abgegrenzt ist und der Differenzierungsbereich, der durch die Anzahl der Antwortkategorien festgelegt ist (Menold, Bogner 2015, S. 1). Die Ratingskalen wurden von der Verfasserin auch deswegen gewählt, weil dabei von den Befragten nur mehr neutrale Ziffern ausgewählt werden müssen. Auf diese Weise sollte verhindert werden, dass bei den möglicherweise auch akut von Traumatisierung betroffenen Anruferinnen Erinnerungen angestoßen oder wachgerufen werden und somit Retraumatisierungen ausgelöst werden. Bortz und Döring sprechen in diesem Zusammenhang von der Vermeidung negativer Ausstrahlungseffekte (Bortz, Döring 2016, S. 409). Eine hohe Ziffer als Antwort bedeutete dabei stets eine negative Kodierung (negativ/nicht optimal bzw. belastet), während geringe Werte positiv definiert sind (positiv/optimal bzw. ausgeglichen, zufrieden).

Bezüglich der Frage nach den nicht-informierten medizinischen Eingriffen bedeutet 0 = keine und 10 = viele dieser Eingriffe. Die Frage danach, ob das Hilfeteléfono als hilfreich eingeschätzt wird, ist ebenfalls von 0 = hilfreich zu 10 = nicht hilfreich kodiert. In Anhang acht ist eine Darstellung des Auswertungssystems der Ratingskalen zu finden.

Auf der zweiten Seite des Fragebogens kam eine qualitative Fragebogenmethode zum Einsatz. Hier wurden die Beraterinnen unter A gebeten, soweit möglich eine Erklärung zum Anlass der Beratung zu notieren. B enthält die Bitte, anzugeben, ob die Anruferin bereits andere Hilfen gesucht oder in Anspruch genommen sowie dazu gehörig C, ob sie diese privat bezahlt hatte. Hier blieb es der Beraterin überlassen, auf welche Weise sie die Beantwortung gestaltet. Es wurde zusätzlich eine Freifläche markiert, wo die Beraterin „Eigene Angaben *optional*“ vermerken konnte. A, B, C sowie die genannte Freifläche besitzen im Hinblick auf die Beantwortung einen durchweg offenen Charakter (s. Anhang 2).

### 3.1.2.3. Zugänge und Erhebungsprozess

Die Frage nach der Art und Weise der Datenerhebung beanspruchte einen sorgfältigen Reflexionsprozess, da es sich um eine anonyme telefonische Beratung handelt, die von möglicherweise belasteten oder akut traumatisierten Personen und oftmals nur für ein einzelstehendes Gespräch genutzt wird. Anfangs war es schwer vorstellbar, unter diesen Bedingungen zusätzlich noch einen Fragebogen einzusetzen. Die einzige Alternative hätte darin bestehen können, die AnruferInnen nach der Beratung auf elektronischem oder postalischem Weg um ein Feedback anzufragen. Das kam jedoch aufgrund der zu wahrenenden Anonymität der Gespräche nicht in Frage, wodurch der Einsatz eines Fragebogens während der Beratung die einzig adäquate Untersuchungsmethode darstellte.

Der Fragebogen wurde dem besonderen Beratungssetting des Hilfetelefons explizit angepasst und von der Beraterin während bzw. am Ende des Telefonats abgefragt. Nicht zuletzt konnte der Einsatz eines Fragebogens aufgrund der hohen fachlichen Qualifizierung der Beraterinnen realisiert werden. Deren professionelle, humanistisch geprägte Haltung ist von Offenheit, Einfühlsamkeit und Urteilsfreiheit geleitet. Weiterhin besitzen sie entweder eine langjährige Expertise im traumasensiblen Umgang mit Klienten oder sind zusätzlich in Methoden der Traumatherapie ausgebildet. Auf diesem Hintergrund war ein verantwortlicher Umgang mit einer zusätzlichen Befragung im Rahmen der anspruchsvollen und zeitlich begrenzten Beratung handhabbar.

Es war zudem davon auszugehen, dass aufgrund der hochwertigen Beratungsqualität bereits während des Gesprächs eine hinreichend gute Vertrauensbildung zwischen Anruferin und Beraterin entstehen und die Durchführung der Abfrage des Fragebogens erleichtern würde, weil diese für die Befragung somit nicht gänzlich neu erarbeitet werden musste. Ohne die damit zugleich einhergehende Zeitersparnis wäre die Befragung womöglich auch nicht umsetzbar gewesen, da auch die Beratungszeit i.d.R. zeitlich begrenzt ist.

Aufgrund der Professionalität der Beraterinnen konnte darüber hinaus die Fähigkeit einer angemessenen Selbstbeobachtung vorausgesetzt werden, was einen in der Regel stabilen Verlauf der Befragung sicher zu stellen vermochte.

Nicht zuletzt war eine Befragung nur mit dem freiwilligen Einverständnis der Anruferin durchzuführen, worauf die Beraterinnen stets ihr Augenmerk behielten.

Wie bereits unter 3.1.2. geschrieben, wurde die Fragebogenerhebung ab dem Start des Hilfetelefons Juni 2020 für ein Jahr, d.h. bis Ende Mai 2021, durchgeführt. Dabei fungierte das erste Quartal als Probedurchlauf. Am 21.5.21 wurde ein Fragebogenentwurf an alle Beraterinnen, an die Initiatorinnen und an die Teamassistentin mit der

Bitte um Rückmeldung von Korrekturen oder Veränderungswünschen ausgesandt. Eine Beraterin mit jahrzehntelanger Berufserfahrung als Geburtshaushebamme brachte daraufhin wertvolle Veränderungsimpulse ein, die mit der Evaluatorin besprochen und in den Fragebogen eingearbeitet wurden. Anschließend ließ die Verfasserin den Fragebogen von verschiedenen Fachkräften aus dem Feld der Gynäkologie, der Medizin, der akademischen Psychotherapie, den Gesundheitswissenschaften und von Fachkräften aus der Forschung gegengelesen und prüfen. Diese Personen erfüllten die Voraussetzung, dass sie als Befragungspersonen definitiv ausgeschlossen werden konnten. Die Resonanz bestand durchweg in Akzeptanz, d.h. es wurden keine Anregungen für Veränderungen eingebracht. Danach wurde ein zweimaliger Pretest mit Privatpersonen (Frauen) durchgeführt, der jeweils flüssig verlief und somit keinen Anlass für Veränderungen gab.

Der fertig gestellte Fragebogen wurde mit einem Begleitschreiben, das für den Einsatz sachdienliche Hinweise und die Kontaktdaten der Evaluatorin für die Rücksendung des Fragebogens enthielt, an die Beraterinnen ausgesandt.

Die Hinweise lauteten wie folgt:

„Grundlegend ist es wichtig, die Anruferin über die (anonyme) Befragung und deren Sinn zu informieren. Siehe dazu auch die Hinweise für Beraterinnen und Beratene auf der zweiten Seite, die dem Fragebogen angehängt ist.

Dabei ist die Beantwortung des Fragebogens grundsätzlich freiwillig! Es ist zwar für uns wichtig und absolut wünschenswert, dass die Befragung durchgeführt wird. Allerdings kann auch mal eine Situation eintreten, wo der Verlauf der Beratung eine Befragung wirklich nicht zulässt oder dass die Anruferin definitiv nicht befragt werden möchte. Das hat dann Vorrang. Auf welche Weise Ihr die Befragung durchführt, obliegt natürlich ganz Eurer eigenen Entscheidung!

Zwei Anregungen: Die Angaben unter 1. sind möglicherweise gut zu Beginn der Beratung zu erfragen und können so auch für die Beratung selber erste wichtige Anhaltspunkte liefern.

Weiterhin ist es durchaus möglich, einzelne Fragen im Verlauf der Befragung zu integrieren, d.h. gegebenenfalls bereits während der Beratung abzufragen.

Es kann hilfreich sein, zu Beginn darauf hinzuweisen, dass die Fragen vorwiegend über gewählte Ziffern auf Skalen beantwortet werden.“

Nach ca. zwei Wochen erfolgte von zwei Beraterinnen das Feedback, dass die wechselnde Verlaufsrichtung der eingesetzten Ratingskalen für sie nicht handhabbar sei. Daraufhin vereinheitlichte die Verfasserin die Verlaufsrichtung aller Ratingskalen. Bereits eingegebene Fragebögen blieben trotzdem ohne Einschränkung verwertbar. Es musste nur mehr eine rechnerische Anpassung der einzelnen, auf den Ratingskalen eingetragenen, Ziffern vorgenommen werden.

Zum 2. Quartal erfolgte auf weitere Anregung hin eine Einfügung von zwei weiteren Fragen in den Fragebogen. Die erste Frage findet sich in dem Bereich „1. Allgemeine Angaben“ und lautet: Entbindung in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)? Zweitens wurde auf Bitte einer Initiatorin die offene Frage 9. ergänzt: Wie haben Sie vom Hilfefon erfahren?

Die Rücksendung der Fragebögen erfolgte auf dem elektronischen oder auf dem postalischen Weg.

Vor Inbetriebnahme des Hilfetelefons, mit der auch die Fragebogenaktion startete, wurde von den Initiatorinnen in den Videokonferenzen die Bedeutung der Evaluation gezielt thematisiert. Es wurde angeregt, dass die Befragung stets ermöglicht werden solle, es sei denn, sie behindere ernstlich den Verlauf der Beratung (Protokoll Videokonferenz 19.5.2020).

### **3.2. Aufbereitung der erhobenen Daten**

Ziel der Datenaufbereitung ist nach Döring und Bortz stets die Sicherstellung der Datenqualität (Döring, Bortz 2016, S. 585).

Die Datenaufbereitung setzte bereits während des Prozesses der Fragebogen-erhebung ein. Beispielsweise wurden nach Eingang und erster Durchsicht der zumeist manuell ausgefüllten Fragebögen nicht leserliche oder inhaltlich unverständliche Feldnotizen von der Evaluatorin bei der Beraterin per Mail nachgefragt, aufgeklärt und auf dem Fragebogen ergänzend vermerkt.

Da von der Teamassistentin zu jedem Untersuchungsmonat ein Ausdruck mit Auflistung der erfolgten Anrufe mit Datum, Name der Beraterin und Länge der Beratung zur Verfügung gestellt werden konnte, war zudem ein kontinuierlicher Abgleich der Anrufe mit den eingegangenen Fragebögen möglich. Dabei wurde deutlich, dass die Technik in seltenen Fällen aufgrund unmerklicher Funkunterbrechungen ein Gespräch als zwei Anrufe darstellte (häufigere Unterbrechungen kamen nicht vor), was ebenfalls jeweils über direkte Kontaktaufnahme mit der Beraterin per Mail nachträglich verifiziert und korrigiert wurde.

Weiterhin konnte durch Abgleich der Auflistung bei Ausbleiben der Einsendung eines Fragebogens deutlich werden, wann keiner ausgefüllt worden war, was ebenfalls nachgefragt und entsprechend dokumentiert wurde. Die Evaluatorin hatte die Beraterinnen im weiteren Verlauf der Untersuchung gebeten zu informieren, wenn eine Befragung nicht vollzogen werden konnte, was vielfach zuverlässig eingehalten wurde und die Dokumentation erleichterte.

Die Fragebögen wurden im Verlauf quartalsweise sortiert und unter Vermerk des Datums gelistet. Im weiteren Verlauf erfolgte eine chronologische Nummerierung der einzelnen Bögen.

Nach Ablauf des ersten Jahres und Erhalt der letzten Fragebögen sowie der abgeschlossenen Vervollständigung aller Informationslücken und der Klärung offener Fragen wurden die Fragebögen von Anfang des ersten Quartals bis zum Ende des vierten Quartals durchlaufend nummeriert. Da die Anzahl der Fragebögen der einzelnen

Quartale bekannt ist, blieb im Zuge der durchgängigen ganzjährigen Nummerierung ein quartalsbezogener Zugriff auf die Daten erhalten.

Tabelle 3.8. gibt einen Überblick über das vorliegende Datenmaterial.

In die Auswertung gehen 129 ausgefüllte Fragebögen von Anruferinnen ein, die sich nach einer schwierigen Geburt an das Hilfetelefon gewandt haben.

Zwei Fragebögen wurden aussortiert, weil sie von Anruferinnen stammen, deren Thematik sich auf die Schwangerschaft bezog.

15 Fragebögen waren aus nachfolgend genannten Gründen nicht verwertbar:

- Die Skalen auf der ersten Seite wurden nicht ausgefüllt (5).
- Es handelte sich um eine wiederholte Beratung der gleichen Person (5).
- Sonderfälle: Beratung bei Problemen in der Schwangerschaft (2) und Beratung einer Großmutter in Not (1).
- Es wurde der noch unfertige Fragebogenentwurf benutzt, der vor Start des Hilfetelefon zwecks Erhalt von Feedback verwendet worden war (2).

Der Fragebogen (FB) wurde aus nachfolgend genannten Gründen nicht ausgefüllt:

- FB passte nicht zum Anliegen.
- FB ausfüllen „ging nicht“.
- Zu herausforderndes Gespräch, Frau sprach ohne Punkt und Komma.
- Gesprächszeit war (im Rahmen der Beratungszeit) nur noch kurz und das reichte nicht für den FB.
- Konnte nicht ausgefüllt werden, weil die Mutter sofort wegmusste.
- Kein Ausfüllen, weil rasche Beendigung, damit der Partner nicht mitbekommt, dass sie angerufen hat.
- Telefonat war plötzlich unterbrochen.
- Anruf musste von der Frau nach 10 Minuten beendet werden, da das Kind anfang, sehr schrill zu schreien.
- Nur 20 Minuten Gesprächszeit, die für den FB leider nicht reichte.
- Eigentlich gut verlaufendes Gespräch, dann wurde es „tumultig“ und die Anruferin hat plötzlich einfach aufgelegt.
- Die Frau schilderte starke Ängste, keinen FB ausgefüllt.
- Die Anruferin brauchte lediglich den Hinweis, dass sie sich so nehmen darf, wie sie sich fühlt. Gespräch war nur kurz.
- Anruf einer Nachsorgehebamme wegen einer Wöchnerin, ob vom Hilfetelefon beim Verklagen eines Krankenhauses wegen der Geburt Hilfe geleistet wird. Es wurde Unterstützung für den Umgang mit der Klientin gegeben.
- Anrufe von Fachpersonen, die sich für das Hilfetelefon interessierten und sich informieren wollten.

Tabelle 3.8. Übersicht Beratungen, Fragebögen und durchschnittliche Gesprächsdauer, Zeitraum 1.6.2020 bis 30.5.2021

Quartal	Beratungen	Beratungen mit ausgefülltem Fragebogen	Beratungen ohne ausgefüllten Fragebogen	Nicht verwertbare Fragebögen	Durchschnittliche Gesprächsdauer	Verwertbare Fragebögen
I	44	43	1	5	39,94 Min.	38

II	34	32	2	4	44,36 Min.	28
III	43	34	9	4	42,82 Min.	30
IV	41	35	6	2	44,21 Min.	33
I - IV	162	144	18	15	42,83 Min.	129

Den Fragen und deren Unterabteilungen auf der ersten Fragebogenseite wurde eine Codierung zugewiesen. Demgemäß wurden die Fragen und die dazugehörigen Antwortdaten sowie die i.d.R. wortknappen Freitextantworten zu Frage 8. und 9. in eine Excel-Tabelle eingespeist und als Originaldatensatz abgespeichert.

Leere Zellen bedeuten stets, dass keine Angabe gemacht wurde.

Wichtige Anmerkung: Bezüglich Frage B, Fragebogen Seite 2 „Hat die AnruferIn bereits andere Hilfen gesucht oder in Anspruch genommen“ wurden die Antworten anfangs in Form von „ja“ oder „nein“ in die Excel-Tabelle eingetragen, weil davon ausgegangen wurde, dass das für die Auswertung ausreichen würde. Später stellte sich jedoch heraus, dass eine inhaltsbezogene Auswertung der teilweise ausführlicheren Angaben doch einen Erkenntnisgewinn bringen würde. Dazu wurden die Antworten schließlich direkt von dem Fragebogen abgenommen (s. Anhang 3).

#### Datenbereinigung

Einige Daten wurden wie folgt neu gewichtet, um die Auswertung zu erleichtern: Angaben von zwei aufeinander folgenden Werten statt einem wurden mittig zentriert (Beispiel: aus 8 – 9 wurde 8,5). In drei Fällen wurden Bewertungen, die sich über drei Ziffern erstreckten auf den dazwischen liegenden Wert gesetzt (Beispiel: aus 8 – 10 wurde 9).

Insgesamt drei Werte wurden auf den Mittelwert umgeschrieben: Eine Angabe des Unterstützungsbedarfs mit 5 – 10 wurde zu 7,5. Bei der differenzierten Bewertung einer Begleitung in der Schwangerschaft, die für die erste Hebamme 10 und für die zweite Hebamme 0 ergab, wurde ebenfalls auf 5 umgestellt. Eine Bewertung der Begleitung während der Geburt mit der Angabe 0 für den Kreißsaal und „10!“ für die Entbindungsstation wurde ebenfalls zu 5.

In einem Fall wurde mit Ziffer 13 bewertet. Diese wurde auf 10 zurückgesetzt, da der Wert bereits als äußerste Ausprägung der Bewertung definiert worden war.

Weiterhin wurde bei Frage 3. zum Erleben der Geburt (kein Kaiserschnitt) vier Mal ein sprunghafter Verlauf mit je zwei Ziffern, nämlich 1x von 0 auf 10; 1x von 2 auf 8; 1x von 2 auf 10 und 1x von 3 auf 8 angegeben. Hier wurde jeweils der hohe Wert ausgewählt, weil davon ausgegangen wurde, dass der positive Wert sich auf den Beginn der Geburt bezieht.

Wurden bei der Bewertung der Qualität der Begleitung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowohl Hebamme als auch Arzt genannt, dann wurde stets die Bewertung der Hebamme bevorzugt, da die Begleitung der Hebamme obliegt, während der Arzt die medizinische Leitung innehat. Das kam insgesamt sechs Mal vor.

Eine Anmerkung zur Begleitung im Wochenbett mit Wortlaut „ohne“ und eine Eintragung zur Beurteilung des Hilfef Telefons mit „überfragt“ wurden gestrichen, da es sich nicht um eine Ziffer handelt und damit nicht zu rechnen ist. Eine Angabe zu Fehl- und Totgeburt mit „1 danach“ wurde ebenfalls gestrichen, da die Beratung zu einer Geburt erfolgte, die der Fehl- bzw. der Totgeburt vorausging und damit die Geburt nicht beeinflusst haben konnte. Eine Eintragung zur Begleitung bei Geburt „0/6“ wurde ebenfalls nicht berücksichtigt, da nicht einzuordnen war, auf was sich die Bewertung bezieht.

Während der Übertragung der Daten in die Excel-Tabelle erfolgte eine handschriftliche, numerisch zugeordnete, originalgetreue Abschrift der Notizen der Beraterinnen zum Anlass des Anrufs sowie deren eigene Anmerkungen bezüglich der Beratung von Fragebogen Seite zwei in eine Tabelle. Namentlich genannte Personen und Städte wurden anonymisiert, was an den betreffenden Stellen zusätzlich kenntlich gemacht wurde. Zwecks Anonymisierung wurde bei Entbindungsdaten die Nennung des Tages weggelassen.

Die von der Verfasserin über das Untersuchungs Jahr gesammelten, zusätzlichen Informationen wurden unter Angabe von Bezugsquelle und Datum, jeweils durch Einklammerung sichtbar abgesetzt, in die Tabelle eingefügt. Dies betraf wie folgt:

1. Die Antworten der Beraterinnen auf Nachfragen der Evaluatorin per Mail, wenn Notizen unleserlich oder inhaltlich nicht verständlich waren.
2. Vervollständigende inhaltliche Angaben der Beraterinnen zu einzelnen Anruferinnen während der Falldarstellungen in den Videokonferenzen, die die Verfasserin mit schrieb.
3. In zwei Fällen eine ergänzende Nennung der Art der Intervention auf Fragebogen-seite eins, die dort freitextlich angemerkt waren (s. Anhang 4).

### 3.3. Datenauswertung

#### Methodenüberblick

Die Datenauswertung der quantitativ vorliegenden Daten erfolgte anhand des Tabellenkalkulationsprogramms Excel und dem kostenlosen Open Source Statistikprogramm Jamovi. Der größte Teil der demographischen Daten wurde deskriptiv zur Darstellung der Stichprobe ausgewertet, wozu Tabellen und Grafiken eingesetzt wurden (s. 3.1.1.). Weiterhin wurde die statistische Mittelwertanalyse eingesetzt. Mittelwerte wurden mit Hilfe des einfachen t-Tests verglichen. Die qualitativen Daten wurden zweischrittig und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, exploriert (s. 3.1.1.; I.). Für die Beantwortung der Forschungsfragen zu Hypothese II und V (s. 3.1.1.) wurde auf Zusammenhangsanalysen zurückgegriffen. Dazu werden einfache (paarweise) Korrelationen berechnet und auf ihre Signifikanz hin geprüft. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Sind die einer Korrelation zugeordneten Überschreitungswahrscheinlichkeiten kleiner oder gleich diesem Signifikanzniveau, so wird ein signifikanter Zusammenhang angenommen. Da alle Fragen gleich gepolt sind, bedeuten positive Zusammenhänge, dass hohe Werte der einen Skala mit hohen Werten der anderen Skala zusammenhängen. Für die Berechnung der Korrelationen wurden die Rohdaten der Anruferinnen verwendet.

#### Besonderheiten

Die Auswertung der Frage zur Aufenthaltsdauer bei Krankenhausgeburt (zugehörig zu 1.7.) wurde ausgelassen, weil dies den Rahmen der Arbeit überstiegen hätte.

Die Angaben zu C – Fragebogen Seite 2 wurden nicht ausgewertet, weil sie extrem lückenhaft und spärlich waren und somit nicht adäquat ausgewertet werden können. Das Alter bei Geburt wurde mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Excel unter Nutzung des Alters bei Anruf (1.2.) und der Angaben, wie lange die Geburt zurückliegt (1.8.), berechnet. Bei Frage 6. wurden von 7 AnruferInnen, deren Geburt weniger als 4 Wochen und weniger als 8 Wochen zurücklag, unter Anmerkung des von Ihnen erreichten Zeitabstands zur Geburt ebenfalls Bewertungen vorgenommen, z.B. 2 Wochen 7. Diese Angaben wurden nicht in die Auswertung einbezogen, um Verzerrungen zu vermeiden. Sie werden an dieser Stelle aus Gründen der Wahrung der Transparenz jedoch genannt. Konkret handelte es sich um

sechs Angaben bis 4 Wochen nach Geburt: zwei Tage nach Geburt Ziffer 8; 10 Tage Ziffer 4; 2 Wochen Ziffer 10; 3 Wochen Ziffer 7; 3 Wochen Ziffer 7; 2 Wochen Ziffer 4 und  
eine Angabe bis 8 Wochen nach Geburt: 6 Wochen Ziffer 7.

Die Gesamtzahl der AnruferInnen setzt sich aus Frauen und einem einzigen Mann zusammen. Dieser wurde bei einzelnen Untersuchungen – sofern der Zusammenhang, selber geboren zu haben, bedeutsam war – ausgenommen und entsprechend kenntlich gemacht.

#### Auswertungsvorgang / Exploration der qualitativen Daten

Im Hinblick auf Hypothese I wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eine Exploration des vorliegenden qualitativen Rohmaterials (s. Anhang 4) vorgenommen.

Es handelt sich bei der Auswertung der qualitativen Daten nicht um eine wissenschaftlich abschließende Analyse, sondern um eine zweischrittige Exploration des Materials, die in einem nicht repräsentativen Ergebnis einen Eindruck vermitteln soll, welche Beweggründe und somit welcher Art von Bedarf vorlag, dass die Frauen sich an das Hilfefestelefon gewandt haben.

Mayring erklärt, dass der Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse fixierte Kommunikation ist, die regel- und theoriegeleitet analysiert wird. Der systematische Ansatz zeige sich darin, dass das Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung und die Ergebnisse vor dem jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert werden. Unter Theoriegeleitetheit sei zu verstehen, dass mit dem zu untersuchenden Gegenstand an die Erfahrungen anderer angeknüpft wird. Somit sei sie eine schlussfolgernde Methode (Mayring 2010, S. 13). In ihrem Zentrum stehe in der Regel die Anwendung eines Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material (ebd., S. 20).

Für die hier vorliegenden qualitativen Daten wird das nachfolgend beschriebene Kategoriensystem verwendet. Für alle Kategorien trifft die Aussage von Mayring zu, dass sie auf einem höheren Abstraktionsniveau als das vorliegende Material stehen und dadurch bereits Erklärungswert besitzen (ebd., S. 24).

#### Erläuterung des Kategoriensystems:

Die von Bohren et. al erarbeitete Evidenz-basierte Typologie enthält sieben Klassifizierungen unterschiedlicher Formen von Gewalt unter der Geburt (s. 2.3.1., S. 45 ff.; Bohren et al. 2015).

Diese Klassifizierungen wurden vorliegend als Kategorien im Sinne der deduktiven Kategorienanwendung eingesetzt, wobei allerdings nur fünf zur Anwendung kamen. Da die global angelegte Forschung von Bohren et al. viele Entwicklungsländer einbezogen hat, sind in der Typologie Klassifizierungen enthalten, die in einkommensstarken westlichen Ländern eher nicht anzutreffen sind, so z.B. gezielter sexueller Missbrauch unter der Geburt. Um den Erhalt der spezifischen Struktur der Typologie nicht

zu übergehen und sichtbar zu erhalten, wurden destotrotz stets alle sieben Klassifizierungen aufgeführt.

Während der ersten Phase der Exploration (Exploration Schritt 1) zeigte sich, dass das sehr heterogene Rohmaterial des Öfteren entweder einen Mangel an Beschreibungen der Gegebenheiten während der Geburt aufwies oder nur mehr eine verdichtete Darstellung der subjektiven Befindlichkeit der Anruferinnen wiedergab (gerade auch bei lange zurückliegender Geburt), so dass eine unmittelbare Zuordnung zu den differenzierten Klassifizierungen der Typologie nach Bohren et al. nicht durchgehend möglich war.

Aus diesem Grund wurden ausgehend von dem vorliegenden Material drei weitere Kategorien gebildet, was nach Mayring mit dem Begriff der induktiven Kategorienentwicklung beschrieben wird (Mayring 2010, S. 83).

Tabelle 3.9. Erläuterung der Kategorien

<b>A Deduktive Kategorienanwendung</b>	
Kategorie	Operationalisierung
K1 Körperliche Misshandlung	Die Kategorie (Klassifizierung) beschreibt Misshandlung von Frauen unter der Geburt unter Einsatz von Kraft oder auch körperliche Beschränkung oder Zügelung.
K2 Sexueller Missbrauch	Die Kategorie (Klassifizierung) erfasst sowohl sexuelle Misshandlung als auch Vergewaltigung.
K3 Verbale Misshandlung	Die Kategorie (Klassifizierung) stellt auf einen respektlosen Umgang ab, der von barscher, unfreundlicher und roher Ansprache bis hin zu Anschreien reichen kann. Weiterhin wird hier der Einsatz von verurteilenden Kommentaren, Gebrauch von Drohungen und Schuldzuweisungen erfasst.
K4 Stigmatisierung und Diskriminierung	Die Kategorie (Klassifizierung) umfasst Stigmatisierung oder Diskriminierung aufgrund einer Volkszugehörigkeit, Rasse, Religion; aufgrund des Alters oder wegen sozioökonomischen Statusmerkmalen sowie Krankheiten.
K5 Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung	Die Kategorie (Klassifizierung) beschreibt den Mangel an informiertem Einverständnis und Brüche in der Vertraulichkeit. Das betrifft beispielsweise den Einsatz schmerzhafter vaginaler Untersuchungen; die Zurückweisung, Schmerzlinderung bereit zu stellen oder die Durchführung von chirurgischen Operationen ohne Einwilligung. Vorliegend wird auch hinreichende ärztliche Expertise einbezogen, die ebenfalls einen professionellen Standard darstellt. Weiterhin fallen hierunter Vernachlässigung, im Stichlassen der Gebärenden oder das Zumuten von langen Wartezeiten.
K6 Mangel an Übereinstimmung / Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern	Die Kategorie (Klassifizierung) erfasst die Praxis einer nicht effektiven Kommunikation, den Mangel an unterstützender Begleitung und den Autonomieverlust der Gebärenden. Dazu gehört beispielsweise ein Mangel an bzw. verarmte Kommunikation; die Nichtbeachtung der Belange der Gebärenden; die Behandlung der Frau als Objekt, bzw. als passive Teilnehmerin

	während des Geburtsverlaufs sowie die Verweigerung von Essen, Trinken oder Mobilität.
K7 Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems	Die Kategorie (Klassifizierung) beschreibt Beschränkungen der Einrichtung. Dabei kann es sich um einen Mangel an Ressourcen als auch um einen Mangel an Steuerungsprinzipien handeln. Beispiele sind eine eingeschränkte Versorgungslage, Personalkürzungen oder das Vorliegen anderer Zwänge, denen das Personal ausgeliefert ist. Aus Sicht der Frauen ein Mangel an Privatheit oder unzumutbare Anforderungen von Seiten des Gesundheitspersonals. Hierunter fallen auch spezifische kulturelle Merkmale, z.B. unklare finanzielle Bedingungen in der Einrichtung (bis hin zu Bestechung und Erpressung).
<b>B Induktive Kategorienentwicklung</b>	
Kategorie	Operationalisierung
K8 Geäußerter Hilfebedarf I – Schwere Folgebelastungen	Diese Kategorie (Klassifizierung) erfasst die Frauen, die im Zuge der Geburtserfahrung von schweren Folgebelastungen betroffen waren/sind. Zusätzlich waren die übermittelten Angaben zu den Gegebenheiten und dem Ablauf der Geburt nicht ausreichend, um eine nachvollziehbare Zuordnung zu K1 bis K7 vornehmen zu können.
K9 Geäußerter Hilfebedarf II – Verschiedenes	Diese Kategorie (Klassifizierung) enthält eine Sammlung unterschiedlicher Beweggründe von Frauen für den Anruf mit eher weniger drängendem Hilfebedarf. Darunter fallen beispielsweise klar formulierte allgemeine Anliegen; weiterhin Anrufe von Frauen, die von Anderen sensibilisiert und hingewiesen wurden, dass eine Belastung vorliegt und ein Anruf beim Hilfetelefon sinnvoll wäre oder Frauen, die sich einer Verarbeitung erst annähern (z.B. länger zurückliegende Erfahrung, mangelnde Kenntnis, mangelndes Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, sich verantwortlich oder schuldig fühlen).
K10 Auswirkung belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften	Diese Kategorie (Klassifizierung) erfasst sowohl Frauen mit bestehendem Kinderwunsch und Angst vor einer erneut schwierigen und belastenden Geburt als auch Frauen, die aktuell schwanger sind und befürchten, eine nochmals schwere Geburtserfahrung wie das letzte Mal nicht bewältigen zu können. Damit verknüpft wurde der Wunsch nach einer Verarbeitung der zurückliegenden Erfahrung oder/und einer besseren Vorbereitung auf die kommende Geburt.

#### Exploration Schritt 1:

Zuerst wurde das vorliegende Rohmaterial (s. Anhang 4) zusammengeführt. Anschließend wurden die Textinhalte im Sinne einer Materialreduktion zusammengefasst, so dass die wesentlichen Inhalte erhalten blieben und ein überschaubarer Corpus entstand, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring 2010, S. 65). Im weiteren Verlauf wurden die Texte im Hinblick auf die Zuordnung zu den Kategorien und den enthaltenen Kriterien eingeschätzt und entsprechend zugeteilt (ebd.). Unter Nennung der Kategorien und der jeweiligen Fragebogennummer erfolgte der Eintrag der Ergebnisse in eine Tabelle (s. Anhang 6).

Dabei wurden rechtsseitig zusätzlich vier Spalten, gekennzeichnet mit A, B, C und D, angefügt. Hier erfolgte die Eintragung der von der Anruferin mittels Ziffer auf der Ratingskala getroffenen Einschätzung zu Frage 1.8., 3., 5. und 6.

A	- Befinden unmittelbar bei Geburt - Befinden 4 Wochen nach Geburt - Befinden 8 Wochen nach Geburt (Frage 6.)
B	- Anzahl der medizinischen Eingriffe, über die nicht informiert wurde oder die erklärt wurden und nicht rundum verständlich waren (Frage 5.)
C	- Erleben der Schwangerschaft (Frage 3.)
D	- Zurückliegen der Geburt in Tagen (Frage 1.8.)

Diese Daten dienten der Verfasserin in Einzelfällen als zusätzliche Informationsquelle für eine verbesserte Einschätzung des Materials.

Im Zuge einer nochmaligen Überschau der gefüllten Tabelle wurden zusätzlich folgende Merkmale im Text gekennzeichnet:

Beeinträchtigungen der Mutter - Kind - Beziehung / Bindung nach schwieriger Geburt: In schwarzer und fetter Schrift

Einschränkung der Anwesenheit von wichtigen Bezugspersonen oder des Kontakts zum Kind (z.B. bei Klinikaufenthalt) aufgrund von Vorschriften, die wegen der Coronapandemie erlassen wurden: In grauer und kursiver Schrift

Exploration Schritt 2:

Für die Ergebnisse der Exploration Schritt 2 wurde eine weitere Tabelle angelegt (s. Anhang 7). Nun wurden im Sinne der Fortsetzung einer verdichtenden, strukturierenden Analyse beispielsweise bei umfangreicheren Texten Textbestandteile - sofern es sich um hervorstechende Merkmale handelte, die durch die jeweilige Kategorie angesprochen waren - extrahiert und mit einem Satz oder zwei Sätzen dargestellt. In anderen Fällen reichte es aus, den Text strukturierend zu verdichten. Zu den Kategorien K1 bis K7 (deduktive Kategorienanwendung) wurden in der Tabelle wichtige emotionale Reaktionen in einer Spalte getrennt von den Ergebnissätzen vermerkt, um sie nicht wegfallen lassen zu müssen. Vereinzelt war das Datenmaterial von der Beraterin bereits in solch konzentrierter Weise zusammengefasst notiert worden, dass es weitgehend belassen werden konnte.

Die Bearbeitungsweise dieses letzten Schritts kann als eine differenzierte Kürzung bezeichnet werden, weil zeitgleich angestrebt wurde, den originalen Inhalt zu erhalten.

## 3.4. Ergebnisse und Diskussion

### 3.4.1. Explorative Analyse des Unterstützungsbedarfs

#### 3.4.1.1. Exploration der qualitativen Daten

Es erfolgte eine Verortung der Beweggründe der AnruferInnen für den Anruf beim Hilfetelefon in das unter Punkt 3.3. in Tabelle 3.9. beschriebene Kategoriensystem, das aus deduktiven Kategorien (entnommen der „Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt“ nach Bohren et al. 2015; K1 – K7) und induktiven Kategorien (aus dem Material entwickelt; K8 – K10) besteht.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien und weist somit zugleich die Stellen aus, wo Handlungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Den Kategorien wurde hier nochmals eine Kurzerläuterung angefügt. Zur Illustration werden Beispiele genannt, die aus dem Textmaterial ausgewählt wurden, das in seiner vollständigen Fassung in Anhang 7 zu finden ist.

Tabelle 3.10. Zahlenmäßige und prozentuale Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien (2 ohne Angabe; n = 127)

Kategorie <i>Kurzerläuterung der Kategorie</i> Beispiel(e) und (Fragebogennummer)	Anzahl Pro- zente
K1 – Körperliche Misshandlung <i>Misshandlung unter Einsatz von Kraft oder körperliche Zügelung</i>  Die Beine der Mutter wurden festgehalten. Sie wurde in Rückenlage gezwungen (FB 111).	4 3,1 %
K2 – Sexueller Missbrauch	0
K3 – Verbale Misshandlung <i>Respektloser verbaler Umgang</i>  Im Krankenhaus wurde der Mutter vom Hilfesystem (inkl. Psychologin) die Schuld für die eingetretenen Komplikationen gegeben, weil sie die Geburt im Geburtshaus begonnen hatte (FB 43). Demütigungen von Seiten der Wahlhebamme und Hebamme im Krankenhaus (FB 114).	6 4,7 %
K4 – Stigmatisierung und Diskriminierung	0
K5 – Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung <i>Mangel an informiertem Einverständnis und Brüche in der Vertraulichkeit</i> <i>Mangel an ärztlicher Expertise</i> <i>Vernachlässigung</i>	26 20,5 %

<p>Das Kind wurde ohne Erklärung weggenommen. Die Ärztin ging während des Zunähens weg (FB 19). Sehr schmerzhaftes Muttermunddehnung und Kaiserschnitt anfangs bei vollem Bewusstsein. Die Mutter wurde nicht ernst genommen (FB 85).</p>	
<p>K6 – Mangelnde Übereinstimmung / Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern</p> <p><i>Nicht effektive Kommunikation</i> <i>Mangel an unterstützender Begleitung</i> <i>Nichtbeachtung der Belange der Gebärenden</i></p> <p>Notoperation ohne Vorankündigung nach schöner Geburt. Der Arzt sagte: „Sie müssen weg.“ Die Mutter fragte: „Wohin?“ Seine Antwort: „In den Op“ (FB 11). Die Geburt geriet aus dem Lot, weil die nach Schichtwechsel eingesetzte Hebamme nicht menschlich war (FB 123).</p>	<p>14 11,1 %</p>
<p>K7 – Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems</p> <p><i>Beschränkungen der Einrichtung</i> <i>Mangel an Ressourcen, Mangel an Steuerungsprinzipien</i> <i>Mangel an Privatheit</i> <i>Unzumutbare Anforderungen von Seiten des Gesundheitspersonals</i></p> <p>Rein und raus, Einleitungen, Kreißsaal überfüllt, Wehen ausgeblieben, PDA, Wehentropf, Sectio. Das Kind wurde fallen gelassen (FB 71).</p>	<p>3 2,4 %</p>
<p>K8 – Geäußerter Hilfebedarf I – Schwere Folgebelastungen</p> <p><i>Schwere Folgebelastungen nach schwieriger Geburt (zumeist) in der Klinik</i></p> <p>Muss mehrfach täglich an die schlimme Geburt denken (FB 60). Nach drei Tagen Einleitung mit der ersten Wehe vaginal operativ zu schnell entbunden worden (FB 70). Schlimmer werdende Versagens- und Schuldgefühle nach Sectio (FB 82).</p>	<p>34 26,7 %</p>
<p>K9 – Geäußerter Hilfebedarf II – Verschiedenes</p> <p><i>Wichtige Gründe unterschiedlicher Art nach schwieriger Geburt (zumeist) in der Klinik, mit eher weniger akuter Belastung</i></p> <p>Wollte sich orientieren, ob eine weitere Bearbeitung für sie und ihren Sohn hilfreich wäre (FB 15). Osteopath wies sie auf ein vorliegendes Geburtstrauma hin (FB 69). Hat sieben Jahre später den Geburtsbericht geholt und möchte besprechen, ob sie etwas falsch gemacht hat (FB 117).</p>	<p>23 18,1 %</p>
<p>K10 – Auswirkung belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften</p> <p><i>Kinderwunsch und Angst vor einer erneut belastenden Geburt</i> <i>Aktuelle Schwangerschaft und Angst vor nochmals schwerer Geburt</i></p> <p>Kinderwunsch und noch sehr angespannt und ängstlich von der letzten Geburt (FB 10).</p>	<p>17 13,4 %</p>

In der 33. Woche schwanger und jetzt kommt Angst vor einer nochmals schwierigen Geburtserfahrung wie beim ersten Mal (FB 127).	
--	--

Im Hinblick auf die prozentuale Verteilung auf deduktive und induktive Kategorien ergab sich das folgende Resultat:

Deduktive Kategorien (K1 – K7) = 53 Anruferinnen (41,7 %)

Induktive Kategorien (K8 – 10) = 74 AnruferInnen (58,3 %)

Tabelle 3.11. gibt einen Kurzüberblick über die Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien in Prozentzahlen, von oben nach unten in abnehmender Folge.

Tabelle 3.11. Kurzüberblick prozentuale Verteilung der AnruferInnen auf die Kategorien, von oben nach unten abnehmend

	Kategorie	Prozent
<b>K8</b>	Geäußerter Hilfebedarf I – Schwere Folgebelastungen	<b>26,7 %</b>
<b>K5</b>	Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung	<b>20,5 %</b>
<b>K9</b>	K9 – Geäußerter Hilfebedarf II – Verschiedenes	<b>18,1 %</b>
<b>K10</b>	Auswirkung belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften	<b>13,4 %</b>
<b>K6</b>	Mangelnde Übereinstimmung / Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern	<b>11,1 %</b>
<b>K3</b>	Verbale Misshandlung	<b>4,7 %</b>
<b>K1</b>	Körperliche Misshandlung	<b>3,1 %</b>
<b>K7</b>	Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems	<b>2,4 %</b>

### **Auswirkungen der schwierigen Geburtserfahrung auf die Mutter-Kind-Bindungsentwicklung**

Im Zuge der Exploration wurden die Aussagen von den Frauen, die Auswirkungen der Geburtserfahrung auf die Bindungsentwicklung zum Kind betreffen, in schwarzer und fetter Schrift hervorgehoben. Das war insgesamt siebzehnmals der Fall: K1 (FB 66); K5 (FB 1, 23, 59, 90); K6 (FB 11, 80, 105); K8 (FB 14, 18, 51, 64, 63, 70, 100, 116) und K10 (FB 103) (s. Anhang 7).

Sieben Beispiele:

In Kategorie 5 berichtete eine Frau von einem Bruch zum Kind nach erlebter nicht-informierter Intervention (FB 1), eine weitere gab an, dass sie erstmals 12 Stunden nach der Geburt Kontakt zu ihrem Kind hatte (FB 90). In Kategorie 8 berichtete eine Frau von mangelnder Bindung zum Kind (FB 14); eine weitere äußerte, große Angst um das Kind zu haben (FB 51); eine andere Frau hatte Angst, dass ihr Kind stirbt (FB 64); eine Frau schilderte, dass ihr Kind die ersten Tage nur geschrien habe und drei

Monate nur zu beruhigen war, wenn sie es 24 Stunden auf dem Arm behielt (FB 70) und eine Frau nannte eine schlechte Bindung zum Baby (FB 100).

### **Diskussion**

Es muss erneut betont werden, dass das Ergebnis der prozentualen Verteilung nicht als repräsentatives Ergebnis betrachtet werden kann, dass sich ohne weiteres verallgemeinern ließe, da es sich um eine selektierte Stichprobe handelt.

Die vorliegende Auswertung ergibt jedoch, dass die Kategorien „Versäumnis professioneller Standards“ (K5 20,5 %) und „Schwere Folgebelastungen“ (K8 26,7 %) in der Begleitung besonders häufig waren. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass bei den AnruferInnen eine deutliche Häufung im Bereich der Versäumnisse professioneller Standards (Mangel an informiertem Einverständnis und Brüche in der Vertraulichkeit, Mangel an ärztlicher Expertise, Vernachlässigung - K5) zu verzeichnen und ähnlich ein verhältnismäßig hohes Maß an schweren Folgebelastungen nach schwierigen Geburten aufgetreten war (K8).

Auch die Kategorien K9 (Geäußelter Hilfebedarf II – Verschiedenes, 18,1 %), K10 (Auswirkung belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften, 13,4 %) und K6 (Mangelnde Übereinstimmung, dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern, 11,1 %) waren im Zuge der genannten Prozentzahlen bei den Befragten relativ häufig. Die Zuordnung zu K1 (körperliche Misshandlung), K2 (verbale Misshandlung) und K7 (Beschränkungen und Zwänge des Gesundheitssystems) ist nicht minder zu beachten, wenn hier auch keine 5 % erreicht wurden.

Insbesondere die ungünstige Wirkung von belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften (K10) ist mit 13,4 % ein Indikator für die langfristige Auswirkung schwieriger geburtshilflicher Bedingungen in Kliniken. In der Literatur wird bereits regelmäßig thematisiert, dass es ein relativ häufiges Phänomen darstellt, dass Frauen die Geburt ihres Kindes als traumatisches Ereignis erleben. In Folge könnten bei erneuter Schwangerschaft aufgrund Reaktualisierung der früheren Symptomatik starke Geburtsängste auftreten (Dorsch, Rohde 2016, S. 368). Dies findet sich in den hier vorgelegten Forschungsergebnissen bestätigt.

17 Frauen beschrieben nach belasteten Geburten zusätzlich Störungen oder Probleme ihrer Beziehung zum Kind. Bei sieben ausgewählten Beispielen reicht die Darstellung über Bindungsprobleme, fehlendem Kontakt, Angst der Mutter um das Kind bis hin zur Darstellung einer frühen Regulationsstörung des Kindes mit exzessivem Schreien in den ersten Tagen. Die Auswirkung von belasteten Geburten auf die Mutter-Kind-Bindungsentwicklung stellt ein eigenes komplexes Thema dar, das im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht bearbeitet werden kann.

Im Hinblick auf den Teil der befragten Gruppe, der den deduktiven Kategorien (K1 - K7, 41,7 %) zugeordnet werden konnte, ist das Hilfetelefon anschlussfähig an wissenschaftliche Standards, da diese Kategorien der evidenzbasierten Typologie nach Bohren et al. entnommen sind (s. 2.3.1. und 3.3.).

Für die gesamte Gruppe der AnruferInnen kann im Ergebnis ausgesagt werden, dass alle – aus unterschiedlichen Beweggründen und mit verschiedener Ausprägung - einen Hilfe- und Beratungsbedarf aufweisen, da sie das Hilfetelefon in Anspruch genommen haben.

### 3.4.1.2. Unterstützungsbedarf

Der bei den AnruferInnen vorliegende Unterstützungsbedarf lässt sich der nachfolgend abgebildeten Grafik entnehmen. Sie stellt den von den AnruferInnen angegebenen Unterstützungsbedarfs in Prozentzahlen dar (Fragebogen Seite 1 Frage 2.).

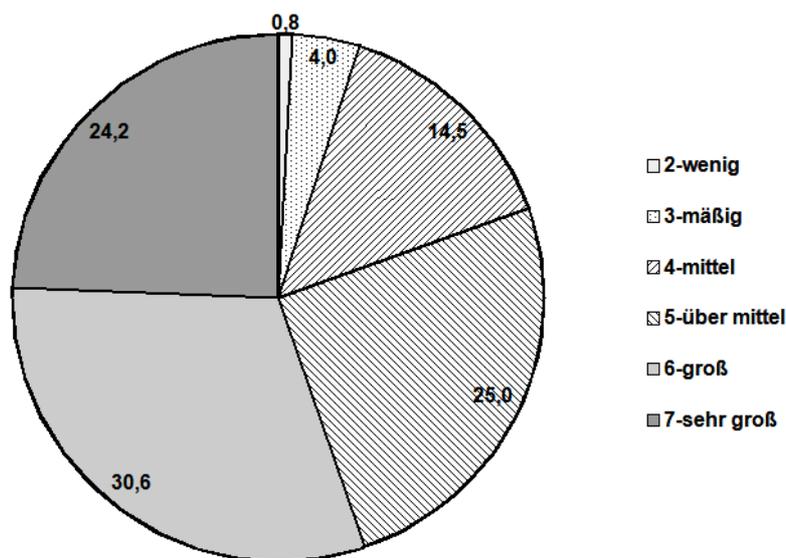


Abbildung 1 Gefühlter Unterstützungsbedarf der AnruferInnen  
Die Anordnung verläuft von wenig nach viel im Uhrzeigersinn (ohne Angabe 5; n = 124)

Neben dem in dieser Grafik sichtbaren, von den AnruferInnen geäußerten, Unterstützungsbedarf in Höhe von insgesamt 54,8 % wurde die Frage untersucht, ob bereits Hilfen gesucht oder in Anspruch genommen wurden. Das Ergebnis aus den Antworten der Befragten ist in der nachfolgend abgebildeten Liste zusammengefasst.

### Andere Hilfen gesucht oder in Anspruch genommen

(Fragebogen Seite 2 B) (Quartal I - IV, ohne Angabe 26; n = 105)

**Keine Hilfe:** (n = 60; 46,5 %)  
Keine Hilfe beansprucht (n = 56)

Keine Hilfe beansprucht und noch nie darüber gesprochen	(n = 2)
Gesucht und ging nicht, keine Zeit	(n = 2)
<b>Verschiedenes:</b>	<b>(n = 43; 33,3 %)</b>
Ja, sehr viele, einige	(n = 7)
Private Gespräche	(n = 2)
Hebamme, Stillberaterin, Geburtsteam, Nachsorgehebamme	(n = 6)
Unterschiedliche Ärzte, Osteopathie, EEH, SHG, Physiotherapie, Stillberatung (Mehrfachnennungen)	(n = 6)
<i>Psychologische Beratung:</i>	
Mama-Baby Ambulanz, Abtlg. Psychosomatik, Uniklinik; Seelsorger, Psychologe und Psychiater	(n = 5)
<i>Körpertherapien:</i>	
Osteopathie, Physiotherapie, Therapeutin Beckenzentrum	(n = 9)
<i>Psychotherapie:</i>	
Gesucht, angefragt, ging nicht, abgelehnt worden	(n = 5)
Ist in Psychotherapie, Erstgespräch gehabt, Traumatherapie	(n = 3)
<b>Ohne Angabe:</b>	<b>(n = 26; 20,2 %)</b>

## Diskussion

Der von den AnruferInnen subjektiv geäußerte Unterstützungsbedarf beläuft sich bei 30,6 % der Gruppe auf sehr groß, bei 24,2 % auf groß und bei 39,5 % auf über mittel bis mittel (s. Abbildung 1). Damit äußerten mehr als die Hälfte der AnruferInnen, nämlich 54,8 %, das Vorliegen eines ausgeprägt bis sehr ausgeprägt bestehenden Unterstützungsbedarfs, aufgrund dessen sie sich an das Hilfetelefon gewandt haben. Damit hat sich die im Rahmen von Hypothese I formulierte Erwartung, dass bei den AnruferInnen des Hilfetelefon ein Unterstützungsbedarf vorliegt, bestätigt.

Gleichzeitig hatten 46,5 % der AnruferInnen bis zum Anruf beim Hilfetelefon noch gar keine Hilfe gesucht, während 33,3 % unterschiedliche Anläufe unternommen haben, Unterstützung in Anspruch zu nehmen (s. Liste auf S. 105 f.).

Die sehr unterschiedlichen und offenbar nicht immer passgerechten Anlaufpunkte, die als eine Inanspruchnahme von Hilfe genannt wurden, weisen auf einen Mangel an auf Themen rund um die Geburt spezialisierte Beratungsangeboten hin.

Weiterführende Forschung zu den Ursachen von Unzufriedenheit und mangelnder Unterstützung vieler Frauen nach der Geburt ist nach den vorliegenden Untersuchungen dringend erforderlich. Die immer noch herrschende hohe gesellschaftliche Erwartungshaltung an Mütter trägt zu einer Tabuisierung von negativen Erlebnissen im Rahmen der Geburt bei (Kuhn 2021, S. 10). Dabei werde den Müttern signalisiert, dass sie mit ihrer Geburt glücklich sein und die Bedürfnisse des Babys vor ihre eigenen stellen sollten (König 2014, S. 171). Zudem gibt Kuhn an, dass bei psychischen Erkrankungen häufig Schamgefühle auftreten, was sozialen Rückzug zur Folge hat oder/und dass das zum Symptomcluster der PTBS gehörige Vermeidungsverhalten dazu führt, dass sich eine Diagnosestellung verzögert oder ausbleibt (Kuhn 2021, S. 10). Vergleiche dazu auch Punkt 2.5.3.

### 3.4.2. Zusammenhang zwischen nicht-informierten medizinischen Eingriffen und Befinden

#### Zusammenhangsanalyse

Als nicht-informierte Eingriffe gelten Eingriffe ohne oder ohne ausreichend informierte Zustimmung ("informed consent"). Im Fragebogen wurden nicht-informierte Eingriffe mit der Frage 5, das Befinden mit der Frage 6 abgefragt.

Die Auswertung zeigt, dass eine hohe Anzahl an nicht-informierten medizinischen Eingriffen während der Geburt mit einem signifikant schlechteren Befinden unmittelbar nach der Geburt einhergeht ( $r = 0,230$ ;  $p = 0,013$ ) (s. Abbildung 2). Ein solcher signifikanter Zusammenhang lässt sich darüber hinaus jedoch weder für das Befinden 4 Wochen nach Geburt ( $r = 0,122$ ;  $p = 0,213$ ) noch 8 Wochen nach der Geburt ( $r = 0,084$ ;  $p = 0,411$ ) nachweisen.

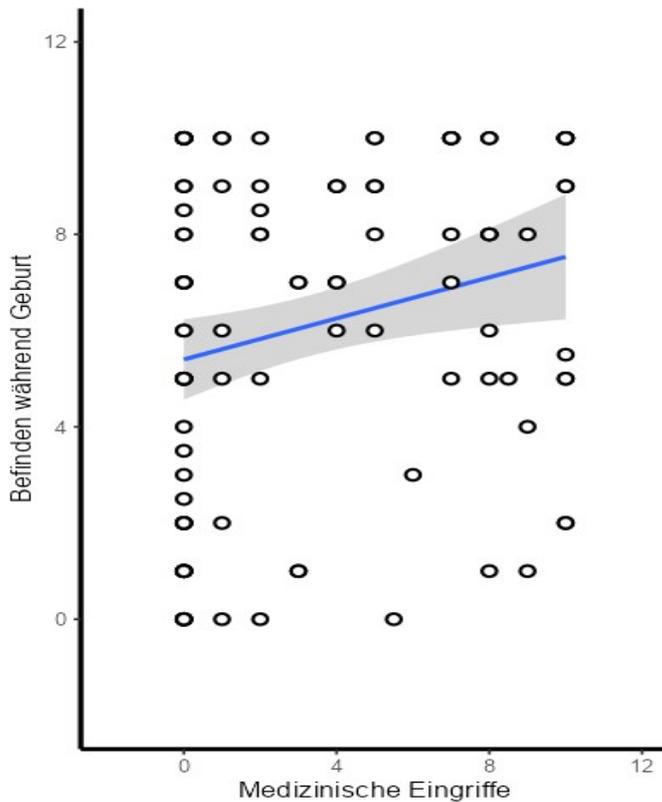


Abbildung 2 Interventionen ohne ausreichend informierte Zustimmung  
(1. Med. Eingriffe / Befinden unmittelbar nach Geburt: ohne Angabe 12, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 116$   
2. Med. Eingriffe / Befinden 4 Wochen nach Geburt; ohne Angabe 17, einziger Mann enthalten; abzüglich 5 frühe Geburten;  $n = 107$   
3. Med. Eingriffe / Befinden 8 Wochen nach Geburt; ohne Angabe 22, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 98$ )

## Beeinträchtigungen des Antwortverhaltens von AnruferInnen nach nicht-informierten Interventionen

Drei Beispiele:

Eine AnruferIn ließ bei der Frage nach der Anzahl von erlebten nicht-informierten medizinischen Eingriffen eine 0 eintragen, obwohl sie wahrscheinlich zwei erlebt hatte (14 Tage nach Geburt, FB 45).

Eine AnruferIn ließ bei nicht-informierten medizinischen Eingriffen 0 eintragen, während die Beraterin schriftlich anmerkte: Alles! Opioid, Buscopan, Wehenhemmer, Tropf-Wehenmittel (12 Tage nach Geburt, FB 121).

Eine AnruferIn ließ bei genannter Frage nichts eintragen und die Beraterin notierte nebenstehend: War noch im Schock, Burnouts (4 Monate nach Geburt, FB 27).

### **Diskussion**

Die in Abbildung 2 präsentierte Analyse zeigt, dass eine hohe Anzahl nicht-informierter medizinischer Eingriffe mit einem signifikant schlechteren Befinden der Frauen unmittelbar nach der Geburt in Zusammenhang steht. Ein in gleicher Weise signifikanter Zusammenhang ließ sich allerdings nicht für das Befinden der Mütter vier bzw. acht Wochen nach Geburt nachweisen. Somit hat sich Hypothese II bestätigt.

Die nicht signifikante Korrelation von Befinden und nicht-informierten Interventionen vier und acht Wochen nach der Geburt spricht dafür, dass sich die Frauen nach Abschluss des unmittelbaren Geburtserlebens wieder erholen konnten. Für einen Erhalt genauerer Befunde müsste sich an dieser Stelle jedoch eine weitere Untersuchung anschließen, die im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden konnte.

Der fehlende statistische Zusammenhang vier und acht Wochen nach der Geburt lässt jedoch keine individuellen Aussagen zu. Dies zeigen die drei oben genannten Beispiele. Die Aussagen dieser AnruferInnen lassen sich wohl auf Stressreaktionen und Verdrängung von Ereignissen während der Geburt zurückführen. Die Beeinträchtigung des Antwortverhaltens kann die Auswirkung von Stressreaktionen nach Erleben nicht-informierter Interventionen in Form von Betäubung bis Schock anzeigen, da die AnruferInnen sich bis 4 Monate nach der Geburt noch nicht wieder erinnern konnten, dass nicht-informierte Interventionen eingesetzt worden waren.

### **3.4.3. Zusammenhang von Sectio und Befinden**

#### **Mittelwertvergleich**

Tabelle 3.12. zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen des Befindens der Frauen, die durch Kaiserschnitt bzw. vaginal geboren haben. Die Mittelwerte waren bei den Frauen ohne Kaiserschnitt etwas niedriger, d.h. das Befinden war etwas

weniger beeinträchtigt als bei Frauen mit Kaiserschnitt. Die Unterschiede waren aber zu keinem Zeitpunkt signifikant ( $P > 0,05$ ). Lediglich acht Wochen nach Geburt war das Befinden der Mütter ohne Sectio im Mittel etwas positiver als bei den Frauen, die eine Sectio hatten ( $P = 0,12$ ).

Tabelle 3.12. Befinden nach Geburt mit und ohne Kaiserschnitt  
(9 vaginal operative Eingriffe ausgenommen, 8 ohne Angabe, einziger Mann ist enthalten;  $n = 112$ )

Befinden	Mit Kaiserschnitt ( $n = 56$ )	Ohne Kaiserschnitt ( $n = 56$ )	Einseitiger t-Test P
Unmittelbar nach Geburt	6,28±3,1	5,81±2,9	0,20
4 Wochen nach Geburt	6,42±3,5	6,35±3,2	0,46
8 Wochen nach Geburt	6,32±3,0	5,48±2,7	0,12

### Diskussion

Das Ergebnis legt nahe, dass im Rahmen der vorliegenden Stichprobe die Sectio keinen ausschlaggebenden negativen Einfluss auf das Befinden der Mutter bis acht Wochen nach der Geburt ausübt. Allerdings ist das Befinden ohne Sectio acht Wochen nach Geburt etwas positiver als mit. Somit hat sich Hypothese III nicht bestätigt. Es ist davon auszugehen, dass für eine realistische Einschätzung in diesem Zusammenhang weitere Aspekte und Wertigkeiten berücksichtigt werden müssten, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht evaluiert werden können.

### 3.4.4. Einfluss des Schwangerschaftserlebens auf das Befinden nach Geburt

#### Mittelwertvergleich

Das Schwangerschaftserleben wurde im Fragebogen mit Frage 3 abgefragt. In der Skala von 0 - 10 war das Befinden umso besser, je niedriger die angegebene Punktzahl war. Auffallend viele Frauen vermerkten ein gutes bis äußerst gutes Erleben der Schwangerschaft. Ausgehend von der Annahme, dass ein positives Schwangerschaftserleben bei schwierigem Geburtsverlauf eine Ressource für das Geburtserleben darstellen könnte, wurden Mittelwertvergleiche der AnruferInnen mit positivem und negativem Schwangerschaftserleben und deren Befinden unmittelbar nach der Geburt sowie vier und acht Wochen danach erstellt.

Einbezogen wurden alle AnruferInnen, ausgenommen das Mittelfeld der Bewertung ( $n = 19$ ). Von den hier betrachteten 70 Frauen mit positivem Schwangerschaftserleben stufen 55 die Schwangerschaft als gut und äußerst gut ein. Von den 35 Frauen

mit negativem Schwangerschaftserleben stufen 12 die Schwangerschaft als schlecht und äußerst schlecht ein (Siebenstufensystem der Bewertung; s. Anhang 8).

Ein Vergleich der Mittelwerte ergibt, dass das Befinden der Frauen zu keinem Zeitpunkt nach der Geburt signifikant vom Schwangerschaftserleben beeinflusst wurde.

Tabelle 3.13. Einfluss von positiv und negativ erlebter Schwangerschaft auf das Befinden nach Geburt (abzüglich 19 Mittelwerte, darin enthalten der einzige Vater; 5 ohne Angabe; n = 105)

	Positiv erlebte Schwangerschaft (n = 70)	Negativ erlebte Schwangerschaft (n = 35)	Einseitiger t-Test P
Erleben der Schwangerschaft	1,48±1,50	7,23±2,46	0,000
Befinden unmittelbar nach Geburt	6,34±3,8	5,69±4,1	0,211
Befinden 4 Wochen nach Geburt	6,18±3,3	6,47±3,9	0,345
Befinden 8 Wochen nach Geburt	5,53±2,7	6,26±3,0	0,106

## Diskussion

Wie in Tabelle 3.13. zu sehen ist, verzeichneten die Mütter mit mäßig gutem bis äußerst gutem Erleben ihrer Schwangerschaft (n = 70) einen Mittelwert von 1,48 (= gut) als Ausgangspunkt für die Geburt. Die Mütter mit mäßig schlechtem bis äußerst schlechtem Erleben ihrer Schwangerschaft (n = 35) lagen demgegenüber bei einem deutlich ungünstigeren Wert, nämlich bei 7,23 (= zwischen mäßig (schlecht) und schlecht). Während das Befinden der Frauen, die die Schwangerschaft positiv erlebten, unmittelbar nach Geburt stark eingebrochen ist (von 1,48 auf 6,34 = (mäßig) schlecht), zeigen die Frauen mit ehemals negativem Schwangerschaftserleben eine Verbesserung ihres Befindens im Vergleich zu vor der Geburt (7,23 = schlecht auf 5,69 = (mäßig) schlecht).

Die Frauen mit positivem Schwangerschaftserleben zeigten acht Wochen nach der Geburt eine Tendenz zu Besserung ihres Befindens. Die Frauen mit negativ erlebter Schwangerschaft zeigten dagegen eine Tendenz zu Verschlechterung des Befindens in den ersten vier Wochen. Insgesamt waren aber die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und die Änderungen nach der Geburt gering.

Somit können die Ergebnisse der Stichprobe die Hypothese eines verbesserten postnatalen Befindens nach positivem Schwangerschaftserleben nicht bestätigen. Dies kann jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass die technisierten und menschlich verarmten Bedingungen in der klinischen Geburtshilfe eine hohe Anforderung darstellen, der nur schwer etwas entgegenzusetzen ist. Des Weiteren könnten individuell unterschiedliche Grundeinstellungen und Copingstrategien sowohl während der

Schwangerschaft als auch nach der Geburt eine Rolle spielen, die im Umfang dieser Arbeit nicht untersucht werden konnten.

Es ist zudem festzustellen, dass das Befinden beider Gruppen, jedoch gerade der AnruferInnen mit vorangegangenen positiven Schwangerschaftserleben, unmittelbar nach Geburt und in den darauffolgenden Wochen nicht im guten Bereich liegt.

### 3.4.5. Zusammenhang zwischen professioneller Begleitung und Befinden

#### Zusammenhangsanalyse

Eine professionelle Begleitung während der Schwangerschaft (Frage 4.1.) verbesserte das Befinden 4 Wochen nach der Geburt signifikant ( $r = 0,194$ ;  $p = 0,043$ ), jedoch lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Befinden unmittelbar nach der Geburt ( $r = 0,052$ ;  $p = 0,580$ ) und 8 Wochen nach der Geburt nachweisen ( $r = 0,189$ ;  $p = 0,059$ ) (s. Abbildung 3).

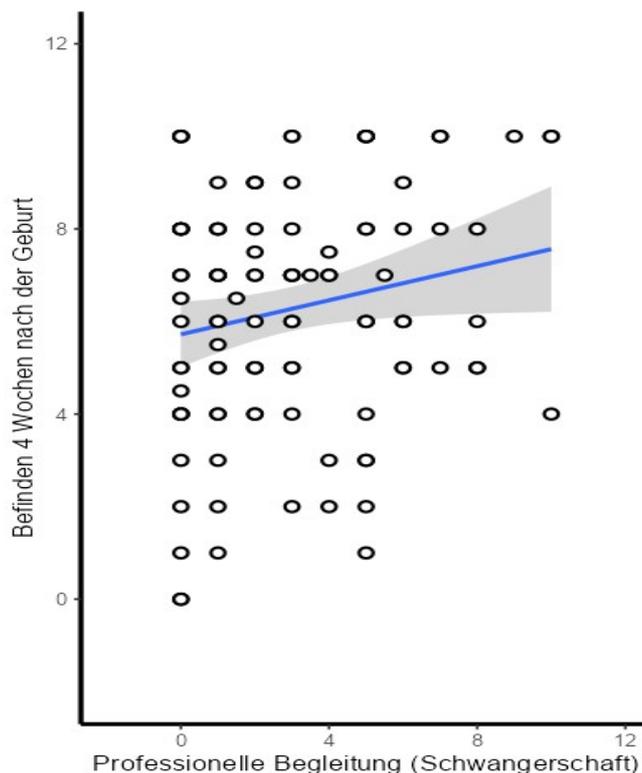


Abbildung 3 Professionelle Begleitung in der Schwangerschaft

1. Begleitung in der Schwangerschaft / Befinden unmittelbar nach Geburt:  
ohne Angabe 11, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 117$
2. Begleitung in der Schwangerschaft / Befinden 4 Wochen nach Geburt:  
ohne Angabe 15, einziger Mann enthalten; abzüglich 5 frühe Geburten;  $n = 109$
3. Begleitung in der Schwangerschaft / Befinden 8 Wochen nach Geburt:  
ohne Angabe 28, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 100$

Anders ist dies bei der Einschätzung der Begleitung während der Geburt (Frage 4.1.). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen professioneller Begleitung während der Geburt und dem Befinden unmittelbar nach Geburt ( $r = 0,243$ ;  $p = 0,008$ ) (s. Abbildung 4).

Dieser Effekt lässt sich jedoch nicht auf vier und acht Wochen nach der Geburt ausweiten, wo keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Befinden mehr sichtbar sind (4 Wochen:  $r = 0,152$ ;  $p = 0,115$ ; 8 Wochen:  $r = 0,044$ ;  $p = 0,663$ )

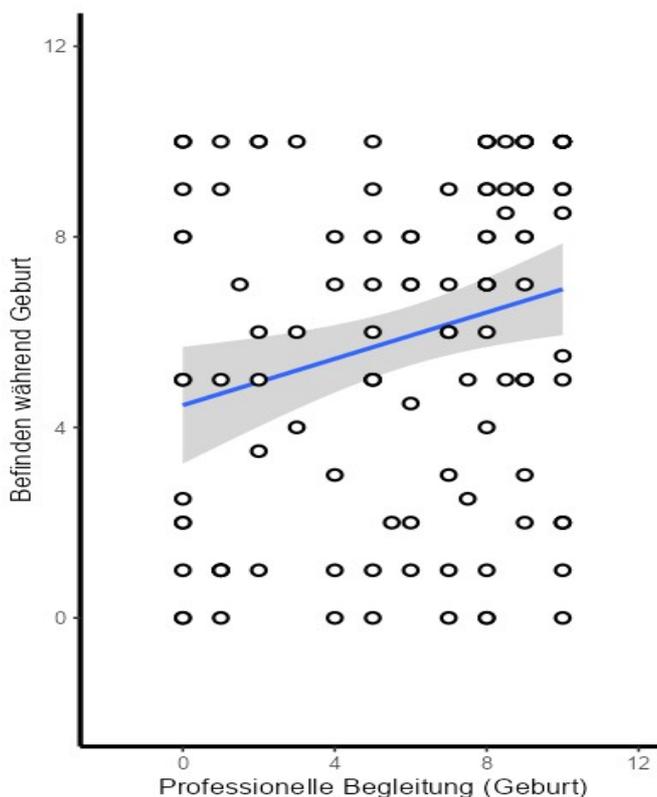


Abbildung 4 Professionelle Begleitung bei Geburt

- (1. Begleitung während der Geburt / Befinden unmittelbar nach Geburt: ohne Angabe 11, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 117$ )
2. Begleitung während der Geburt / Befinden 4 Wochen nach Geburt: ohne Angabe 15, einziger Mann enthalten; abzüglich 5 frühe Geburten;  $n = 109$ )
3. Begleitung während der Geburt / Befinden 8 Wochen nach Geburt: ohne Angabe 29, einziger Mann enthalten; abzüglich 1 frühe Geburt;  $n = 99$ )

Anmerkungen der AnruferInnen bei Beantwortung der Frage zur professionellen Begleitung (Fragebogen Seite 1 – Frage 4.1.)

Wie bereits unter Punkt 3.2. geschildert, unterschieden sechs Frauen ausdrücklich Ärzte und Hebammen und gaben für sie jeweils getrennte Bewertungen ab. Da gewöhnlich die

Hebamme als begleitende Fachkraft unter der Geburt gilt, während dem Arzt die medizinische Leitung zugeschrieben wird, wurde generell nur die Bewertung der Hebamme in die Untersuchung einbezogen. In diesem Zusammenhang wurde jedoch offenbar, dass eine erlebte Präsenz und Qualität der Hebammenbegleitung unter der Geburt nicht unbedingt gegeben war. Eine Frau gab an, keine Begleitung gehabt zu haben und nahm trotzdem eine Bewertung vor (FB 93). Ähnlich äußerte sich eine weitere AnruferIn: „nur ärztlich!“ (FB 82). Eine andere kritisierte die Begleitung: „Hebamme nicht so gut“ (FB 96). Eine weitere Frau setzte Hebamme und Arzt gar in Konkurrenz zueinander, wobei jedoch unklar blieb, worauf sich die Konkurrenz bezog: „Hebamme war besser als Gynäkologin“ (FB 92).

### **In der Begleitung außerdem wichtig**

Im Fragebogen Seite 1 wird unter 4.2. gefragt: " Wer war in der Begleitung für Sie außerdem wichtig (Partner, Familie, Freunde)?" Bei 10 AnruferInnen fehlten hierzu Angaben, so dass 119 für die Analyse verblieben.

Die Mehrzahl der Frauen nannte ihren Partner/Ehemann (50), dabei einige zusätzlich Familienmitglieder, Freunde (36) oder professionelle Kräfte (15). Fünf Frauen gaben Mutter/Eltern oder Freunde an, zwei fügten diesen noch professionelle Kräfte hinzu. Acht Frauen nannten nur professionelle Kräfte. Fünf Frauen waren bei Geburt allein, davon eine wegen Corona. 7 Frauen wurden wegen Corona nicht von ihrem Partner, eine aus gleichem Grund nicht von ihrer Mutter begleitet.

### **Einfluss von Corona**

Der Einfluss von Corona auf den Geburtsverlauf wurde nicht explizit erfragt. Dennoch machten 13 Frauen Angaben dazu, die in der Tabelle in Anhang sieben in grauer und kursiver Schrift hervorgehoben wurden. Es handelt sich um die nachfolgend genannten Fragebögen: K5 (FB 19, FB 23, FB 59, FB 73, FB 92), K6 (FB 6, FB 17, FB 105), K7 (FB 108) und K8 (FB 9, FB 56, FB 70, FB 96) (s. Anhang 7).

Dabei bezogen sich 10 Aussagen darauf, dass der Ehemann entweder nicht oder nur sehr eingeschränkt bei Geburt dabei war und danach zu Besuch kommen durfte. Eine Frau erlebte, dass sie nicht bei ihrem Kind bleiben durfte, als es in die Klinik musste. Eine Frau gab an, dass Corona sich auf die Schwangerschaft auswirkte. In einem Fall wurde die Teilnahme des Mannes bei der Geburt erst erlaubt und dann doch nicht zugelassen. Ein Mann wurde zu spät zur Geburt gerufen (s. Anhang 7).

### **Diskussion**

Der Fokus der Untersuchung in Bezug auf die Begleitung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurde mit der Formulierung von Frage 4.1. (Fragebogen Seite 1) auf die Aspekte professionell, respektvoller Umgang und Geborgenheit

ausgerichtet. Somit wurde nicht dezidiert erfragt, wie die Frauen die Rolle der Hebamme unter der Geburt erlebt haben. Eine gezielte Untersuchung der Situation der Hebammen in der klinischen Geburtshilfe würde eine eigene umfassende Forschungsaufgabe darstellen und konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden.

Einzelne Anmerkungen der Befragten im Zusammenhang mit Frage 4.1. deuten dennoch an, dass eine Begleitung unter der Geburt bezüglich Präsenz und Qualität nicht unbedingt abgedeckt war. Darüber hinaus schien den AnruferInnen nicht immer geläufig zu sein, dass die Begleitung unter der Geburt ursprünglich/eigentlich im Aufgabenfeld der Hebammen verankert war/ist. Ärzte und Hebammen wurden durchaus gleichsam als Begleiter unter der Geburt betrachtet und in einem Fall gar zueinander in Konkurrenz gesetzt.

Die Analyse des Zusammenhangs von Befinden und professioneller Begleitung in der Schwangerschaft (Abbildung 3) ergab eine signifikante Korrelation (Zusammenhang) zwischen der Begleitung und einem signifikant besseren Befinden der AnruferInnen vier Wochen nach der Geburt, nicht aber unmittelbar nach Geburt und acht Wochen nach der Geburt. Im Hinblick auf eine professionelle Begleitung der Schwangerschaft wird davon ausgegangen, dass diese überwiegend als Begleitung durch eine Hebamme aufgefasst wurde.

Andererseits zeigte sich, dass eine professionelle Begleitung während der Geburt mit einem positiveren Befinden unmittelbar nach Geburt einhergeht, jedoch nicht vier und acht Wochen nach Geburt (s. Abbildung 4).

Damit hat sich die Hypothese V nicht vollständig, sondern nur auszugsweise bestätigt.

Im Hinblick auf die Begleitung unter der Geburt waren die AnruferInnen mit Frage 4.2. auf Seite 1 des Fragebogens gebeten, anzugeben, welche Personen für sie in der Begleitung außerdem wichtig waren. Die deutlich überwiegende Zahl der AnruferInnen schien sozial gut eingebunden aufgrund Begleitung des Partners, einige zusätzlich von Familie und Freunden sowie professionellen Kräften (101), wobei sieben Personen betonten, dass wegen Corona der Partner und einmal die Mutter nicht dabei sein konnten. Fünf gaben keinen Partner, jedoch Mutter/Eltern, Freunde und zusätzliche professionelle Unterstützung an. Acht nannten einzig professionelle Begleitung, wobei offenblieb, ob es sich um die professionelle Begleitung vor Ort oder eine mitgebrachte professionelle Begleitung, z.B. eine Doula (seelische Geburtsbegleitung durch eine erfahrene Frau), handelte. Nur fünf Frauen gaben an, während der Geburt alleine gewesen zu sein, davon eine wegen Corona.

Mit Blick auf den Aspekt soziale Unterstützung wies die überwiegende Mehrheit der Befragten in psycho-sozialer Hinsicht eine Eingebundenheit auf. Dabei bleibt der tatsächliche Einfluss von Corona ungeklärt, da nicht gezielt danach gefragt wurde. Anmerkungen einzelner AnruferInnen weisen jedoch auf eine deutliche bis starke Einflussnahme aufgrund einschränkender Regelungen bezüglich des Hinzukommens des Ehemanns zur Geburt oder Besuchen von ihm nach der Geburt hin.

### 3.4.6. Evaluation des Hilfetelefons

#### 3.4.6.1. Hilfe- und Beratungsbedarf

In der Evaluation des Hilfetelefons wird die Art und Intensität der Nutzung sowie der aktuelle Hilfe- und Beratungsbedarf für das Angebot empirisch untersucht.

##### Art und Intensität der Nutzung

Das bundesweite, anonyme und ausschließlich telefonische Beratungsangebot „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ bietet zwei zweistündige Telefonsprechzeiten in der Woche an, wobei Feiertage ausgenommen sind (Hilfetelefon Schwierige Geburt). Der Telefondienst bestand im ersten Jahr, d.h. vom 1.6.2020 bis 30.5.2021, an insgesamt 102 Tagen (s. Tabelle 3.14.).

Ab Inbetriebnahme des Hilfetelefons am 1.6.2020 trafen umwendend Anrufe ein. Von insgesamt 207 Anrufern, die eine Ansage zu hören bekamen („außerhalb der Beratungszeiten“ und „während den laufenden Beratungen“), haben 51 zu einem anderen Zeitpunkt ein Beratungsgespräch geführt (Teamassistentin Salgar, Mail vom 24.6.21). Während des ersten Jahres fanden 162 Beratungen mit einer durchschnittlichen Gesprächsdauer von 42,83 Minuten statt (s. Tabelle 3.8.).

Die Anzahl der stattgefundenen Beratungen betrug monatlich ca. 13,5 Stunden (s. Tabelle 3.14.).

Tabelle 3.14. Anzahl Beratungen und Anrufe im Zeitraum 1.6.2020 bis 30.5.2021 (Teamassistentin und eigene Quelle)

Quartal	Stattgefundene Beratungen	Anrufe außerhalb der Beratungszeiten	Anrufe während den laufenden Beratungen	Anzahl Tage, an denen Telefondienst war	Anzahl Beratungen im Monat
I - IV	162	130	77	102	ca. 13,5

### **Größe der Zielgruppe**

In Bezug auf den Zeitraum der Untersuchung haben insgesamt 499 Personen beim Hilfetelefon angerufen (Protokoll Videokonferenz 23.6.2021).

Während der Online-Jubiläumstagung 50 Jahre ISPPM e.V. vom 12. bis 14.11.2021 präsentierte Katharina Desery Ergebnisse des Hilfetelefons und gab an, dass von Juni 2020 bis September 2021 778mal beim Hilfetelefon angerufen wurde. Somit ist nach Ablauf des ersten Jahres eine deutliche Steigerung des Nutzungsaufkommens eingetreten (Diederichs, Desery 2021).

### **Diskussion**

Art und Intensität der Nutzung des „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ sowie die Größe der Zielgruppe erschließen den Zugang zu einer Bewertung des Hilfetelefons und zeigen zugleich an, dass ein aktueller Hilfe- und Beratungsbedarf für das Angebot vorliegt.

Seit dem Start des „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ in Deutschland ist eine stete Nachfrage und Nutzung zu verzeichnen, was deutlich macht, dass ein Hilfe- und Beratungsbedarf nach schwierigen Geburten besteht. Nach Ablauf eines Jahres ist gar eine deutliche Zunahme des Anrufaufkommens zu verzeichnen. Dabei umfasst das Angebot der Telefonbereitschaft aktuell zweimal zwei Stunden pro Woche, was bei fortgesetzt steigender Nachfrage möglicherweise eine Ausweitung nötig machen wird.

Eine vollständige Darstellung zu Entstehung, Aufbau, Inhalten und der Entwicklung des „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ ist unter Punkt 3.1.2.1. zu finden.

#### **3.4.6.2. Zusammensetzung der Zielgruppe**

Die für die Auswertung verwendbaren Fragebögen stammten von Müttern und einem einzigen Vater. Es meldete sich noch ein zweiter Vater und erhielt eine 20-minütige Beratung. Dabei handelte es sich jedoch nicht um ein auf die Geburt bezogenes Anliegen. Deswegen wurde kein Fragebogen ausgefüllt (Mail von Schill, 12.4.21).

Die nachfolgende Tabelle präsentiert Informationen zu der Zusammensetzung der erreichten Zielgruppe. Dabei handelt es sich um die Auswertung der Antworten der AnruferInnen zu Frage 1. (Allgemeine Angaben) auf Seite 1 des Fragebogens.

Tabelle 3.15. Zusammensetzung der erreichten Zielgruppe (eigene Quelle)

Ziffer	Charakteristikum und Zusammensetzung	Ohne Angabe	Datenmenge
1.1.	Familienstand Verheiratet (90) und in Partnerschaft (31) = 93,8 % (Verheiratet beinhaltet eine muslimische Heirat) Singles (8) = 6,2 %	0	n = 129
1.3.	Nationalität Die ganz überwiegende Zahl der Anruferinnen waren Deutsche, darunter eine Frau aus Österreich, eine aus Luxemburg und eine aus den USA.	4	n = 125
1.4.	Wieviele Schwangerschaft? 1. Schwangerschaft (78) = 62,9 % 2. Schwangerschaft (36) = 29,1 % Drei 3., sechs 4. und eine 5. Schwangerschaft (10) = 8,0 %	5	n = 124
1.4.1.	Wunschschwangerschaften Wunschschwangerschaften (113) = 94,2 % Kein Wunschkind (7) = 5,8 %	9	n = 120
1.5.	Vorherige Fehl- / Todgeburten <sup>13</sup> Anzahl und Prozente (17, davon 2 doppelt) = 16,2 % (1 biochemische Schwangerschaft nicht mitgerechnet) Abtreibungen (4, freiwillige Angabe) = 3,8 %	24	n = 105
1.6.	Art der Zeugung Natürliche Zeugung (107) = 91,5 % Künstliche Befruchtung (10) = 8,5 %	12	n = 117
1.7.	Geburtsort Krankenhausgeburten (116) = 96,9 % (davon 5 im Geburtshaus und 2 zu Hause begonnen (7) = 6,0 %) Außerklinische Geburten (4) = 3,1 %*	1	n = 128
1.7.2.	Entbindung in welcher Schwangerschaftswoche? Termingerechte Geburten (63) = 81,8 % Frühgeburten (5) = 6,5 % <sup>14</sup> Terminüberschrittene Geburten (9, alle 42+0) = 11,7 %	14	n = 77
1.7.3.	Art der Geburt Kaiserschnittgeburten (56) = 46,3 % Vaginal operativ (9, freiwillige Angabe) = 7,4 % Vaginale Geburten (56) = 46,3 %	8	n = 121

\* Ergebnis aus dem Theorieteil, s. Punkt 2.1.4., S. 24. Bezogen auf die Gesamtzahl der Geburten in Deutschland 2020 vollzog sich der größte Anteil im Krankenhaus. Der Anteil der außerklinischen Geburten umfasste in den Bundesländern die Spanne von 2,88 % (Berlin, höchster Wert) bis 0,75 % (Sachsen-Anhalt, niedrigster Wert).

### Durchschnittliches Alter der AnruferInnen bei Geburt nach Geburtenfolge

Das durchschnittliche Alter bei Geburt wurde auf Basis des Alters der AnruferInnen bei Anruf (s. Abbildung 5, Frage 1.2.) und dem Zeitpunkt der Geburt (Frage 1.8.) mit

<sup>13</sup> Nach Statista.com betrug die Anzahl der in deutschen Krankenhäusern 2019 tot geborenen Kinder 0,35 % (Statista d.). Nach Quarks ist die Fehlgeburt nach wie vor ein Tabuthema. Fehlgeburt bedeute, dass die Frau ihr ungeborenes Kind, im Zeitraum vor der 24. SSW oder solange es weniger als 500 g wiegt, verliert. 12 bis 24 % der schwangeren Frauen, d.h. jede 6. Frau erlebe eine Fehlgeburt (Quarks.de 2022).

<sup>14</sup> Die Techniker Krankenkasse (TK) ermittelte auf Basis eigener Abrechnungsdaten eine Frühgeborenenrate von 6,6 % in 2018; 6,4 % in 2019 und im Corona Pandemie Jahr 2020 einen bislang noch ungeklärten Rückgang auf 5,8 % (TK.de 2021).

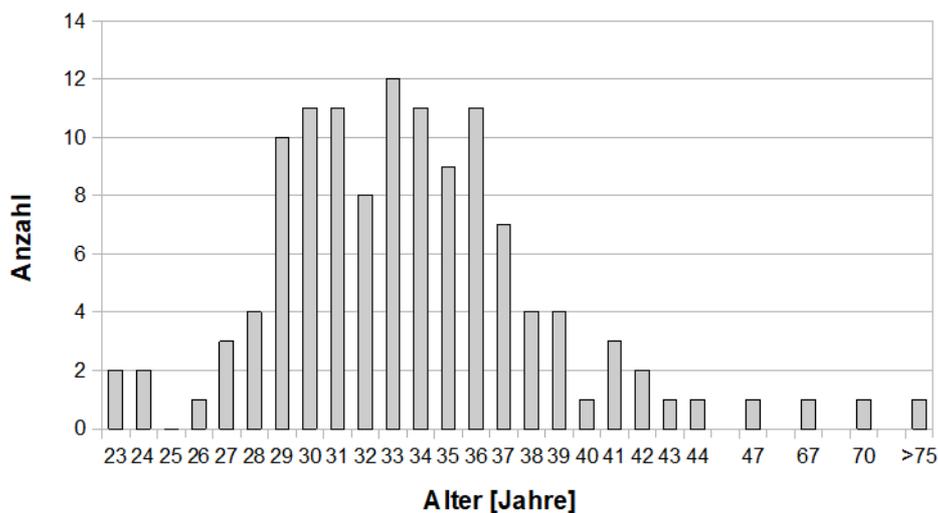
Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Excel berechnet. Das Ergebnis lautet wie folgt:

1. Kind 31,7 / 2. Kind 33,0 / 3. Kind 33,2 / 4. Kind 35,4

(Alter nicht zu rekonstruieren 6, ohne Angabe Geburtenzahl 4; unter Herausnahme der zwei ältesten Frauen (67 + 70 Jahre) sowie des einzigen Mannes der Stichprobe; n = 116)<sup>15</sup>.

Die folgende Abbildung zeigt das Alter der AnruferInnen bei Anruf beim Hilfetelefon. Im Anschluss vermittelt ein weiteres Kreisdiagramm, wieviel Zeit jeweils vergangen war, bis die Frauen nach der von ihnen schwierig erlebten Geburt beim Hilfetelefon angerufen haben. Dazu wurden die vorliegenden Daten in angemessenem Verhältnis der Häufigkeiten in Gruppen sortiert und die Darstellung in Prozentzahlen erstellt.

### Alter der AnruferInnen bei Anruf



**Zeitlicher Abstand zwischen Geburt und Anruf<sup>16</sup>**  
 Abbildung 5 Alter der AnruferInnen bei Anruf  
 (ohne Angabe 7, n = 122)

<sup>15</sup>Durchschnittliches Alter bei Geburt eines Kindes nach Geburtenfolge nach Statista.com:  
 2010 1. Kind 28,9 / 2. Kind 31,4 / 3. Kind 32,8 / 4. Kind + weitere 34,2  
 2020 1. Kind 30,2 / 2. Kind 32,3 / 3. Kind 33,4 / 4. Kind + weitere 34,4 (Statista c)

<sup>16</sup> Anmerkung der Verfasserin: Bei dieser Grafik liegt ein Rundungsfehler vor, die Prozente ergeben in der Summe 100,1 statt 100. Dies liegt in den Ziffern nach dem Komma begründet und ließ sich nicht korrigieren.

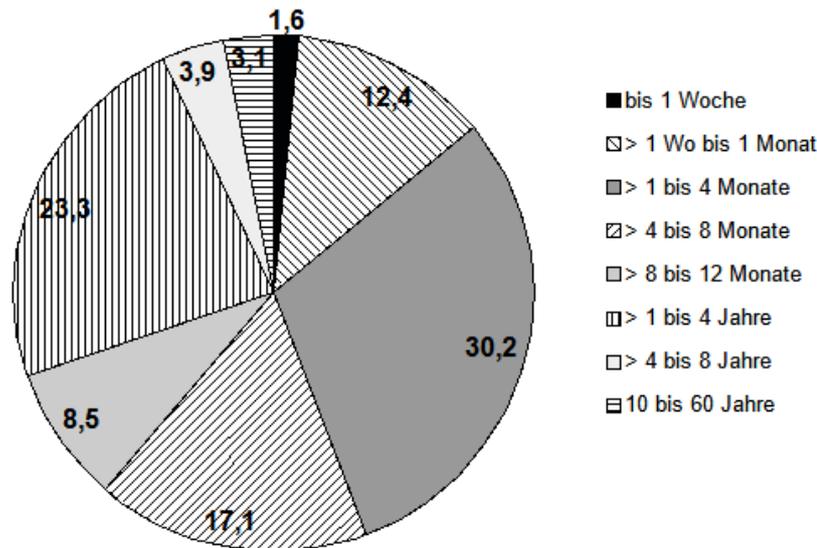


Abbildung 6 Zeit zwischen Geburt und Anruf  
 Gruppen in Prozent  
 Die Anordnung verläuft vom kleinsten bis zum größten Abstand  
 im Uhrzeigersinn (n = 129)

Der zeitliche Abstand, der von der Geburt bis zum Anruf vergangen war, zeigt eine breite Streuung beginnend von wenigen Tagen (zweimal unter einer Woche) bis einmal 59 Jahre. Relativ zeitnah zur Geburt und bis einen Monat später riefen nur 14 % der AnruferInnen beim Hilfetelefon an. Bei 30,2 % der AnruferInnen vergingen ein bis vier Monate und bei 25,6 % vier bis zwölf Monate. Bei 27,2 % der AnruferInnen lagen ein bis acht Jahre zwischen Geburt und Anruf und der kleinste Teil (3,1 %) der AnruferInnen meldete sich erst Jahrzehnte, d.h. zehn bis fast sechzig Jahre, nach der Geburt.

### Diskussion

Gemäß den nachfolgend zusammengefassten Merkmalen der Zielgruppe lassen sich nach Abgleich mit öffentlichen Statistiken keine markanten Auffälligkeiten feststellen, die zu Komplikationen während der Geburt hätten führen können. Das Alter der Mutter bei Geburtenfolge, bei Erst-, Zweit-, und Viertgebärenden fällt im Vergleich zu den Angaben von Statista, bezogen auf das Jahr 2020, etwas höher aus, d.h. die Mütter der vorliegenden Stichprobe wiesen ein leicht höheres Alter auf. Das Alter von Drittgebärenden stimmte hingegen weitgehend überein. Demgegenüber war der Anteil an terminüberschrittenen Geburten mit 11,7 % gering und alle in Entbindungswoche 42+0, was nur ein leicht erhöhtes Risiko darstellt.

Es fällt die verhältnismäßig hohe Kaiserschnitttrate von 46,3 % im Vergleich zum Durchschnitt, der in Deutschland 2019 bei 29,7 % lag (s. 2.1.3., S. 30), ins Auge. Allerdings variiert die Rate in einzelnen Krankenhäusern stark, beginnend von 15 % bis über 50 % (ebd.). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit war es nicht möglich zu untersuchen, ob die AnruferInnen vorwiegend in Kliniken mit gewohnheitsmäßig hohen Kaiserschnitttraten geboren haben.

Im Theorieteil wird dargelegt, dass der allgemein verbreitete Einsatz routinemäßiger Interventionen weitere Interventionen mit sich bringt, so dass häufig sog. Interventionskaskaden in Gang kommen, an deren Ende oftmals Sectiones oder auch der Einsatz operativer Methoden stehen (s. ebd., S. 29). Zeitgleich handelt es sich bei der Klientel des Hilfefonens um eine Auswahl von Personen, die schwierige Geburten erlebt haben. Auf diese Weise ist das Vorliegen einer im Vergleich höheren Rate an Kaiserschnitten nachvollziehbar.

Die Übersicht der zeitlichen Abstände des Anrufs zur Geburt weist im Zuge einer breiten Streuung auch viele lange Abstände auf, was zeigt, dass sich eine belastende Geburtserfahrung auf das Leben der betroffenen Frau noch lange auswirken kann.

Es folgt ein zusammenfassender Überblick der Merkmale der AnruferInnen.

Angaben, die freiwillig, d.h. ohne vorgegebene Frage im Fragebogen, angemerkt waren, wurden in der Darstellung ausgelassen. Alle Angaben befinden sich auf Fragebogen Seite 1 - 1. Allgemeine Angaben.

Personen, Familienstand, Wunschkind, Zeugung und Geburtenfolge:

Überwiegend Frauen

Überwiegend Deutsche (daneben 1x Österreich, 1x Luxemburg, 1x USA)

Überwiegend verheiratet oder in Partnerschaft (93,8 % zu 6,2 % Singles)

Überwiegend Wunschkind (94,2 % zu 5,8 % kein Wunschkind)

Überwiegend natürliche Zeugung (91,5 % zu 8,5 % künstliche Zeugung)

Verstärkt Erstschwangerschaften (62,9 %); Zweitschwangerschaft (29,1 %);

3., 4. und 5. Schwangerschaft (8,0 %), d.h. 3 x 3. Schwangerschaft 3, 6 x 4.

Schwangerschaft und eine 5. Schwangerschaft

Ort, Zeitpunkt, Art und Vorbedingungen der Geburt:

Überwiegend Krankenhausgeburten (96,9 % zu 3,1 % außerklinisch). Dies deckt sich mit den Angaben von QUAG.de (s. Kapitel 2.1.3.; Tabelle 2.1., S. 24).

Überwiegend termingerechte Geburten (81,8 %) (vergl. AWMF 2020 b, S. 8);

terminüberschrittene Geburten, d.h. leicht erhöhtes Risiko, alle SSW 42+0

(11,7 %) und Frühgeburten 6,5 %. Die Rate der Frühgeburten deckt sich weitgehend

mit der öffentlichen Statistik, wobei nach Angabe der Techniker Krankenkasse

während der Corona Pandemie allerdings ein Rückgang auf 5,8 % zu verzeichnen war (TK.de 2021).

Erhöhter Anteil an Kaiserschnittgeburten 46,3 %.

Vorherige Tot-/ Fehlgeburten 16,2 %. Diese Rate rekrutiert sich weitgehend sicher aus Fehlgeburten, weil die Rate der tot geborenen Kinder 2019 nur mehr bei 0,35 % liegt (Statista d), während 12 % bis 24 % der Frauen von Fehlgeburten betroffen sind (Quarks.de 2022).

Alter der Mutter bei Geburtenfolge:

Vorliegende Stichprobe: 1. Kind 31,7 / 2. Kind 33,0 / 3. Kind 33,2 / 4. Kind 35,4. Statista.com für 2020: 1. Kind 30,2 / 2. Kind 32,3 / 3. Kind 33,4 / 4. Kind + weitere 34,4 (Statista c).

Aus den vorliegenden Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass es sich bei der überwiegenden Zahl der Nutzerinnen des Hilfetelefon um „durchschnittliche normale“ Schwangere handelte. Darüber hinaus weisen die Merkmale 93 % verheiratet oder in Partnerschaft, 94,2 % Wunschkinder und 91,5 % natürliche Zeugung darauf hin, dass der Großteil der Paare ein Kind geplant und sich höchst wahrscheinlich gut darauf vorbereitet haben. Dies weist darauf hin, dass das Risiko, eine belastend erlebte oder traumatisierende klinische Geburt zu erleben, alle Frauen unabhängig von ihrem Alter und weiter oben aufgeführten Parametern trifft und nicht durch spezielle Risikofaktoren erhöht wird.

#### **3.4.6.3. Wie hilfreich wurde das Hilfetelefon erlebt?**

Das nachfolgende Kreisdiagramm bildet mittels Prozentangaben ab, wie hilfreich die AnruferInnen das Hilfetelefon bewertet haben. Ausgenommen einer einzigen Person, die das Hilfetelefon gar nicht hilfreich fand, entfielen die Bewertungen nur auf die oberen vier Bewertungsstufen von sieben. Dabei erhielt die Stufe „äußerst hilfreich“ 74,6 % der Stimmen (s. Anhang 8, Siebenstufensystem der Auswertung).

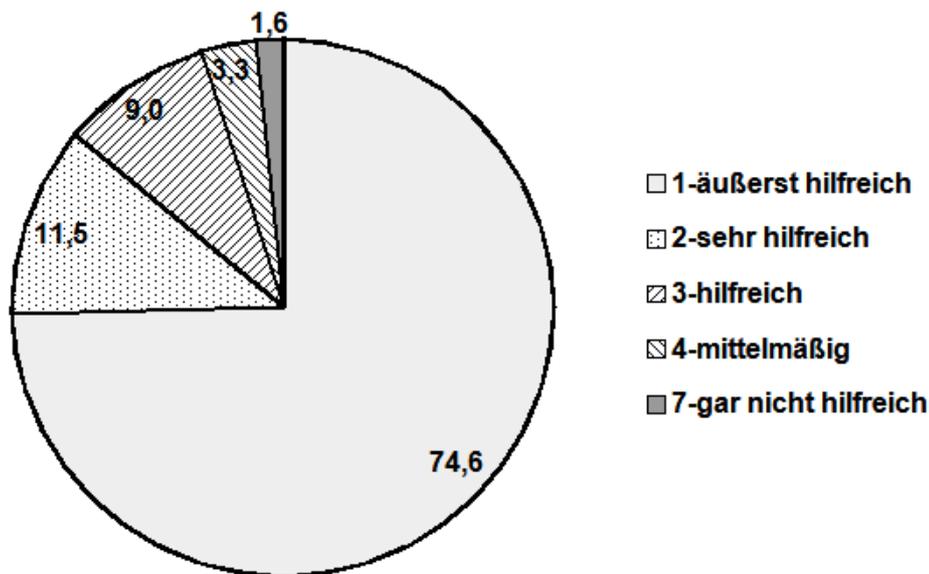


Abbildung 7 Wie hilfreich wurde das Hilfetelefon erlebt?  
Die Anordnung verläuft von äußerst hilfreich bis gar nicht hilfreich im Uhrzeigersinn (ohne Angabe 7; n = 122)

Das Hilfetelefon wurde von den AnruferInnen überwiegend als äußerst hilfreich erlebt, was einzelne Frauen mit eigenen Worten wie folgt ausdrücken und darüber hinaus erläutern.

#### Kommentare von Frauen nach der Beratung

Vollkommen zufrieden / super, dass es so was gibt – ich werde sofort recherchieren + mir Hilfe vor Ort suchen (FB 11).

Es war gut mit jemanden sprechen zu können, Ratschläge zu bekommen und zu hören, dass es anderen auch so geht (FB 92).

Erstmal froh, dass Sie mich ernst genommen haben und Lösungen angeboten haben – ich fühle, ich muss es jetzt machen, aktiv werden (FB 125) (s. Anhang 5).

#### **Diskussion**

Mit fast  $\frac{3}{4}$  der Stimmen gaben die AnruferInnen dem Hilfetelefon die maximale positive Bewertung, nämlich dass es äußerst hilfreich erlebt wurde. Weitere 11,5 % bewerteten es mit sehr hilfreich und 9,0 % mit hilfreich. Ein geringerer Prozentsatz von 3,3 % entfiel auf mittelmäßig. Eine Person erlebte das Telefon als gar nicht hilfreich. Somit kann Hypothese VI, dass die AnruferInnen das Hilfetelefon hilfreich erleben, als bestätigt gelten.

Die Beraterinnen notierten auf dem Fragebogen, dass eine Frau dankbar kommentierte, dass ihr in der Beratung erstmals viel an die Hand gegeben wurde; eine andere fand Ratschläge hilfreich und eine weitere schilderte, dass sie im Zuge des Gehört- und Ernstgenommenwerdens und durch Erhalt von Lösungsvorschlägen in der Beratung angeregt wurde, endlich aktiv zu werden. Hier zeigt sich, wie die hilfreich erlebte Beratung weitere Schritte auf der Handlungsebene in Gang setzen konnte.

#### **3.4.6.4. Zufriedenheit und Unzufriedenheit der AnruferInnen**

Annähernd ähnlich der Einstufung, wie hilfreich das Hilfetelefon erlebt wurde, verhält sich die von den AnruferInnen geäußerte Zufriedenheit mit dem Hilfetelefon.

Zufriedene Stimmen (68) = 70,8 %  
Unzufriedene Stimmen (28) = 29,2 %  
(ohne Angabe 33; n = 96) (s. Anhang 5)

#### Kommentare von Frauen nach der Beratung

Es ist so wichtig, dass Frauen bezüglich ihrer Emotionen und Erfahrung gehört werden / bei ihr war es so, dass sie sich vergewaltigt gefühlt hat und schwer traumatisiert war (FB 16).

Sie haben mir sehr weiter geholfen. Sie machen so wichtige Arbeit – ich hoffe, sie können noch vielen Frauen helfen! Sie sind die 1. die mir so viel an die Hand geben kann (FB 17)!

Sehr großer Bedarf für das Telefon – viele Frauen bzw. Freunde haben Themen dieser Art (FB 20).

Es ist so gut, dass es so was gibt. Ich hoffe, es rufen noch viele Frauen an. Mir hat das total gut getan (FB 111) (s. Anhang 5).

#### **Diskussion**

Ein ebenfalls großer Anteil von über 70 % der AnruferInnen äußerte sich rundum zufrieden mit der beim Hilfetelefon erhaltenen Beratung. 29,2 % gaben Unzufriedenheit an, weil Schwierigkeiten beim Zugang aufgetreten waren; weil die Vermittlung von konkreten Adressen sowie medizinischem und Rechtswissen vermisst wurde; weil der Wunsch sich nicht erfüllt hatte, leichte und schnelle Lösungen zu erhalten und weil vereinzelt die Anonymität nicht für gut befunden wurde.

Darüber hinaus wurden von den Beraterinnen vier Kommentare von AnruferInnen notiert, die betonen, dass sie einen Anlaufpunkt wie das Hilfetelefon ganz generell als wichtig erachten und einschätzen, dass dafür ein großer Bedarf besteht (s. Anhang 5). Somit hat sich Hypothese VI vollständig bestätigt.

### 3.5. Abschließende Diskussion

Die vorliegende Untersuchung präsentiert Ergebnisse und Tendenzen zum Nachweis der Problemstellung (s. 3.1.1.).

Die zugrunde gelegte Datensammlung entstammt einer Fragebogenuntersuchung, die während des ersten Jahres des Bestehens des anonymen „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ im Rahmen der Beratungen durchgeführt werden konnte (s. 3.1.2.2.; s. 3.1.2.3.). Diese setzte sich sowohl aus quantitativen als auch qualitativen Daten zusammen.

Im Hinblick auf die Exploration der qualitativen Daten (s. 3.3.) wurden die Klassifizierungen einer Evidenz-basierten Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt, entwickelt von Bohren et al. (s. 2.3.1.; Bohren et al. 2015), verwendet. Dieser konnten 40,71 % der Daten zugeordnet werden. Somit wurde das Hilfetelefon für diesen Prozentsatz anschlussfähig an den genannten entwickelten wissenschaftlichen Standard (s. 3.4.1.1.). Der andere Teil der Daten wies für eine Zuordnung zur Typologie nicht genug Hintergrundinformation auf. Hierfür mussten eigenständige Kategorien aus dem Material entwickelt werden.

#### Um was es geht

Inhaltlich erläutern Bohren et al., dass ihre Übersichtsarbeit – aus der die Typologie entwickelt wurde, illustriert, dass in vielen Settings weltweit die Geburtserfahrung von Frauen durch den Umstand der Misshandlung - körperlicher und verbaler Missbrauch, Mangel an unterstützender Begleitung, Vernachlässigung, Diskriminierung und Aberkennung der Autonomie eingeschlossen - ernstlich beeinträchtigt ist. Die Forschungsergebnisse würden nachweisen, dass die Formen der Misshandlung auf der Interaktionsebene zwischen Frau und Versorgern entstehen können, jedoch auch in systematischen Versäumnissen auf der Ebene der Gesundheitseinrichtung und des Gesundheitssystems (u.a. z.B. unzureichende Supervision, Personalmangel) begründet liegen, was die Frauen systematisch entkräfte. Dabei sei es wichtig zu beachten, dass Misshandlung oder missbräuchlicher Umgang auf Seiten der Gesundheitsmitarbeiter nicht notwendigerweise beabsichtigt sei und es daneben auch mitfühlende und respektvolle Begleitung gebe, dennoch müsse die subjektive Erfahrung der Frauen, dass sie Misshandlung erleben, unbedingt Beachtung finden (Bohren et al. 2015, S. 21; Text übersetzt von der Verfasserin). Die Typologie enthält sieben Klassifizierungen, die die möglichen Gründe für die Betroffenheit von Gebärenden differenziert definieren.

Aus der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung entfielen 20,5 % auf „Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung“, 11,1 % auf „Mangelnde

Übereinstimmung / Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern“, 4,7 % auf „Verbale Misshandlung“, 3,1 % auf „Körperliche Misshandlung“ und 2,4 % auf „Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems“ (s. 3.4.1.1.).

Der zweite Teil der Exploration ergab „Schwere Folgebelastungen“ zu 26,7 %, „Geäußerter Hilfebedarf II – Verschiedenes (wichtige Gründe unterschiedlicher Art nach schwieriger Geburt (zumeist) in der Klinik, mit eher weniger akuter Belastung)“ 18,1 % und „Auswirkung belasteter Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften“ 13,4 % (s. 3.4.1.1.). Das letzte Ergebnis erhält zunehmend Aufmerksamkeit in der Forschung. So stellen Dorsch und Rohde dar, dass Frauen die Geburt ihres Kindes relativ häufig als traumatisches Ereignis erleben. In Folge könnten bei erneuter Schwangerschaft aufgrund von Reaktualisierung der früheren Symptomatik starke Geburtsängste auftreten (s. 2.5.3.; Dorsch, Rohde 2016). König zeigt im Zuge der Auswertung von Studien, dass sogar weitere Schwangerschaften trotz des Wunsches nach weiteren Kindern vermieden würden. Selbst gewollte Schwangerschaften würden aus Angst abgebrochen oder Frauen entschieden sich von vornherein für eine Sectio, um die Geburt zu vermeiden (s. 2.5.3.; König 2014).

In Deutschland wurde 2021 von neun, z.T. akademisch renommierten Organisationen, das Strategiepapier für den Nationalen Geburtshilfepfahl auf den Weg gebracht (AKF 2021). In dem Papier wird zugrunde gelegt, dass die Notstände in geburtshilflichen Abteilungen alarmierend sind und Hebammen sowie Ärzte über unzumutbare Arbeitsbedingungen klagen. Der Ernst der Lage sei bislang von Politik und Gesellschaft nicht erfasst worden (s. 2.4.2.4., S. 68).

#### Was nötig ist

Die Auswertungen ergeben, dass auf Seiten der von schwierigen Geburten betroffenen Frauen ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Das zeigt sich auch daran, dass das Hilfetelefon nach Start im Juni 2020 sofort frequentiert wurde und seit Juni 2021 ein zunehmendes Anrufaufkommen verzeichnete (s. 3.4.6.1.). Weiterhin ergab der untersuchte Unterstützungsbedarf der AnruferInnen zu 54,8 % einen sehr ausgeprägten bis ausgeprägten und zu 39,5 % einen über mittel bis mittleren Unterstützungsbedarf an (s. 3.4.1.2.). Ein Bedarf nach Gehör und Unterstützung zeigte sich auch durch die Resonanz auf Berichte von Medien: Nach Ausstrahlung eines Bürgertalks des SWR am 22.1.2020, in dem ein Ehepaar ihre schwere Traumatisierung nach Geburtserfahrung öffentlich dargestellt hatte, trafen 1000 Zuschriften beim SWR ein, in denen Frauen von ähnlichen Erfahrungen berichteten (s. 2.2., S. 40). Weiterhin akquirierte Limmer die Teilnehmerinnen für ihre Studie über einen Aufruf auf der Facebookseite von Roses Revolution und erhielt in Kürze

2045 Zusagen von Frauen mit Belastungserfahrungen nach Geburt, die sich freiwillig für eine Befragung zur Verfügung stellten (s. 2.2.; Limmer, Stoll, Gross 2019).

Darüber hinaus deuten Umfragen auf einen spezifischen Bedarf an leicht zugänglichen, niedrighschwelligten Beratungsangeboten hin. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hatten vor Anruf beim Hilfetelefon 46,5 % keine Hilfe in Anspruch genommen und 33,9 % hatten unterschiedliche allgemeine Anlaufpunkte aufgesucht. Nur sehr wenige hatten sich an Psycho- oder Traumatherapeuten gewandt, wobei in Bezug auf den Erhalt von Kassenleistung hier i.d.R. auch lange Wartezeiten anfallen (20,2 % ohne Angabe). In der Umfrage von Stern TV führte der größte Anteil, 48,1 %, Gespräche mit Vertrauten, d.h. mit Familie oder Freunden. 14,6 % nahm professionelle Hilfe in Anspruch, wobei die Art der Hilfe nicht definiert wurde. In der vorliegenden Stichprobe hatten nur sechs von 43 Frauen Unterstützung bei einer Hebamme gefunden; in der Umfrage von Stern TV wird angegeben, dass 14,1 % sich an Hebammen oder Ärzte gewandt haben. Es fällt auf, dass bei beiden Umfragen, ausgenommen einer einzigen Person, keine sozialen Medien angegeben wurden, wo ebenfalls Hilfsangebote zu finden sind (s. 3.4.1.2., S. 105 f.; s. 2.2., S. 37 f.). Leider trägt die immer noch herrschende hohe gesellschaftliche Erwartungshaltung an Mütter zu einer Tabuisierung von negativen Erlebnissen im Rahmen der Geburt bei (s. 2.5.3.; Kuhn 2021), was eine Inanspruchnahme von Hilfe verzögern oder verhindern kann. Insgesamt lässt sich ein Bedarf für ein auf die Thematik spezialisiertes und qualifiziertes, leicht zugängliches, niedrighschwelliges, durchaus anonymes und mit einem persönlichen Gespräch verbundenes Angebot wie das Hilfetelefon ableiten.

Schließlich ergab die Befragung der AnruferInnen des Hilfetelefons, wie hilfreich sie die Beratung erlebt hatten, eine äußerst positive Resonanz (74,6 % äußerst hilfreich, 21,5 % sehr hilfreich und hilfreich) (s. 3.4.6.3., S. 122) und es wurde ein hoher Grad an Zufriedenheit (70,8 %) angegeben (s. 3.4.6.4., S. 123).

#### Ablauf der Geburt – Interventionen

Eine Zusammenhangsanalyse der vorliegenden Stichprobe ergab, dass eine hohe Anzahl an nicht-informierten medizinischen Eingriffen während der Geburt mit einem signifikant schlechteren Befinden unmittelbar nach der Geburt einhergeht. Dieser Zusammenhang ließ sich jedoch vier, bzw. acht Wochen nach der Geburt nicht mehr nachweisen (s. 3.4.2., S. 107). Dazu wird im Anschluss erläutert, wie der Einsatz von Interventionen, die ursprünglich wahrscheinlich für Problemsituationen ausgelegt waren, auch auf gesunde Schwangere ausgedehnt wurde. Der Aspekt der mangelnden Zustimmung kommt dann noch hinzu und stellt die Spitze des Eisbergs dar. Limmer gibt an, dass in ihrer Studie 42,8 % der Frauen ebenfalls angaben, Interventionen ohne Einwilligung erlebt zu haben (s. 2.2.; Limmer, Stoll, Gross 2019).

Auf Grundlage der Dynamik der weiter oben bereits beschriebenen hohen Interventionsraten (Interventionskaskaden) wurden in dem 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit verabschiedeten Nationalen Gesundheitsziel fünf maßgebliche Ziele gesetzt. Ziel 2 betrifft die Ermöglichung und Förderung der physiologischen Geburt und Teilziel 2.1. die Förderung einer interventionsarmen Geburt (s. 2.4.2.4., S. 67). Da das Gesundheitsziel von einem Expertenteam erarbeitet wurde, deutet dies auf eine öffentliche Akzeptanz der Problematik hin.

Zum Zusammenhang des Befindens der Gebärenden mit und ohne Sectio wurde ein Mittelwertvergleich erstellt, der sich als nicht signifikant erwies. Dieses Ergebnis widerspricht bereits vorhandenen Untersuchungen.

König stellt dar, dass unter den objektiven Gegebenheiten der Geburt der Geburtsmodus die am häufigsten untersuchte Variable darstellt. Neben durchaus unterschiedlichen Forschungsergebnissen gäbe es viele Studien, die nachweisen, dass Frauen, die per sekundärer Sectio entbunden wurden, in der Gruppe mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) überrepräsentiert sind (König 2014, S. 78 f.).

Linderkamp und Linder zeigen in ihrer Literaturübersicht, dass mit der Zunahme von Kaiserschnittgeburten die Häufigkeit von Traumen bei Müttern und Kindern ansteigt. Dies scheine aber weniger für primäre Kaiserschnittgeburten zu gelten (Linderkamp, Linder 2013, S. 129 - 145). Keag, Norman und Stock wiesen in einer umfangreichen Übersicht und Metaanalyse nicht wenige Langzeitrisiken der Kaiserschnittentbindung für Mutter, Baby und spätere Schwangerschaften nach (s. 2.3.2.; Keagh, Norman, Stock 2018). In der Studie zum Hilfefon wurden die Frauen nicht nach der Ursache der Sectio befragt. Wahrscheinlich überwog auch hier die primäre Sectio. Da Frauen auf eine primäre Sectio besser vorbereitet werden als auf eine sekundäre (Not-)Sectio, könnte der Einfluss der Sectio auf das Befinden entsprechend gering gewesen sein.

### Ressourcen

Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 773 144 Kinder geboren. Das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 31,6 Jahre. 33% der Frauen waren bei der Geburt ihres Kindes nicht verheiratet. Erstgeborene waren 47%, zweitgeborene 35% und dritt- oder höhergeborene 18% der Neugeborenen (Destatis b). Die sozialen Daten der AnruferInnen des Hilfefons unterscheiden sich zum Teil von den bundesdeutschen Daten: Von ihnen waren 93,8 % verheiratet oder lebten in Partnerschaft. Der Anteil der Erstgebärenden war mit 62,9% relativ hoch, der Anteil Zweitgebärender (29,1%) und Mehrgebärender (8,0%) entsprechend niedriger im Vergleich zu den Geburten in Deutschland. 94,2 % waren Wunschschwangerschaften, 91,5% ohne assistierte Reproduktion. In Hinblick auf den Entbindungszeitpunkt gab es keine Auffälligkeiten.

Das gibt Anlass zu der Annahme, dass es sich vorwiegend um geplante Geburten und in Folge um gut auf die Geburt vorbereitete Paare handelte.

70 Frauen von 129 wiesen zudem ein gutes Schwangerschaftserleben auf und starteten mit dem Mittelwert 1,48 (= gut) in die Geburt. Die Prüfung, ob sich das positive Schwangerschaftserleben (im Vergleich zu negativem Schwangerschaftserleben) zur Verhinderung einer schwierigen Geburt auswirkte, erwies sich als nicht signifikant. Eindrücklich war jedoch die ungünstige Entwicklung der Gruppe mit gutem Schwangerschaftserleben von im Mittel 1,48 (= gut) vor Geburt auf 6,34 (= mäßig (schlecht)) im Mittel unmittelbar nach der Geburt. Das lässt einen starken Einfluss der klinischen Geburtsbedingungen vermuten.

König wertete verschiedene Studien aus und hob hervor, dass Alter, Familienstand, sozioökonomischer Status und Bildungsgrad zumeist keinen Zusammenhang mit der Entwicklung einer PTBS-Symptomatik nach Geburtseignissen aufweisen (s. 2.5.3.; König 2014).

Eine Zusammenhangsanalyse bezüglich professioneller Begleitung in der Schwangerschaft und einem verbesserten Befinden nach Geburt zeigte eine signifikante Korrelation zu dem Befinden vier Wochen nach Geburt, jedoch nicht unmittelbar nach der Geburt (s. 3.4.5., S. 111). Dies könnte bestätigen, dass die Paare der untersuchten Gruppe im Zuge der Planung eines (Wunsch)Kindes sich sorgsam auf die Geburt vorbereitet hatten, was während des schwierigen Geburtsverlaufs zwar keine Auswirkungen zeigte, vier Wochen danach jedoch sichtbar wurde. Ein Beispiel: Der einzige Vater in der Untersuchung berichtete, dass seine Frau und er im Zuge einer anspruchsvollen Geburtsbereitung, dem Erstellen einer Patientenverfügung und mit einer Beleghebamme sehr gut auf die Geburt vorbereitet waren. In der Klinik sei die Hebamme jedoch wie ausgewechselt gewesen. Sie habe sich nicht an die Absprachen gehalten und von ihr sei starke Gewalt ausgegangen. Die daraufhin sehr schwierigen Abläufe in der Klinik wirkten sich auf das Paar schwer traumatisierend aus. Er nahm Medikamente, war arbeitsunfähig, suchte dringend einen Therapieplatz und hoffte auf eine Vermittlung durch das Hilfefon. Seine Frau hatte bereits eine Therapie begonnen (s. Anhang 4, FB 47, S. XLVIII).

König steuert an dieser Stelle weitere Studienergebnisse bei. So würden psychische Belastungen während der Geburt (z.B. Kontrollverlust, negative Emotionen, Dissoziation, Schmerzen und Angst um das Baby und um sich selbst) zu den Risikofaktoren mit der höchsten Evidenz gehören (s. 2.5.3.; König 2014).

Eine weitere Zusammenhangsanalyse ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer professionellen Begleitung während der Geburt und einem verbesserten Befinden unmittelbar nach Geburt, jedoch nicht vier und acht Wochen nach

Geburt (s. 3.4.5., S. 112). Trotz einer eingetretenen Verbesserung des Befindens unmittelbar nach der Geburt blieb eine entsprechende Fortsetzung vier und acht Wochen später offensichtlich aus, was sich auch in der geäußerten Betroffenheit der Mehrzahl der Frauen wiederfindet. Insofern ist dieses Ergebnis schwer greifbar und nicht zuverlässig zu interpretieren.

Die S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ gibt mit 100%iger Konsensstärke die Empfehlung, dass Frauen ab der akuten Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten (s. 2.4.2.3.). Das Ergebnis der Untersuchung scheint jedoch anzuzeigen, dass eine auf den Geburtsvorgang reduzierte Begleitung u.U. nicht ausreichend ist.

### **Beschränkungen der Forschung**

Die Wertigkeit der Aussagen der vorliegenden Arbeit wird durch das Fehlen einer Vergleichsgruppe begrenzt. Es war zwar ein Design für eine Untersuchung mit Vergleichsgruppe entworfen worden, eine Durchführung konnte in dem betreffenden Bereich dann jedoch nicht ermöglicht werden. Eine Alternative konnte leider nicht ausgemacht werden.

Weiterhin war anfangs vorrangige Priorität, den Fragebogen so knapp wie möglich zu gestalten. Im Zuge der Auswertung wurde jedoch deutlich, dass die Fragen generell zu eng angelegt waren, was dazu führte, dass in einigen Punkten der Auswertung nur mehr Tendenzen formuliert werden können.

Beispiele: Die Frage nach dem Bildungsstand und Migrationshintergrund ist nicht enthalten. Es fehlt eine gezielte Nachfrage nach Erleben und Qualität von Hebammenbegleitung und die Frage nach dem Einfluss der Corona Pandemie mit Präsenz- und Besuchsreglementierungen vor, während und nach der Geburt. Weiterhin wurde eine Differenzierung von Sectio, Notsectio, Wunschsectio sowie die Einleitung der Geburt nicht eruiert. Das Alter bei Geburt wurde nicht erfragt, wodurch es später notwendig wurde, eine Berechnung vorzunehmen, was die Gefahr zusätzlicher Ungenauigkeit der Werte mit sich bringt. Das erschien jedoch tolerierbar, da die Angaben der AnruferInnen insbesondere bei lange zurückliegenden Geburten auch nicht auf den Tag präzise waren (Beispiel: Die Geburt lag drei Jahre zurück).

Eine besondere Herausforderung entwickelte sich für die Verfasserin aus der gänzlich offenen Gestaltung der zweiten Seite des Fragebogens: Der Punkt „Anlass der Beratung“ enthielt die Anmerkung, dass er nur ausgefüllt werden müsse, falls es möglich ist. Weiterhin wurde dem Zusatz „Eigene Anmerkungen“ „optional“ angefügt. In Folge notierten einzelne Beraterinnen vollständige Informationen, andere hielten ihre Anmerkungen extrem kurz oder vermerkten vereinzelt und in seltenen Fällen nichts.

Die Verfasserin ergänzte die Anmerkungen einzelner Fragebogen durch Rückfragen an die Interviewerinnen per Mail oder vervollständigte Inhalte bei Falldarstellungen während der Videokonferenzen (s. Anhang 4).

Für den Umgang mit dem ungleichmäßigen Datenmaterial wurde für eine Auswertung schließlich der Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zur Hilfe genommen. Da hier stets ein Kategoriensystem zugrunde gelegt wird, ergab sich das Hinzuziehen der Evidenz-basierten Typologie zu Arten vorgeburtlicher Gewalt von Bohren et al. aus 2015. Das führte zu einem Erkenntnisgewinn, da gut 40 % des Datenmaterials diesen Kategorien zugeordnet werden konnte und damit das Hilfetelefon für diesen Anteil anschlussfähig an wissenschaftliche Standards wurde. Das übrige Material war im Hinblick auf notwendige Hintergrundinformationen nicht vollständig genug und wurde drei weiteren Kategorien zugeordnet, die aus dem vorliegenden Datenmaterial entwickelt wurden.

Damit ist eine weitere Beschränkung der vorliegenden Forschung erfasst: Die Durchführung einer Befragung während einer im Durchschnitt 45-minütigen Beratung, die oftmals mit dem Auffangen einer Person in Not zu tun hat, ist eine hoch anfordernde Aufgabe, die die Verknappung des Fragebogens notwendig machte, den Erhalt von differenzierten Antworten jedoch zwangsläufig einschränkte.

Da die Interviews anonym erfolgten, war eine spätere Befragung der AnruferIn nicht möglich. Das stellt ein bedauerliches Defizit dar, da nicht festgestellt werden konnte, welche Auswirkungen erreicht wurden.

## 4. Fazit und Ausblick

Die Entwicklung der ursprünglichen weiblichen Geburtshilfe hin zu einer männlich geleiteten Geburtsmedizin brachte eine Technisierung und Medikalisierung der Geburt bei zeitgleicher Vernachlässigung der menschlichen Dimension, als auch die Verfestigung eines pathogenetischen Verständnisses von Geburt. Dabei nimmt die Geburtshilfe eigentlich eine Sonderstellung ein, da es hier um physiologische Prozesse geht und die „PatientInnen“ zumeist gesund sind. Somit brachte die genannte Entwicklung in Bezug auf Risikofälle eine verbesserte Versorgung für Mutter und Kind, stellt zeitgleich jedoch eine Überversorgung der größten Gruppe von Schwangeren dar, die keine geburtshilflich relevanten Risiken aufweisen und alle Voraussetzungen für eine physiologische, normale Geburt mitbringen (Schwarz 2008).

Ein Anzeichen für diese Entwicklung war der starke Anstieg der Kaiserschnitttrate, die für Deutschland seit 2009 über der Dreißigprozentmarke lag und 2018 / 2019 etwas abgesunken ist (Destatis.de). Dabei befindet sich Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin auf einem relativ hohen Niveau. Weiterhin ist die genannte Entwicklung nicht auf Europa beschränkt, sondern weltweit zu beobachten - wie die Weltgesundheitsorganisation aus globaler Sicht regelmäßig berichtet (WHO 2014, 2018 a, 2021 b).

Seither findet der Hauptanteil aller Geburten im Krankenhaus statt. Im Kontrast dazu beläuft sich der Anteil außerklinischer Geburten an der Gesamtgeburtenszahl in Deutschland auf 0,75 % (kleinster Wert) in Sachsen-Anhalt bis maximal 2,88 % (größter Wert) in Berlin (QUAG e.V.). Das zeigt, dass der große Umfang der in der klinischen Geburtshilfe eingesetzten medikamentösen und chirurgischen Interventionen eine gesellschaftliche Akzeptanz entwickelt hat und zu großen Teilen als selbstverständlich angenommen wird.

In den vergangenen Jahren hat sich aufgrund verschiedener Faktoren wie die Konzentration der geburtshilflichen Versorgung mit Schließung geburtshilflicher Einrichtungen in Krankenhäusern, Ansteigen von finanziellem Druck, ungünstigen Abrechnungsmodalitäten und ausgeprägtem Personalmangel eine zusätzliche Verschärfung der Situation eingestellt (SWR 2020; AKF e.V. 2014). Das Strategiepapier Nationaler Geburtshilfegipfel 2021 stellt dar, dass die Notstände in geburtshilflichen Abteilungen in Kliniken alarmierend sind und Hebammen sowie Ärzte über unzumutbare Arbeitsbedingungen klagen (AKF e.V. 2021).

Parallel häufen sich Berichte bezüglich einer Steigerung von respektlosem Umgang und Vorkommen von Gewalt unter der Geburt. Die 2011 begründete weltweite Initiative Roses Revolution bestätigt in ihrer Auswertung 2018, dass Dringlichkeit ihrer

wichtigsten Forderung umfangreich bestätigt worden sei. Menschenrechte und Patientenrechte müssten auch in der Geburtshilfe gewahrt werden und es brauche sofortige und umfassende (Geburtshilfe-)Reformen. Sie klassifizieren die unterschiedlichen Formen auftretender Gewalt als körperlich, verbal, psychisch, strukturell und systemisch, wobei diese sich auch überschneiden könnten (Roses Revolution 2018). Ausgehend von der Idee, betroffenen Frauen Gehör und Zugang zu Unterstützung zu ermöglichen, wurde 2020 in Deutschland das „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ errichtet. Während des ersten Jahres des Bestehens wurde eine in die Beratungen integrierte Befragung durchgeführt, für die ein Fragebogen entwickelt worden war.

Die daraus entstandene Datensammlung wurde benutzt, um Nachweise für die Problemstellung, dass im Zuge der interventionsreich ausgestalteten Geburtsabläufe bei Schwangeren mit niedrigem / ohne Risiko und dem suboptimalen und gewaltvollen Umgang in der klinischen Geburtshilfe ein aktueller Hilfe- und Beratungsbedarf für Mütter und Väter nach der Geburt besteht, zu entwickeln.

Hier die wichtigsten Ergebnisse der Auswertung:

Nach der Untersuchung verschiedener Kriterien der Zusammensetzung der Zielgruppe (Familienstand, Alter der Mütter nach Geburtenfolge, Wunschschwangerschaft oder nicht, Art der Zeugung, vorhergegangene Fehl- oder Todgeburten, Entbindungszeitpunkt, Ort und Art der Geburt) konnten die AnruferInnen als durchschnittlich normale Schwangere identifiziert werden.

Sie waren betroffen von Folgeerscheinungen, die den nachfolgend genannten Bereichen zugeordnet werden konnten: „Versäumnisse von professionellen Standards in der Begleitung“ (20,5 %); „Mangelnde Übereinstimmung / dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern“ (11,1 %); in geringerer Ausprägung „Körperliche Misshandlung“ (3,1 %); Verbale Misshandlung“ (4,7 %) und „Bedingungen und Zwänge in der Gesundheitseinrichtung“ (2,4 %). Weiterhin zeigten viele Frauen Folgebelastungen mit schwerer Ausprägung (26,7 %) als auch etwas milder (18,1 %), und es stellten sich deutliche Auswirkungen belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften (13,4 %) heraus. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich um eine selektierte Stichprobe handelte.

Die Frauen äußerten darüber hinaus einen deutlichen Unterstützungsbedarf, erlebten das Hilfetelefon als äußerst hilfreich und gaben einen hohen Grad an Zufriedenheit an.

Weiterhin konnte ein Zusammenhang zwischen einer hohen Anzahl nicht-informierter medizinischer Eingriffe und einem signifikant schlechteren Befinden unmittelbar nach Geburt nachgewiesen werden. Weitere signifikante Ergebnisse waren: Ein zuvor positives Schwangerschaftserleben erwies sich nicht als wirksame Ressource für das

Befinden unmittelbar nach der Geburt. Eine professionelle Schwangerschaftsbegleitung hatte ebenfalls keinen signifikanten Einfluss auf ein verbessertes Befinden unmittelbar nach der Geburt, machte sich jedoch vier Wochen nach der Geburt positiv bemerkbar. Eine professionelle Begleitung während der Geburt hingegen brachte ein signifikant verbessertes Befinden unmittelbar nach der Geburt, jedoch nicht vier und acht Wochen nach der Geburt.

Somit konnte die Problemstellung durch die Untersuchung bestätigt werden.

Eine Einordnung in den aktuellen Forschungsstand ist zuerst über die von Bohren et al. entwickelte Typologie zu den unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt möglich, die in der vorliegenden Untersuchung benutzt wurde und wozu sich das Hilfeteléfono zu 40,7 % als anschlussfähig erwies.

Weiterhin weisen Forschungsergebnisse aus anderen Studien traumatische Folgen nach Geburt nach, wobei die Ergebnisse sehr heterogen sind (König 2014). Beispielsweise legt Balogh in einer Dissertation zu „Inzidenz und Risikofaktoren der PTBS postpartum“ eine variierende Inzidenz zwischen 1 – 64 % vor (Balogh 2020). Dorsch und Rohde gehen davon aus, dass bis zu einem Drittel der Frauen die Geburt ihres Kindes als traumatisch erleben (Dorsch, Rohde 2016).

Die vorliegende Untersuchung konnte keine psychologische Diagnostik leisten. Bei der Mehrheit der Frauen zeigten sich jedoch schwere Folgebelastungen nach schwierig erlebten Geburten.

Im Zusammenhang mit der bereits über Jahrzehnte vorliegenden Fehlentwicklung sind inzwischen bedeutsame Veränderungen eingetreten, die von der Literatur aufgegriffen werden. Dies betrifft beispielsweise den Wissensverlust von Geburtshelfern bezüglich der physiologischen Geburt (AKF e.V. 2014); die gewichtige Thematik des Hebammenmangels und einer notwendigen Förderung der Hebammenqualifikation sowie Verhaltensveränderungen bei Schwangeren, die von einem Verlust der Schmerzkultur (Fähigkeit, Schmerzen als natürliches Phänomen hinzunehmen) gekennzeichnet sei und somit einen Verlust der Fähigkeit zum intuitiven Gebären in unserer Kultur darstelle (AKF e.V. 2013). Diese Themen konnten in der vorliegenden Untersuchung aufgrund einer schwachen Datenvorlage nicht aufgegriffen werden. Darüber hinaus wurden marktwirtschaftliche und politische Aspekte der geburtshilflichen Versorgungslage nur vage gestreift.

Trotz nicht ausreichender Repräsentativität gibt die Arbeit einen relativ umfangreichen Überblick über die aktuelle Situation mit genannter Problemstellung und dem Erleben der Frauen. Weitere Forschung mit größeren Datenmengen und repräsentativen Datenmengen sind jedoch erforderlich, um die fehlende Generalisierbarkeit zu erreichen.

Angesichts des dringlichen Handlungsbedarfs für eine Verbesserung der geburtshilflichen Situation, wie im Strategiepapier Nationaler Geburtshilfegipfel (AKF e.V. 2021) formuliert, sollte eine Beweisführung die aktuelle Problemlage und deren negative Folgewirkungen mit einer Kostenanalyse koppeln, um die Handlungsbereitschaft von Entscheidungsträgern in Politik und Wirtschaft tatsächlich wirksam anstoßen zu können.

Zeitgleich entfalten sich auf Seiten der Betroffenen hoffnungsvolle und wirksame Initiativen. Neben der Gründung von verschiedenen Elterninitiativen formieren sich Aktivitäten, die ein Empowerment von Müttern und Eltern unterstützen. Beispiele sind die Erzählcafé-Aktion unter dem Motto ‚Der Start ins Leben‘ - gelebte Solidarität von Eltern für Eltern (Erzählcafé) und die Organisation von Selbsthilfegruppen nach traumatischer Geburt (Gerechte-Geburt.de) und nach Kaiserschnitt (bauchgeburt.de).

In diesem Zusammenhang bietet das Hilfetelefon Schwierige Geburt als gut erreichbares, niedrighschwelliges, anonymes Angebot mit einer qualifizierten Beratung eine wichtige Schnittstelle, da es über ein initiales Auffangen und Unterstützen hinaus - angepasst an die unterschiedlich ausgeprägte Betroffenheit der Frauen - angemessene Hilfen zugänglich machen kann.

Verena Schmid, Hebamme und Gründerin der Elementary School of Midwifery und der Salutophysiologie, betont: *„Wir müssen den Frauen (...) diese zentrale Rolle anerkennen, dass sie die zukünftige Gesellschaft mitgestalten, seit der vorgeburtlichen Zeit und über die Geburt. (...)“* (You tube c).

## Literaturverzeichnis

- Ahrendt-Schulte, Ingrid.* Weise Frauen – böse Weiber. Freiburg: Verlag Herder 1994
- AKF e.V., Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (Hrsg.).* Handlungsbedarf Kaiserschnitt. Ursachen der steigenden Kaiserschnitttrate in Deutschland – Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate. Ergebnisse der Online-Umfrage und Expertinneninterviews 2012/2013. Berlin: Juni 2013
- AKF e.V. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (Hrsg.).* Dokumentation des Fachtags 2014. Zeit zu handeln: die Kaiserschnitttrate senken – die normale Geburt fördern.
- AKF e.V. Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (Hrsg.).* Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden beim AKF e.V. samt Liste der Mitzeichnenden (pdf). Stand: 26.10.2021
- AWMF.* <https://www.awmf.org> Kurzfassung der Leitlinie „Die Sectio Caesariae“ AWMF 015-084, 2020 a, Download, PDF – aufgerufen am 13.10.2021
- AWMF.* <https://www.awmf.org> Kurzfassung der Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ AWMF 015-083, 2020 b, Download, PDF – aufgerufen am 3.12.2021
- Balogh, Bálint.* Inzidenz und Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung post partum – Ergebnisse aus einer prospektiven Studie. Dissertation. Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg 2020
- bauchgeburt.de.* <https://bauchgeburt.de/selbsthilfegruppen> - aufgerufen am 25.2.2022
- Becker, Gabriele; Bovenschen, Silvia; Brackert, Helmut.* Aus der Zeit der Verzweiflung. Zur Genese und Aktualität des Hexenbildes. Frankfurt: Edition Suhrkamp 1977
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard.* Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Band 6. Bergisch Gladbach: Schiffmann 2001
- BiB.* Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Säuglingssterblichkeit in Deutschland (1872 – 2019). <https://bib.bund.de/Permalink.html?id=10258106> - aufgerufen am 31.8.2021
- Birkelbach, Dagmar; Eifert, Christiane; Lueken, Sabine.* Zur Entwicklung des Hebammenwesens vom 14. bis zum 16. Jahrhundert am Beispiel der Regens-

- burger Hebammenordnungen. In: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Heft 5, S. 83-99. Köln: 1981
- Bitzer, Eva M.; Walter Ulla; Lingner, Heidrun; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.).* Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Heidelberg: Springer-Verlag 2009
- Bloemeke, Viresha J.* Es war eine schmerzliche Geburt. Wie schmerzliche Erfahrungen heilen. München: Kösel Verlag 2015
- BMBF.* Natürliche Geburt in der Klinik – ganz ohne Arzt. (2011) - <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de> - aufgerufen am 16.11.2021
- BMJ.* Markenrichtlinien. <https://www.bmj.com> - aufgerufen am 10.9.2021
- Bohren, Meghan A.; Vogel, Joshua P.; Hunter, Erin C.; Lutsiv, Ohla; Makh, Suprita K.; Souza, Joao Paulo; Aguiar, Carolina; Saraiva Coneglian, Fernando; Araujo Diniz, Alex Luiz; Tuncalp, Özge; Javadi, Dena; Oladapo, Olufemi T.; Khosla, Rajat; Hindin, Michelle J.; Gülmezoglu, A. Metin.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Medicine / DOI:10.1371/journal.pmed.1001847 June 30, 2015
- Bundesministerium für Gesundheit.* Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG 2017 (Inhalt) 2020 (Vorwort) 4. Aufl.
- Chalmers, Beverly.* WHO appropriate technology of birth revisited. (Abstract). Ganzer Artikel im British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 99, 1992. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1420006> – aufgerufen am 5.11.2021
- Desery, Katharina.* Das Hilfefon. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Geburtshilfe im Wandel. Fulda 25. - 27.10.2019
- Desery, Katharina; Diederichs, Paula.* Ergebnisse des Hilfefons. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin: Pränatale Psychologie und Geburtskultur. Stolpen 12. – 14.11.2021
- Destatis a.* Statistisches Bundesamt. Krankenhausentbindungen in Deutschland. <https://www.destatis.de> - aufgerufen am 25.2.2022
- Destatis b.* Statistisches Bundesamt. Geburten. <https://www.destatis.de> – aufgerufen am 25.2.2022
- DGGG e.V.* Erste S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin veröffentlicht. (2021). <https://www.dggg.de> – aufgerufen am 18.11.2021

- Drenckberg, Mignon Michaela.* Mütter im Wandel der Zeit – Müttergenesung als aktueller salutogenetischer Ansatz. Berlin: Pro BUSINESS 2009
- DSM-5.* Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai, Peter und Wittchen, Hans-Ulrich. Göttingen: Hogrefe Verlag 2015
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen.* Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 5. Aufl. 2016
- Dorsch, Valenka, M.; Rohde, Anke.* Postpartale psychische Störungen – Update 2016. In: Frauenheilkundeup2date 4 2016 DOI:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-112631>
- Duden, Barbara.* Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Missbrauch des Begriffs Leben. Hamburg, Zürich: Luchterhand 1991
- Ehrenreich, Barbara; English, Deidre.* Hexen, Hebammen und Krankenschwestern. München: Verlag Frauenoffensive 4. Aufl. 1977
- Emerson, William.* Geburtstrauma. Die Auswirkungen der modernen Geburtshilfe auf die Psyche des Menschen. Heidelberg: Mattes Verlag 2. Aufl. 2020
- Enßle-Kastenhuber, Lydia.* Gebärpositionen – Einflussfaktoren auf die Anleitung der Gebärenden. In: Die Hebamme 2019,32 S. 22-29
- Erzählcafé.* <https://erzaehlcafe.net> – aufgerufen am 25.2.2022
- Fichte, Ulrike; Kurmann-Borrmann, Anne-Kristin.* Hebammenkunst. Ein Handwerk der Sinne. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2021;73 (1), S. 67-72
- Fischer-Homberger, Esther.* Zur Medizingeschichte des Traumas. In: Gesnerus 56 (1999) S. 260 - 294
- Fischer-Homberger, Esther.* Krankheit Frau. Bern: Verlag Hans Huber 1979
- Flade, Anne.* Eins-zu-eins-Betreuung. Den Faden aufnehmen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2021;73 (8), S. 56-61
- Franke, A. (Hrsg.):* Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT 1997
- Franke, Tara R.* Das Schöne wurde mir genommen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 10/2006, S. 8 - 11
- Franke, Tara R.* Freiräume schaffen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2-2018 / 70. Jahrgang
- Franke, Tara R.* S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin: Empfehlung für eine moderne Geburtshilfe. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2021;73 (3), S. 52 – 55
- Frevert, Ute in Kuhn, Anette (Hrsg.).* Frauen in der Geschichte, Band 2, S. 177-210. Düsseldorf: Schwann-Bagel 1982

- Fritzen, Christiane Gerda.* Erleben der Entbindung unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen. Inaugural-Dissertation Rheinische Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn 2007 <https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de> – aufgerufen am 10.12.2022
- Galster, Anabel.* TRAUMgeburt nach TRAUMAgeburt. Wieder schwanger: integrieren, heilen, vorbereiten. Niedernhausen: nestkinder Verlag 2020
- Gaskin, Ina May.* Die selbstbestimmte Geburt. Handbuch für werdende Eltern. Mit Erfahrungsberichten. München: Kösel Verlag 12. Aufl. 2015
- GDV, die deutschen Versicherer.* Kosten für Geburtsschäden schwer kalkulierbar. <https://www.gdv.de> - aufgerufen am 5.12.2021
- Gerechte-Geburt.de.* Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland. <https://gerechte-geburt.de/projekte/selbsthilfe> - aufgerufen am 25.2.2022
- Gollwitzer, Mario; Jäger, Reinhold S.* Evaluation. Weinheim/Basel: Beltz Verlag 2007
- Gunkel, Stefan (Hrsg.); Kruse, Gunther (Hrsg.).* Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund? Was bewirkt Heilung? Hannover: Hannoverische Ärzteverlags Union 2004
- Hassauer, Werner.* Die Geburt der Individualität. Menschwerdung und moderne Geburtshilfe. Stuttgart: 2. Aufl. Verlag Urachhaus 1988
- Hauck, Carola.* Die sichere Geburt. <https://die-sichere-geburt.de> - aufgerufen am 15.11.2021
- Haucke, Kai; Dippong, Natalie.* Legitimationsprobleme moderner Geburtsmedizin. In: Ethik Med (2012) 24:43 - 55 DOI 10.1007/s00481-011-0131-2
- Hausmann, Clemens.* Einführung in die Psychotraumatologie. Wien: Facultas Universitätsverlag 1. Aufl. 2006
- Hebammenverband.* Hebammenkreißsäle in Deutschland (2019). <https://hebammenverband.de/familie/hebammen-kreissaele/> - aufgerufen am 25.2.2022
- Hecker, Tobias; Maercker, Andreas.* Komplexe psychotraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. In: Psychotherapeut, 60(6):547-562 DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-2> Zürich: 2015
- Hergemöller, Bernd-Ulrich.* Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft. Warendorf: Fahlbusch Verlag 1990
- Herman, Judith Lewis.* Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler Verlag GmbH 1998
- Hildebrandt, Sven; Blazy, Helga; Schacht, Johanna; Bott, Wolfgang.* Ich spüre – also bin ich. Bedürfnisse vorgeburtlicher Kinder und ihrer Eltern im Span-

- nungsfeld zwischen geburtskulturellen Entwicklungen, Gesundheitspolitik, Grundrechten, Ethik und Ökonomie. Heidelberg: Mattes Verlag 2016
- Hildebrandt, Sven; Schacht, Johanna; Cotiga, Alin.* Geburtshilfe im Wandel. Traumatische Geburtserfahrung als lebenslanger Belastungsfaktor – Gesunde Geburtserfahrung als lebenslange Ressource. Heidelberg: Mattes Verlag 2021
- Hilfetelefon Schwierige Geburt.* <https://hilfetelefon-schwierige-Geburt.de> - aufgerufen am 14.1.2022
- Hinrichs, Ferdinand in Stoeckel, Geb. Med.-Rat Prof. Dr. W. (Hrsg.).* Die Geburtshilfe im Privathaus und in der Klinik. Halle: Kreuz-Verlag G.m.b.H. 1949
- Huber, Michaela:* Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Jungfermann Verlag 6. überarbeitete Aufl. 2020
- ICD-10-GM 2021.* Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Köln: Deutscher Ärzteverlag GmbH 2020
- IQTIG, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.).* Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019. Geburtshilfe. Qualitätszahlen und Kennzahlen. Stand: 14.7.2020
- ISPPM e.V.* Unser zentrales Anliegen. <https://isppm.ngo> – aufgerufen am 15.12.2021
- Jork, Klaus; Peseschkian, Nossrat (Hrsg.).* Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Verlag Hans Huber 1. Aufl. 2003
- Keag, Oonagh E.; Norman, Jane E.; Stock, Sarah J.* Long-term risks and benefits associated with delivery for mother, baby and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLOS Med 15(1):e1002494, January 23, 2018
- Klaus, Marshall H.; Kennell, John H.; Klaus, Phyllis H.* Doula. Der neue Weg der Geburtsbegleitung. München: Mosaik Verlag GmbH 1995
- Koalitionsvertrag 2021 – 2025.* Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP
- König, Julia.* Posttraumatische Belastungsstörungen nach Geburt. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 62 (3), 2014, S. 165 - 173
- Kolip, Prof. Dr. Petra; Nolting, Hans-Dieter; Zieh, Karsten.* Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten - Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auf-

- trag der Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh: Heiden Druck & Medien GmbH 2012
- Kruse, Britta-Juliane.* Verborgene Heilkünste. Geschichte der Frauenmedizin im Spätmittelalter. Berlin: Walter de Gruyter 1996
- Kuhn, Lisa.* Posttraumatische Belastungsstörungen und postpartale Depressionen im Zusammenhang mit dem Geburtsmodus in der Studie „Trauma durch die Geburt“. Inauguraldissertation, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. 2021. <https://openscience.ub.uni-mainz.de/bitstream> - aufgerufen am 14.12.2021
- Labouvie, Eva.* Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt. Köln: Böhlau Verlag GmbH & Cie 1998
- Labouvie, Eva.* Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land. Frankfurt am Main: Campus-Verlag 1999
- Lehmann, Volker.* Der Kayserliche Schnitt. Die Geschichte einer Operation. Stuttgart: Schattauer GmbH 2006
- Limmer, Claudia; Stoll, K.; Gross M.* Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Ergebnisse einer deutschen Validierungsstudie. 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, 28.- 30.11.2019, Berlin: 2019
- Linderkamp, Otwin; Linder, Rupert.* Anstieg von Kaiserschnittgeburten auf 32% in Deutschland: Erwartet uns eine Epidemie von traumatisierten Müttern und Kindern? In: Hildebrandt, Sven; Alberti, Heiner (Hrsg.). Verborgene Wahrheiten. Heidelberg: Mattes Verlag 2013
- Loytved, Christine.* Dem Hebammenwissen auf der Spur. Zur Geschichte der Geburtshilfe. Osnabrück: Universität Osnabrück AGW, Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychosomatik 1997
- Maercker, Andreas (Hrsg.).* Traumafolgestörungen. Berlin: Springer Verlag 5. Aufl. 2019
- Margraf, Jürgen; Siegrist, Johannes; Neumer Simon (Hrsg.).* Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze in Gesundheitswesen. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag 1998
- Martin, Emily.* Die Frau im Körper. Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag 1989
- Mayring, Philipp.* Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltzverlag 11. Aufl. 2010

- Meier Magistretti, Claudia (Hrsg.); Lindström, Bengert; Eriksson, Monica.* Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung. Bern: Hogrefe Verlag 2019
- Merz, Waltraut M. unter Mitarbeit von Kocks, Andreas; Heep, Andrea; Kandeepan, Pirathayini; Tietjen, Sophia.* Bestandsaufnahme der Hebammenkreißsäle von Nordrhein-Westfalen und Annäherung an ein ‚Best Practice‘ Modell hebammengeleiteter Kreißaal. Bonn 2019, aktualisiert August 2020 a
- Merz, Waltraut M. unter Mitarbeit von Tascon-Padron, Laura; Heep, Andrea; Puth, Marie-Therese.* Medizinische Sicherheit des Versorgungskonzepts hebammengeleiteter Kreißaal: Eine retrospektive Kohortenstudie am Zentrum für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Bonn. Bonn 2019, aktualisiert August 2020 b
- Metz-Becker, Marita (Hrsg.).* Hebammenkunst gestern und heute. Zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg: Jonas Verlag 1999
- Mother Hood e.V.* Kaiserschnittrate in deiner Region suchen.  
<https://www.mother-hood.de> - aufgerufen am 1.9.2021
- Mundlos, Christina.* Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Marburg: Tectum Verlag 2015
- Odent, Michel.* Im Einklang mit der Natur. Neue Ansätze der sanften Geburt. Düsseldorf und Zürich: Patmos Verlag GmbH & Co. KG Walter Verlag 2004
- Odent, Michel.* Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Frankfurt a.M.: Mabuse Verlag 2. Aufl. 2015
- QUAG e.V. Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe (Hrsg.).* Qualitätsbericht 2019 außerklinische Geburtshilfe. Auerbach/ V.: 1. Aufl. Verlag Wissenschaftliche Scripten 2019
- QUAG e.V. Gesellschaft für außerklinische Geburtshilfe (Hrsg.).* Qualitätsbericht 2020 außerklinische Geburtshilfe. Auerbach/ V.: 1. Aufl. Verlag Wissenschaftliche Scripten 2021
- QUAG e.V. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe.* „Geburtenzahlen in Deutschland“ <https://www.quag.de> - aufgerufen am 10.1.2022
- Quarks.de.* Darum geht's: Jede sechste Frau hat eine Fehlgeburt. (24.1.2022)  
<https://www.quarks.de> - aufgerufen am 25.1.2022
- PERINATAL PTSD.* <https://blogs.city.ac.uk/birthptsd> - aufgerufen am 23.1.2022
- Psychembel.* Klinisches Wörterbuch. Berlin/Boston: 268. Aufl. Walter de Gruyter GmbH 2020
- Psychembel.de.* <https://www.psychembel.de/Trait-Angst/P05GF> - aufgerufen am 25.2.2022

- Rockenschaub, Prof. Dr. Alfred.* Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst. Wien: Facultas Universitätsverlag 3. Aufl. 2005 a
- Rockenschaub, Prof. Dr. Alfred.* Die Frauen können es, man lässt sie nur nicht. Sexualaufklärung und Familienplanung. BZgA FORUM 2-2005 b
- Rösler, Annika; Höllrigl Tschaikner, Evelyn.* Nachwehen. Trost und Hilfe bei überwältigenden Gefühlen rund um die Geburt. München: Kösel Verlag 2021
- Roses Revolution.* <https://www.gerechte-geburt.de/rosrev/> - aufgerufen am 11.9.2021
- Sahib, Tanja.* Es ist vorbei – ich weiß es nur noch nicht. BoD – Books on Demand. ISBN 978-3-7412-5755-1 2016
- Sayn-Wittgenstein, Friederike zu.* Geburtshilfe neu denken. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber 1. Aufl. 2007
- Scherzer, Ricarda.* Weise Frauen HEBAMMEN oder Technikerinnen? Zum Wandel eines Berufsbildes. Frankfurt am Main: 1988, Institut für Kulturanthropologie und Europäische Ethnologie
- Schlumbohm u.a. (Hrsg.).* Rituale der Geburt. München: Beck 1998
- Schmid, Sarah.* Alleingeburt. Schwangerschaft und Geburt in Eigenregie. Salzburg: Edition Riedenburger 2014
- Schneider, Maria.* Gewalt in der Geburtshilfe als curricularer Bestandteil der Hebammenqualifizierung. Eine empirische Untersuchung mit salutogenetischem Ansatz aus der emischen Sichtweise Hebammenstudierender. Bachelorarbeit. Hochschule Fulda 2020
- Schüffel et al. (Hrsg.).* Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co. 1998
- Schwarz, Clarissa.* Entwicklung der geburtshilflichen Versorgung am Beispiel geburtshilflicher Interventionsraten 1984-1999 in Niedersachsen. Dissertation TU Berlin, Gesundheitswissenschaften/Public Health 2008
- Sommer, Margarete.* Gewalt in der Hebammenausbildung. Wissende Zeuginnen. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 2021. 73 (7): 32-36
- Statista.* Das Statistik-Portal. Anteil von Kaiserschnittgeburten in Deutschland in den Jahren von 1997 bis 2012. (2014). <https://de.statista.com> - aufgerufen am 1.9.2021
- Statista a.* Das Statistik-Portal. „Anzahl von Kaiserschnitten und Geburten insgesamt in Deutschland in den Jahren von 2004 bis 2019“ (aus 2021) <https://de.statista.com> - aufgerufen am 1.9.2021

- Statista b.* Das Statistik-Portal. Anzahl der Zangengeburt in Deutschland in den Jahren von 2004 bis 2019. (2021). <https://de.statista.com> - aufgerufen am 2.9.2021
- Statista c.* Das Statistik-Portal. Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt eines Kindes nach Geburtenfolge in Deutschland von 2009 bis 2020. (2021). <https://de.statista.com> – aufgerufen am 19.1.2022
- Statista d.* Das Statistik-Portal. Anzahl der in deutschen Krankenhäusern lebend und tot geborenen Kinder in den Jahren 2004 bis 2019 – aufgerufen am 24.1.2022
- SternTV.* <https://www.sterntv.de/hebammen-schlagen-alarm> (22.5.2019) – aufgerufen am 7.12.2021
- Stoeckel, Prof. Dr. Walter.* Die Geburtshilfe im Privathaus und in der Klinik. Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Halle: Kreuz Verlag G.m.b.H. 1949
- SWR.* <https://www.swr.de/home/mal-ehrlich-schwere-geburt-reaktionen-100.html> (2020) - aufgerufen am 29.11.2021
- Tagesschau.de.* Umstrittenes Medikament: Importstopp für Cytotec (3.4.2021). <https://www.tagesschau.de> - aufgerufen 30.9 2021
- Taschner, Ute; Basters-Hoffmann, Bärbel.* Interventionen kritisch hinterfragen: Erfahrungen im Ev. Diakoniekrankenhaus Freiburg. In: Die Hebamme 2014; 27, S. 158 - 162
- Tew, Marjorie.* Sichere Geburt? Originalausgabe 1998 (engl.). Frankfurt: Mabuse-Verlag 2. Aufl. 2012
- TK.de.* TK: Zehn Prozent weniger Frühgeburten (8.9.2021). <https://www.tk.de> - aufgerufen am 24.1.2022
- Uexküll, Thure von.; Adler, Rolf (Hrsg.).* Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg 5. Aufl. 1996
- vdek-Kliniklotse.* Das Suchportal für Kliniken in Deutschland mit Qualitätsbericht und Klinikvergleich. <https://www.vdek-kliniklotse.de> - aufgerufen am 1.9.2021
- Vetter, Prof. Dr. Klaus.* Die Geburtshilfe entwickelt sich hin zu einer prospektiven Medizin und einer Medizin der Frau. Sexualaufklärung und Familienplanung. BZgA FORUM 2-2005
- Wense, Axel von der; Bindt, Carola.* Risikofaktor Frühgeburt. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim, Basel: Beltz Verlag 2. Aufl. 2021
- WHO.* „Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen“ 2014 (pdf) <https://apps.who.int> – aufgerufen am 13.12.2021

- WHO. New WHO guidance on non-clinical interventions specifically designed to reduce unnecessary caesarean sections. <https://www.who.int> Oktober 2018 a – aufgerufen am 7.11.2021
- WHO. WHO recommendations: Intrapartum Care für a childbirth experience. <https://apps.who.int> WHO 2018 b – aufgerufen am 8.11.2021
- WHO. Individualisierte, unterstützende Betreuung ist der Schlüssel zu einer positiven Geburtserfahrung. Pressemitteilung. <https://www.who.int> Genf: Februar 2018 c – aufgerufen am 5.11.2021
- WHO. Dr. Prinzessin Nothemba Simelela. A „good birth“ goes beyond having a healthy baby. <https://apps.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/index.html> Februar 2018 d (übersetzt von Google) – aufgerufen am 14.12.2021
- WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Overview. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> Februar 2018 e - aufgerufen am 14.12.2021
- WHO. New report sounds the alarm on global shortage of 900 000 midwives. <https://www.who.int> Mai 2021 a – aufgerufen am 6.11. 2021
- WHO. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access: WHO. (Juni 2021 b) <https://www.who.int> - aufgerufen am 6.11.2021
- Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa Verlag 4. Aufl. 2010
- Woj, Catarina. <https://caterina-woj.de/filme> - aufgerufen am 6.11.2021
- You tube a. „Wenn die Geburt zum Albtraum wird / WDR Doku“ und „Traumatische Geburt – Gewalt im Kreißsaal / WDR Doku“ <https://youtube.com> - aufgerufen am 25.9.2021
- You tube b. Schwere Geburt – wird das Kinderkriegen riskanter?/mal ehrlich ... <https://youtube.com> - aufgerufen am 23.9.2021
- You tube c. Die sichere Geburt Trailer. <https://youtube.com> - aufgerufen am 6.10.2021
- Zahradnik, Hans Peter; Rath, Werner. Die medikamentöse Geburtseinleitung: Spiegelbild der aktuellen Geburtshilfe zwischen Evidence-based Medicine, klinischen Empfehlungen und Wunsch der Schwangeren. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde 2004; 64(3), S. 245-249. Stuttgart/New York: Thieme Verlag

# Anhangsverzeichnis

<b>Anhang 1 Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt</b>	<b>XVIII</b>
<b>Anhang 2 Fragebogen</b> .....	<b>XIX</b>
<b>Anhang 3 Rohdaten</b> .....	<b>XXI</b>
<b>Anhang 4 Qualitatives Rohmaterial</b> .....	<b>XLII</b>
<b>Anhang 5 Zufriedenheit / Unzufriedenheit der Zielgruppe</b> .....	<b>LXIII</b>
<b>Anhang 6 Exploration Schritt 1</b> .....	<b>LXV</b>
<b>Anhang 7 Exploration Schritt 2</b> .....	<b>LXXVI</b>
<b>Anhang 8 Siebenstufensystem der Auswertung (Ratingskalen)</b> .....	<b>LXXXI</b>
<b>Anhang 9 Wie das Hilfetelefon gefunden wurde</b> .....	<b>LXXXII</b>

## Anhang 1 Typologie der unterschiedlichen Arten geburtshilflicher Gewalt

Table 1. Typology of the mistreatment of women during childbirth.

Third-Order Themes	Second-Order Themes	First-Order Themes
Physical abuse	Use of force	Women beaten, slapped, kicked, or pinched during delivery
	Physical restraint	Women physically restrained to the bed or gagged during delivery
Sexual abuse	Sexual abuse	Sexual abuse or rape
Verbal abuse	Harsh language	Harsh or rude language Judgmental or accusatory comments
	Threats and blaming	Threats of withholding treatment or poor outcomes Blaming for poor outcomes
Stigma and discrimination	Discrimination based on sociodemographic characteristics	Discrimination based on ethnicity/race/religion Discrimination based on age Discrimination based on socioeconomic status
	Discrimination based on medical conditions	Discrimination based on HIV status
Failure to meet professional standards of care	Lack of informed consent and confidentiality	Lack of informed consent process Breaches of confidentiality
	Physical examinations and procedures	Painful vaginal exams Refusal to provide pain relief Performance of unconsented surgical operations
	Neglect and abandonment	Neglect, abandonment, or long delays Skilled attendant absent at time of delivery
Poor rapport between women and providers	Ineffective communication	Poor communication Dismissal of women's concerns Language and interpretation issues Poor staff attitudes
	Lack of supportive care	Lack of supportive care from health workers Denial or lack of birth companions
	Loss of autonomy	Women treated as passive participants during childbirth Denial of food, fluids, or mobility Lack of respect for women's preferred birth positions Denial of safe traditional practices Objectification of women Detainment in facilities
Health system conditions and constraints	Lack of resources	Physical condition of facilities Staffing constraints Staffing shortages Supply constraints Lack of privacy
	Lack of policies	Lack of redress
	Facility culture	Bribery and extortion Unclear fee structures Unreasonable requests of women by health workers

The typology presented in this table is an evidence-based classification system of how women are mistreated during childbirth in health facilities, based on the findings of the evidence syntheses. The first-order themes are identification criteria describing specific events or instances of mistreatment. The second- and third-order themes further classify these first-order themes into meaningful groups based on common attributes. The third-order themes are ordered from the level of interpersonal relations through the level of the health system.

## Anhang 2 Fragebogen

### Fragebogen ‚HILFETELEFON SCHWIERIGE GEBURT‘

Gültig ab 1.9.2020

1. Allgemeine Angaben *bitte ankreuzen oder beantworten*
  - 1.1. Familienstand: : Verheiratet  Partnerschaft   
Alleinstehend  Geschieden  Verwitwet
  - 1.2. Alter :
  - 1.3. Nationalität :
  - 1.4. Wievielte Schwangerschaft? :  
Wunschschwangerschaft : Ja  Nein
  - 1.5. Fehlgeburten / Totgeburten? :
  - 1.6. Künstliche Befruchtung: : Ja  / Insemination  IVF  ICSI  / Nein
  - 1.7. Krankenhausgeburt : Ja  Nein   
Wenn ja, Aufenthaltsdauer? :  
Entbindung in welcher SSW? :  
Kaiserschnitt : Ja  Nein
  - 1.8. Wie lange liegt die Geburt zurück?
2. Sie haben sich an das Hilfetelefon gewandt.  
Bitte verorten Sie Ihren gefühlten Unterstützungsbedarf mit einer Zahl auf der Skala 0 (kein Unterstützungsbedarf) bis 10 (großer Unterstützungsbedarf):
3. Wie haben Sie Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erlebt?  
Bitte wählen Sie jeweils eine Ziffer auf der Skala 0 (positiv) bis 10 (negativ).  
Schwangerschaft:            Geburt:            Wochenbett:
- 4.1. Fühlten Sie sich während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von professioneller Seite respektvoll begleitet und aufgehoben?  
Bitte wählen Sie jeweils eine Zahl auf der Skala 0 (optimal) bis 10 (nicht optimal).  
Schwangerschaft:            Geburt:            Wochenbett:
- 4.2. Wer war in der Begleitung für Sie außerdem wichtig (Partner, Familie, Freunde)?
5. Fanden während der Geburt medizinische Eingriffe statt, über die Sie nicht informiert wurde oder die erklärt wurden und Ihnen nicht rundum verständlich waren?  
Bitte wählen Sie eine Ziffer auf der Skala 0 (keine) bis 10 (viele):
6. Wie beurteilen Sie ihr Befinden nach der Geburt?  
Bitte wählen Sie eine Zahl auf der Skala  
0 (positiv/ausgeglichen, zufrieden) bis 10 (negativ/belastet) für  
unmittelbar danach:    vier Wochen danach:    acht Wochen danach:
7. Erleben Sie das Hilfetelefon als hilfreich?  
Bitte stufen Sie dies mit einer Ziffer auf der Skala 0 (hilfreich) bis 10 (nicht hilfreich) ein:
8. Was hätten Sie sich in Bezug auf das Hilfetelefon noch bzw. anders gewünscht?
9. Wie haben Sie von dem Hilfetelefon erfahren?

Raum für zusätzliche Angaben der Beraterin *bitte knapp und leserlich*

Wenn möglich Angaben zu:

- A. Anlass für die Inanspruchnahme der Beratung
- B. Hatte die Anruferin bereits andere Hilfen gesucht oder in Anspruch genommen?
- C. Hatte sie diese privat bezahlt?

Eigene Anmerkungen *optional*:

---

**Hinweis für die Beraterinnen und die Beratenen**

Der vorliegende Fragebogen kommt sowohl während der Gründungsphase des „Hilfetelefon schwierige Geburt“ als voraussichtlich auch danach zum Einsatz und dient zu dessen Bewertung.

Die Befragung erfolgt anonym. Die Auswertung der gewonnenen Daten findet im Rahmen einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit im Masterstudiengang „Management im Gesundheitswesen“ mit dem (geplanten) Titel: „Einflussfaktor Psyche in der klinischen Geburtshilfe. Eine salutogenetische Betrachtung unter Einbezug der Evaluation des „Hilfetelefon Schwierige Geburt“ statt.

Die Autorin gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzrichtlinien und haftet vollumfänglich für die sichere Verwahrung der gewonnenen Daten.

Bei Interesse wird die Masterarbeit gerne kostenfrei zugestellt.

---

Dauer der Beratung: .....

Name der Beraterin: .....

Ort und Datum: .....

### Anhang 3 Rohdaten

Anrufe	1.1. Fam. stand	1.2. Alter	1.3. Land	1.4. SS Nr.	1.4.1. Wunsch SS	1.5. Fehl-Totgeburt	1.6. Künstl. Befruchtung	1.7. KH?
1	verh	33	deutsch	2.	ja		nein	ja
2	par	36	deutsch	1.	nein	nein	nein	ja
3	par	30	deutsch	2.	ja	1	nein	ja
4	verh	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
5	verh		deutsch		nein		nein	
6	verh	35	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
7	allein	31	deutsch	1.	nein	nein	nein	ja
8	verh	70	deutsch	5.	ja	2	nein	ja
9	verh	24	deutsch	1.	ja	nein	ja	ja
10	verh	35	deutsch	1.	ja	> 1	nein	ja
11	par	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
12	par	37	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
13	verh	30	deutsch	2.	ja			ja
14	verh	33	luxemb.	4.	ja	1	nein	HG + KH
15	verh	37	deutsch	1.	ja		ja	ja
16	verh	35	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
17	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
18	verh	32	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
19	verh			1.	ja	nein		ja
20	par	36	deutsch	1.	nein	nein	nein	ja
21	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
22	verh	30	deutsch		ja		nein	ja
23	verh		deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
24	verh	28	deutsch	2.	ja	1 (bioch.)		ja
25	verh	30	deutsch	1.	ja	nein		GH + KH
26	par	36	deutsch	1.	ja	1	nein	ja
27	verh	38	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
28	verh		deutsch	2.	ja		nein	ja
29	verh	28	deutsch	1.	ja		nein	ja
30	verh	37	deutsch	1.		nein	nein	ja
31	verh	40	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
32	gesch	41	deutsch	4.	ja	nein	nein	ja
33	verh	23	deutsch	2.	ja	1	nein	ja
34	verh	30	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
35	verh	29	deutsch	2.	ja		nein	ja
36	par	30	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
37	par	33	deutsch	1.		nein	nein	ja
38	par	32	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
39	verh	36	deutsch	2.	ja		nein	ja
40	verh	32	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
41	verh	35	deutsch	1.	ja	nein	ja	ja
42	verh	37	deutsch	1.	ja	1	ja	ja
43	verh	34	deutsch	2.	ja	nein	nein	GH + KH
44	verh	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
45	verh	38	deutsch	2.	ja	2		ja
46	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	nein
47	verh	30	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
48	par	34	deutsch	3.		1	nein	ja
49	verh	33	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja

Anrufe	1.1. Fam. stand	1.2. Alter	1.3. Land	1.4. SS Nr.	1.4.1. Wunsch SS	1.5. Fehl-Totgeburt	1.6. Künstl. Befruchtung	1.7. KH?
50	par	31	deutsch	1.	ja			ja
51	verh	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
52	par	34	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
53	verh	33	amerikan.	3.	ja	1	nein	ja
54	verh	37	deutsch	2.	ja	nein	nein	GH+KH
55	par	41	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
56	verh	34	deutsch	2.	ja	nein	nein	nein
57	allein	36	deutsch	2.	ja	1	nein	ja
58	verh	28	deutsch	1.	ja	1	nein	ja
59	verh	35	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
60	verh	36	deutsch	1.	ja	nein	ja	ja
61	par	36	deutsch	2.	ja	nein	nein	GH+KH
62	allein	37	deutsch	1.	ja	1	nein	ja
63	verh	33	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
64	verh	36	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
65	verh	38	deutsch	2.	ja	1	nein	ja
66	verh	39	deutsch	4.	ja	1	nein	ja
67	par	34	deutsch	1.	nein	nein	nein	ja
68	verh	34	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
69	par	28	deutsch	1.	ja	1	nein	ja
70	par	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
71	verh	27	deutsch		ja		nein	ja
72	verh	33	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
73	verh			2.		1		ja
74	par	36	deutsch	3.	ja	1 Abtr.		ja
75	par	33	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
76	verh	35	deutsch	4.	ja	1 + 1 Abtr.	nein	ja
77	gesch	44	deutsch	2.	ja		nein	ja
78	verh	35	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
79	verh	32	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
80	verh	23	österr.	1.	ja	nein	ja	nein
81	verh	34	deutsch	4.	ja	1	nein	ja
82	par	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
83	verh	36	deutsch	1.	ja		ja	ja
84	par	38	deutsch	1.		nein	nein	HG+KH
85	verh	43		1.	ja	nein	nein	ja
86	par	30	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
87	par	30	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
88	verh		deutsch	1.	ja		nein	ja
89	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
90	verh	35	deutsch	4.	ja	nein		ja
91	verh	34	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
92	verh	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
93	verh	67	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
94	allein	27	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
95	par	36	deutsch	2.		1 Abtr.	nein	HG + KH
96	verh	33	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
97	allein	35	deutsch	1.	ja	nein	ja	ja
98	par	32	deutsch	1.	ja	nein	nein	GH+KH
99	verh	27	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja

Anrufe	1.1. Fam. stand	1.2. Alter	1.3. Land	1.4. SS Nr.	1.4.1. Wunsch SS	1.5. Fehl- Totgeburt	1.6. Künstl. Be- fruchtung	1.7. KH?
100	par	42	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
101	verh	34	deutsch	1.	ja	nein	ja	ja
102	verh	31	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
103	verh	31	deutsch	1.	ja			ja
104	verh	39	deutsch	2.	ja		nein	ja
105	verh	39	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
106	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
107	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
108	verh	32		1.	ja	nein	nein	ja
109	verh	31	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
110	par	24	deutsch	1.	nein	nein	nein	ja
111	par	30	deutsch		ja	nein	nein	ja
112	verh	30	deutsch	2.	ja	1 Abtr.	nein	ja
113	par		deutsch	1.	nein		nein	ja
114	verh	34	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
115	verh	32	deutsch	1.	ja		nein	ja
116	verh	37	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
117	par	47	deutsch	1.			nein	ja
118	verh	39	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
119	verh	32	deutsch	1.	ja			ja
120	verh	33	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
121	verh		deutsch					ja
122	verh	29	deutsch	1.	ja	nein	nein	nein
123	verh	33	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
124	verh	31	deutsch	1.	ja		ja	ja
125	allein	42	deutsch	1.	ja		nein	ja
126	verh	41	deutsch	1.	ja	nein	nein	ja
127	verh	26	deutsch	2.	ja	nein	nein	ja
128	par	33	deutsch	2.		nein	nein	ja
129	verh	34	deutsch	1.	ja		nein	ja

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Alter bei GB	2. Unter- stütz bedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
1			ja	183	33	6	1	8
2			nein	122	36	8	1	9
3	4		nein	122	30	8	1	4
4	21	24+4	ja	1095	28	8	5	10
5				21535		10		
6	1		nein	2	0	6	6	7,5
7	7		nein	122	31	5	3	7
8	14		nein	15330	28	9	2	9
9	4		nein	91	24	5	5	8
10			nein	2190	29	8	9	9
12	6		ja	17	37	10	2	10
11	3		nein	335	28	10	3	2
13	3		nein	7	30	7	5	7
14	16	36+6		91	33	10	7	10
15	5		ja	1095	34	5	0	7
16	3		ja	2008	30	10	0	10
17	ja		ja	10	29	6	5	5
18	3		nein	134	32	7	5	9
19	6		ja	56		6	5	7
20	5		nein	1095	33	10	9	0
21	1		nein	39	29	5,5	2	8
22			nein	26	30	6	6	7
23	4,5		ja	21			1	6,5
24	5		ja	1095	25	10	7	9
25	1		nein	183	30	3,5	4	9
26	6		nein	387	35	9,5	0	0
27	4		ja	122	38	8,5	10	10
28	7		ja	63		6,5	0	10
29				365	27	8,5	1	10
30	5		ja	730	35	8	2,5	8,5
31	4,5		ja	1460	36	9	7	10
32	7		nein	122	41	5	2	3
33	2,5		nein (VE)	152	23	10	5	6
34	5,5		ja	1424	26	3	10	10
35	6		nein	122	29	6	6	4
36	5		nein	274	29	5	0	0
37	5		nein (VE)	548	32	6	0	
38	3		nein	183	32	7	5	9
39		29+0	ja	182	36		0	
40	2	39+6	nein (VE)	487	31	6,5	2	8,5
41	4	40+0	ja	730	33	6	3	7
42	2,5	29+0	nein	1095	34	7,5	5,5	8,5
43	8	37+0	nein	84	34	10	5	0
44			nein (VE)	96	31	7,5	2	2
45	5		ja	14	38	8	1	10
46		40+3	nein	91	29	8	7	0
47	2	42+0		163	30	9	5	10
48	3	40+0	nein	456	33	7	5	8
49	5	40+2	ja	1095	30	8	4	7
50		39+5	ja	21	31	6	0	9

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Alter bei GB	2. Unter- stütz bedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
51	5 + 7	40+0	ja	28	31	8	1	10
52	5 + 2	39+0	ja	21	34	8	7	10
53	3	40+0	nein	730	31	6,5	6,5	7
54	4		ja	28	37	5	0	10
55	5	38+0	ja	274	40	9	0	10
56		37+0	nein	122	34	10	3	0
57	2	39+0	ja	122	36	8	3	10
58	18	36+6	ja	91	28	5	5	4
59	6	42+0	ja	183	35	5	6	8
60	7	41+0	ja	25	36	8	3	10
61	5	42+0	ja	42	36	8	0	9
62	2	41+0	ja	183	37	10	0	9
63	3		nein	730	31	10	7	0
64	4	38+0	nein	183	36	8	8	1
65	7	39+0	ja	821	36	9	8	10
66	2	40+0	nein	1095	36	10	8	10
67	5	41+0	ja	1460	30		5	9
68	4	40+5	ja	365	33	9	0	9
69	4	39+4	nein	59	28	5	7	5
70	10,5	40+0	nein	243	30	5		
71	13	40+18	ja	122	27	7	3	10
72	1		nein	91	33	8	6	6
73			nein	28	0	5,5		10
74		35+0	ja	35	36	5	5	2
75	5	40+0	ja	91	33	10	6	7
76	4	39+1	nein	49	35	8	1	8
77	3	41+0	ja	4745	31	10	9	10
78	3	41+0	nein	76	35	7	3	7
79	4	40+0	ja	42	32	2	4	6
80			nein	122	23	8	0	9
81	5	39+0	ja	119	34	8	6	8
82	4	39+0	ja	517	28	8	1	9
83	7	41+0	ja	122	36	8	1	10
84	5 + 7	42+0	ja	1460	34	9	0	10
85	5	40+0	ja	2555	36	10	1	10
86	2	40+0	nein	471	29	10	0	9
87	5	39+0	nein (VE)	33	30	10	6	7
88		39+0	nein	548	-2	6	3	9
89	3,5	40+1	nein	122	29	8,5	9	10
90	7	40+0	ja	183	35	8	4	10
91	4	41+0	ja	183	34	8	2	10
92	4	38+0	ja	274	30	7	2	10
93	10	40+10	nein	9855	40	6	8	10
94	3	40+0	ja	12	27	4	6	8
95	6	42+0	ja	122	36	7	2	5
96	3	40+0	ja	183	33	8	7	9
97	3	40+1	nein	21	35	8	7	8
98	0	39+0		183	32	5,5	1	8
99	5	42+0	ja	152	27	9	2	10
100	11	40+0	nein	63	42	8	5	5

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Alter bei GB	2. Unterstütz- ungsbedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
101	5	40+5	nein (VE)	17	34	4	0	10
102	2	41+0	nein	243	30	3	7	5
103			nein (VE)	639	29	7	2	8
104	5		nein	274	38	6	5	8
105	9	37+0	ja	79	39	8	6	7
106	5	39+0	ja	365	28	7	2	9
107	3	41+0	nein	379	28	6	2	9
108			ja	112	32	5	3,5	9
109	4	42+0	nein	183	31	7	3	7
110	1	40+5	nein	91	24	6	2	7
111	2	41+0	nein	152	30	10	5	9,5
112	7	36+0	ja	365	29	7,5	0	7
113		40+0	nein	183	-1			
114			nein	42	34	8	2	2
115	3	42+0	nein	456	31	8	1	7
116	14	37+3	nein	2190	31	8	5	8
117	4,5	42+0	nein	2555	40	5	2,5	7
118	5	40+5	nein	63	39	7	8	8
119	6 + 5	40+0	ja	213	31	10	7,5	10
120	5	41+0	ja	1095	30	8	7	3
121	2			12	0			
122				365	28	6,5	0	7,5
123	6	40+6	ja	213	32	9	1	9
124	1		nein	304	30	8	6	9
125	3	40+2	nein	1460	38	6	2	5
126	12	40+0	nein (VE)	821	39	5	2	9
127	3	40+0		730	24	6	1	8,5
128	8	40+0	nein (Fo)	32	33	8	0	10
129	7	40+3	nein	28	34	5	0	9

Anrufe	5. Eingriffe	6.1. Befinden nach G	6.2. Befinden 4 Wo nach G	6.3. Befinden 8 Wo nach G	7. HT hilfreich
1	9	8	4	2	1
2	8	8	6	10	5
3	5	6	3	1	2
4	WB 4	3	8	8	0
5			10	10	0
6	0	4			3
7	10	5	6	3	0
8	8	8	8	8	0
9	7	7	4	4	1
10	7	10	4	2	10
11	5	10	6	5	0
12	7	10			
13	8	6			0
14	0	10	7	5	0
15	7	8	9	5	0
16	10	10	10	10	0
17	10	9	10 Ta 4		0
18	1	5	7	5	2
19	6	3	5	7	1
20	9	1	10	9	0
21	9	4	7		2
22	2	5	7		3
23	0	10	5,5		3
24	5,5	0	5	10	10
25	8	10	6,5	5,5	0
26	0	2	10	7	0
27		10	8	5	0
28	9				0
29	10	10			
30	?	4,5	2	2	3
31	0	8	3	8	0
32	0	1	8	6	1
33	0	1	6	7	0
34	0	10	10	10	0
35	0	1	2	5	0
36	0	7	10	6	1
37		2,5	7	7	0
38	0	7	5	7	2
39	0	10	8	6	2
40	10	9	7	7	3
41	1	4 (2 Ta 8)	6	5	1
42	4	9	7	6	5
43	0	10	5	7	0
44	8	5	7	5	4
45	0	2	2 Wo 10		0
46	0	0	10	4	0
47	6,5				2
48	0	2	8	6	0
49	5	9	8	6	1
50	0	0			3

Anrufe	5. Eingriffe	6.1. Befinden nach G	6.2. Befinden 4 Wo nach G	6.3. Befinden 8 Wo nach G	7. HT hilfreich
51	4	9	8		0
52	0	7	3 Wo 7		1
53	5	9	7	7	0
54	0	8,5	4,5		0
55	2	8	10	7,5	1
56	1	10	10	10	0
57	5	10	1	1	0
58	0	0	5	4	0
59	0	8	6	5	0
60	0	5	5		1
61	7	10	7	5	0
62	7	10	5	4	0
63	0	0	9	9	0
64	1	0	0	0	1
65	0	10	10	10	1
66	10	10	10	10	2
67					
68	1	10	10	7	0
69	0	10	6	5	1
70	10	10	10	5,5	2
71	0	10	7	5	3
72	3	7	7	4	0
73		9	5,5		0
74	0	2,5	3		0
75	0	5	6	8	4
76	3	7	7,5	9	1
77	10	10	9	9	2
78	0	5	7,5	7,5	0
79	0	6	4	2	1
80	1	9	5	1	
81	10	2	8	7	0
82	0	3,5	6	9	0,5
83	0	10	10	10	5
84	3	1	5	5	0
85	5	8	1	1	0
86	0	0	0	0	0
87	0	0	8	10	0
88	0	7	7	8	0
89	0	5	2	2	0
90	2	10	5	5	0
91	10	5,5	3	7	0
92	0	2	8	6	0
93	10	10	10	8	0
94	0	9	7		3
95	4	7	7	7	0
96	0	1	8	8	0
97	0	10	3 Wo 7		0
98	8	8	4	3	0
99	10	2	10	8	3
100	0	1	9	6	0

<b>Anrufe</b>	<b>5. Eingriffe</b>	<b>6.1. Befinden nach G</b>	<b>6.2. Befinden 4 Wo nach G</b>	<b>6.3. Befinden 8 Wo nach G</b>	<b>7. HT hilf- reich</b>
101	0	5	2 Wo 4		0
102	0	10	5	3	2
103	1	6	4	2	0
104	4	7	4	3	0
105	4	6	6	6	2
106	0	5	9	7	2
107	2	0	9	9	2
108	2	8,5	6,5	5,5	2
109	0	6	8	3	0
110	7	5	3	4	0
111	10	5	8	7	0
112	0	2	8	8	0
113	1				0
114	0	3	5	6 Wo 7	0
115	0	1	2	8	0
116	8	10	9	7	0
117	2	9	6	5	0
118	2	8	4	3	1
119		1	4	7	
120	3	1	4	6	0
121	0	10			
122	0	9	1	4	0
123	8,5	5	7	8	1
124	0	1	5	3	1
125	1	2	2	2	1
126	8	1	4	5	
127	0	7	5	3	1
128		10	9,5		5
129	0		8	7,5	0

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Neu: Alter bei Geburt	2. Unterstütz- ungsbedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
1			ja	183	33	6	1	8
2			nein	122	36	8	1	9
3	4		nein	122	30	8	1	4
4	21	24+4	ja	1095	28	8	5	10
5				21535		10		
6	1		nein	2	0	6	6	7,5
7	7		nein	122	31	5	3	7
8	14		nein	15330	28	9	2	9
9	4		nein	91	24	5	5	8
10			nein	2190	29	8	9	9
11	3		nein	335	28	10	3	2
12	6		ja	17	37	10	2	10
13	3		nein	7	30	7	5	7
14	16	36+6		91	33	10	7	10
15	5		ja	1095	34	5	0	7
16	3		ja	2008	30	10	0	10
17	ja		ja	10	29	6	5	5
18	3		nein	134	32	7	5	9
19	6		ja	56		6	5	7
20	5		nein	1095	33	10	9	0
21	1		nein	39	29	5,5	2	8
22			nein	26	30	6	6	7
23	4,5		ja	21			1	6,5
24	5		ja	1095	25	10	7	9
25	1		nein	183	30	3,5	4	9
26	6		nein	387	35	9,5	0	0
27	4		ja	122	38	8,5	10	10
28	7		ja	63		6,5	0	10
29				365	27	8,5	1	10
30	5		ja	730	35	8	2,5	8,5
31	4,5		ja	1460	36	9	7	10
32	7		nein	122	41	5	2	3
33	2,5		nein (VE)	152	23	10	5	6
34	5,5		ja	1424	26	3	10	10
35	6		nein	122	29	6	6	4
36	5		nein	274	29	5	0	0
37	5		nein (VE)	548	32	6	0	
38	3		nein	183	32	7	5	9
39		29+0	ja	182	36		0	
40	2	39+6	nein (VE)	487	31	6,5	2	8,5
41	4	40+0	ja	730	33	6	3	7
42	2,5	29+0	nein	1095	34	7,5	5,5	8,5
43	8	37+0	nein	84	34	10	5	0
44			nein (VE)	96	31	7,5	2	2
45	5		ja	14	38	8	1	10
46		40+3	nein	91	29	8	7	0
47	2	42+0		163	30	9	5	10
48	3	40+0	nein	456	33	7	5	8
49	5	40+2	ja	1095	30	8	4	7
50		39+5	ja	21	31	6	0	9

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Neu: Alter bei Geburt	2. Unterstütz- ungsbedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
51	5 + 7	40+0	ja	28	31	8	1	10
52	5 + 2	39+0	ja	21	34	8	7	10
53	3	40+0	nein	730	31	6,5	6,5	7
54	4		ja	28	37	5	0	10
55	5	38+0	ja	274	40	9	0	10
56		37+0	nein	122	34	10	3	0
57	2	39+0	ja	122	36	8	3	10
58	18	36+6	ja	91	28	5	5	4
59	6	42+0	ja	183	35	5	6	8
60	7	41+0	ja	25	36	8	3	10
61	5	42+0	ja	42	36	8	0	9
62	2	41+0	ja	183	37	10	0	9
63	3		nein	730	31	10	7	0
64	4	38+0	nein	183	36	8	8	1
65	7	39+0	ja	821	36	9	8	10
66	2	40+0	nein	1095	36	10	8	10
67	5	41+0	ja	1460	30		5	9
68	4	40+5	ja	365	33	9	0	9
69	4	39+4	nein	59	28	5	7	5
70	10,5	40+0	nein	243	30	5		
71	13	40+18	ja	122	27	7	3	10
72	1		nein	91	33	8	6	6
73			nein	28	0	5,5		10
74		35+0	ja	35	36	5	5	2
75	5	40+0	ja	91	33	10	6	7
76	4	39+1	nein	49	35	8	1	8
77	3	41+0	ja	4745	31	10	9	10
78	3	41+0	nein	76	35	7	3	7
79	4	40+0	ja	42	32	2	4	6
80			nein	122	23	8	0	9
81	5	39+0	ja	119	34	8	6	8
82	4	39+0	ja	517	28	8	1	9
83	7	41+0	ja	122	36	8	1	10
84	5 + 7	42+0	ja	1460	34	9	0	10
85	5	40+0	ja	2555	36	10	1	10
86	2	40+0	nein	471	29	10	0	9
87	5	39+0	nein (VE)	33	30	10	6	7
88		39+0	nein	548	-2	6	3	9
89	3,5	40+1	nein	122	29	8,5	9	10
90	7	40+0	ja	183	35	8	4	10
91	4	41+0	ja	183	34	8	2	10
92	4	38+0	ja	274	30	7	2	10
93	10	40+10	nein	9855	40	6	8	10
94	3	40+0	ja	12	27	4	6	8
95	6	42+0	ja	122	36	7	2	5
96	3	40+0	ja	183	33	8	7	9
97	3	40+1	nein	21	35	8	7	8
98	0	39+0		183	32	5,5	1	8
99	5	42+0	ja	152	27	9	2	10
100	11	40+0	nein	63	42	8	5	5

Anrufe	1.7.1. KH (d)	1.7.2. SSW	1.7.3. KS	1.8. Geburt wann	Neu: Alter bei Geburt	2. Unterstütz- ungsbedarf	3.1. SS erleben	3.2. G. erleben
101	5	40+5	nein (VE)	17	34	4	0	10
102	2	41+0	nein	243	30	3	7	5
103			nein (VE)	639	29	7	2	8
104	5		nein	274	38	6	5	8
105	9	37+0	ja	79	39	8	6	7
106	5	39+0	ja	365	28	7	2	9
107	3	41+0	nein	379	28	6	2	9
108			ja	112	32	5	3,5	9
109	4	42+0	nein	183	31	7	3	7
110	1	40+5	nein	91	24	6	2	7
111	2	41+0	nein	152	30	10	5	9,5
112	7	36+0	ja	365	29	7,5	0	7
113		40+0	nein	183	-1			
114			nein	42	34	8	2	2
115	3	42+0	nein	456	31	8	1	7
116	14	37+3	nein	2190	31	8	5	8
117	4,5	42+0	nein	2555	40	5	2,5	7
118	5	40+5	nein	63	39	7	8	8
119	6 + 5	40+0	ja	213	31	10	7,5	10
120	5	41+0	ja	1095	30	8	7	3
121	2			12	0			
122				365	28	6,5	0	7,5
123	6	40+6	ja	213	32	9	1	9
124	1		nein	304	30	8	6	9
125	3	40+2	nein	1460	38	6	2	5
126	12	40+0	nein (VE)	821	39	5	2	9
127	3	40+0		730	24	6	1	8,5
128	8	40+0	nein (Fo)	32	33	8	0	10
129	7	40+3	nein	28	34	5	0	9

Anrufe	3.3. WB erleben	4.1.1. Begleitung SS	4.1.2. Begleitung G	4.1.3. Begleitung WB	4.2. Sonstige Begleitung
1	6	0	6	0	Partner Hebamme
2	7	8	0	5	
3	6	5	5	5	Partner Familie Freunde
4	10	5	9	10	Partner Familie
5	10			10	
6		5,5	3		Partner C
7	10	5	5	8	
8	4	0	9	4	war allein
9	2	2	4	0	Partner Familie
10	7	0	9	7	Partner Mama Freundin
11	8	0	0	2	Mama!
12	10	8	9	9	Partner Familie Freunde
13	2	3	7	2	Ehemann
14	10	1	10	5	Ehemann
15	7	2	8	2	Partner Freunde
16	2	5	10	0	Partner
17	2	7,5	10	10	Mutter C Mann Ki.krankenschw.
18	9	3	9	7	Partner Freund v. Mann
19	5	8	7	4	Freunde Schwester Mann
20	10	3	8	9	Partner C
21	6	1	8	6	Familie Mann Hebamme
22	8	1	7,5	2	Partner Freundin
23		1	1		Partner Familie
24	8	0	8	7	Mann
25	6	0	10	0	Mann Eltern
26	8	0	0	ohne	Partner Familie
27	10	5	5	5	Hebamme Frauenärztin Mann
28		0	10	7,5	Partner Hebamme Mama
29	8	2	10	8	
30	5	4	6	6	Mann
31	8	5	4	6	Mann
32	9	1	1	6	Beleghebamme
33	2	3	2	1	Ehemann Hebamme
34	10	10	10	10	Mutter Ehemann Freundinnen
35	1	5	7	0	Partner
36	10	0	8	2	Doula Partner
37		1	7,5	11	Partner
38	8	6	8	8	Partner Schwester
39		ja	ja	ja	Freunde
40	3	2	9	2	Partner Mutter Familie
41	4	1	3	1	Partner Freunde
42		5,5	8,5		Partner
43	10	0	0	10	Partner
44	4	2	2	5	
45	2	3	10	3	
46	10	9	7	0	Partner Hebamme
47	8		10	0	Eltern
48	9	8	5,5	1	Partner
49	9	7	8	8	Mann Eltern Frau SBA, Pflegerin
50	8	8	8	8	Partner Mutter

<b>Anrufe</b>	<b>3.3. WB erleben</b>	<b>4.1.1. Begleitung SS</b>	<b>4.1.2. Begleitung G</b>	<b>4.1.3. Begleitung WB</b>	<b>4.2. Sonstige Begleitung</b>
51	8	0	8	8	Partner
52	9	6	8	7	Partner
53	10	0	9	1,5	Partner
54	8	0	10		Mann C
55	10	5	0	7	Partner
56	10	5	0	0	Hebamme
57	1	5	8	2	Frau Fehlgeburtforum
58	3	2	4	0	Partner
59	10	5	8	9	Partner C
60	5	6	9	8	Partner
61	7	0	6	4	Partner Freundin u.a.
62	5	8	9	5	keiner
63	9	6	0	0	Partner Familie Freundin
64	3	0	1	1	Freundin Mutter Partner
65	8	0	2	2	Partner Beleghebamme
66	10	10	10	10	Partner
67	2	8	9	6	
68	7	0	8	2	Partner WB-Hebamme Stillber.
69	5	6	3	3	Partner
70		7	8,5	3	Partner Schwester C
71	10	3	10	10	Partner Hebamme
72	6	3	6	6	Mann Freundin
73			10		Partner C
74	4	0	0	0	Partner HB aus GH Freundin
75	7	2	1	1	Partner
76	9	2	7	3	Ehemann
77	10				
78	8	4	5	2	Partner
79	5	5	3	5	Partner Familie
80	6	2	1	1	Ehemann
81	7	3	9	5	Hebamme
82	1,5	6	2	0,5	Hebamme Partner
83	10	3	9	9	C
84	7	2	1	2	Partner
85	1	1	9	3	Mann Mutter
86	0	0	5	0	Partner Hebamme
87	10	0	0	9	Partner Familie Schwestern
88	7,5	4	5	7	Mann Schwie.mutter Freunde
89	5	0	0	0	Beleghebamme Doula
90	2	1	2	0	Partner
91	6	1	10	7	Mann
92	5	6	10	3	Mann viel Familie C
93	7	7	10	7	Mutter Eltern
94	3	4	5	2	Familie Freund
95	8	3	6	2	Freundin Partner
96	10	1	0	5	keiner
97	7	2	8	5	Partner Schwester
98	5	2	5	1	Partner
99	9	5	10	2	Partner Familie C!
100	9	2	4	7	Partner

<b>Anrufe</b>	<b>3.3. WB erleben</b>	<b>4.1.1. Begleitung SS</b>	<b>4.1.2. Begleitung G</b>	<b>4.1.3. Begleitung WB</b>	<b>4.2. Sonstige Begleitung</b>
101	5	7	0	0	Mann HB Mutter Freundin
102	5	7	10	5	Partner
103	0	0	2	5	Partner
104	4	1	9	0	Partner Schwägerin Freundin
105		8	1	5	Mann C!
106	10	1	0	2	Mann Freunde Familie
107	2	3	10	0	Partner
108	7,5	1,5	8,5	6,5	Partner C!
109	8	1	7	5	Partner
110	4	4	9	3	Partner
111	9	2	10	0	Partner Mutter
112	0	0	0	0	Partner
113					
114	2	3	4	3	Partner
115	7	1	1	0	
116	9	2	8	7	Partner Freunde Familie
117	7	3	7	2,5	Partner
118	3	3	6	8	Partner
119	9,5	10	10	10	Partner
120	5	0	5	2	Hebamme Mutter
121					Partner
122	0	0	0	0	zwei Hebammen
123	8,5	3,5	8,5	4	Hebamme Familie
124	9	1	1	3	Mann HB beste Freundin
125	5	3	6	6	Partner
126	4	1	6	2	Partner
127	4	3	1,5	4	Partner
128	10				Partner Eltern
129	5	0	2,5	0	Partner Schwester Eltern

Anrufe	5. Eingriffe	6.1. Befinden nach G	6.2. Befinden 4 Wo nach G	6.3. Befinden 8 Wo nach G	7. HT hilfreich
1	9	8	4	2	1
2	8	8	6	10	5
3	5	6	3	1	2
4	WB 4	3	8	8	0
5			10	10	0
6	0	4			3
7	10	5	6	3	0
8	8	8	8	8	0
9	7	7	4	4	1
10	7	10	4	2	10
11	5	10	6	5	0
12	7	10			
13	8	6			0
14	0	10	7	5	0
15	7	8	9	5	0
16	10	10	10	10	0
17	10	9	10 Ta 4		0
18	1	5	7	5	2
19	6	3	5	7	1
20	9	1	10	9	0
21	9	4	7		2
22	2	5	7		3
23	0	10	5,5		3
24	5,5	0	5	10	10
25	8	10	6,5	5,5	0
26	0	2	10	7	0
27		10	8	5	0
28	9				0
29	10	10			
30	?	4,5	2	2	3
31	0	8	3	8	0
32	0	1	8	6	1
33	0	1	6	7	0
34	0	10	10	10	0
35	0	1	2	5	0
36	0	7	10	6	1
37		2,5	7	7	0
38	0	7	5	7	2
39	0	10	8	6	2
40	10	9	7	7	3
41	1	4 (2 Ta 8)	6	5	1
42	4	9	7	6	5
43	0	10	5	7	0
44	8	5	7	5	4
45	0	2	2 Wo 10		0
46	0	0	10	4	0
47	6,5				2
48	0	2	8	6	0
49	5	9	8	6	1
50	0	0			3

Anrufe	5. Eingriffe	6.1. Befinden nach G	6.2. Befinden 4 Wo nach G	6.3. Befinden 8 Wo nach G	7. HT hilfreich
51	4	9	8		0
52	0	7	3 Wo 7		1
53	5	9	7	7	0
54	0	8,5	4,5		0
55	2	8	10	7,5	1
56	1	10	10	10	0
57	5	10	1	1	0
58	0	0	5	4	0
59	0	8	6	5	0
60	0	5	5		1
61	7	10	7	5	0
62	7	10	5	4	0
63	0	0	9	9	0
64	1	0	0	0	1
65	0	10	10	10	1
66	10	10	10	10	2
67					
68	1	10	10	7	0
69	0	10	6	5	1
70	10	10	10	5,5	2
71	0	10	7	5	3
72	3	7	7	4	0
73		9	5,5		0
74	0	2,5	3		0
75	0	5	6	8	4
76	3	7	7,5	9	1
77	10	10	9	9	2
78	0	5	7,5	7,5	0
79	0	6	4	2	1
80	1	9	5	1	
81	10	2	8	7	0
82	0	3,5	6	9	0,5
83	0	10	10	10	5
84	3	1	5	5	0
85	5	8	1	1	0
86	0	0	0	0	0
87	0	0	8	10	0
88	0	7	7	8	0
89	0	5	2	2	0
90	2	10	5	5	0
91	10	5,5	3	7	0
92	0	2	8	6	0
93	10	10	10	8	0
94	0	9	7		3
95	4	7	7	7	0
96	0	1	8	8	0
97	0	10	3 Wo 7		0
98	8	8	4	3	0
99	10	2	10	8	3
100	0	1	9	6	0

Anrufe	5. Eingriffe	6.1. Befinden nach G	6.2. Befinden 4 Wo nach G	6.3. Befinden 8 Wo nach G	7. HT hilfreich
101	0	5	2 Wo 4		0
102	0	10	5	3	2
103	1	6	4	2	0
104	4	7	4	3	0
105	4	6	6	6	2
106	0	5	9	7	2
107	2	0	9	9	2
108	2	8,5	6,5	5,5	2
109	0	6	8	3	0
110	7	5	3	4	0
111	10	5	8	7	0
112	0	2	8	8	0
113	1				0
114	0	3	5	6 Wo 7	0
115	0	1	2	8	0
116	8	10	9	7	0
117	2	9	6	5	0
118	2	8	4	3	1
119		1	4	7	
120	3	1	4	6	0
121	0	10			
122	0	9	1	4	0
123	8,5	5	7	8	1
124	0	1	5	3	1
125	1	2	2	2	1
126	8	1	4	5	
127	0	7	5	3	1
128		10	9,5		5
129	0		8	7,5	0

Anrufe	8. Anders gewünscht	9. Wie gehört?	B. Hilfe bisher?	C. Bezahlt ?
1	nichts			
2			ja	?
3	längere Zeit		nein	
4	nicht für Telefon, für Geburt - vieles		ja	nein
5	nichts direkt		ja	ja + nein
6	weiß nicht, was es noch gibt		nein	ja
7	mehr Anrufzeiten		nein	
8	alles gut		nie!	
9			nein	
10	Rubriken anlegen		ja	nein
11	vollkommen zufrieden!		nein	
12			nein	
13				
14	nein, nichts		ja	nein
15	nichts		ja	?
16	so wichtig		ja	ja
17			nein	
18			nein	
19			ja	ja
20			nein	
21	gut, dass es das gibt		nein	
22	nichts		nein	
23				
24				
25			nein	
26	jaa!		ja	ja
27	nein, alles gut		nein	
28				
29			nein	
30				
31	nichts, war Gold wert		ja	nein
32	nichts		ja	
33	nichts		nein	
34	nichts		nein	
35	super! Häufigere Sprechzeiten!		nein	
36	schwer gefunden, Chat besser		ja	ja
37			nein	
38			ja	ja
39		Hebamme	nein	
40	Infos schriftlich?	MH e.V. Instagram	ja	ja
41	nichts	Freundin	ja	nein
42	med. Fach- und Rechtswissen	Internet	nein	
43	nichts, war super so	Hebamme		nein
44	"Zauberstaberwartung"	Freundin	nein	
45	nichts	Instagram	nein	
46	nichts	soziale Medien	nein	
47	Th.vermittlung Verbindliche Einschätzung	Hebamme - Frau - KV	sucht	

<b>An-rufe</b>	<b>8. Anders gewünscht</b>	<b>9. Wie gehört?</b>	<b>B. Hilfe bisher?</b>	<b>C. Bezahlt ?</b>
48	sehr geholfen! Bessere Zeiten, mehr Abendtermine, mehr Werbung!	Werbeblättchen	nein	
49	keine Vorschläge	Instagram	ja	
50	dass ihr gesagt wird, dass sie keine Depression hat	Freundin	ja	nein
51	nichts	Hebamme	nein	
52	wöchentlicher Tel.termin zum Gespräch	nicht bekannt (Italien)	ja	
53	war gut für ein erstes Gespräch	Instagram	nein	
54	mehr Zeit	Instagram	ja	
55	Konkrete Adressen nennen	Internet	ja	ja
56	Rücksprache mit derselben Person	Freundin		
57	mehr Zeiten! Mail anbieten	Google	nein	
58	nichts	Google	nein	
59	nein, so erwartet, alles beantwortet	Instagram Hebamme		
60	nichts	Internet	nein	
61	Therapeut mit Namen kennen lernen	Instagram	ja	
62	mehr Anrufmöglichkeiten, längere Zeiten	Internet		
63	nichts	Instagram	nein	
64	nichts	Mother Hood	ja	nein
65	nein	Hebamme	nein	
66	fühlte sich gehört	Radio SWR	ja	nein
67				
68		Freundin Facebook-Post	ja	
69	öfters	Facebookgruppe	ja	ja
70	nichts	Internet	nein	
71	nichts	Instagram	nein	
72	nein		nein	
73		Flyer		
74		Hebammenflyer	nein	
75	gut so	Hebamme	ja	nein
76	medizinische Auskunft erwartet	Facebook Google	ja	ja
77		Hebamme		
78	Anonymität nicht gut	Internet	nein	
79	nichts	Freundin	ja	nein
80		WhatsAppgruppe	nein	
81	nichts weiter - war gut	Hebamme	ja	nein
82	super gut, sofort durchgekommen	Google	nein	
83	Antworten auf Fragen der Zukunft	Internet	ja	ja
84	nichts	Freundin	nein	
85	nur positiv	HP Gerechte Geburt	ja	nein
86		Instagram	nein	
87	alles gut	Hebammenpraxis	nein	

<b>An- rufe</b>	<b>8. Anders gewünscht</b>	<b>9. Wie gehört?</b>	<b>B. Hilfe bisher?</b>	<b>C. Bezahlt ?</b>
88	nee toll	Hebamme	nein	
89	nur 2 Tage?	Zeitung	nein	
90	nichts	Podcast Mother Hood	ja	nein
91	war genau, was sie brauchte	Internet		
92	war gut	Google	nein	
93	nichts	Zeitung		
94	alles o.k. wie es ist	Hebamme		
95	jeden Tag wäre toll!	Tante	nein	
96	Telefonqualität schlecht	Instagram	ja	
97	mehrere Stunden pro Woche		nein	
98	nichts	Instagram	nein	
99		Instagram		
100	mehr Uhrzeiten	Mother Hood Facebook		
101	sollte einfacher zu finden sein	Google		
102		Internet	nein	
103		Internet		
104	mehr Zeit!	Nachsorgehebamme		
105	mehr konkrete Adressen	Klinikum Oldenburg	ja	nein
106	nichts	Freundin	ja	nein
107		Hebamme	nein	
108	direkter Kontakt?	Rectusdiastase Beraterin	nein	
109	Zeiten sind schwierig	Mutter	ja	ja
110	nicht gut erreicht	Google	nein	
111	nein!	Internet	ja	nein
112	nichts	Freundin	nein	
113			ja	ja
114	Erwartungen erfüllt	Internet	nein	
115	direktere Empfehlungen	GH Düsseldorf	ja	ja
116		Zeitung Online	ja	
117	nichts	Mutterfacebookgruppe	nein	
118	nichts	Hebamme	ja	ja
119	nein	Hebamme Rossmannheft		
120	nichts	Facebook	ja	nein
121		Hebamme		
122	nichts	Instagram		
123	nichts	Internet	nein	
124	nichts	Facebook Babypraxisotte	nein	
125	erst einmal froh	Hebammenpraxis Mother Hood	ja	nein
126	hätte gern Patentrezept gehabt	Internet	ja	nein
127	weiß nicht	Hebamme GH	nein	
128		Hebamme	ja	
129		Stillberaterin		

## Anhang 4 Qualitatives Rohmaterial

Inhalt der Tabellen: Originalgetreue Abschrift der Notizen von den Beraterinnen von Fragebogen Seite 2 zu „A. Anlass für Inanspruchnahme der Beratung“ und „Eigene Anmerkungen optional“ unter punktueller Anfügung von Zusatzinformationen aus weiteren Quellen, jeweils in neuer Zeile sichtbar in Klammern gesetzt und benannt.

(Quartal I bis IV; n = 129)

Abkürzungen siehe im Abkürzungsverzeichnis

### Quartal I (1 bis 38)

Fragebogen	Anlass für Inanspruchnahme der Beratung	Eigene Anmerkungen optional
1 4.6.20	Kaiserschnitt mit Vollnarkose ohne Vorwarnung - Bruch zum Kind	----
2 4.6.20	KM geht es sehr sehr schlecht	Sehr heftige Geschichte, schwere PTbS und depression, war schon an 4 anlaufstellen, die nicht als hilfreich erlebt wurden
3 10.6.20	Unsicherheit ob Geburt gut	Skala von 1 – 10. schwierig sich fest zu legen, wenn z.B. bis zur Geburt die Not 10 war und danach alles fast gut war, z.B. 2
4 17.6.20	Wunsch nach weiterem Kind und große Angst alles noch einmal zu erleben. Sie suchte Adressen für Begleitung bei einer erneuten Schwangerschaft	<u>Frau hat sich mit Nachnamen bei mir gemeldet ... ist dann blöd nur meinen Vornamen zu nennen.</u>
5 17.6.20	Frau sucht Interessenten für die Weitergabe ihrer Erfahrung. 46 Jahre unerkanntes (Anm. der Verfasserin: Name weggelassen wegen Wahrung der Anonymität) Syndrom und die schwerwiegenden Folgen ....	----
6 18.6.20	1. Geburt traumatisch, Angst, dass das wieder hochkommt	2 Tage letzte Geburt 2 Tage vor ET - 2. SS – 1. Geburt viele Komplikation 3 J. her – 1 Tochter BEL, trotzdem spontan – in Klinik, kam spontan – viel Blut verloren, Bluttransfusionen – sehr traumatisierend, körperlich nicht gut weggesteckt – vll Wo BE- Depr. – mit Hebi nicht zufrieden – war in Psych. nicht gut beraten – zu Selbstzahlerin Ther. war gut - 2 Tochter auch BEL – SS schwierig permanent schlecht – durfte nicht arbeiten, gr. Tochter z.H., Mann arb – Blasenspr., Fruchtwasser grün – 3 h geschlafen, dann im Khs – Wehen weg, wurden stärker, allein auf Zimmer, Mann nicht mal Corona. – Mann rein, Hebis, Wehen stärker aber unregelmäßig – Khs Personal fehlte total das Gefühl dafür ob sie stören – Gefühl: „Ich bin doch noch gar nicht so weit - körperl. am Ende – PDA: Ärztin hat das nicht gefunden, Oberarzt gefunden. 2 G > Angst eingeschlichen (Erinnerung an 1. Geburt) – Wehen gingen los > will nicht mehr / kann nicht mehr – PDA aufgespritzt – Angst, was eigentlich ist, wenn 2. Kind da ist + es wieder mir so schlecht ist - schon sehr gehemmt durch viele kleine Situationen. konnte gar nicht entscheiden. – Arzt bisschen flapsig „als ob ich zu doof wäre, ein Kind zu bekommen“ „wollte gern abhauen“ – konnte gar

		nicht pressen, wusste nicht wohin – innerlich möchte, Gefühl fehlt, was geschafft zu haben – als ob man Prüfung nur mit ach und Krach schafft – kam auf natürlich. Weg – Mann durfte nicht mit auf Station Corona – kein Babybett – Schwester: Wo ist denn ihre Maske erklärte ihr, wie was wo > konnte nicht mehr – Bewertung von sich so doch > Distanzierungstechnik. – habe gut zugehört, hilfreiche Fragen. Gut tel. nicht gesehen. Gut nochmal zu erzählen – fand Skala ganz gut
7 18.6.20	,hat den Kindsvater vor die Tür gesetzt, da er ein zweites Kind war – und ist jetzt total traurig und hat Angst die Kontrolle zu verlieren ... Flashbacks vom Kreissaal	Frau bekam im Krankenhaus eine nicht erkannte und ernst genommene Gürtelrose mit starken Schmerzen und wurde seitens der Fachleute als Hypochonder bezeichnet ...
8 18.6.20	Hat 42 Jahre mit niemanden über die Geb.Traumata gesprochen	40 Min. Sie hat die Tel.Nr. i. d. Zeitung gesehen u. sofort angerufen. Nach 42 Jahren hat sie das 1. Mal darüber gesprochen. Große Dankbarkeit!
9 25.6.20	kam in den Lock down und war systembedingt ganz allein – ihr Mann wurde zu spät gerufen, hat jetzt flashbacks an die Geburt (Vacuum) Ängste Verlassenheitsgefühle.	Frau sagt sie sei Lungenkrank (Mucoviscidose) und deswegen Hochrisikopatientin und lebt dadurch sehr isoliert von anderen Gleichgesinnten.
10 1.7.20	Gegoogelt wegen Kinderwunsch	viel geredet (Frau) - noch sehr angespannt, ängstlich - gleichzeitig sehr informiert, viel im Kopf - die 2. Schwangerschaft auch schwer, aber heilende Geburt - 3. SS = Fehlgeburt - aktuell Kinderwunsch vorhanden
11 1.7.20	Angst vor Sexualität + Kind abzugeben - schöne SS + Geburt / 10 min. nach Geburt sagte Arzt: „Sie müssen weg.“ „Wohin?“ „in den OP“ – innere, massive Verletzungen + Blutungen - viel weinen, noch nie drüber gesprochen - Not-OP 10 min. nach Geburt > Trauma, Schock	- wirkte nach Beratung sehr erleichtert, möchte sich sofort Hilfe vor Ort suchen - unverständiger Partner - Infos über Trauma, Folgen (z.B. Angst Kind abzugeben) + Sexualität gegeben
12 2.7.20	sucht längerfristige Begleitung in ihrer örtlichen Nähe, die über Kasse abrechnen kann.	----
13 2.7.20	viel Druck, zu schnelle Geburt - keine sensible Begleitung durch die Klinikhebamme - Frage, ob sie sich beschweren soll	----
14 2.7.20	so viel Blut und mangelnde Bindung	---- (Nachfrage per Mail, Antwort am 17.1.20: Kind zu klein, viele eigene sich drehende Gedanken um Internetrecherchen und Horrortvorstellung, was aus dem Kind wird.)
15 2.7.20	Fühlt sich immer noch belastet durch die Geburt, möchte sich orientieren, ob es hilfreich wäre, noch mehr dran zu arbeiten, für sich und ihren Sohn	

16 2.7.20	Neugierde wie das Telefon läuft und wie man damit arbeiten kann	Die Erfahrung ist 5,5 Jahre her und die Dame hat zwischenzeitlich viele unterschiedliche Arten von Hilfe sich gesucht und gefunden, weiterhin hat sie sich beruflich auf das Thema spezialisiert, sie wollte von mir Tipps, wie man damit arbeiten kann.
17 8.7.20	Bedürfnis zu verarbeiten	wichtig darüber zu sprechen - Übergriff durch Oberärztin - dadurch wurde die Geburt als sehr heftig empfunden. Corona war in der Schwangerschaft Thema
18 8.7.20	alles sehr sehr schwierig	Hebamme > im eigenen Krankenhaus Hebamme entbunden > Hebammen Kollegen kamen zu Besuch, deswegen Schamthemen getriggert, auch Ärzte > Hebamme sagte sie sei zu laut gewesen > hat sich heute eingestanden: Geburt war Scheisse > zu wenig Bindung zu ihrer Tochter
19 9.7.20	Körperliche Schmerzen	Sterngucker, Hebamme 1. Mal in der Klinik gearbeitet, Op weit weg vom Kreissaal, ohne Partner bei Op wegen Corona (Anm. der Verf.: Text abgeschnitten), Baby weg ohne Erklärung warum, Ärztin weg wegen anderer Geburt während Zunähens, in dritter Person gesprochen dass (Anm. der Verf.: Text abgeschnitten) Schwarz vor Augen, musste selbst im KreiBsaal anrufen - erneute Infusionen - Fühlt sich sehr schwach
20 9.7.20	----	> ganz chaotische Familienzustände, Partner unzuverlässlich, Abtreibung, schon beim Arzt, dann für Kind entschieden, viel Streit Partner ... Ganz viel Themen + Bedarf zu reden
21 9.7.20	----	Alles hat okay angefangen, dann ist es entglichen, hat geblutet während den Wehen, die Heftigkeit der Wehen wurde nicht ernst genommen, erst nach mehrmaliger Aufforderung kam ein ghanesischer Arzt, der über eine Zeitarbeitsfirma eingestellt war und genervt und übermüdet war. Er hat sie blutend aufgefordert sich mit einer Vorlage die er in einer Schublade gesucht, ihr Blut abzuwischen und sich dann mit gespreizten Beinen hinzulegen, die Handhabung des CTGs hat er auch nicht beherrscht und immer wieder an dem Gerät herumgefummelt. Die Untersuchung vaginal fand ohne Empathie sprich wehentätigkeit und Kommunikation statt, Sprachproblem, Maske getragen, danach sollte sie wieder aufstehen und gehen, dann rief sie wieder eine Hebamme die auch nicht sofort kam mit dem Hinweis: überempfindliche Erstgebärende, dann bei der eigentlichen Geburt wieder diese Ignoranz – missachtung der realen Situation, dann kam das kind in einem Ruck und KM spürte, das was passiert ist, wurde wieder von der Hebamme negiert und km bestand darauf, das der Arzt nochmal schaut, er sass schlafend im Stuhl nebenan und kam genervt dazu, sagte ja, das müsse genäht werden, immer noch schmerzen, besuch beim Gyn. der sagte, das das so

		schlecht vernäht sein und es wahrscheinlich wieder neu gemacht werden müsse. KM kommt selbst aus der Hygiene im KH Notaufnahme, die art und der Weise der Hygiene im Kreissaal war für sie genauso schlimm.
22 9.7.20	----	Einleitung, Blasensprung, kein Geburtsfortschritt, Aussa (Anm. der Verf.: Text abgeschnitten)
23 15.7.20	----	vor 3 Wo Zwillinge bekommen – Mann dabei EZ sie 1J. EZ er variabel – Geb. eingeleitet – 20 h, ewig Wehen – PDA, wollte sie nicht – wehenfördernd – Panik, hyperventiliert, nichts mehr gehört was die anderen gesagt haben – hebi: So können wir nicht weiter arbeiten, entw. weiter mitarb. oder KS – mit Hand rein – Katheter bekommen alle 30 min – KS, alles gespürt, ganz schön furchtbar wie ausgeweidet worden – zw.durch immer weggetreten – kann keine richtige Bindung zu Kindern – danach im Khs, Mann durfte nur 1 h p.T. rein alleingelassen – davor generalisierte Ängste, jetzt auf Babys bezogen – schonmal Therapie gemacht – positiv entw. Von direkt nach Geburt bis heute – gut zu hören, dass sowas normal ist
24 23.7.20	----	hat sich von niemanden verstanden gefühlt, hat geweint > Angst vor Untersuchung bei Frauenarzt seit Geburt
25 23.7.20	> Facebook Gruppe – Geburtshausgeburt geplant, jedoch zu Beginn viel Blut verloren ohne „Grund“ - dann im Krankenhaus > Unerfahrene Hebamme + junge Ärztin > beide überfordert mit Situation	Was echt besonder's war - Vater hatte seine Mutter verloren als er 3 Jahre alt war - Mutter hatte Vater verloren als sie 3 Jahre alt war > und diese Art Angst/ Angst dass Frau oder Kind oder Kind oder beide sterben w present.
26 29.7.20	- Unterstützungswunsch wg. Stillkonflikt / Unsicherheit was braucht das Kind	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 12.8.20: Kind schrie. Frau hatte Stillkonflikt. War gut zu beraten. Sei fühlte sich am Ende sicherer.)
27 29.7.20	von Hebamme empfohlen – traumatische Schwangerschaft, Geburt und erste Monate -	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 12.8.20: Die Frau war sehr erleichtert, dass sie sich aussprechen konnte. Hat Dampf abgelassen. Ging am Ende sehr viel besser.)
28 30.7.20	----	war nicht richtig sediert > Kaiserschnitt - PDA wirkte nur halbseitig – Schaut auf der ISPPM + Hilfe Telefon nach Unterstützung. Wird selber dafür zahlen – wäre schön, wenn das von der Kasse getragen wird.
29 30.7.20	----	Schlimme Geburtserfahrung. Will Hilfe zur Verarbeitung. Hätte noch gerne weitere Kinder. Angst vor weiterer Schwangerschaft. Info über weitergehende Angebote und Bindungsanalyse in Folgeschwangerschaft Durch die Geburt wurde aus meiner Sicht die eigene Geburtserfahrung getriggert. War ein frühgeborener Zwilling. Sie und ihr Zwilling wären fast gestorben und waren nach der Geburt 2 Monate im Brutkasten. Ihr Kind war nach der Geburt auch einige Tage auf der Intensivstation.
30	----	Angst vor erneuter Geburt. Was tun

30.7.20		Verweis auf ISPPM und hilfe-Seite
31 5.8.20	Viele Klinikaufenthalte / Zusammenbrüche / Depression / Bindungsprobleme (massiv) zum Kind. > habe u.a. Psychoedukation betrieben: Bindungshormon erklärt (KS mit Vollnarkose ohne Wehen – HELLP-Syndrom)	„Sie haben zugehört, Verständnis gezeigt – Hormon hat gefehlt – so hilfreich Gold wert“ – Eheprobleme, massive Schuld- + Schamgefühle, spricht sie das 1. Mal an ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 12.8.20: Frau rief aus der Psychiatrie an.)
32 6.8.20	Mutter stand unter Schock: „Bin gesund ins Krankenhaus, kam gebrochen wieder raus.“ Plazenta percreta > massiver Blutverlust – Notop mit Hysterektomie, IST / künstl. Koma, <u>Nahtoderfahrung</u> , sie wusste nicht, ob normal ist, was sie empfindet, sie wollte wissen, ob Psychotherapie helfen könnte	Sehr berührende Situat dieser Frau, lebensbedrohliche Erfahrung, meinerseits Unterstützung, ihre Erfahrung einzuordnen Symptome zu verstehen, Traumafolgestörg. erklärt und zu Traumatherapie geraten > Pat. meldete zurück, dass sie ihre Erfahrg. durch das Gespräch besser einordnen könne und sich eine PT suchen werde.----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 12.8.20: Frau war noch im Schock. Sehr klug und reflektiert. Hat ihr zu Therapie unter Einschluss von Trauma geraten.)
33 19.8.20	----	----
34 19.8.20	Denkt an ein drittes Kind, Angst es könnte wieder traumatisch werden. Erste Geburt wirkt noch traumatisch nach, mit der 2ten ist sie mehr im Frieden.	----
35 19.8.20	traurig wütend seit einiger Zeit wegen Behandlung bei der Geburt > Hebamme hat ihr unsere Nr. gegeben.	> Lösungsmöglichkeit Brief an Klinik (der 1. nur für sich („ausagieren“, da darf alles rein) der 2. dann überarbeitet an die Klinik schicken. (War ihre Idee der Brief) > „Danke für Ihr Verständnis + ihren Zuspruch“ > recht schnelle Geburt / Hebamme in 3 ½ h nur 3x bei ihr / viel allein / nicht ernst genommen worden / niemand schien ihren Geburtsplan gelesen zu haben / Kind noch 2 Tage in Ki-Klinik > versch. Aspekte auslösend für neg. Gefühle
36 26.8.20	Damm (starke Schmerzen durch Dammschnitt (Verkehr nicht mehr möglich)	----
37 26.8.20	----	Vorbereitung auf neue SS. 1. Geb. 10 Tage drüber > eingeleitet > Schichtwechsel Hebammen. Mutter danach operiert Saugglocke > innere Blutungen > Entzündung der OP-Narbe. Verweis auf Hilfeangebot Internetseite = auch ISPPM e.V.
38 26.8.20	- mögliche Arbeitsaufnahme im gleichen Kreissaal, in dem sie entbunden hat...	hat schon einmal beim Hilfetelef. angerufen, ist Hebamme und hat alle kollegialen Mitarbeiter als entwürdigend und übergriffig erlebt. Schämt sich für ihr Verhalten während der Geburt (alle haben es gesehen ...)ist sehr schnell in der Sprache, kann kaum innehalten.

#### Quartal II (39 bis 66)

Fragebogen	Anlass für Inanspruchnahme der Beratung	Eigene Anmerkungen optional
39 10.9.20	Sind meine Gefühle bei dieser meiner Geburtserfahrung normal?	- Nr. v. Hebamme bekommen Frage: Sind meine Gefühle normal? – Geburt im April, 29+0 geholt – starke Blutungen, Plazentaabl.

		<p>– 6 Wo Neointensiv Beatmung + Magen-sonde – 2 J. alte Tochter (bei Papa und Großeltern) – sie hat in Nähe gewohnt, jeden Tag hin ihn besucht – an schlechten Tagen kommt alles hoch – weint immer, wenn sie davon erzählt – er entwickelt sich gut Durchschnitt Tag Belastung &gt; 6 (0 gut 10 neg.) schlechter Tag &gt; 8 (0 gut 10 neg.) – möchte nicht, dass es sie in ein paar Jahren noch beeinträchtigt – überlegt, sich pT-Unterstützung zu holen – sieht auch aus wie Frühchen &gt; wird oft angesprochen – Papa sieht das pragmatischer, hat akzeptiert ihm ist es wichtig dass es ihr gut geht – 4 Wo vor Geburt: Plazenta verschoben, Gynäk. gesehen Sie beruhigt. Ihr Mann riet, sie solle sich freistellen lassen, wollte sie nicht. – konnte ihn erst nach ein paar Tagen aus dem Inkubator holen – später stundenlang gekuschelt – ihn anfangs ‚wie rohes Ei‘ behandelt – haben jetzt statt Hebamme eine Kinderkrankenschwester, die Hausbesuche macht zu sprechen bis November – sie hat im Khs eine andere Mutter kennengelernt, sie haben noch Kontakt. Das hilft sehr - Physiothera. kommt auch 1x wöchentl. – er hat das drucksen, was alle Frühchen haben, versucht immer Stuhl rauszudrücken – am Telefon kann sie besser davon erzählen. – wie wichtig ist es, dass man den Kleinen auch in den Focus nimmt – er mag nicht Naseputzen Trage – gut eine erste Grundeinschätzung zu bekommen</p>
40 10.9.20	Informationsdefizit – drüber reden	Bedankt sich sehr für diese Arbeit und hofft, dass es noch gut weiter geht
41 17.9.20	besser auf die 2te Geburt vorbereitet sein	----
42 17.9.20	- Rechtsfragen, Angst vor der nächsten Geburt	----
43 23.9.20	Frau hatte eine festsitzende Placenta und hat diese mit dem Uterus hinausgepresst. Verlegung mit mind. 2l Blutverlust. Sie konnte nichts mehr hören und reden...RR (Blutdruck) zuletzt 60/40 dann ohne und ohne Herzschlag (das Herz der Mutter hat ausgesetzt). Sie bekam Schuldzuweisung aufgrund der Geburtshausgeburt, obgleich sie sicher weiß, dass sie vorher schon die Unruhe spürte und die Hebamme nicht an der Nabelschnur gezogen hat. Später wurde ihr ein Gespräch verweigert, weil es angeblich schon geführt worden war. Sie kann sich an nicht daran erinnern. Auch das Psychologinnengespr. lief auf Schuldzuweisung hinaus ...	Frau hatte gute Unterstützung und wird jetzt Psychologin für sich und ihren Partner suchen, da auch er traumatisiert scheint. Sie hatte viel Informationsbedarf und fühlte sich beruhigt und aufgeklärt durch die Beratung.
44 23.9.20	- Geb.aufarbeitung Erschöpfung	----

45 30.9.20	bei Instagram aufgepoppt u. gedacht da rufe ich jetzt an.	Diabetikerin 2 Sectio – erste Sectio hatte sie gefühlt war o.k., gute Intuition - 2. Sectio > Corona Mann durfte nicht mit, Kind startete Geburt alles lief super, keine Hebamme kein Arzt im Raum – MM ging auf ganz geöffnet, schon Pressdrang und super Gefühl als gebärende Frau, voll in Ihrer Kraft als Frau dann kam Oberarzt rein sagte ohne Kontakt aufzunehmen Sectio Frau + Kind aus Geburtsprozess rausgerissen, sie hat noch Kind informiert vor Sectio ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 28.10.20: Oberarzt hatte Mutter aus ihrer wunderbaren Urkraft rausgerissen und Sectio reingezwungen. Die Sectio hatte er am Sekretär entschieden.)
46 7.10.20	noch Schuldgefühle dem Kind gegenüber	ist selbst Klinikhebamme, hatte aber Geburtshausgeburt, Verwandte machen unterschiedlich den Vorwurf sie hätte doch in der Klinik gebären sollen, dann wäre es dem Kind nicht so gegangen ----- (Nachfrage per Mail, Antwort 26.1.21: Schlechte Passung zwischen Mutter und Geburtshaushebamme. Mutter habe doch immer ihr Klinikhebammenwissen vor Augen gehabt, wollte dies oder das wissen, die Geburtshaushebamme hatte jedoch eine andere Arbeitsweise und sie darüber nicht informiert, bzw. sie auch nicht an ein CTG gehängt. Abkippen nach gegen Mitternacht zugestimmter Eröffnung der Fruchtblase, Geburt eines Mädchens 2:26 Uhr. Grünes Fruchtwasser Kind hatte blaues Mund-Nasen-Dreieck. 5:15 Uhr Rettungswagen gerufen. Frau sagte, es war wie im Film, ihr Kind wurde grau, blau. Sauerstoffsättigung bei 70 %. Sie waren um 5:30 Uhr im Uniklinikum, Kind wurde intubiert. Sie stand voll unter Schock. Zwei Wochen Intensivstation. Ihr Bruder ist Anästhesist in der Klinik.)
47 7.10.20	Geburt des 2. Kindes, kann sich kaum erinnern – Gewalt von der Hebamme	Er (Anm. der Verfasserin: Kindesvater) ist von der Geburt traumatisiert, krank geschrieben + nimmt Antidepressiva ----- (Nachfrage per Mail Antwort am 26.1.21: Vater hat sich eine konkrete Therapievermittlung gewünscht. Ist seit Wochen medikamentös eingestellt und findet keinen Therapieplatz. Waren sehr gut auf die Geburt vorbereitet (Hypnobirthing), hatten eine Patientenverfügung und eine Beleghebamme. Hebamme war in der Klinik jedoch wie ausgewechselt, hat keine Absprachen eingehalten, von ihr ging starke Gewalt aus. Frau weiß alles und ist sehr traumatisiert, hatte Dauer CTG, Geburt in Rückenlage. Frau war ans Bett gefesselt, mehr Schmerzen. Sie fühlte, wie Hebamme sie vergewaltigt, bei vaginaler Untersuchung.)
48 14.10.20	3. SS – heute positiver Test! Angst vor der 2 Geburt > nach Geburt Belastung durch falsches Vernähen	- empfehle Begleitung zur Aufarbeitung des Geburtsverletzungstraumas! – empfehle

	einer „ganz jungen, unerfahrenen Ärztin.“ Normalerweise sollte es nach 10 Tagen verheilt sein – ich hatte 9 Wo. Infektion + Schmerzen bis zur Bewusstlosigkeit. Vielleicht KS? Nein fühlt sich auch nicht richtig an. (Damm- + Scheidenriss 2. Grades	Doula – empfehle Beleghebamme oder außerk. Geburt mit jeweils 1:1 Begleitung!
49 14.10.20	Bearbeitung des Themas u. die Neue Schwangerschaft	Große Schuldgefühle, Schuldgefühl, was mache ich falsch, Psychologische Hilfe in Anspruch genommen
50 15.10.20	Verzweiflung, Angst vor Depression	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 28.10.20: Nach der Geburt kamen die Probleme.)
51 15.10.20	traumatisch lange Geburt - mit 72 Stunden Wehen und Sectio Beendigung	Frau weint viel und erzählt, dass stillen sehr schwierig ist und sie eine Brust abpumpt. Sie fühlt sich als Versagerin auch im Hinblick auf das stillen. Hat große Angst um das Kind.
52 15.10.20	Angst vor postpartaler Depression	Gefühl, dass sie gefährdet ist, aber nicht passiv sondern sehr aufmerksam.
53 21.10.20	...erneute Schwangerschaft	Hatte hohen Mitteilungsbedarf und hatte eine weitere Frage, da sie im Gesundheitssektor (Anm. der Verfasserin: Arbeitsort namentlich weggelassen wegen Wahrung der Anonymität) arbeitet und Deutschland immer für ein sehr gutes medizinisches ausgestattetes Land hielt ... und die Geburtsbegleitung und auch die Nachversorgung (sie musste unter Narkose sowohl die erste Naht gezogen bekommen als auch erneut genäht werden, und es war genauso schlimm hinterher wie vorher. Sie hat immer noch Schmerzen bei vielem und hat jetzt die Erwartung, das ihr jemand verspricht, das es beim zweiten mal anders wird. Sie wollte verstehen, warum das so ist....
54 21.10.20	nicht verarbeitete Not-Sectio, Verlegung vom GebHaus	Frau hat gute Selbstfürsorge, dennoch auch danach weiteren Bedarf – sie hat mehrfach konkret gefragt (wann sind Sie wieder am Telefon, haben die anderen Beraterinnen Zugriff auf diese/meine Informationen?) Ich hätte ihr so gerne X. Y. (Anm. der Verfasserin: Name anonymisiert) aus Stuttgart empfohlen, habe es aber nicht getan!
55 28.10.20	starkes Geburtstrauma, Thema: zu schnell + es wurde über mich hinweg entscheiden – es war vermutlich gar nicht nötig / kaum Stressresistenz, kommt auch wieder alles hoch, Schuldgefühle	„Sie haben mir sehr weiter geholfen“ „Sie machen so wichtige Arbeit – ich hoffe sie können noch vielen Frauen helfen!“ „Sie sind die 1. die mir so viel an die Hand geben kann.“
56 28.10.20	immer noch hohe Belastung; Angst wegen Corona – Maßnahmen > soz. Isolation	- nach Geburt Uterus Vorfall – wäre fast gestorben, ist auf Intensivstation aufgewacht – Sauerstoffmangel – muss zur Reha – Gebärmutter war außerhalb des Körpers, wurde wieder eingesetzt
57 28.10.20	übergreifige Geburt / KS > Hausgeburt geplant – in Klinikum ausgeliefert, nicht ernst genommen, über Grenzen gegangen > Haß auf	- sie hat massiven psych. Druck verspürt / Entmündigt – starkes Zittern im Op – keiner aufgefangen, reagiert – starke Schuldgefühle Hilfesystem bestärkt ihre „Schuld“ – Heb-

	mich selbst, schlage auf mich ein, Wut gegen mich selber, kann noch nicht mal Stillen mein Körper	amme, Stillberaterin, Ärztin: „Sie hätten es so machen sollen .. sie hätten xy machen müssen.“ – Fernbeziehung, kommt nur alle 5-6 Wochen nach Hause / Keine Unterstützung v. d. Familie ....
58 28.10.20	Ist fassungslos darüber, wie Frauen in Klinik bei Geburt oder danach behandelt wurden!	bei PDA wurde Rückenmarkskanal getroffen – verlor nach KS Rückenmark, konnte erst nach 13 Tagen aufrecht laufen – hatte unerträgliche Schmerzen – will wieder Vertrauen in Ärzte finden
59 29.10.20	----	Symphysenschmerzen, Hormongel, im Khs geblieben - Corona Zeit, allein im Khs – Hypnobirthing - Khs München hatte sich immer gut – die ersten 6 h gut, mit Mann draußen spazieren geg – 11 Sa mittag ins Khs – Einleitung 6 Morgen, 11 nachts S. fast nicht geschlafen, starke Wehen Gel Wehensturm, plötzlich ganze Klinik voll schreckliche Schmerzen, mit Mann tel. niemand da – Vorwürfe. Gefühl, dass ich total versage Mimose - Hypno nicht mehr funktioniert total ausgeliefert gefühlt – PDA nach 12 h Wehensturm in Nacht auf Mo – am Wehentropf gehangen – Mo morgens KS 8:00 48 h vorher ins Khs dann Mann angerufen = alles für die Katz – gleichzeitig froh – so krass gezittert, musste beruhigt werden – Erlebnis nicht zus. gehabt – Sohn kurz gezeigt, er geschrien gleich Kind + Mann raus „Schaffen den Mann hier raus“ – Gebärmutter – Wahnsinnige Hilflosigkeit alleingelassen sein – Mann war 2 h da, dann wurde er weggeschickt – 4 Tage nicht gesehen – Stillen hat nicht geklappt. Musste mit KS-Narbe Milch holen gehen – dachte, sie werde verrückt – die ersten 2 Wo ganz schlimm – (Anm. der Verfasserin: Wort unleserlich) Monate – wurde durch Erzählung ihres Cousin (Geburt) wieder sofort erinnert – fühlt sich durch mit Kind betrogen – Hebi kam 2x, ohne Marke, danach nur noch telefoniert – hat gute Bindung zu Sohn – ALLEIN GELASSEN, VERSAGT – Was würden Sie ihrer besten Freundin sagen? – alle waren überfordert – hätten dafür sorgen müssen, dan Vater Ersatz – schreibt evtl. der Klinik einen Brief – offenen Auges ins Messer gerannt – Entwicklungspsychologie / Entscheidungsfindung – Emotionen schwanken, manchmal ganz schwer + liebt Sohn, ihr gehts wieder gut, – Alpträume + 100 % Gefühle da sie wäre allein im Zimmer, ruft und niemand kommen – Vor 2 J. PA. (Anmerkung der Verfasserin: Psychoanalyse), hat ihr sehr gut getan – viel Psychohygiene > Empfehlung Psychotherapie Hilfe für Bearbeitung der Geburtserfahrung
60 22.4.20	Muss täglich mehrfach an die schlimme Geburt denken	Einleitungsversuch mit Cytotec (9 Tabletten in knapp 2 Tagen) – 6 Jahre Kinderwunsch-Therapie – hatte schon vorher viele Probleme und war bis Mitte des Jahres in Therapie – Gespräch war lang; sehr schwierig zu Wort

		zu kommen, hatte sehr viel Redebedarf, was sie auch entlastet hat
61 11.11.20	Schwierigkeit bei Geburtsverarbeitung – bis zum Geburtshaus war alles super / danach die Fahrt in Klinik und Klinik selbst schrecklich	War ein sehr gutes Gespräch, sie hätte gerne meinen Namen gehabt, falls sie mich selbst kontaktieren wollte wenn sie wieder in Not ist. Habe auf die Therapeutenliste verwiesen.
62 11.11.20	----	> hatte heftige übergriffige Erfahrung mit Hebamme nach Geburt Untersuchung Bevormundung Behandlung wie der letzte Dreck (Anm. der Verfasserin: Unleserliches Wort) Aussage
63 19.11.20	Fühlt sich immer noch, 2 Jahre nach der Geburt, im „Wochenbettblues“. Kommt mit ihrer Tochter nicht gut in Verbindung.	----
64 19.11.20	Hat gerade Panikattacke. Hat große Angst, ihr Kind zu verlieren. Braucht jetzt direkt jemanden zum Reden. -- (Nachfrage per Mail Antwort am 14.12.20: In welcher Weise hat sie Angst, das Kind zu verlieren? Die Mutter hatte Angst, dass ihr Kind stirbt. Es ist jedoch ein gesunder und fideler Junge.)	----
65 26.11.20	Freundin hat am Wochenende im gleichen Krankenhaus genau das gleiche erlebt.	Frau hatte eine sec. Re-section mit PDA. Sie hatte eine Uterus und Blasenruptur. Angeblich durch vielfältige Verwachsungen im Bauchraum. Sieht kein Fehlverhalten in der Behandlung und fand alle sehr nett im Krankenhaus. Es ging ihr aber anfangs sehr schlecht aber alle haben es gut überlebt. ... und dann kommt die Freundin mit der gleichen Geburtsgeschichte aus der Klinik .
66 26.11.20	Überlastung seit der Geburt durch die Behinderung des Kindes. Es ging ihr supergut in der Schwangerschaft – man fand im 7 Monat Klumpfüße beim Kind und bot ihr eine Abtreibung an, was sie ablehnte. In der Hoffnung das alles gut ausgeht erlebt sie seit der Geburt den Alptraum ihres Lebens.	Die Frau hat ein Kind geboren mit einem sehr seltenen Gendefekt als Neomutation beschrieben. Keiner konnte ihr sagen, was los ist. Niemand hat ihr wirklich geholfen. Sie ist völlig am Ende ihrer Kräfte und ich habe ihr immer wieder ans Herz gelegt sich eine Therapeutin zu suchen um sich zu stabilisieren. Ich hab ihr angeboten jederzeit wieder anzurufen und ihr das Versprechen abgerungen sich um sich zu kümmern, damit sie weiterhin für das Kind da sein kann. ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 9.12.20: Geburt KS und VE. Frau wurde festgebunden. Kind ist schwerst behindert und die Mutter hat es erst nach vier Wochen gesehen. Sehr unbekanntes Syndrom. Null Selbstfürsorge.)

### QUARTAL III (67 bis 96)

Fragebogen	Anlass für Inanspruchnahme der Beratung	Eigene Anmerkungen optional
67 2.12.20	----	privat Versicherung – War das Absicht wegen des Geldes – Frau hatte 45 min geweint und erzählt - alles war unfair, wurde wertlos behandelt ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 9.12.20: Mutter durfte sich nicht bewegen; Hebamme hat aufgepasst; wusste nicht, wie sie auf dem

		Rücken entbinden soll. Wurde auch im Schlaf untersucht. Es bestand kein Kontakt zu der Gebärenden. Kristeller Handgriff. Viele sehr heftige Emotionen, unfair, wertlos behandelt.)
68 2.12.20	> muss weinen, wenn sie an die Geburt denkt	Die Frau ist nach einem Jahr immer noch sehr belastet und wusste nicht, wohin sie sich mit dem Thema wenden soll. Sie ist sehr dankbar für die Auskünfte und wird sich an die Aufarbeitung der Geburtserfahrung heranwagen.
69 2.12.20	2x Osteopath mit Geburtserfahrung der sagte da liegt ein Geburtstrauma vor	- soll sich gerne nochmals melden – und Craniotherapie + mit Geburts(Anmerkung der Verfasserin: Wort unleserlich) + ISPPM Liste empfohlen
70 9.12.20	Woran erkennt man eine Traumatisierung beim Kind?	- SS-Diabetis, daher keine Geburtshausgeburt möglich – 3 Tage Einleitung – keine Wehen ... allein ohne Mann wegen Corona / Dann ganz plötzlich Geburt: von 1. Wehe bis Kind da nur 2 h! Schock zu hohes Tempo, Kristeller, Glocke / unerklärt Opium und Wehenhemmer gespritzt bekommen // Baby will keine Mütze tragen > hoher Zusammenhang mit Glockengeburt erklärt (Körpererinnerung) er hat 1. Tage nur geschrien / dann 3 Monate 24 Std. auf dem Arm > habe sie bestätigt, „alles richtig gemacht“ – habe osteopath. Behandlung + Baby-Therapie (ISPPM) + Verarbeitung für sie empfohlen!
71 5.9.12	Kann- nicht vergessen was passiert ist.	Frau wurde nach vergebl. Einleitungsversuch am ET+14 wieder heimgeschickt wegen Kreißsaalschließung. Am ET+17 wurde sie wieder einbestellt und eingeleitet. Bei kräftigen Wehen vom Kreißaal wegen Überfüllung abgelehnt, dann nächster Tag weiter. Abends Blasensprung, PDA, Aussetzen der Wehen. Dann Steigerung des Wehentropfes und Sectioplanung wegen schlechter HT. In Sectio wurde das Kind beim kraftvollen.. oder schwungvollen (?) Heraushebeln fallengelassen. Die Mutter hat es mitbekommen – und es wurde nicht gewürdigt und mit ihr besprochen. Beteiligte Ärztin bekam Redeverbot (nach einer Woche hat sie sich geoutet) und der OP-führende Chefarzt gab als Begründung an _ die Frau hatte so eine große Fettschürze und deshalb war es so schwierig das Kind zu entwickeln.----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 9.12.20: Frau wird von ihrer Gynäkologin an die Traumaberatung der (Anm. der Verfasserin: Name der Stadt ausgelassen wegen Wahrung der Anonymität) Uniklinik überwiesen, wenn sie das möchte was ich bestärkt habe.)
72 10.12.20	Übergriffe während der Geburt, Unsensibilität der Hebamme, Praktikantin dabei ohne (Anmerkung der Verfasserin: Wort unleserlich). Zu viel Druck, Zeitdruck, Intimitätsgrenzen mehrfach überschritten.	----

73 10.12.20	nochmal über Geburt sprechen	2 Kinder – schon 1. Geburt nicht schön, 2 Jahre alt - Nov. 2. Tochter bekommen, eingeleitet obwohl Geburtsplanungsgespräch vorher mit der Oberärztin - 1. Geburt Hebamme hat ihr nicht geglaubt wie starke Schmerzen sie hat Anästesiste PDA – wenig empathisch „Ich soll nicht weinen, nicht schreien“ – Mann war nicht dabei - war sehr unsicher hatte bei 2. Geburt überlegt ob KS – arbeitet in dem Khs als Krankenschw. – ab regelmäßigen Wehen darf Mann kommen aber durfte dann doch nicht alle 3 Min Wehen, nur 2 cm Mumu – hat die Schwester Hebamme angefleht für Schmerzmittel – dann Anästesistin PDA, hat sie alleine auf dem Zimmer liegen lassen und Mann durfte doch nicht kommen Buscopan bekommen Presswehen - Mann 15 Min vor Kind da – Heb: sie angeschrien: „Ja presst Du jetzt etwa oder was?“ (bei PDA-Setzung) – wollten sie alle überreden Maske zu tragen – dieses Ausgeliefertsein, allein sein – Hebi am nächsten Abend zu ihr gekommen zu sagen: Sie hätte ja eine gute Geburt gehabt. Keine Verletzungen und Kind gesund – Oberärztin tel. 20 min. Nachgespräch hat sich entschuldigt – war einfach nur schlimm – wünscht sich dass sie es vergisst Gefühl des richtig Ausgeliefert sein + nicht gehört zu werden – noch nicht mal ein Händchen reichen, was zu trinken anbieten, nichts v. Hebamme – Abschluss kann sie nicht finden, ist noch so offen – ihre Mutter > 14 J. krank ist gestorben als ihre 1. Tochter 6 Wo alt + studiert +++, sehr viel getan – Gestationsdiabetes beide SS – wenig Zeit zu trauern
74 10.12.20	Streß PTBS nach Frühgeburt in 35. SSW mit Kaiserschnitt nach vorher erlebter Hausgeburt, Kind zu klein – viele ungute sich drehende Gedanken, zu viel Internetrecherche und Horrorvorstellungendrehende Gedanken	----
75 23.12.20	----	Frau will Sectio ungeschehen machen ... will keine Narbe will....will...will nicht... während sie das aufzählt wird sie immer wütender. Damit arbeite ich dann mit ihr weiter und empfehle prof. Therapie. ----- (Nachfrage per Mail Antwort am 31.12.20: Konnte die Sectio nicht verdauen, obgleich aus einer Notsituation heraus dem Kind geholfen wurde. Will es am liebsten ungeschehen machen. Will keine Narbe am Bauch, will wieder so aussehen wie früher. Hat wohl eher mit Selbstbild zu tun als mit Traumatisierung durch die Geburt – doch bei ihr scheint es das Trauma zu sein, was sie danach entwickelte.)
76 23.12.20	Heftige Geburtstraumatisierung	großes Problem hat Blasensenkung nach Traumatischer Geburt das hat sie fertig gemacht ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 13.1.21: Viele Interventionen, Wehentropf ohne

		Ankündigung, Kristeller (wollte sich nicht zum Kaiserschnitt überreden lassen), wurde zum Pressen angeleitet, obwohl sie keine Presswehen hatte, Folgeverletzung – war 3 Wochen später noch nicht weg > bei der Frau war alles noch im Schock.)
77 7.1.21	----	Kein Not + kein geplanter Kaiserschnitt - Einleitung Wehenmittel 3 Tage – PDA hat nicht gewirkt. Kind mußte reanimiert werden. Kind Kinderstation, keine Aufklärung / Fixierung während KS, durfte nicht stillen.
78 13.1.21	Schmerztrauma + f sich nicht unterstützt	hoher großer Bedarf, dennoch zu Beginn Unsicherheit, ob sie Hilfe braucht – Ergebnis: was ich erlebt habe, ist ernst. - Frau fand Anonymität nicht gut – hätte gerne mit mir Telefontermine gehabt
79 14.1.21	Freundin motivierte dazu wegen der schwierig erlebten Geburt.	----
80 14.1.21	----	extreme Schmerzen bei Geburt, wie ein Stein waren die Wehen + das Kind, Angst zu sterben – bei guten Bedingungen hat das keiner verstanden – nach Geburt hat das Kind 2 St nur geschrien – bis es angelegt werden konnte und dann weitere 2 Tage am Stück. totale Überforderung – Scham aus Österreich anzurufen – verwies an X. Y. (Anmerkung der Verfasserin: Name anonymisiert) in Wien ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Sehr berührende Beratung. Es ging hier um Angst, die Kontrolle zu verlieren, zu sterben obschon es sich um eine wunderbare Geburt im Geburtshaus handelte und keiner Geburt versteht es! Nach der Geburt hat das Kind geschrien und sie hatte weiterhin Angst, dass das Kind stirbt. Frau hat jede Nacht Alpträume. Thema: Sehr starke Scham.)
81 20.1.21	Ihr wurde in der Mama-Baby ambulanzen der Uniklinik gesagt, das sie nach 17 Wochen nur noch durch Tabletten eine Hilfe für ihr Trauma/Vergessen erfahren könne, was sie nicht möchte.	Die fRau hatte zwei problemlose spontan Geburten und wurde beim dritten Kind in einer fremden Stadt wegen hohem RR aufgenommen (bei einem Familienbesuch). Dort hat man sie ohne ihr zu sagen um was es geht auf eine Geburt hin vorbereitet. Ihr wurde nicht mitgeteilt, dass das Kind in einer Notlage gewesen sein sollte. Die Geburt wurde innerhalb von 20 Min. durchgeführt... und wurde dann als „eilige Geburt- ohne Notfall“ deklariert. Sie kann sich nicht mit diesem Verlauf abfinden, zumal sie wusste wie schöne Geburt für sie aussieht. Bei den anderen Kindern war ihr Blutdruck ebenfalls erhöht. Das Kind war nach der Geburt unauffällig. ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Sog. „Eiliger Kaiserschnitt“ – ohne Aufklärung – drei Ärzte stürmten ins Zimmer. Großer Schock! Eiliger Kaiserschnitt im Gegensatz zu Notkaiserschnitt. Die Frau hatte auch noch eine Zeitangabe gemacht, die die Beraterin nicht notiert hat.)

82 21.1.21	Es wird zunehmend schlimmer und sie will niemanden in ihrem Umfeld weiter belasten...	Die Frau ist selber Hebamme und hat ihre Geburt selbst gesteuert ... fühlte sich gut aufgehoben und begleitet, erlebt sich aber als Versagerin und hat Schuldgefühle, es nicht hinbekommen zu haben. Ist unsicher ob sie jetzt noch ein weiteres Kind bekommen sollte ... ----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Die Frau, selber Hebamme, war selber accord, es sei ein Unglück gewesen, traumhafte SS, dann KS, weil das Kind zu schwer sei. Es wurde auch noch vor Entbindung in Beckenendlage gedreht.)
83 21.1.21	wollte nur reden	Frau klagte die ganze Zeit, war schon von der künstl. Befruchtung traumatisiert, spürt sich aber nicht. Schaut rückwärts auf die Geburt .... und empfindet alle Menschen als achtlos und unempathisch, berichtet aber von traumatischen Vorerfahrungen. Als Hinweis, ohne irgendeinen Vorwurf zu konkretisieren = „Es interessiert doch sowieso keinen dort.“ -- (Zusatzinfo aus der Videokonferenz am 10.3.21: Frau wollte nur jammern und hat total geschimpft. Fühlt sich verletzt, entwertet, kann nicht mehr arbeiten. Hat jede Intervention abgewehrt. Es ging ihr nicht darum, klar zu kommen.)
84 21.1.21	Belastung, wird nicht weggehen von allein - sich was Gutes tun, 2. Kind gewünscht	Konnte erzählen, wurde gehört, fühlte sich gut beraten von mir ----- (Anm. bei Punkt 1.7. des Fragebogens: Krankenhausgeburt: ... fast am Ende einer Hausgeburt, Notkaiserschnitt)
85 27.1.21	letzter Auslöser für „ich brauche Hilfe“ war Gespräch mit Freundin letzte Woche. Einleitung nach Blasensprung, Wehensturm, 4-5x „MM-Massage“, wie der Arzt es nannte = Sehr schmerzhaft Dehnung /Manipulation des MM „wäre es nicht im KRS gewesen /Geburt wäre es sex. Mißbrauch gewesen.“ Dann „Krönung“ > KS bei vollem Schmerzbewusstsein. „Ich hab gestrampelt + geschrien + Stopp gesagt – wir wurde nicht geglaubt.“ Irgendwann dann Vollnarkose. Zittern, Flashbacks, Weinen, Panikattacken, Nervenzusammenbruch. Ich habe Psychoedukation gemacht, eingeordnet Mut gemacht + viele Seiten + Netzwerke weitergegeben!	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Sehr heftige Beratung. Geburt 7 Jahre her. ½ Jahr in Selbsthilfegruppe gewesen. Sie dachte, dass es schon verarbeitet war. Ein Gespräch löste das Trauma wieder aus, Flashbacks kamen. Blasensprung – keine Wehen – Cytotec erhöht – Wehensturm. Oberarzt hat Muttermund gedehnt. Sehr übergriffig, sie wurde nicht ernst genommen. PDA war verrutscht. Sie hatte es schon 10-15x erzählt bekommen, dass so etwas passiert – in 10 Jahren beruflicher Erfahrung. Einmal passierte eine Retraumatisierung bei einer Knieoperation.)
86 27.1.21	Geburt nach traumat. Elementen nach Verlegung – Gefühle kamen erst	----
87 27.1.21	Akute psych. Krise	Anfangs große Verzweiflung, wurde langsam ruhiger, zuletzt deutlich zuversichtlicher. Positiv, sie erkennt ihren Unterstützungsbedarf ----- (Info von der Vorderseite des Fragebogens: PDA, Saugglocke, kein KS)

88 4.2.21	erneute SS, Angst vor Einleitung wegen Diabetes	- wieder schwanger – unruhig, weil 1. Geburt so schlecht lief, mit Cytotec eingeleitet (ging dann schnell), vor 18 Mon. – jetzt wieder Diabetes SS-Diab. schnelle aber unproduktive Wehen Herztöne schlecht bis zur Geburt „Geburt so durchzupeitschen“ – Wehensturm – Tropf, Sohn ging es schlecht – PDA, Saugglocke, Werte so schlecht beim Kind – die 1. Hebamme war furchtbar – die jetzige passt besser / war viel Druck im Khs – auch von Mann alleingelassen gefühlt – fühlte sich so angebunden – „emotional eher nicht so“ / mit Mann vorher besprechen was sie braucht – vorherige Geburt Vorgespr. war durchgeführt worden – Gefühl, medizinisch gut versorgt worden – evtl. geplanter KS für jetzige Schwangerschaft – vor natürl. Geburt hätte ich keine Angst – vor Einleitung total, dann lieber Kaiserschnitt – Saugglockengeburt hat sich eine Zeit lang auch als Niederlage angefühlt – „Blutverlust ohne Ende“
89 10.2.21	----	Das Problem aus meiner Sicht die Partnerschaft. Ehemann Depressiv mit Medikation - kam im Juli in Psychoklinik - nach 4 Wochen sagt er zu Ihr, dass er sie nicht liebt. Danach fingen die Probleme an, eine Welt brach zusammen. Jedoch hatte sie eine super Begleit Hebamme die auch Nachsorge machte, aus meiner Sicht eine große Ressource. Habe Therapie empfohlen.
90 11.2.21	Uterusruptur, Sectio, Hysterektomie	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Geburt, nette Leute, Schmerz in der linken Leiste, KS / Op, Betäubung saß nicht richtig und die Gebärende hat alles mitgekriegt. Plazenta gerissen, musste entfernt werden. Kontakt zum Kind erst 12 Stunden später. Die Frau konnte in der Beratung zum ersten Mal drüber sprechen.)
91 18.2.21	Die Anruferin wollte für sich klären, welche Bedeutung ihre Symptome haben und ob sie Psychotherapie braucht.	Die Frau erhielt einen Notkaiserschnitt mit Vollnarkose, wurde aber nicht über die Vollnarkose informiert. Erste Symptome bereits in der Klinik. Es lag eine Posttraumat. Belastungsstörung vor. Die Frau wurde von mir aufgeklärt, habe zu PT geraten, Expertenlisten von Motherhood, ISPPM e.V. empfohlen. Die Frau wird sich um eine PT bemühen.
92 18.2.21	Die Anruferin wollte mit jemanden über ihre Geburtserfahrung reden können	Belastende Geburtserfahrung wegen des Kaiserschnitts. Schamgefühle. Während der Geburt verloren gefühlt, da das Personal keine Zeit hatte (mehrere Geburten zur gleichen Zeit). Belastung, da Mann wegen Corona nicht dabei sein durfte im Kreißaal. (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 21.4.21: Starke Scham- und Versagensgefühle nach Kaiserschnitt. Mann durfte nicht in den Kreißaal. War familiär gut aufgehoben. Konnte es nicht gut verarbeiten.)
93 24.2.21	----	----

94 24.2.21	Traumatische PDA (mit Luftnot + Taubheit im ganzen Körper > Panik)	Baby 12 Tage alt - Gefühl von Panik war beim Erzählen kurz spürbar (Tränen), danach wieder „weg“ - so sagte es die Klientin
95 24.2.21	Hausgeb. > Verlegung > Sectio	Leidend, zu wenig konkrete Unterstützung – 6 Tage Wehen! - Kind steckte fest, was nicht erkannt wurde, PDA - Gespräche über den Kopf der Frau hinweg - Ignoranz > KL - auch wütend - über gesellschaftliches, viel zu wenig Unterstützung, etc.
96 25.2.21	Werbung gesehen, Podcast gehört	Sehr ruhige Frau, Schuldgefühle wegen Sectio, und Kind bekam Antibiotika in der Kinderklinik und sie durfte wegen Corona nicht dabeibleiben, das war sehr schlimm für sei. Auch Schuldgefühle.

#### QUARTAI IV (97 bis 129)

97 3.3.21	- Kristellern - bis dahin alles o.k.	trotz des durchaus positiven Verlaufs konnte die Frau nur die letzten 10 Minuten sehen + und nicht den rettenden Aspekt (Kopf steckte auf Stirnhöhe fest, d.h. der erste Teil des Kopfes war bereits geboren) + Klientin wurde informiert etc. Wunsch innerlich abzuschließen -
98 4.3.21	Schwierige Geburt, mit Freunden sprechen brachte keine Erleichterung, wollte mit einer neutralen Person darüber sprechen	Der Partner war auch dabei und erzählte teilweise mit ----- (Nachfrage per Mail Antwort am 5.3.21: Nach einer entspannten Vorphase mit nur leichten Wehen, gab es einen Wehensturm, Wehen ohne Pause, die über Stunden so anhielten. Die Familie ging erst ins Geburtshaus. Trotz der heftigen Wehen war der Muttermund nur 2 cm geöffnet. Sie wurden in die Klinik gebracht. Weiter ununterbrochene Wehen. CTG lange unauffällig. Mutter ging durch alle möglichen Geburtshaltungen, Badewanne ... MM fast ganz auf, aber das Kind nicht tief genug. Herztöne zeigten, dass das Kind gestresst war. Notkaiserschnitt stand im Raum, doch wurde erst Kristeller + Saugglocke probiert – damit ging es dann auch. Kind kurz bei Mutter, dann wegen zu niedrigem PH-Wert in Kinderklinik. Die heftigen, ununterbrochenen Wehen waren für die Mutter das schlimmste.)
99 4.3.21	sie wollte noch mal über die Geburt sprechen mit jemand, der gut zuhört u. sie versteht! Mit 16 J.: Therapie wegen Depression (+ Medikamente Antidepressiva) auch Klinikaufenthalt in (Anm. der Verfasserin: Name weggelassen wegen Wahrung der Anonymität). <u>viel Redebedarf – gr. Einsamkeit</u>	Schwierige Beziehung zum Vater (er wurde als Ki geschlagen) hat sie nicht geschlagen, aber Liebesentzug und abwertende Äußerungen: > was ist, wenn dein Kind ein Fettsack wird? > wie läuft's mit dem Abnehmen nach der Geburt!?----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 10.3.21: Vorbereitung auf Kaiserschnitt ohne Angabe warum. Narkose hat irgendwie nicht geklappt. Ausgeliefert, ausgezogen, Arme festgebunden, konnten nicht auf den Mann warten, trotz ihrer drängenden Bitte. Der kam zu spät. Nach Geburt wurde angewiesen, alle zwei Stunden zu stillen. Das löste nochmal viel Stress aus, war nicht nachvollziehbar. Später zu Hause stillte sie nach Bedarf, mit Zuspruch der Hebamme. Die Frau hatte großen Redebedarf und war sehr dankbar.)

100 10.3.21	Flashbacks; schlechte Bindung zum Baby	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 21.4.21: Frau hatte noch richtige Flashbacks – schlechte Verbindung zum Kind. Braucht definitiv Hilfe. Die Geburt war erst 9 Wochen her. Sie war sehr motiviert.)
101 17.3.21	Traumatischer Abschluß einer bis dahin gut verlaufenden Geburt	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 21.4.21: Frische Entbindung, guter Verlauf mit dramatischem Abschluss. Todesangst. Wunschkind. Hat immer wieder geweint. Wollte Bestätigung haben, dass sie nicht verrückt ist. Die Entbindung war für sie eine totale Enttäuschung. War froh, dass es kein Kaiserschnitt wurde. War froh zu hören, dass sie nichts falsch gemacht hat. Es war der Einsatz r Saugglocke, was nicht erklärt wurde. Große Ohnmacht, große Dissoziation. Es war ihr alles egal.)
102 17.3.21	keine Lust auf Sexualität. Wollte noch mehr Kinder, ist sich jetzt aber unsicher.	Die Schwangerschaft war sehr belastend. Musste sich 7 Wochen lang 7x tägl. übergeben und hatte so große Ischias-Schmerzen, dass sie unbeweglich war. Wollte Einleitung wurde aber von Klinik mit ihrer Belastung nicht ernst genommen.----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 21.4.21: Frau lag wegen den Ischias-beschwerden nur; wurde damit nicht ernst genommen; wollte Einleitung; keine Klinik nahm sie auf. 8 Monat nach Geburt – hoch belastet.)
103 18.3.21	----	1. Kind 21 Mon. Juni 2019 – 38 Wo SS April ET (Anm. der Verfasserin: Angabe des Tages weggelassen wegen Wahrung der Anonymität) – Im Netz Hilfetelefon gefunden – kann mit Mann darüber reden / ein paar Gedanken lassen sie nicht los – eingeleitet worden Wehen – Fruchtblase geöffnet durch Hebi Presswehen bei Baby runtergerutscht ist Wehenmittel, Saugglocke – Baby auf den Bauch gelegt! > dabei auf den Bauch gedrückt, hat soo weh getan, in OP > PDA zu viel Blut, Baby bei Papa gewesen – geht in ein anderes Khs war beim Geburtsgespräch – konnte Baby die ersten Wochen nicht auf die Brust legen – aber geht jetzt, Bindung da
104 18.3.21	----	- letztes Jahr Geburt Tochter Juni – bei Gedanke daran, ertrage ich es schwer – viele Gefühle + Wut auf Hebamme, die mich betreut hat – früh im Khs, Blasensprung, Geburt nach 12 h – hätte sich mehr Betreuung gewünscht, ihr Mann war dabei > gut! – nachmittags Hebammenwechsel > nicht auf einer Wellenlänge „Da passiert gar nichts“, „brauchen starke Wehen“ – richtig Panik bekommen „Sie müssen sich jetzt hinlegen“ – Schmerzmittel bekommen – Hebamme immer nur „so geht das nicht“, aber nie ein konkreter Vorschlag, was am besten wäre – Herztöne schlechter, „Kind muss jetzt auf die Welt kommen“ (Ärztin) – Wehenmittel gespritzt bekommen – Geburtsbericht

		angefordert – so enttäuscht, weil 1. Geburt so schön war
105 24.3.21	Risiko-SS da Typ 1 Diabetes / Ende SS (35. SSW) – Präeklampsie > KH: Corona und Weihnachten allein!! Gelitten, wollte nach Hause / am 6.1. entschieden KS > keine Kraft mehr > KS mit Spinal-Anästhesie > Kind nach Fehllagerung nicht mehr geatmet > Neo-Intensivstation / Reanimation / Dann Schmerzen am Bein, Taubheit, Rückenschmerzen, wurde abgetan „das ist psychisch“ > Bis zum nächsten Morgen ausgehalten > Blase taub. Dann endlich Neurologe: inkompletter Querschnitt durch Einblutung bei Spinaler > Not-OP – 7 tage KH <u>ohne</u> Kind > starke Schmerzen, Morphine > Abstillen > sie hat sich aufs körperl. Fitwerden fokussiert > seelische Hilfe jetzt dran: ich helfe einordnen, Körper in Therapie mitdenken (Somatic Experience, Körpertherapie) ISPPM > Traumatherapeut mit Geburts- + Körperwissen. Bedankt sich SEHR!	----
106 1.4.21	Wunsch nach einem 2. Kind und gleichzeitig große Angst davor. Angst, eine 2. solche Erfahrung nicht bewältigen zu können.	----
107 7.4.21	Weint immer noch, wenn sie an die Geburt denkt	- Kristellergriff – Dammschnitt gegen ihren Willen
108 7.4.21	Emotionale Ausbrüche, keine Gesprächspartnerin	- aus BEL gedreht in 34. SSW – wegen Corona allein nach Geburt 1 h – Einleitung da zu wenig Fruchtwasser – Personal Stress
109 7.4.21	Immer noch Schmerzen vom Kristeller Griff	- Kristellergriff > hat davon immer noch Schmerzen beim seitlichen Liegen
110 7.4.21	Ist verzweifelt, weiß nicht, wohin sie sich wenden soll.	- unangekündigt Wehentropf angelegt und Dammschnitt gemacht Zitat der Ärztin: „Jetzt weinen Sie nicht!“ – Die Frau schildert: Zitat „Ich steh unter der Dusche und fass mich an und fühl mich wie verkrüppelt“
111 14.4.21	Belastung durch Geburt: Schlimme Erinnerungen, grübelt viel, weinen, Traurigkeit, Ausgeliefert, Schuldgefühle, nicht verstanden werden von anderen (vag. Geburt mit vielen Interventionen, die sie z.T. erst über die KK-App erfahren hat (!) z.B. FB öffnen, Dammschnitt, Kristellern, Beine festgehalten, in Rückenlage gezwungen, Oxy. Tropf, „die wollten, das es ganz schnell geht, obwohl meine Geburt nur ein paar Std. gedauert hat.“ Erlebte Wochenbett-Hebamme als <u>sehr</u> hilfreich und verständnisvoll – diese hat auch Therapie angebahnt. Da geht sie schon hin: „Anpassungsstörung“. Sie war viel allein unter Geburt. Trauma, Entwicklungsaufgabe ins Muttersein +	----

	Heilungswege erklärt + sie sehr bestätigt, dass sie sich gut um sich kümmert!	
112 15.4.21	Die Geburt war vor genau einem Jahr und es kommen gerade viele Gefühle, Trauer weil sie keine natürliche Geburt erlebte..., wollte mit jemanden Neutrales darüber sprechen, weil sie das Gefühl hatte, da gibt es noch etwas aufzuräumen-- (Fragebogen erste Seite: Beckenendlage, keine Wehen)	----
113 21.4.21	Gefühl ne postpartale Depression zu bekommen - Oder zu haben----- (Fragebogen erste Seite: Wollte Unterstützungsangebote, Geburtshilfe wurde zur Geburtsbehinderung)	- Geburtshilfe wurde zur Geburtsbehinderung – Aussage von Hebammen Niederschmetternd – Ärztin kristallert – Hebamme MMDehnung schlimmste Schmerzen ever – Scheiden + Dammriß Op März 21 Narbenkorrektur – echt heftig
114 22.4.21	Grosse Selbstzweifel aufgrund von vielen kleinen Demütigungen und Bewertungen seitens ihrer Wahlhebamme und der Hebamme im Krankenhaus.	---- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 23.6.21: 2. Schwangerschaft. Frau hat viele kleine Beleidigungen erlebt. Fing an zu pressen, hatte Stuhlgang. Ihr Mann bat die Hebamme abzuwischen und die sagte: „Ich bin doch nicht dafür da, ihrer Frau den Po abzuwischen.“ Der Mann war sehr verletzt, die Frau weinte.)
115 22.4.21	----	Frau hatte nach sehr langer Kopfgeburt einen Dammschnitt und einen DR III (höhergradiger Dammriss, d.h. der Schließmuskel ist teilweise oder voll-ständig gerissen / Wikipedia). Der ihr noch sehr lange Beschwerden gemacht hat und hat jetzt Angst, dass es ihr wieder so geht. Sie erwartet im Juli ihr zweites Kind.
116 28.4.21	Geburtstrauma vor 6 Jahren, BEL-spontan-Entbindung, Kind leblos – nur knapp überlebt – Bindungsproblem + Selbstvorwürfe desw	Über Therapiemöglichkeiten für Mutter gesprochen, aber im Fokus stand das Erzählen („Loswerden der Geschichte“)
117 28.4.21	Geburtsbericht angefordert, wollte verstehen, was damals passiert ist	Fragebogen ist schwierig und zu umständlich formuliert. Anmerkung der Hilfesuchenden – das gleiche Empfinden habe ich auch----- (Nachfrage per Email Antwort am 28.4.21: Die Anruferin hat sich nach 7 Jahren getraut, das Geburtsprotokoll von der Klinik zu verlangen. Ihr Anliegen war, dieses Protokoll im Gespräch durchzugehen, um zu verstehen, was damals geschehen ist und ob sie etwas falsch gemacht hat.)
118 29.4.21	Weint wegen der Geburt	BEL und äußere Wendung in SS – Baby mit Saugglocke geholt – es war so schlimm für sie auf die Ärztin warten zu müssen, unerträgliche Schmerzen – unangekündigter Dammschnitt
119 12.5.21	Wunsch nach 2. Kind	Notkaiserschnitt: Muttermund nur 3 cm - Dauerwehen. Schmerzmittel, Herztöne verlangsamt, Blutung - Vollnarkose, Bluttransfusion > 1,5 L verloren - Nochmals ins Krankenhaus 1 Woche nach Entbindung > 5 Tage Aufenthalt > Familien zimmer hat Sohn mitnehmen können! Mutter wurde gut Zeit f. Bonding

		nach dem Aufwachen aus der OP gegeben. Stationsärztin hat explizit dafür gesorgt, daß Vater immer zu Mutter + Kind konnte!
120 12.5.21	Eilige Section und Gefühle die Hochkommen	diese Frau war ganz gut bei sich und mit der Hebamme ... Und der Druck des Arztes hat sie rausgerissen (Knackpunkt) und das Untersuchen im Bett. > Heutige SS will sie sich im Stehen untersuchen lassen. Habe sie in ihrer Kompetenz bestärkt.
121 12.5.21	Läßt sich Unterlagen d. Klinik geben > Rechtl. Schritte ..... Geburt wurde als sehr gewaltvoll empfunden. - ohne Infos zu geben. Schichtwechsel.	- Klitoris, Scheiden + Dammschnitt - Geb. 10 Tage her. pda in Rückenlage - Tampon vergessen. > Nachbluten - Narbe schmerzt, drückt auf den empfindlichsten Teil der Klit.
122 12.5.21	----	(Fragebogen erste Seite: Geburtshaus! Wo sind Glücksgefühle)
123 19.5.21	----	> nach dem Hebammenwechsel ist es ver-rutscht, die Neue Hebamme war nicht menschlich und eher kalt ...
124 20.5.21	wird Bilder von der Geburt nicht los sieht sich in Ecke des Kreissaals ist nicht bei sich – Schuldgefühle gegenüber Tochter (Baby) – Unverständnis für sich selbst----- (Fragebogen erste Seite: Bin im Kreissaal außer mir - stehe in der Ecke + schaue zu!)	keine geeignete Hilfe vor Ort – ländl. Gebiet
125 20.5.21	Fühlt sich nicht wohl in ihrem Körper, Angst vor Sexualität, Aussage der Frauenärztin: „Sie hatten eine traumatische Geburt, wenden Sie sich an eine Hebamme“	----- (Zusatzinfo aus Videokonferenz am 23.6.21: 1. Schwangerschaft. Ihr Mann hat sie kurz nach der Geburt verlassen. Als die Frau erzählte, wusste sie nicht, dass sie ein Trauma hat – merkte erst im Gespräch, wie nötig sie es hatte, sich auszusprechen.)
126 26.5.21	Unsicherheit ob ihre Wahrnehmung überhaupt stimmt	Frau war unsicher ob Sie sich nicht täuscht und sie keinen Anspruch auf das Hilfefon hat. Als Rettungssanitäterin sah sie sich eher als zu verweichlicht an, als als wirklich Betroffene. Sie hatte einen Filmriss während der Geburt, als Arzt und Hebamme in einen Disput gingen über die nächsten Schritte und erinnert sich nicht. Als das Kind geboren war und schrie kam sie wieder zu/in sich. Der Partner (Chirurg) lobte die wunderbare entwicklung des Kindes durch Vacuum oder das Setzen der PDA (obgleich sie nicht saß) und die Frau als psychisch überempfindlich bezeichnet wurde. Erst nach dem setzen einer weiteren PDA erlebte sie Schmerz Armut. Mein Vorschlag bzgl. einer Unterstüzung von außen zur Auflösung der wiederkehrenden ERinnerungen erwiderte sie, dass sie schon ganz anderes erlebt habe und überlebt habe. Stellt zwar die erlebte Erfahrung irgendwie als normal in Frage, gleich-zeitig belächelt sie jedoch die Hilfsangebote der Anderen und macht sich darüber lustig. Ich biete ihr an, sich erneut zu melden sollten meine Hinweise in ihr nachhallen.

127 26.5.21	erneute Schwangerschaft und jetzt kommt Angst –33 Schwangerschaftswoche	Die Frau fühlt sich überrumpelt von der Intensität der Schmerzen und fand in der Hebamme keine wirklich klare Orientierung und Hilfe. =allein gelassen.
128 27.5.21	Angst vor Zukunft wg. Beckenbodenschwäche, Depression	- 1. Kd. mit 1. Mann vor 6 Jahren, blöde Geburt, DR IV – 2. Kd. schöne Geburt gewünscht. Einleitung(wg. Verwachsungen von Laser-OP am Uterus keine eigene WT möglich). Anfangs schön, dann HT verlangsamt; VE, abgerutscht. Forceps, VHL nicht erkannt, Kind 3 T. auf Intensiv in anderer Klinik, Einbltg. in Netzhaut. Mutter Atonie > Bauchschnitt (> 2 l BV) „zum Gucken“. Blasensenkung, Urin- u. Stuhlinkontinenz
129 27.5.21	Traurig	Versagensgefühle wegen Wehensturm, nicht mehr mit Wehen umgehen können, nicht nach Schmerzmittel gefragt, manchmal mußte Hebamme hinaus, gefühlt lange Geburt. 10 Std. ohne Mann (nicht so schlimm, da WT mäßig). Viel liegen müssen wg. CTG, das tat sehr weh, konnte nicht ruhig atmen in Liegen. „Stelle ich mich an?“ Selbstanbindung / Coregulation

## **Anhang 5 Zufriedenheit / Unzufriedenheit der Zielgruppe**

Auswertung und Ergebnisse zu Frage 8. / Fragebogen Seite 1

„Was hätten sich die Anruferinnen noch bzw. anders gewünscht“)

### A Einteilung der Ergebnisse in Gruppen (n = 129)

1. Keine Veränderungswünsche 39,5 % (n= 51)

Die Beantwortung erfolgte eindeutig verneinend mit:  
Nein; nichts; nichts direkt; nein nichts; nichts, keine konkreten Erwartungen, oder es wurde nur ein Strich gesetzt.  
Weiterhin wurde die Verneinung häufiger positiv eingekleidet:  
Nein, alles gut. Alles gut. Nicht für das Telefon aber für die Geburt Vieles. Gut, dass es das gibt. Nichts, war Gold wert. Jaa! Nichts, war super so. Nichts weiter, war gut. Gut so. War gut. Alles gut. Nein, so erwartet, alles beantwortet. Nee, toll. War gut. Alles o.k. so wie es ist. Erwartungen erfüllt.
2. Veränderungswünsche 34,9 % (n = 45)
  - 2.1. Bezogen auf die Telefonzeiten (n = 14):

Längere Zeit. Mehr Anrufzeiten, da es Tage gibt mit großem Hilfebedarf. Häufigere Anrufzeiten. Mehr Zeit. Mehr Zeiten – hat drei Wochen versucht anzurufen – Mail anbieten! Sehr geholfen, bessere Zeiten, mehr Abendtermine, mehr Werbung. Dass es möglich wäre einen Telefontermin wöchentlich zu vereinbaren, um darüber zu sprechen. Längere Zeiten, mehr Tage/Anrufmöglichkeiten anzurufen (Hilfetelefon schwer zu finden im Internet). Öfters. Nur zwei Tage? Jeden Tag wäre toll, und dass die Beraterinnen bezahlt werden! Mehrere Stunden pro Woche. Mehr Uhrzeiten. Mehr Zeit.
  - 2.2. Bezogen auf den Zugang (n = 8):

Hat die Telefonnummer sehr schwer gefunden; Link bei Motherhood ebenfalls nicht deutlich zu finden; plädiert für eine Chat-Variante – zusätzlich ... da es auch Überwindung kostet persönlich zu sprechen und sie z.B. das anfangs nicht konnte. Super gut, sofort durchgekommen. Wöchentlicher Termin nicht bekannt (Anruf aus Italien). Telefonqualität schlecht (Anm. der Beraterin: Akku am Telefon leer, deswegen Lautsprecher). Auch ältere Frauen. Wunsch, dass man es einfacher zu findet. Zeiten sind schwierig. Nicht gut erreicht.
  - 2.3. Bezogen auf die Beraterin (n = 5):

Für Rückfragen mit derselben Person sprechen (Beraterin). Dass man den Therapeut mit Namen kennt. Anonymität nicht gut. Direkter Kontakt? Fühlte mich gehört.
  - 2.4. Bezogen auf die Beratungsinhalte (n = 15):

Rubrik für viele Mamas haben sekundäre Infertilität & Neid auf andere Mamas mit einfachen Geburten. ... Vielleicht manche Infos schriftlich? Hätte mir mehr medizinisches Fach- und medizinisches Rechtswissen gewünscht. Zauberstaberwartung (Anm. der Beraterin). Verbindliche Vermittlung von Therapeuten. Keine Vorschläge erhalten. Hoffnung, dass ihr gesagt wird, dass sie keine Depression hat. Konkrete Adressen für Ansprechpartner in meiner Wohngegend so dass ich diese nicht selbst auf der Webseite raussuchen muss. Medizinische Auskunft erwartet. Antworten auf Fragen der Zukunft. Erwartung medizinisch richtig oder falsch. Konkrete Adressen – auf Seite selbst Adressen/PDFs nennen. Direktere Empfehlungen. Sie sitzen in Bonn, leider nicht in Oldenburg > hätte mir konkrete Kontakte/Adressen gewünscht. Sie hätte gern ein Patentrezept bekommen, das ihr das Karussell im Kopf abstellt.
  - 2.5. Sonstiges (n = 3):

Weiß nicht. Weiß nicht, was es sonst noch für andere Maßnahmen gibt aber hat einen Therapeuten. War gut für ein erstes Gespräch.

3. Ohne Angabe

25,6 % (n = 33)

Zusätzliche Mitteilungen/Kommentare angestoßen durch Frage 8:

Vollkommen zufrieden / super, dass es so was gibt – ich werde sofort recherchieren + mir Hilfe vor Ort suchen.

Es ist so wichtig, dass Frauen bezüglich ihrer Emotionen und Erfahrung gehört werden / bei ihr war es so, dass sie sich vergewaltigt gefühlt und schwer traumatisiert war.

Sehr großer Bedarf für das Telefon – viele Frauen bzw. Freunde haben Themen dieser Art.

Es war gut mit jemanden sprechen zu können, Ratschläge zu bekommen und zu hören, dass es anderen auch so geht.

Erstmal froh, dass Sie mich ernst genommen haben und Lösungen angeboten haben – ich fühle, ich muss es jetzt machen, aktiv werden.

Es ist so gut, dass es so was gibt. Ich hoffe, es rufen noch viele Frauen an. Mir hat das total gut getan.

Fühlte mich von Dir angenommen! Super! Wahnsinn, dass ich über so ein intimes Thema mit einer Fremden sprechen kann! Danke.

B Auswertung im Hinblick auf den Aspekt „Zufriedenheit“

(ohne Angabe 33, n = 96)

Zu 1. - 51 Anruferinnen hatten ausdrücklich keinerlei Wünsche bezüglich einer Veränderung des Hilfetelefon. Dabei wurden 16 Antworten zusätzlich positiv eingekleidet, beispielsweise „nichts, war Gold wert“, „nichts, war super so“ oder „nein, so erwartet, alles beantwortet“, was sogar auf hohen Grad an Zufriedenheit hinweist.

Zu 2. - In Gruppe 2.1. (Telefonzeiten) wurde von 14 Frauen übereinstimmend zum Ausdruck gebracht, dass mehr/häufigere Anrufzeiten, mehr und längere Zeiten sowie Anrufmöglichkeiten und –zeiten angeboten werden sollten, was im Hinblick auf das Hilfetelefon Zufriedenheit ausdrückt, da der Wunsch nach einer zeitlichen Ausdehnung des Angebots deutlich gemacht wird.

In Gruppe 2.2. (Zugang) ließ eine Frau positiv vermerken, dass sie sofort durchgekommen sei. Eine weitere äußerte Zufriedenheit, dass das Hilfetelefon auch älteren Frauen offen steht.

In Gruppe 2.5. (Sonstiges) wurde die Zufriedenheit enthaltende Äußerung einer weiteren Frau notiert, dass die Beratung „gut für ein erstes Mal“ war.

Im Hinblick auf die Einschätzung der Zufriedenheit ergibt sich somit das Ergebnis:

Zufriedene Stimmen (68) = 70,8 %

Unzufriedene Stimmen (28) = 29,2 %

## Anhang 6 Exploration Schritt 1

(Quartal I – V; 2 ohne Angabe; n = 127)

Abkürzungen siehe im Abkürzungsverzeichnis

Die rechtsseitigen Spalten enthalten ergänzend quantitative Angaben (Fragebogen S.1)

- A Bewertende Ziffer der Anruferin zu Frage 6., Fragebogen S. 1: Befinden unmittelbar bei Geburt, Befinden 4 Wochen nach Geburt, Befinden 8 Wochen nach Geburt.
- B Bewertende Ziffer der Anruferin zu Frage 5.: Eingriffe, die nicht erklärt oder erklärt und nicht verstanden wurden.
- C Bewertende Ziffer der Anruferin zu Frage 3.: Erleben der Schwangerschaft.
- D Angabe der Anruferin zu 1.8.: Wie lange liegt die Geburt zurück?

Weiterhin: Einfluss von Corona auf den Geburtsverlauf: In grauer und kursiver Schrift  
Einfluss des Geburtsverlaufs auf die Mutter-Kind-Beziehung / Bindung: In fetter Schrift

### A Deduktive Kategorienanwendung:

#### **K1 - Körperliche Misshandlung (n = 4)**

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
47	KV, schwer traumatisiert, medikamentiert, arbeitsunfähig, suchte Vermittlung einer Therapie. Seine Frau und er hatten die Geburt sehr gut vorbereitet. Beleg-HB war in der Klinik jedoch wie ausgewechselt, hielt sich nicht an Absprachen, von ihr ging starke Gewalt aus. KM fühlte, wie sie sie bei vaginaler Untersuchung vergewaltigt.	x - x - x	6,5	5	163
66	Frau am Ende ihrer Kräfte. Geburt eines schwer behinderten Kindes, seltener Gendefekt. Keiner hat ihr geholfen. Sie wurde festgebunden. <b>Sie hat das Kind erst nach vier Wochen gesehen.</b> Keine Selbstfürsorge.	10 - 10 - 10	10	8	1095
99	Wollte mit neutraler Person über die Geburtserfahrung sprechen, die sie versteht. Einleitung, uninformierte Vorbereitung auf KS, Narkose klappte nicht, trotz Bitte wurde nicht auf den Mann gewartet – er kam zu spät. Arme festgebunden, ausgeliefert gefühlt. Nicht nachvollziehbare Anweisung erhalten, alle zwei Stunden zu stillen.	2 - 10 - 8	10	2	152
111	Uninformierte Interventionen, Beine festgehalten, in Rückenlage gezwungen. Unter der Geburt alleine gelassen.	5 - 8 - 7	10	5	152

#### **K2 - Sexueller Missbrauch (n = 0)**

#### **K3 - Verbale Misshandlung (n = 6)**

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
7	Trauer nach ihrer Trennung vom KV, Flashbacks vom Kreißsaal, im KH eine nicht erkannte Gürtelrose mit starken Schmerzen bekommen, als Hypochonder bezeichnet worden.	10 - 5 - 6	10	3	122

43	Geburtshausgeburt mit Komplikation > Verlegung ins KH. Uterus raus-gespreßt, hoher Blutverlust, das Herz der Mutter setzte aus. Der Mutter von Seiten des Hilfesystems die Schuld zugewiesen, auch von der beratenden Psychologin, weil sie für die Geburt ins GH gegangen war.	10 - 5 - 7	0	5	84
57	Übergriffigkeit, massiver psychischer Druck, entmündigt. Traumatische Reaktion: Zittern, Schuldgefühle, Hilflosigkeit. Keiner reagierte, Hilfesystem sprach ihr die Schuld zu. Kaum familiäre Unterstützung (HG > KH > KS).	10 - 1 - 1	5	3	122
62	Heftige Übergriffe der HB nach Entbindung, Bevormundung, diskriminierende Behandlung.	10 - 5 - 4	7	0	183
104	Keine Wellenlänge mit HB, nur negative Kommentare erhalten, keine Vorschläge. Mit Stress und Panik reagiert. Enttäuschung.	7 - 4 - 3	4	5	9 Mo
114	Demütigungen seitens Wahl-HB und HB im KH. Mit großen Selbstzweifeln reagiert.	3 - 5 - x	0	2	42

#### K4 - Stigmatisierung und Diskriminierung (n = 0)

#### K5 – Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung (n = 26)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
1	KS mit Vollnarkose ohne Vorwarnung, <b>Bruch zum Kind.</b>	8 - 6 - 10	9	1	183
19	Kind Sternengucker, <i>Mann bei Op nicht dabei gewesen</i> , unerfahrene Hebamme, Kind weg ohne Erklärung, Ärztin weg während des Zunähens. Schwarz vor Augen, Schwäche.	3 - 5 - 7	6	5	56
21	Guter Start, dann entglitten. Heftigkeit der Wehen nicht ernst genommen worden. Fehlende Empathie und Missachtung. Unkundiger übermüdeten Arzt und Hebamme kamen nicht gleich, unprofessionelles Vernähen.	4 - 7 - x	9	2	39
23	Zwillingsgeburt, Einleitung, ewig Wehen, ungewollte PDA, verbaler Druck von Hebamme, Katheter, sehr schmerzhaftes Interventionen und KS. Panik, hyperventiliert, Hörverlust, immer wieder weggetreten. <b>Keine richtige Bindung zu den Kindern. Zuvor generalisierte Ängste, jetzt auf die Babys bezogen.</b> <i>Mann durfte nach Geburt nur 1 Std./Tag ins KH kommen.</i>	10 - 5,5 - x	0	1	21
28	War nicht richtig sediert, PDA wirkte nur halbseitig, KS.	----	9	0	63
35	Schnelle Geburt, Hebamme kaum da gewesen, viel allein, Geburtsplan wurde scheinbar nicht gelesen, nicht ernst genommen, Kind kam für zwei Tage in die Klinik.	1 - 2 - 5	0	6	122

45	Ohne Kontaktaufnahme von Oberarzt aus dem gut verlaufenden Geburtsablauf gerissen und Sectio durchgeführt.	2 - x - x	0	1	14
53	Mitteilungsbedarf, Verständnislosigkeit zu schlechter medizinischer Versorgung unter der Geburt. Immer noch Schmerzen von schlechtem Vernähen, musste unter Narkose wiederholt werden und war hinterher nicht besser. Jetzt wieder schwanger. Hofft dieses Mal auf eine bessere Erfahrung.	9 - 7 - 7	5	6,5	730
58	Fassungslosigkeit. Bei PDA wurde RM getroffen. RM ging verloren, sie konnte erst nach dreizehn Tagen wieder laufen, hatte unerträgliche Schmerzen.	0 - 5 - 4	0	5	91
59	Symphysenschmerzen, im KH geblieben, <i>Corona – viel allein</i> . Mittags ins KH, früher Morgen Einleitung, starke Wehen, Gel, Wehensturm, schreckliche Schmerzen, niemand da, Versagensgefühle, Hypno (Anm. der Verfasserin: Eine Art der Geburtsvorbereitung) funktionierte nicht mehr, ausgeliefert gefühlt, zwölf Stunden Wehensturm, PDA, Sectio. <b>Kind kurz gesehen, hat geschrien.</b> <i>Mann und Kind wurden gleich rausgeschickt, wahnsinnige Hilflosigkeit, ihren Mann vier Tage nicht mehr gesehen.</i> Stillen klappte nicht, wenig Unterstützung. Sie dachte, sie wird verrückt; alle waren überfordert. <b>Jetzt gute Beziehung zum Kind,</b> Emotionen schwanken, Alpträume.	0 - 8 - 6	0	6	183
73	Frau noch belastet von schwieriger erster Geburt, hatte für die 2. deswegen KS überlegt. Dann war es wieder schwierig: Ausgeliefert; allein gelassen; nicht gehört worden; Schmerzen; <i>Mann sollte ab regelmäßigen Wehen dazu kommen und durfte dann doch nicht;</i> PDA; die HB schrie sie an.	9 - 5,5 - x	x	x	28
76	Blasensenkung nach traumatischer Geburt. Wollte keinen KS, viele uninformierte Interventionen, Kristeller, Zum Pressen bewegt ohne Presswehen zu haben, Folgeverletzung davon getragen. Noch im Schock.	3 - 7 - 7,5	3	1	49
77	Einleitung, Wehenmittel drei Tage, PDA hat nicht gewirkt. Kind musste in der Klinik reanimiert werden, dazu keine Aufklärung erhalten. Fixierung während KS, durfte nicht stillen.	10 - 9 - 9	10	9	4745
81	Schwangere Frau (3. Kind) suchte während Familienbesuch wegen hohem Blutdruck eine Klinik auf, wo sie ohne Aufklärung wegen „Eilige Geburt ohne Notfall“ dazu gebracht wurde, auf der Stelle zu gebären. Kann sich damit nicht abfinden.	2 - 8 - 7	10	6	119
85	Trauma von vor sieben Jahren wurde durch ein Gespräch ausgelöst –	8 - 1 - 1	5	1	2555

	Flashbacks. Blasensprung, keine Wehen, Cytotec, Wehensturm. Extrem schmerzhaftes Dehnung des MM (Arzt), PDA verrutscht und KS bei vollem Bewusstsein, dann Vollnarkose. Nicht ernst genommen worden.				
90	Op – KS, Betäubung saß nicht richtig, alles miterlebt, Plazenta gerissen, <b>Kontakt zum Kind erst zwölf Stunden später</b> . Frau sprach zum ersten Mal darüber.	10 - 5 - 5	2	4	183
91	Notkaiserschnitt mit Vollnarkose ohne dass über die Narkose aufgeklärt wurde. Erste Symptome bereits im KH. Wollte die Bedeutung ihrer Symptome verstehen und wissen, ob sie Psychotherapie braucht.	5,5 - 3 - 7	10	2	183
92	Belastende Geburtserfahrung wg. KS, sehr verloren gefühlt, keiner hatte Zeit (mehrere Geburten zeitgleich), <i>zu-sätzlich durfte ihr Mann nicht in den Kreißsaal.</i>	2 - 8 - 6	0	2	74
95	Sechs Tage Wehen, Kind steckte fest, das wurde nicht erkannt. PDA. KS. Übergangen worden, viel zu wenig Unterstützung.	7 - 7 - 7	4	2	122
101	Anfangs gut verlaufene Geburt mit dramatischem Abschluss. Einsatz der Saugglocke ohne Erklärung. Große Ohnmacht, Dissoziation, immer wieder geweint, Angst verrückt zu sein.	5 - x - x	0	0	17
107	Weint immer noch, wenn sie an die Geburt denkt. Kristellergriff, Dammschnitt gegen ihren Willen.	0 - 9 - 9	2	2	379
110	Unangekündigter Wehentropf und Dammschnitt. Ärztin: „Jetzt weinen Sie nicht!“ Gestörte Selbstwahrnehmung, Verzweiflung, wusste nicht, wohin sie sich wenden soll.	5 - 3 - 4	7	2	91
113	Frau hat das Gefühl, eine postpartale Depression zu haben oder zu bekommen. Extrem schmerzhaftes MM-Dehnung (HB), niederschmetternde Aussage von HBen, Kristellergriff (Ärztin), Scheiden- und Dammriss, OP zur Narbenkorrektur notwendig.	----	1	----	183
118	Baby mit Saugglocke geholt. Es war sehr schlimm für sie, auf die Ärztin warten zu müssen, Schmerzen, unangekündigter Dammschnitt.	8 - 4 - 3	2	8	63
126	Unsicherheit, ob ihre eigene Wahrnehmung stimmt. Hatte Filmriss während der Geburt, als Arzt und Hebamme über die nächsten Schritte disputierten und kam erst wieder zu sich, als das Kind geboren war und schrie (selber Rettungssanitäterin).	1 - 4 - 5	8	2	821
128	Angst vor der Zukunft, Depression. Einleitung, eigene Wehentätigkeit wegen Verwachsungen eingeschränkt, anfangs schön, dann fielen die Herztöne	10 - 9,5 - x	----	0	32

	des Kindes, VE rutschte ab, Zange eingesetzt, VHL nicht erkannt, Kind 3 Tage auf Intensiv, Mutter Atonie, Bauchschnitt, Blasensenkung, jetzt Urin- und Stuhlinkontinenz.				
--	--	--	--	--	--

### K6 – Mangelnde Übereinstimmung

#### Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern (n = 14)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D
6	Schwere Belastungsfolgen von der ersten Geburt haben in Form von Sorge und Angst die zweite Geburt beeinflusst, die wieder schwierig verlief. Unfähigkeit zu pressen, gehemmt, Entscheidungsunfähigkeit, Fluchtimpuls, unsensibler Umgang des Arztes, fehlendes Erfolgsgefühl wie bei einer Prüfung bestanden nur mit „Ach und Krach“, <i>Mann durfte nicht mit auf Station, Maskenpflicht, Babybett fehlte.</i>	4 - x - x	0	6	2
11	Schöne Schwangerschaft und Geburt. zehn Min. nach Geburt überfallartige Not-Op. Arzt: „Sie müssen weg“ „Wohin?“ „In den OP.“ Innere Verletzungen und Blutungen, viel geweint, Trauma, Schock. Unverständiger Partner, Angst vor Sexualität, <b>Angst, das Kind ab zu geben.</b>	10 - 6 - 5	5	3	335
13	Viel Druck, unsensible Begleitung, zu schnelle Geburt.	6 - x - x	8	7	7
17	Hat das Bedürfnis zu verarbeiten. Übergriff durch die Oberärztin, dadurch wurde die Geburt als sehr heftig empfunden. <i>Corona wirkte sich auf die Schwangerschaft aus.</i>	9 - x - x	10	5	10
38	Ist HB und hat entbunden, wo sie sonst arbeitet. Hat alle Kollegen als entwürdigend und übergriffig erlebt. Schämt sich für ihr Verhalten bei der Geburt.	7 - 5 - 7	0	0	183
55	Zu schnell, es wurde über sie hinweg entschieden. Kaum Stressresistenz, Schuldgefühle.	8 - 10 - 7,5	2	0	274
46	Klinikhebamme, entband im GH, Passung mit der Geburtshaus-hebamme schwierig, nach Öffnung der Fruchtblase Überleitung ins KH, Kind musste intubiert werden. <b>Schuldgefühle dem Kind gegenüber.</b>	0 - 10 - 4	0	7	91
67	Durfte sich nicht bewegen, wurde im Schlaf untersucht. Kristellergriff. Kein Kontakt zur Gebärenden, wurde unfair und wertlos behandelt.	----	----	5	1460
72	Übergriffe während der Geburt, Unsensibilität der HB, Druck, Zeitdruck, Intimitätsgrenzen wurden mehrfach überschritten.	7 - 7 - 4	3	6	91
80	Angst, die Kontrolle zu verlieren, Todesangst, Überforderung trotz guter Bedingungen und gutem Verlauf im	9 - 5 - 1	1	0	122

	GH. Sehr starke Scham. <b>Angst, dass das Kind stirbt.</b> Keiner verstand das.				
102	Hoch belastete Schwangerschaft – hat sich sieben Wochen sieben Mal täglich übergeben und schwere Ischiasbeschwerden: Wurde mit der Belastung nicht ernst genommen. Weiterhin hoch belastet. Ist unsicher ob sie weitere Kinder will.	10 - 5 - 3	0	7	243
105	Risiko-SS, 35. Woche, Präeklampsie, KH. <i>Weihnachten wegen Corona ganz allein.</i> Im Januar (Anm. der Verfasserin: Datum anonymisiert) für KS entschieden. Kind hat nicht geatmet und musste in die Klinik. Ihre Schmerzen im Bein wurden als „psychisch“ abgetan. Am Folgetag stellte sich ein inkompletter Querschnitt durch Einblutung heraus, Neurologe > Not-OP, <b>sieben Tage KH ohne Kind</b> , nach körpl. Aufbau jetzt um die Seele kümmern.	6 - 6 - 6	4	6	79
120	Gemeinsam mit der HB gut verlaufende Geburt. Der Druck und die Untersuchung des Arztes hat sie herausgerissen.	1 - 4 - 6	3	7	1095
123	Nach Schichtwechsel der HB ist es verrutscht: Die eingewechselte HB war nicht menschlich und eher kalt.	5 - 7 - 8	8,5	1	213

#### K7 – Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems (n = 3)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
25	Geburtshausgeburt, Blutungen aufgetreten, Überleitung ins KH; dort waren eine unerfahrene HB und eine junge Ärztin mit der Situation überfordert.	10 - 6,5 - 5,5	8	4	183
71	Kann nicht vergessen, was passiert ist: Rein und Raus, Einleitungen, Kreißsaal überfüllt, Wehen ausgeblieben, PDA, Wehentropf, Sectio. Kind wurde fallen gelassen.	10 - 7 - 5	0	3	122
108	Emotionale Ausbrüche und keine Gesprächspartnerin. Einleitung wegen zu wenig Fruchtwasser. <i>Wegen Corona eine Stunde allein nach Geburt.</i> Personalstress.	8,5 - 6,5 - 5,5	2	3,5	112

#### B Induktive Kategorienentwicklung:

#### K8 - Geäußerter Hilfebedarf I – Schwere Folgebelastungen (n = 34)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
2	KM geht es extrem schlecht, war bereits an vier Anlaufstellen, ohne Erfolg. Heftige Geschichte, schwere PTBS und Depression.	8 - 6 - 10	8	1	122
9	Hochrisikopatientin (Mukoviszidose), kam in Lockdown, <i>Mann wurde zu spät gerufen, war ganz allein</i> , Flashbacks aufgrund Geburtserfahrung.	7 - 4 - 4	7	5	91

14	Erschreckt von viel Blut, Kind zu klein, Horrorvorstellung, was aus dem Kind wird, <b>mangelnde Bindung zum Kind.</b>	10 - 7 - 5	0	7	91
18	Hatte ihre Geburt in dem KH, wo sie selber als HB arbeitet. Dabei wurden starke Schamthemen ausgelöst. <b>Zu wenig Bindung zur Tochter.</b>	5 - 7 - 5	1	5	134
20	Sehr schwierige Familienzustände, unzuverlässiger Partner, viel Streit, war schon zur Abtreibung beim Arzt und hat dann doch für das Kind entschieden. Viele Themen und Redebedarf.	1 - 10 - 9	9	9	1095
22	Einleitung, Blasensprung, kein Geburtsfortschritt.	5 - 7 - x	2	6	26
27	Traumatische SS, Geburt und erste Monate.	10 - 8 - 5	----	10	122
31	Viele Klinikaufenthalte, Zusammenbrüche, Depression; zum ersten Mal über Eheprobleme, massive Schuld- und Schamgefühle gesprochen; <b>massive Bindungsprobleme zum Kind</b> (rief aus der Psychiatrie an).	8 - 3 - 8	0	7	1460
32	Frau noch unter Schock, massive Vorfälle: Plazenta percreta, Blutverlust, Not-Op Gebärmutterentfernung, künstl. Koma, Nahtoderfahrung - sie wollte wissen, ob Psychotherapie helfen kann	1 - 8 - 6	0	2	122
36	Starke Schmerzen nach Dammschnitt, Verkehr nicht mehr möglich.	7 - 10 - 6	0	0	274
39	Frühgeburt, starke Blutungen, Plazentaablösung, sechs Wochen Neo-Intensiv mit Beatmung und Magensonde, Mutter weint immer, wenn sie davon erzählt, Gewöhnung an Umgang mit Frühchen, möchte Folgebelastung bearbeiten, überlegt Psychotherapie.	10 - 8 - 6	0	0	182
51	Traumatisch lange Geburt, 72 Stunden Wehen und Sectio. Frau weinte viel, fühlt sich als Versagerin, auch bzgl. des Stillens. <b>Große Angst um das Kind.</b>	9 - 8 - x	4	1	28
54	Gute Selbstfürsorge und großer Bedarf. Unverarbeitete Not-Sectio nach Überleitung vom GH ins KH.	8,5 - 4,5 - x	0	0	28
56	Hohe Belastung, soziale Isolation <i>Angst wegen Corona-Maßnahmen</i> . Nach Geburt Uterus Vorfall, Intensivstation, lebensbedrohlicher Zustand, jetzt Reha.	10 - 10 - 10	1	3	122
64	Akute Panikattacke, brauchte sofort jemanden zum Reden. <b>Hat Angst, dass ihr Kind stirbt.</b> Das Kind ist jedoch fidel und gesund.	0 - 0 - 0	1	8	183
60	Muss mehrfach täglich an die schlimme Geburt denken. Einleitung mit Cytotec (neun Tabletten in zwei Tagen). Sehr viel Redebedarf. Sechs Jahre Kinderwunschtherapie, schon vorher Probleme gehabt, war bis Mitte des Jahres in Therapie.	5 - 5 - x	0	3	25
61	Schwierigkeit bei der Geburtsverarbeitung. Im GH war alles gut, Die Fahrt	10 - 7 - 5	7	0	42

	nach und die Erfahrung in der Klinik waren schrecklich.				
63	Nach zwei Jahren immer noch im WB-Blues. <b>Kommt mit der Tochter nicht gut in Verbindung.</b>	0 - 9 - 9	0	7	730
68	Ein Jahr nach der Geburt noch sehr belastet, muss weinen, wenn sie daran denkt. Wusste nicht, wohin sie sich wenden soll.	10 - 10 - 7	1	0	365
70	SS-Diabetes, drei Tage Einleitung, keine Wehen, dann erste Wehe, Kristellergriff, Saugglocke und Kind war in zwei Stunden da. Zu schnell. <i>Ohne Mann wegen Corona.</i> <b>Kind hat die ersten Tage nur geschrien, dann drei Monate 24 Std. auf dem Arm.</b> Frau kam mit der Frage, wie man eine Traumatisierung beim Kind erkennt.	10 - 10 - 10	10	----	243
74	Frühgeburt in der 35. SSW, Kaiserschnitt, Kind zu klein, Stress. Ungute und sich drehende Gedanken. Beraterin schätzt Vorliegen einer PTBS ein.	2,5 - 3 - x	0	5	35
75	Frau will Sectio ungeschehen machen und war sehr wütend, dass sie jetzt eine Narbe hat. Die Sectio war eine notwendige Hilfe für das Kind in Not.	5 - 6 - 8	0	6	91
82	Frau ist Hebamme, hat die Geburt selbst gesteuert. KS, hat Versagens- und Schuldgefühle, es nicht hinbekommen zu haben. Es wird schlimmer, sie will niemanden belasten.	3,5 - 6 - 9	0	1	517
83	Traumatisierung lag schon vor Geburt vor, künstliche Befruchtung. Frau fühlte sich verletzt, jammerte und schimpfte, kann nicht mehr arbeiten. War für Interventionen jedoch nicht zugänglich.	10 - 10 - 10	0	1	122
87	Akute psychische Krise, Geburt mit PDA und VE, anfangs verzweifelt, konnte sich gut fangen, erkannte ihren Unterstützungsbedarf.	0 - 8 - x	0	6	33
94	Traumatische PDA mit Luftnot, Taubheit im ganzen Körper, Panik, Baby ist jetzt zwölf Tage alt.	9 - x - x	0	6	12
96	Schuldgefühle wegen Sectio. Kind in der Kinderklinik und <i>sie durfte wegen Corona nicht dabei bleiben.</i> Das war für die Mutter sehr schlimm.	1 - 8 - 8	0	7	183
97	Guter Geburtsverlauf bis auf die letzten zehn Minuten, die die Frau sehr belasten: Kristellergriff, weil der Kopf des Kindes auf Stirnhöhe feststeckte. Es wurde über den Eingriff informiert.	10 - x - x	0	7	21
98	Entspannter Beginn, dann Wehensturm, GH, Wehen über Stunden. Die waren für die Mutter das Schlimmste. Das Kind wurde mit Kristellergriff und Saugglocke geholt.	8 - 4 - 3	8	1	183
100	Geburt vor neun Wochen, die Mutter hatte eindeutige Flashbacks und benötigt Hilfe. <b>Schlechte Bindung zum Baby.</b>	1 - 9 - 6	0	5	63

112	Ein Jahr nach der Geburt steigen Trauer und Gefühle auf, da sie keine natürliche Geburt erlebt hat. Beckenendlage, keine Wehen, KS. Wollte mit einer neutralen Person sprechen und verarbeiten.	2 - 8 - 8	0	0	365
116	Geburtstrauma vor sechs Jahren, Spontanentbindung Beckenendlage, Kind war leblos, hat nur knapp überlebt. Selbstvorwürde, <b>Bindungsproblem</b> .	10 - 9 - 7	8	5	2190
121	Sehr schmerzvoll erlebte Geburt vor zwölf Tagen.	10 - x - x	0	----	12
124	Wiedererleben: Wird Bilder nicht los, sieht sich im Kreißsaal, außerhalb ihrer selbst und schaut zu. Unverständnis sich selbst gegenüber.	1 - 5 - 3	0	6	304

### K9 – Geäußelter Hilfebedarf II – Verschiedenes (n = 23)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D Tage
3	Wollte sprechen, weil sie sich unsicher ist, ob die Geburt gut war.	6 - 3 - 1	5	1	122
5	Suchte Interessenten für die Weitergabe ihrer Erfahrung.	x - 10 - 10	----	----	21535
8	Das Geburtstrauma liegt 42 Jahre zurück und sie hat noch nie darüber gesprochen	8 - 8 - 8	8	2	15330
12	Sucht längerfristige Begleitung, die über Kasse abrechnen kann.	10 - x - x	7	2	17
15	Fühlt sich noch belastet, wollte sich orientieren, ob es hilfreich wäre, noch mehr daran zu arbeiten, für sich und ihren Sohn.	8 - 9 - 5	7	0	1095
16	Schweres Geburtstrauma erlebt und bereits durchgearbeitet, hat sich beruflich auf die Thematik spezialisiert, suchte weitere Tipps dafür und war neugierig auf das Hilfetelefon.	10 - 10 - 10	10	0	2008
24	Fühlt sich von niemandem verstanden und hat seit der Geburt Angst vor der Untersuchung beim Frauenarzt.	0 - 5 - 10	5,5	7	1095
26	Unterstützungswunsch wegen Stillkonflikt. <b>Unsicherheit, was das Kind braucht.</b>	2 - 10 - 7	0	0	387
40	Wollte über ihre Erfahrung sprechen und Informationen erhalten.	9 - 7 - 7	10	2	487
44	Aufarbeitung der Geburt, Erschöpfung	5 - 7 - 5	8	2	96
50	Verzweiflung, Angst vor Depression. Nach der Geburt kamen die Probleme.	0 - x - x	0	0	21
52	Angst vor postpartaler Depression.	7 - x - x	0	7	21
65	Hatte zweite Sectio, Uterus- und Blasenruptur. Gute Behandlung in der Klinik, wenn es ihr danach auch sehr schlecht ging. Dann entband ihre Freundin an gleicher Stelle und erlebte in gleicher Klinik haargenau dasselbe.	10 - 10 - 10	0	8	821
69	Osteopath wies sie darauf hin, dass ein Geburtstrauma vorliege.	10 - 6 - 5	0	7	59
78	Schmerztrauma und Unsicherheit, ob sie Hilfe braucht. Dabei hoher Bedarf.	5 - 7.5 - 7,5	0	3	76

79	Freundin motivierte zur Beratung wegen schwierig verlaufener Geburt.	6 - 4 - 2	0	4	42
86	Geburt mit traumatischen Elementen, Gefühle kamen erst später.	0 - 0 - 0	0	0	471
89	Ehemann wurde depressiv und verließ sie während der SS. Frau wurde von der Beleg-HB gut unterstützt.	5 - 2 - 2	0	9	122
109	Immer noch Schmerzen nach Einsatz des Kristellergriffs unter der Geburt.	6 - 8 - 3	0	3	183
117	Hat nach sieben Jahren den Geburtsbericht geholt und wollte ihn in der Beratung durchgehen. Wollte verstehen, ob sie etwas falsch gemacht hat.	9 - 6 - 5	2	2,5	2555
122	Geburt im GH und alles gut gelaufen. Vermisst jedoch die Glücksgefühle nach der Geburt.	9 - 1 - 4	0	0	365
125	Fühlt sich im Körper nicht wohl, Angst vor Sexualität, Mann hat sie nach der Geburt verlassen (erste SS). Ärztin wies auf ein bestehendes Trauma hin.	2 - 2 - 2 -	1	2	1460
129	Traurigkeit und Versagensgefühle wegen erlebtem Wehensturm. Stelle ich mich an?	x - 8 - 7,5	0	0	28

#### K10 - Auswirkungen belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften (n = 17)

Fragebogen	Beweggründe für den Anruf	A	B	C	D
4	Wunsch nach einem weiteren Kind und große Angst, alles nochmal zu erleben. Suchte Adressen für eine Begleitung bei erneuter SS.	3 - 8 - 8	----	5	1095
10	Noch sehr angespannt, ängstlich, viel geredet, war gut informiert, kopflastig. Hat aktuell Kinderwunsch (bislang zwei Kinder).	10 - 4 - 2	7	9	2190
29	Schlimme Geburtserfahrung. Hätte gern noch weitere Kinder, hat jedoch Angst vor einer weiteren SS.	10 - x - x	10	1	365
30	Angst vor erneuter Geburt. Was soll sie tun?	4,5 - 2 - 2	----	2,5	730
34	Denkt an ein drittes Kind, hat Angst, dass es wieder traumatisch wird wie bei der ersten Geburt. Die zweite war nicht so arg.	10 - 10 - 10	0	10	1424
37	Vorbereitung auf neue SS nach schwieriger erster Geburtserfahrung: Einleitung, Saugglocke, innere Blutungen, Op, Entzündung der Op-Narbe.	2,5 - 7 - 7	----	0	548
41	Möchte besser auf die zweite Geburt vorbereitet sein.	8 - 6 - 5	1	3	730
42	Hat Angst vor der nächsten Geburt und es bestehen Rechtsfragen.	9 - 7 - 6	4	5,5	1095
48	Heute positiver Test: Dritte SS. Angst vor der Geburt. Hatte bei letzter Geburt neun Wochen Schmerzen bis zur Bewusstlosigkeit nach falschem Vernähen von Damm- + Scheidenriss durch unerfahrene junge Ärztin.	2 - 8 - 6	0	5	456

49	Bearbeitung des Themas und die neue SS. Große Schuldgefühle, was mache ich falsch?	9 - 8 - 6	5	4	1095
84	Belastung, die ihrer Meinung nach nicht von alleine weggehen wird und wollte sich etwas Gutes tun. Wünscht sich ein 2. Kind.	1 - 5 - 5	3	0	1460
88	Erneute SS, Angst vor Einleitung nach schwerer Erfahrung bei der letzten Geburt. Möchte lieber einen geplanten KS als nochmals eine Einleitung.	7 - 7 - 8	0	3	548
103	38. SSW – Gedanken von der letzten Geburt lassen sie nicht los: Einleitung, Fruchtblase geöffnet, Presswehen, Wehenmittel, Saugglocke, viel Blut durch PDA, Baby auf den Bauch und Druck auf den Bauch gegeben, extrem schmerzhaft. <b>Baby war bei Papa. Jetzt o.k., Bindung ist da.</b>	6 - 4 - 2	1	2	639
106	Wunsch nach einem zweiten Kind und große Angst davor, eine weitere Erfahrung wie bei der ersten Geburt nicht bewältigen zu können.	5 - 9 - 7	0	2	365
115	Erwartet im Juli ihr zweites Kind. Hat Angst, dass es ihr wieder ergeht wie bei der ersten Geburt: Lange Kopfgeburt, Dammschnitt und höhergradiger Dammriss, der noch sehr lange Beschwerden gemacht hat.	1 - 2 - 8	0	1	456
119	Wunsch nach zweitem Kind nach schwerer Geburtserfahrung mit erstem Kind: Notkaiserschnitt mit Vollnarkose, hoher Blutverlust und Bluttransfusion. Dabei hatte die Stationsärztin gut dafür gesorgt, dass das Kind zur Mutter und der Vater zu Mutter und Kind konnte.	1 - 4 - 7	----	7,5	213
127	Erneute SS, 33. Woche, jetzt kommt Angst vor der Geburt. Fühlte sich bei der ersten Geburt überrumpelt von der Intensität der Schmerzen und fand in der HB keine Hilfe, war allein gelassen.	7 - 5 - 3	0	1	730

## Anhang 7 Exploration Schritt 2

Letzter Verdichtungsschritt der subjektiven Information  
(Quartal I – IV; 2 ohne Angabe; n = 127)

### A Deduktive Kategorienanwendung:

	<b>K1 – Körperliche Misshandlung</b> (n = 3)	Reaktion
47	Von der Hebamme ging Gewalt aus. Die Mutter fühlte, wie sie sie bei der vaginalen Untersuchung vergewaltigte.	Traumatisch
66	Die Mutter wurde festgebunden.	Am Ende ihrer Kräfte
99	Die Arme der Mutter wurden festgebunden.	Benötigt Gespräch
111	Die Beine der Mutter wurden festgehalten. Sie wurde in Rückenlage gezwungen.	
	<b>K2 – Verbale Misshandlung</b> (n = 7)	
7	Wegen nicht erkannter und sehr schmerzhafter Gürtelrose als Hypochonder bezeichnet worden.	
43	Im Krankenhaus wurde der Mutter vom Hilfesystem (inkl. Psychologin) die Schuld für die eingetretenen Komplikationen gegeben, weil sie die Geburt im Geburtshaus begonnen hatte.	
57	Das Hilfesystem sprach der Mutter die Schuld zu.	Zittern, Hilflosigkeit, Schuldgefühle
62	Bevormundung und diskriminierende Behandlung von der Hebamme nach Entbindung.	
73	Die Mutter wurde alleine gelassen, nicht gehört und angeschrien.	
104	Hebamme äußerte nur negative Kommentare und machte keine Vorschläge.	Stress und Panik
114	Demütigungen von Seiten der Wahlhebamme und Hebamme im Krankenhaus.	Große Selbstzweifel
	<b>K3 – Sexuelle Misshandlung</b> (n = 0)	
	<b>K4 – Stigmatisierung und Diskriminierung</b> (n = 0)	
	<b>K5 – Versäumnis professioneller Standards in der Begleitung</b> (n = 25)	
1	Kaiserschnitt mit Vollnarkose ohne Vorwarnung	Bruch zum Kind
19	Das Kind wurde ohne Erklärung weggenommen. Die Ärztin ging während des Zunähens weg.	Schwarz vor Augen, Schwäche
21	Unkundiger übermüdeter Arzt und die Hebamme kamen nicht gleich. Es wurde unprofessionell vernäht.	
23	Mutter erlebte sehr schmerzhaft Interventionen sowie eine ungewollt gesetzte PDA und Kaiserschnitt.	Hyperventilation, Hörverlust, immer wieder weggetreten
28	Die Mutter wurde nicht richtig sediert, die PDA wirkte nur halbseitig.	
35	Die Hebamme war kaum da. Der Geburtsplan war scheinbar nicht gelesen worden.	
45	Die Mutter wurde ohne Kontaktaufnahme aus dem gut verlaufenden Geburtsprozess gerissen und es wurde eine Sectio durchgeführt.	
53	Mutter hat nach zwei Jahren immer noch Schmerzen nach schlechtem Vernähen.	
58	Bei Setzen der PDA wurde das Rückenmark getroffen: Rückenmarksverlust und unerträgliche Schmerzen.	Gehunfähigkeit für dreizehn Tage

59	Die Mutter erlebte bei schwierigem Geburtsverlauf schreckliche Schmerzen und niemand war da.	Versagensgefühle, ausgeliefert und hilflos gefühlt
76	Viele uninformierte Interventionen bei Geburtsverlauf.	Noch im Schock
77	Die PDA hat nicht gewirkt. Reanimation des Kindes ohne Aufklärung. Die Mutter durfte nicht stillen.	
81	Durchführung einer „Eiligen Geburt ohne Notfall“ ohne vorhergehende Aufklärung.	Kann sich damit nicht abfinden
85	Sehr schmerzhafte Muttermunddehnung und Kaiserschnitt anfangs bei vollem Bewusstsein. Die Mutter wurde nicht ernst genommen.	
90	Kaiserschnitt ohne richtig sitzende Betäubung. Die Mutter erlebte alles mit.	Sprach zum ersten Mal darüber
91	Notkaiserschnitt mit Vollnarkose ohne dass über die Narkose aufgeklärt wurde.	Wollte die Symptome verstehen
92	Kaiserschnitt, mehrere Geburten zugleich, keiner hatte Zeit.	Sehr verloren gefühlt
95	Es wurde nicht erkannt, dass das Kind feststeckte. Die Mutter wurde übergangen und erhielt viel zu wenig Unterstützung.	
101	Nach anfangs gut verlaufenen Geburt Einsatz der Saugglocke ohne Erklärung.	Ohnmacht, Dissoziation, geweint
107	Kristellergriff und Dammschnitt gegen ihren Willen.	Weint immer noch
110	Unangekündigter Wehentropf und Dammschnitt. Die Ärztin sagte: „Jetzt weinen Sie nicht.“	Gestörte Wahrnehmung, Verzweiflung
113	Extrem schmerzhafte Muttermunddehnung. Niederschmetternde Aussagen von Hebammen.	Gefühl, depressiv zu werden
118	Die Mutter musste auf die Ärztin warten, Schmerzen, unangekündigter Dammschnitt.	Das Warten war sehr schlimm für sie
126	Die Mutter erlebte einen Filmriss, als Arzt und HB vor ihren Augen über den weiteren Verlauf der Geburt disputierten.	Wahrnehmungsunsicherheit
128	Hinterhauptslage des Kindes wurde nicht erkannt, Saugglocke abgerutscht, Zange eingesetzt. Das Kind kam in die Klinik, die Mutter wurde operiert.	Folgeverletzungen, Angst vor der Zukunft
	<b>K6 - Mangelnde Übereinstimmung / Dürftige Verbindung zwischen Frauen und Versorgern</b> (n = 14 )	
6	Unsensibler Umgang des Arztes mit einer bereits unsicheren Mutter.	Mangelndes Erfolgsgefühl
11	Notoperation ohne Vorankündigung nach schöner Geburt. Der Arzt sagte: „Sie müssen weg.“ Die Mutter fragte: „Wohin?“ Seine Antwort: „In den Op.“	Geweint. Trauma. Schock.
13	Viel Druck und unsensible Begleitung.	
17	Übergriff der Oberärztin, wodurch die Geburt als sehr heftig empfunden wurde.	
38	Mutter (Klinikhebamme) hat bei Geburt im eigenen Krankenhaus alle Kollegen als entwürdigend und übergriffig erlebt.	Schämt sich für ihr Verhalten bei Geburt
55	Es wurde über die Mutter hinweg entschieden.	Schuldgefühle
46	Fehlende Passung zwischen Geburtshaushebamme und der Mutter (Klinikhebamme). Überleitung ins Krankenhaus.	Schuldgefühle dem Kind gegenüber
67	Die Mutter wurde unfair und wertlos behandelt.	
72	Unsensibilität und Druck von der Hebamme. Intimitätsgrenzen wurden überschritten.	

80	Unverständnis gegenüber einer stark psychisch belasteten Mutter.	Starke Scham
102	Hohe Belastung seit Schwangerschaft (häufiges Übergeben und schwere Ischiasbeschwerden) und damit nicht ernst genommen worden.	Weiterhin hoch belastet
105	Schmerzen im Bein nach Geburt wurden als „psychisch“ abgetan. Am Folgetag stellte sich ein inkompletter Querschnitt durch Einblutung heraus, was eine Notoperation nötig machte.	Sieben Tage Krankenhaus und vom Kind getrennt
120	Die Untersuchung und der Druck des Arztes riss sie aus der gut verlaufenden und von der Hebamme gut begleiteten Geburt heraus.	
123	Die Geburt geriet aus dem Lot, weil die nach Schichtwechsel eingesetzte HB nicht menschlich war.	
<b>K7 – Bedingungen und Zwänge des Gesundheitssystems (n = 3)</b>		
25	Eine unerfahrene Hebamme und eine junge Ärztin waren nach Überleitung der Mutter aus dem Geburtshaus ins Krankenhaus mit der Situation überfordert.	
71	Rein und raus, Einleitungen, Kreißsaaal überfüllt, Wehen ausgeblieben, PDA, Wehentropf, Sectio. Das Kind wurde fallen gelassen.	Kann nicht vergessen, was passiert ist
108	Personalstress	Emotionale Ausbrüche

#### B Induktive Kategorienableitung:

<b>K8 – Geäußerter Hilfebedarf I – Schwere Folgebelastrungen (n = 34)</b>	
2	Mit schwerer PTBS und Depression bei vier Anlaufstellen bislang keine Hilfe gefunden.
9	Hochrisikopatientin. Flashbacks aufgrund Geburtserfahrung.
14	Erschreckt von viel Blut und Horrorvorstellung, was aus dem Kind wird.
18	Durch Geburt im Krankenhaus wurden starke Schamthemen ausgelöst.
20	Sehr schwierige Familienzustände. Unzuverlässiger Partner und viel Streit.
22	Einleitung, Blasensprung, kein Geburtsfortschritt.
27	Traumatische Schwangerschaft, Geburt und erste Monate.
31	Aus der Psychiatrie angerufen: Zusammenbrüche, Depression, Schuld- und Schamgefühle.
32	Noch im Schock. Massive Komplikationen, künstliches Koma, Nahtoderfahrung.
36	Schwere Schmerzen nach Dammschnitt.
39	Weint immer, wenn sie an ihre Frühgeburt denkt, die mit massiven Komplikationen während der Geburt einherging.
51	Versagensgefühle nach traumatisch langer Geburt.
54	Großer Verarbeitungsbedarf nach Sectio bei guter Selbstfürsorge.
56	Hohe Belastung nach Komplikation bei Geburt, lebensbedrohlichen Zustand erlebt, Intensivstation, Reha.
60	Muss mehrfach täglich an die schlimme Geburt denken.
61	Schwierigkeiten bei der Geburtsverarbeitung.
63	Befindet sich nach zwei Jahren noch immer im Wochenbettblues.
64	Akute Panikattacke. Brauchte jemanden zum Sprechen.
68	Muss ein Jahr nach der Geburt noch weinen, wenn sie daran denkt.
70	Nach drei Tagen Einleitung mit der ersten Wehe vaginal operativ zu schnell entbunden worden.
74	Ungute und sich drehende Gedanken nach Frühgeburt und Kaiserschnitt.
75	Wut und Ungehaltenheit wegen Narbe nach der für das Kind notwendig gewordenen Sectio.

82	Schlimmer werdende Versagens- und Schuldgefühle nach Sectio.
83	Schwere Traumatisierung nach Geburt.
87	Akute psychische Krise nach komplikationsreicher Geburt mit PDA und Vakuumentraktion (Saugglocke).
94	Traumatische PDA mit Luftnot, Taubheit im ganzen Körper und Panik.
96	Schuldgefühle nach Sectio.
97	Guter Geburtsablauf mit dramatischem Ausgang in den letzten zehn Minuten nach informiert eingesetztem Kristellergriff.
98	Nach entspanntem Geburtsbeginn Wehensturm und Wehen über Stunden.
100	Flashbacks nach Geburt vor neun Wochen.
112	Ein Jahr später kommen Trauer und Gefühle, weil sie keine natürliche Geburt erlebt hat.
116	Schuldgefühle nach Geburtstrauma vor sechs Jahren. Das Kind hätte fast nicht überlebt.
121	Sehr schmerzvoll erlebte Geburt vor zwölf Tagen.
124	Wiedererleben von Bildern aus dem Kreißsaal und mangelndes Verständnis für sich selbst.
<b>K9 – Geäußelter Hilfebedarf II – Verschiedenes (n = 23)</b>	
3	Gesprächsbedarf bei Unsicherheit nach Geburt.
5	Suche nach Interessenten zur Weitergabe ihrer Erfahrung.
8	Erstes Gespräch über ihr Geburtstrauma vor vier Jahrzehnten.
12	Sucht längerfristige Begleitung, die über Kasse abrechenbar ist.
15	Wollte sich orientieren, ob eine weitere Bearbeitung für sie und ihren Sohn hilfreich wäre.
16	Hat sich beruflich auf das Thema spezialisiert und wollte Tipps erhalten.
24	Belastung und Angst vor Untersuchungen beim Frauenarzt seit Geburt.
26	Unterstützungswunsch wegen Stillkonflikt.
40	Gesprächsbedarf und Suche nach Informationen.
44	Wunsch nach Aufarbeitung der Geburt.
50	Verzweiflung und Angst vor Depression nach der Geburt.
52	Angst vor postpartaler Depression.
65	Nach Krankenhausgeburt mit schweren Komplikationen bei guter Behandlung hat die Freundin im gleichen Krankenhaus exakt das Gleiche erlebt.
69	Osteopath wies sie auf ein vorliegendes Geburtstrauma hin.
78	Hat einen hohen Bedarf und war unsicher, ob sie Hilfe braucht.
79	Freundin motivierte zum Anruf wegen schwierig verlaufener Geburt.
86	Erst später einsetzende Gefühle nach traumatisierender Geburt.
89	Depressiv erkrankter Ehemann verließ sie während der Schwangerschaft.
109	Nach sechs Monaten immer noch Schmerzen aufgrund des Einsatzes des Kristellergriffs.
117	Hat sieben Jahre später den Geburtsbericht geholt und möchte besprechen, ob sie etwas falsch gemacht hat.
122	Vermisst nach gut verlaufener Geburt im Geburtshaus die Glücksgefühle.
125	Unwohlsein im Körper nachdem ihr Mann sie nach der Geburt verlassen hat.
129	Selbstzweifel wegen Traurigkeit und Versagensgefühlen nach Wehensturm.
<b>K10 – Auswirkungen belastender Geburtserfahrung auf Folgeschwangerschaften (n = 17)</b>	
4	Kinderwunsch und große Angst vor einer weiteren Geburt.
10	Kinderwunsch und noch sehr angespannt und ängstlich von der letzten Geburt.
29	Kinderwunsch und Angst vor einer weiteren Schwangerschaft.
30	Angst vor erneuter Geburt und Suche nach Hilfe.
34	Kinderwunsch und Angst vor einer weiteren traumatischen Geburt.
37	Wunsch nach Vorbereitung auf eine neue Schwangerschaft nach schwieriger Geburtserfahrung.

41	Wünscht sich, auf die zweite Geburt besser vorbereitet zu sein.
42	Hat Angst vor der nächsten Geburt.
48	Ist erneut schwanger und hat Angst vor der nächsten Geburt.
49	Möchte im Hinblick auf die neue Schwangerschaft noch bestehende Schuldgefühle von der letzten Geburt bearbeiten.
84	Kinderwunsch und möchte die noch bestehende Belastung von der ersten Geburt verarbeiten.
88	Schwanger und große Angst vor einer nochmals schwierigen Geburt mit Einleitung wie das letzte Mal.
103	Ist aktuell hochschwanger und die Gedanken von der letzten schlimmen Geburt lassen sie nicht los.
106	Kinderwunsch und Angst, eine weitere wie die erste schwierige Geburt nicht noch einmal bewältigen zu können.
115	Zweite Schwangerschaft und Angst, dass die Geburt wird wie das erste Mal.
119	Kinderwunsch und Angst vor einer nochmaligen schweren Geburts-erfahrung.
127	In der 33. Woche schwanger und jetzt kommt Angst vor einer nochmals schwierigen Geburtserfahrung wie beim ersten Mal.

## **Anhang 8 Siebenstufensystem der Auswertung (Ratingskalen)**

Auf dem Fragebogen kommen ungeradzahlige Ratingskalen zur Anwendung, die jeweils eine Beantwortung mittels Auswahl einer Ziffer auf einer Skala von 0 bis 10 anbieten.

Die Befragten nutzten bei der Beantwortung jedoch auch die Mitte zwischen zwei Ziffern, beispielsweise 0,5; 1,5; 2,5; 3,5 usw. Um die Zwischenwerte nicht auf- oder abrunden zu müssen und somit die Daten zu verzerren, wurden sie mit aufgenommen, so dass sich die Summe der Skalenwerte von 11 auf 21 veränderte.

In rechnerischer Hinsicht bot es sich an, jeweils drei Werte (0 + 0,5 + 1; 1,5 + 2,0 + 2,5 usw.) zu einer Gruppe zusammen zu ziehen, weil auf diese Weise sieben Gruppen (1 - 7) entstehen.

Im Hinblick auf die Handhabung der Auswertung schien dies eine willkommene Vereinfachung zu sein, zumal Döring und Bortz betonen, dass eine ungerade (Gruppen)Stufenanzahl eine neutrale Mittelkategorie enthält und damit unsicher Urteilenden das Ausweichen auf diese Neutralkategorie erleichtert (Döring und Bortz 2016, S. 249).

Es folgt eine tabellarische Übersicht der sieben Gruppen / Stufen, zuerst am Beispiel „gut und schlecht“ (bipolar) und in der dritten Zeile anhand der Begrifflichkeit „hilfreich“ (unipolar) dargestellt.

Sieben Bewertungsstufen (eigene Quelle)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
Äußerst gut	Gut	Mäßig gut	Weder gut noch schlecht	Mäßig (schlecht)	Schlecht	Äußerst schlecht
Äußerst hilfreich	Sehr hilfreich	Hilfreich	Mittelmäßig	Weniger hilfreich	Kaum hilfreich	Gar nicht hilfreich
0/0,5/1	1,5/2/2,5	3/3,5/4	4,5/5/ 5,5	6/6,5/7	7,5/8/8,5	9/9,5/10

## **Anhang 9 Wie das Hilfetelefon gefunden wurde**

Ergebnisse der Auswertung von Frage 9.

Sortierte Gruppen, Anzahl und Prozentzahlen

Wie das Hilfetelefon gefunden wurde (Quartal II - IV; n = 91)

Internet (inkl. 1x Podcast und 1x WhatsApp-Gruppe)	26,37 %	(n = 24)
Soziale Medien (Instagram, Facebook)	24,17 %	(n = 22)
Hebammen	20,88 %	(n = 19)
Freundin	8,79 %	(n = 8)
Familie (Mutter, Tante)	2,20 %	(n = 2)
Zeitungen, Rossmannheft	3,30 %	(n = 3)
Flyer, Hebammenflyer	2,20 %	(n = 2)
Radio SWR	1,10 %	(n = 1)
Heilpraktiker Gerechte Geburt	1,10 %	(n = 1)
Klinik Oldenburg	1,10 %	(n = 1)
Rektusdiastase Beraterin	1,10 %	(n = 1)
Geburtshaus Düsseldorf	1,10 %	(n = 1)
Stillberaterin	1,10 %	(n = 1)
Ohne Angabe	5,49 %	(n = 5)