

Frauenklinik und Poliklinik der Technischen Universität München  
des Klinikums rechts der Isar

(Direktorin: Univ.-Prof. Dr. M.B. Kiechle)

**Einflussgrößen auf Zufriedenheit und Erleben in der Geburthilfe**

**Wolf Michael Lütje**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur  
Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. K.-Th.M. Schneider
2. Priv.-Doz. Dr. C. Höß

Die Dissertation wurde am 01. 12. 2003 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München am 04. 02. 2004 angenommen.

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung und Motivation
2. Patientengut und Methode
  - 2.1. Patientengut
  - 2.2. Methode
  - 2.3. Statistische Methodik
3. Ergebnisse
  - 3.1. Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung unter Einbeziehung einer Voruntersuchung
  - 3.2. Ergebnisse der Erfassung des Geburtserlebens
  - 3.3. Empirische Zusammenhangsanalyse zwischen den Messdaten der erweiterten Perinatalerhebung und den Messdaten des Geburtserlebens
  - 3.4. Ergebnisse einer Folgeuntersuchung zur Erfassung von Vorerfahrungen zur Geburt
4. Diskussion
  - 4.1. Aspekte der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe
  - 4.2. Zur Wissenschaftstheorie der Untersuchung
  - 4.3. Kritische Wertung des Studiendesigns
  - 4.4. Diskussion der Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung
  - 4.5. Diskussion der Ergebnisse zum Geburtserleben
  - 4.6. Diskussion der Zusammenhangsanalyse unter Einbeziehung aller Untersuchungsergebnisse
    - 4.6.1 Präpartale Phase
    - 4.6.2 Geburtsverlauf unter besonderer Berücksichtigung von Belastungs – und Entlastungsfaktoren
    - 4.6.3 Postpartale Phase
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung
6. Danksagung
7. Literatur
8. Anlagen

## 1. Einleitung und Motivation

Wie fast alle medizinischen Bereiche unterliegt auch die Geburtshilfe einem steten Wandel. Sie begleitet nicht nur einen biologischen Akt, sondern auch einen der bedeutsamsten menschlichen Lebensübergänge (Hofmeyr et al. 1991). Gebären dient nicht nur dem Arterhalt, sondern entwickelt seine eigene Bedeutung im Kontext kultureller Bezüge und Normierungen. Wie alle Lebensübergänge ist auch die Geburt von Schmerz und Angst, aber auch Glück und Erfüllung begleitet. Diese kognitiven und emotionalen Wahrnehmungen bei der Geburt haben viele Autoren zu den unterschiedlichsten Metaphern angeregt: So spricht Leboyer im Zusammenhang mit der Geburt vom Leiden und Kampf eines Samurai (Leboyer 1997), Haldorsdottir verweist auf eine unsichere Reise (Haldorsdottir 1996), Frauen berichten von einem Sturm, der über sie hereinbricht, andere fühlen sich wie bei der Besteigung eines Himalayariesen, ja sogar von Vergewaltigung und Höllenritt, ist die Rede. Aus all diesen Metaphern kann der Rückschluss gezogen werden, dass Gebären oft begleitet ist von Ängsten, Anstrengung, Unsicherheit, Unausweichlichkeit, Kontrollverlust bis hin zur Panik, Verletzung, Schmerz und dass doch am Ende Erfüllung und Zufriedenheit in Bezug auf das Ergebnis und die vollbrachte Leistung stehen kann, welche nicht nur der persönlichen Entwicklung dient, sondern auch der Sozialen im Sinne von Beziehungs- und Bindungskompetenz.

Medizinisch gesehen spielt sich das Gebären heute ab im Spannungsfeld von Pathologisierung einerseits (Schuecking 2002) und Idealisierung und Mystifizierung andererseits (Leboyer 1974/1997). Dieses Spannungsfeld lässt sich am ehesten an der Grundphilosophie der Klinik- und der Hausgeburtshilfe darstellen. Einerseits gibt es beim Trend zum Einzelkind wegen des Anspruchs auf Schmerzfreiheit (Azouley 1998), auf Berechenbarkeit, Kontrolle, Perfektion sowie physische und psychische Gesundheit den lautstarken Wunsch nach invasiver Geburtsmedizin mit steigenden Periduralanästhesie- und Kaiserschnitttraten. (Lack 2001, Schuecking 2002, Knitza 2002). Frauen, die sich diesem Trend verpflichtet fühlen, werden nur im sicheren Ambiente einer Klinik entbinden wollen.

Andererseits erheben Frauen in der außerklinischen Geburtshilfe in erster Linie den Anspruch auf persönliche Entwicklung, Autonomie, Freiheit, und ein möglichst erfülltes Geburtserleben und sehen dafür im Routinebetrieb einer Frauenklinik keine Verwirklichungsmöglichkeiten (Bradley1990, Borrmann 2002, David 2003).

Neben diesen sehr heterogenen Wegen zu Sicherheit und Geborgenheit während der Geburt, steht der Geburtsmodus auf dem Prüfstein von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken. (Schneider 2002 /Anthuber 2000).

Der Kaiserschnitt ist zu einer echten „Gebäralternative“ geworden, die „Wunschsectio“ (Husslein 2000) oder „Sectio mit geringfügiger Indikation“ (H. Hepp auf dem bayrischen Gynäkologenkongress 2000) wird auf fast allen bedeutenden perinatologischen Kongressen diskutiert. Die psychologischen, sozialen und letztlich auch biologisch-medizinischen Folgen (Maturana 1987) wurden bis jetzt nicht untersucht und sind daher schwer abschätzbar. In der Diskussion um die „richtige“ Geburtsmethode scheinen Prozess und Ergebnis der Geburt nur noch aus dem Blickwinkel der erfüllenden und befriedigenden Vollendung einer Aufgabe ein wichtiges Argument für die vaginale Geburt zu sein. Obwohl manche Geburtshelfer schon vom Ende der vaginalen Geburt sprechen (Husslein 2000) sollte doch noch einmal versucht werden, die Frage zu beantworten, welche Bedeutung das Gebären für die Mutter, den Vater, das geborene Kind und sogar die Gesellschaft hat. Oberstes Ziel der Geburtshilfe ist es natürlich, Traumatisierungen jeder Art (physisch und psychisch sowohl bei Mutter als auch Kind) zu vermeiden und zu verhindern. Vielleicht geht es aber auch darum, aus der Geburt weiterhin ein „Fest“ (Leboyer 1974) zu machen, welches die Bindung zwischen Mutter und Kind fördert und damit die Grundlagen für Beziehungsfähigkeit. Ob der Geburtsmodus bei diesem Fest dafür eine Rolle spielt ist ungeklärt.

Die Motivation zu dieser Arbeit entstand aus dem langjährigen Bemühen um eine ganzheitliche Betrachtung der Geburtshilfe, mit dem Ziel Erlebnis- und Ergebnisqualität im umfassenden, auch psychosozialen Sinne zu optimieren.

Empirisch gab es die Beobachtung, dass Erleben und Zufriedenheit mit dem Erlebten in der Gesamtsicht und in ihren Teilaspekten nicht immer übereinstimmen.

Trotz schwieriger Geburt zeigten sich manche Frauen zufrieden und erfüllt, weil sie vielleicht im Gegensatz zu den Geburtshelfern das Ergebnis und nicht den Prozess, der dazu führt, für ihre Gesamtbeurteilung heranziehen (Drew 1989) oder andererseits z.B. mit sehr realistischen und respektvollen Erwartungen in die Geburt gingen. (Stolte 1987, Green 1990, Slade 1993)

Andere Frauen waren nach vermeintlich einfachen Geburten zutiefst enttäuscht und unzufrieden mit dem Erlebten. Es gab Frauen, die sich bitter über die Schmerzen, ihre Ängste und die Dauer der Geburt beklagten und trotzdem erfüllt und zufrieden waren. Daraus ergab sich die Hypothese, dass es die „Erwartung“, das „Erleben“ und die „Zufriedenheit“ nicht gibt und es offenbar mehrere Dimensionen und viele Einflussgrößen darauf gibt. Offenbar gibt es in Teilbereichen positives und negatives Erleben und entsprechende Zufriedenheit oder

Unzufriedenheit und erst die Gesamtbilanz aller Erlebensbereiche in Abgleich mit den Erwartungen entscheidet darüber, ob es so etwas wie eine Gesamtzufriedenheit gibt, die wohl letztlich die Erinnerung an das Erlebte bestimmt (Green et.al. 1990, Salmon & Drew 1992)

Entsprechend der Hypothese hat diese Arbeit das Ziel, Dimensionen (Bezugsgrößen) und Faktoren (Einflussgrößen) von Erleben und Zufriedenheit in der Geburtshilfe zu erfassen und zu vergleichen, um daraus Rückschlüsse für eine weitere Verbesserung „perinatologischer“ Qualität zu ziehen. Dabei geht es wohl darum, Belastungsfaktoren zu minimieren und Entlastungsstrategien zu verstärken.

Dieser Prozess beginnt schon vorgeburtlich.

Die medizinisch orientierten Instrumente der Qualitätssicherung in der Perinatologie erfassen die psychosoziale Qualität der Geburt nur zum Teil. Um Qualität in der Geburtshilfe umfassend zu verstehen, gilt es aber, das Ausmaß (also die Dimensionen und Bezüge) und die Einflussgrößen (also Faktoren) dieser Qualität zu definieren und zu verstehen.

Bei den Voruntersuchungen für die Arbeit und einer Suche nach einer angemessenen Definition von Qualität, wurde diese immer als eine Komponente des Unterschieds zwischen dem idealisierten und tatsächlichen Erleben, als Ergebnis einer Soll - Ist - Vergleichsanalyse definiert (Homburg 1995, Brüggink 1999).

Qualität und damit das Ausmaß an Zufrieden- oder Unzufriedenheit kann verstanden werden als Ergebnis eines Vergleichs zwischen den Erwartungen und dem Erleben, d.h., dass positives oder negatives Erleben, selbstverständlich in Abhängigkeit von den Erwartungen, auch Zufriedenheit und / oder Unzufriedenheit nach sich ziehen. Auch das Erleben von Angst, Schmerz und Langwierigkeit unter der Geburt muss nicht zwingend zur Unzufriedenheit führen, wenn diese negativen Begleiterscheinungen der Geburt in gewisser Hinsicht erwartet werden (Slade 1993)

Nur da, wo die Schere zwischen Erwartung und Erleben völlig auseinanderklafft, resultieren fast kritiklose Euphorie oder andererseits möglicherweise Enttäuschtheit, möglicherweise sogar Traumatisierungen (Mackey 1990, Driedger 1991, Gottwall 2002).

Wenn es also um das Thema Zufriedenheit geht, dann geht es darum, Erwartungen und Erleben halbwegs anzugleichen. Erwartungen werden bestimmt durch genetische, soziale und biographische Vorerfahrungen, durch die aktuelle Lebenslage, den Grad an Informiertheit, dem Kohärenzgefühl (Antonovsky 1997), die Beziehungen und viele anderen Faktoren.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren kann Geburtsvorbereitung wesentlich dazu beitragen, individuelle Erwartungen an die Geburt zu strukturieren.

In dieser Arbeit wurden 3 Untersuchungen analysiert:

- a) Eine Fragebogenaktion zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe aus dem Zeitraum 4/2000 -10/2000 (Anlage Fragebogen 1)
- b) Eine Fragebogenaktion zur Erfassung von Zufriedenheit und Erleben in der Geburtshilfe aus dem Zeitraum 6/01 – 2/02 (Anlage Fragebogen 2)
- c) Eine Fragebogenaktion zur Erfassung vorgeburtlicher Erfahrungen aus dem Zeitraum 4/2002 – 10/2002 (Anlage Fragebogen 3)

Hauptuntersuchung dieser Arbeit ist die retrospektive Analyse der geburtshilflicher Zufriedenheit und des Geburtserlebens von 251 Frauen, die an einer mittelgroßen Münchener Klinik entbunden haben. Die Untersuchung erfolgte postpartal. Dabei wurde versucht die Zufriedenheit in all ihren Dimensionen zu erfassen. Das Geburtserleben wurde in 4 Dimensionen untersucht:

Erfülltheit und Enttäuschtheit, gute emotionale Adaptation und Schmerz/Erschöpfung. Über eine Korrelationsanalyse wurde versucht, mögliche Einflussgrößen von Parametern der Perinatalergebnisse und der Zufriedenheit auf das Erleben herauszufiltern und in ihrer Bedeutung zu interpretieren. Eine Folgeuntersuchung beschäftigte sich mit dem Einfluss von Vorerfahrungen auf die Erwartungshaltung zur Geburt.

Ziel war es, Determinanten für positives bzw. negatives Geburtserleben zu erfassen und mit den Voruntersuchungen in der Literatur zu vergleichen. Daraus könnten sich Impulse für die Organisation und Strukturierung der Geburtshilfe, aber auch der Geburtsvorbereitung ergeben.

Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag dafür geleistet werden, dass sich Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe den sich wandelnden Ansprüchen, Erwartungen und Qualitätskriterien anpassen.

## 2. Patientengut und Methode

### 2.1. Patientengut

Die Untersuchungen zum Thema dieser Arbeit wurden ausschließlich in der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses Dritter Orden/München durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Untersuchungen wurden in dieser Klinik durchschnittlich 1400 Geburten jährlich begleitet. Bei der Fragebogenaktion erfolgte keinerlei Patientinnenselektion.

**Tabelle 1**

Nach der Perinatalerhebung 2000 waren bezgl. des Klinikkollektivs folgende Parameter vergleichsweise auffällig (in Klammern ist der Durchschnittswert der BPE angegeben)

Erstpara	52,3 % ( 47,4%)
Alter > 35	34,3% ( 21,8%)
Deutsche Nationalität	87,7 % ( 81,0%)
Alleinstehende	2,7 % ( 9,6 %)
Berufstätig	57,9 % (48,6 %)
Arbeiterin	2,0 % (11.5 %)
Leitende Beamtin	49,9 % ( 16,7 %)
Raucherin	2,9 % (10,2 %)
Anamnestische Risiken	52,8 % (63,6 %)
Befundete Risiken	22,5 % (34,0 %)
Protrahierte Geburt	23,4 % (12,5 %)
Analgetika	13,7 % (27,5 %)
PDA	30,5 % (19,9 %)
Sektio	18,2 % (21,6 %)
Sek. Sektio	66,7 % (53,2 %)
Hockergeburt	19.8 % ( 1,9 %)
Vag. Operationen	4,4 % ( 7,0 %)
Episiotomie	17,6 % (44,4 %)
Frühgeburten	2,7 % ( 7,8 %)

Die Tabelle lässt den Schluss zu, dass am Dritten Orden ein gehobeneres Klientel älterer, deutscher Erstgebärender entbindet, welches weniger Risiken mitbringt und bei weniger, bevorzugt sekundären Interventionen eher alternative Entbindungsmöglichkeiten bevorzugt.

Bei den tendenziell protrahierten Geburten wird die PDA gegenüber anderen Schmerzbehandlungen bevorzugt angewendet.

Bei genauer Betrachtung hat das Kollektiv der Patientinnen, die im Dritten Orden entbinden, Ähnlichkeit mit den Frauen, die in der außerklinischen Geburtshilfe zu finden sind (Milenovic-Rüchardt 1996, Borrmann 2003). Diese Frauen legen besonderen Wert auf Konsistenz und weil sie oft ein hohes Kohärenzgefühl haben, wollen sie vorallem in ihrer Eigenkompetenz gestärkt werden. Sie legen meist Wert auf eine natürliche Geburt und wünschen sich, möglichst wenig von ihrem Kind getrennt zu werden. Es handelt sich demnach nicht um ein ganz typisches Klinikkollektiv.

Die Geburtsklinik des Dritten Ordens in München musste im Laufe der Zeit ein Anmeldesystem einführen, um Personal- und Raumkapazität nicht chronisch zu überlasten. Dieses Anmeldesystem hat einen ausgeprägten Werbecharakter und führt wohl automatisch zu einer Selektion des Klientels. Nur die Paare, die sich sehr frühzeitig um ihren Geburtsort bemühen, haben eine Chance berücksichtigt zu werden. Im Kollektiv findet sich zudem ein relativ hoher Anteil von Privatpatientinnen (ca. 25 %).

Des weiteren muss wohl davon ausgegangen werden, dass durch den Bekanntheits- und Beliebtheitsgrad dieser Geburtsklinik auch große Erwartungen an die Qualität der Geburtshilfe gestellt werden.

## **2.2. Methode**

Bei dieser Untersuchung kamen drei Untersuchungsinstrumente zum Einsatz.

- a. Ein selbst strukturierter Fragebogen im Sinne einer erweiterten Perinatalerhebung zur Erfassung von Qualität und Zufriedenheit am Krankenhaus Dritter Orden. (Anlage Fragebogen 1)
- b. Die Salmon-Item-List zur Erfassung des Geburtserlebens in der deutschen Fassung von Stadlmayr . (Anlage Fragebogen 2)
- c. In einer Folgeuntersuchung kam ein selbst strukturierter Fragebogen zur vorgeburtlichen Erfassung von Vorerfahrungen im Hinblick auf die anstehende Geburt zum Einsatz. (Anlage Fragebogen 3 )

Seit dem Jahr 2000 läuft an der Frauenklinik Dritter Orden in München neben der allgemeinen Perinatalerhebung eine weitere Qualitätssicherungsmaßnahme in der Geburtshilfe zur Erfassung der Zufriedenheit. Hierbei wird ein selbst strukturierter Fragebogen verwendet, der nach Durchsicht entsprechender Vorlagen in einem innerbetrieblichen Diskussionsprozess erstellt und nach den Ergebnissen von Zwischenauswertungen in punkto Verständlichkeit nach 3 Monaten abgeändert und ergänzt wurde.

Die Endfassung des Fragebogens umfasst 98 zum Teil offene Fragen (10). Es wurden bewusst einige offene Fragen mit einbezogen, weil es schwierig ist, über Patientinnenbefragungen mit Antwortvorgaben Schwachstellen heraus zu filtern (Lomas 1987, Waldenström 1996, Trojan 1999).

Zunächst bestand die Überlegung, eine postalische Nachbefragung einige Wochen nach der Geburt durchzuführen, da vermutet wurde, dass aus der Distanz zum Ereignis kritischere und validere Ergebnisse resultieren könnten. Andererseits wurde bedacht, dass emotionale Affekte wie Gefühle von Erfüllung, Erschöpfung und evtl. auch Enttäuschung im Wochenbett viel authentischer und direkter zu erfassen sind als zu einem späteren Zeitpunkt. Hinzu kommt, dass Lomas 1987 feststellte, dass sich die Antworten auf seinem Fragebogen zur Geburtszufriedenheit (LADSI) bei 2 Messpunkten im Laufe der ersten 3 postpartalen Monate kaum veränderten (Lomas 1987). Letzteres erleichterte den Entschluss, diesen Fragebogen in der Wochenbettzeit auszuteilen. Mit dieser Aufgabe wurden die Wochenbettsschwester beauftragt. Die befragten Frauen wurden dabei gebeten, den Fragebogen anonym in einen Briefkasten zu werfen. Die Fragen wurden so strukturiert, dass abgesehen von den offenen Fragen, alle anderen lediglich maximal vier Antwortmöglichkeiten zuließen, so dass eine entsprechende Verschlüsselung zur EDV-gestützten statistischen Auswertung möglich wurde. Im Rahmen der Voruntersuchung vom April bis zum Oktober 2000 wurde ausschließlich dieser Fragebogen verwendet. Ziel war es dabei, möglichst alle Wöchnerinnen zu erfassen. Seit Oktober 2000 wurde die Befragung nur noch stichprobenartig durchgeführt.

Dies betrifft auch die Hauptuntersuchung, welche zwischen Juni 2001 und Februar 2002 veranlasst wurde.

Dabei kam zusätzlich die Salmon Item List zur Erfassung des Geburtserlebens zum Einsatz.

Mit der Salmon-Item-List in ihrer deutschen Fassung von Stadlmayr wurde ein sehr brauchbares und auf seine Validität und Reliabilität geprüftes Untersuchungsinstrument zur Erfassung des Geburtserlebens gefunden (Stadlmayr 2001). Für die einzelnen Items, über die das Geburterleben erfasst werden soll, fanden sich gute Alphawerte als Ausdruck hoher

interner Konsistenz und Reliabilität. Bei dieser Untersuchung ging es nebenbei auch darum, die Salmon-Item-List auf ihre Praktikabilität und Verständlichkeit zu überprüfen.

Bei der Suche nach einem geeigneten Erfassungsinstrument für das Geburtserleben zeigte sich bei Durchsicht der Literatur, dass es sehr häufig Begriffsvermischungen gibt, bei der Bezugs- und Einflussgrößen auf das Geburtserleben und die Zufriedenheit oft nicht klar voneinander differenziert und zum Teil identisch verwendet werden.

Die Dimension des Erlebens der Geburt kann eigentlich nur durch die Beschreibung physischer und psychischer Erfahrungen und Zustände beschrieben werden.

Bei den meisten Autoren, die sich um die Festlegung von Bezugsgrößen bemüht hatten, fiel jedoch auf, dass diese oft Einflussgrößen beschrieben, ohne sie klar von Bezugsgrößen abzugrenzen. (Crowe 1989, Bramadat 1991/1993, DiMateo 1993, Mackey 1995, Waldenström 1996, Fawcett 1996, Lavender 1999)

Lediglich bei Green (1990) finden sich klar definierte emotionale und kognitive Bezugsgrößen wie Erfüllung, Befriedigung, emotionales Wohlfühl, sowie eine Beschreibung des Kindserlebens.

Diese ausschließliche Dimensionsbezogenheit findet sich auch in der Salom-Item-List, die Stadlmayr im Rahmen einer Studie zum Geburtserleben an 251 Schweizer Patientinnen in eine deutsche Version übersetzte (Stadlmayr 2001).

Verglichen mit allen anderen Fragebögen zum Geburtserleben (van der Klugt 2002) hat sich die Salmon-Item-List als besonders praktikabel erwiesen, weil diese Liste innerhalb von 5 Minuten ausgefüllt werden kann und lediglich 20 Items erfasst, die über eine numerisch Skalierung, welche antagonistische Erlebnisdimensionen erfasst, sehr leicht auswertbar sind. Die Salmon-Item-List besteht aus einer Liste von 20 kognitiven und emotionalen Zustandsbeschreibungen, die im Rahmen von Interviews mit Frauen nach der Geburt gesammelt wurden (Tabelle 2).

**Tabelle 2**

Übersetzung der Zustandsbeschreibungen der SIL vom Englischen ins Deutsche (nach Stadlmayr 2001)

<b>Item</b>	<b>English version</b>	<b>Deutsche Übersetzung</b>
1	dissapointed	enttäuscht
2	fulfilled	erfüllt
3	enthousiastic	begeistert
4	satisfied	zufrieden
5	delighted	voller Freude
6	depressed	deprimiert
7	happy	glücklich
8	excited	voller Aufregung
9	good experience	gute Erfahrung
10	coped	ich kam gut klar
11	cheated	betrogen
12	in control	unter Kontrolle
13	enjoyable	angenehm
14	relaxed	entspannt
15	anxious	ängstlich
16	painful	schmerzhaft
17	easy	leicht
18	time going slowly	Zeit verging langsam
19	exhausted	erschöpft
20	confident	voller Vertrauen

Diese Zustandsbeschreibungen wurden in Begriffspaare aufgeteilt, die das positive und das negative Ende dieser Beschreibungen definieren. Die Patientinnen wurden gebeten, ihre eigene Erfahrung zwischen diesen Antipoden auf einer Skala von 1-7 festzulegen. Die Antworten sollten spontan gegeben werden. Bei der Zustandsbeschreibung, die sich im

Geburtsverlauf veränderten, war ein Mittelwert zu bilden. Das Ausfüllen des Bogens sollte nicht mehr als 5 Minuten beanspruchen.

Salmon hat nun bestimmten Zustandsbeschreibungen bestimmte Bezugsgrößen oder Dimensionen zugeordnet. Über eine Komponentenanalyse konnte Salomon dann die drei Dimensionen festlegen, die er als „Fullfilment“, „Emotional Distress“ und „Physical Discomfort“ benannte. Stadlmayr übersetzte die einzelnen Begriffe der Item-Liste ins Deutsche. Mittels Komponentenanalyse fand er vier unabhängige Dimensionen des Erlebens. Diese 4 Dimensionen des Erlebens wurden übersetzt mit „Erfülltheit“ und „Enttäuschtheit“ als 2 postpartale Variablen sowie „gute emotionale Adaptation“ und „Schmerz und Erschöpfung“ als 2 subpartale Erlebnisdimensionen. Die Auswertung der Salmon-Item-List erfolgte nach konkreten Untersuchungsvorgaben (Stadlmayr 2001). Durch die Skalierung ergab sich eine gute statistische Auswertbarkeit und Zuordnung zu den einzelnen Dimensionen. Für die einzelnen Dimensionen wurden Punkt- und Normwerttabellen erstellt. Eine Validitäts- und Reliabilitätsprüfung gibt es dazu nicht, weil die deutsche Fassung der Salmon Item List bisher kaum in klinischen Studien eingesetzt wurde.

**Tabelle 3**

Normwerttabellen für die 4 Erlebnisdimensionen der Salmon Item List

## SIL-GER F 1 „Erfülltheit“

Erfülltheit-Werte von	0 – 36	(36 = höchste Erfülltheit)
Normwerte	0 – 8	(sehr niedrig)
	9 – 16	(niedrig)
	17 – 31	(normal)
	32 – 36	(hoch)

## SIL-GER F 2 „Gute emotionale Adaptation“

Gute emotionale Adaptation-Werte von	0 – 30	(30 = beste emotionale Adaptation)
Normwerte	0 – 5	(sehr niedrig)
	6 – 11	(niedrig)
	12 – 24	(normal)
	25 – 30	(hoch)

## SIL-GER F 3 „Enttäuschtheit“

negatives emotionales Erleben-Werte von	0 – 13	(13 = höchstes negatives emotionales Erleben)
Normwerte	0 – 6	(normal)
	7 – 10	(hoch)
	11 – 18	(sehr hoch)

## SIL-GER F 4 „Schmerz/Erschöpfung“

Schmerz/Erschöpfung Werte von	0 – 18	(18 = höchster Schmerz und höchste Erschöpfung)
Normwerte:	0 – 2	(sehr niedrig)
	3 – 7	(niedrig)
	8 – 16	(normal)
	17 – 18	(hoch).

Nach Abschluss der Hauptuntersuchung und nach Durchsicht der Literatur ergaben sich weitere Fragestellungen. Offenbar hängen Erleben und Zufriedenheit ganz allgemein sehr wesentlich von den Erwartungen ab. Diese Erwartungen entstehen durch Vorinformation und zum Teil auch unbewußte Vorerfahrungen. Im Rahmen einer Folgeuntersuchung wurde der

Versuch unternommen, diese vorgeburtlichen Erfahrungen zu erfassen, zu beurteilen und in die Gesamtdiskussion der Hauptuntersuchung einzubeziehen.

Im Frühjahr 2002 wurde in der Frauenklinik des Dritten Ordens an alle Frauen die zur schriftlichen Anmeldung in der 35./36. SSW in die Klinik kamen, ein Fragebogen verteilt, über den mit 10 Fragen Vorwissen und Vorerfahrungen rund um die Geburt erfasst werden sollten. Insgesamt konnten 169 Fragebögen ausgewertet werden. Der überwiegende Anteil der Fragebögen wurde zwischen der 34. und 37. Woche beantwortet.

### **2.3. Statistische Methodik**

Die Antworten der Fragebögen wurden zur besseren statistischen Aufarbeitung numerisch verschlüsselt und in Excel-Tabellen eingegeben. Die offenen Fragen wurden auf eine Kernantwort reduziert und konnten so quantitativ erfasst werden. Die Korrelationsanalyse zwischen der erweiterten Perinatalerhebung und der Salom-Item-List erfolgte mit Hilfe von Frau Dipl.-Math. Busch vom Institut für Med. Statistik und Epidemiologie der Technischen Universität München, Dir. Prof. Dr. A. Neiß. Die Analyse wurde im Sinne einer explorativen Datenanalyse durchgeführt. Die Gruppen wurden im Fall kategorischer Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test bzw. dem exakten Test von Fisher verglichen. Im Fall kontinuierlicher Variablen wurden nichtparametrische Tests angewandt, bei zwei Gruppen der Mann-Whitney-Test oder bei drei oder mehr Gruppen der Kruskal-Wallis-Test. Bei Signifikanz des Kruskal-Wallis-Tests wurde die „Closed-Testing-Procedure“ (Marcus 1976) als Post-hoc Test angewandt. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt. Alle Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Die Auswertung wurde mit dem Programm SPSS Version 11,5 gemacht.

Mit diesem Verfahren wurden nun die Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung und der Salmon-Item-List korreliert. Bei der Auswertung und Korrelierung der Fragebögen wurden vier Untergruppen gebildet. Ziel war es, Frauen, die in bestimmten Erlebnisdimensionen negativ auffielen, von denen abzugrenzen, die ein durchschnittliches oder positives Geburtserleben hatten. Letztere wurden der Vergleichsgruppe zugeordnet, die in den Tabellen mit „negativ“ definiert ist. Eine weitere Gruppe umfasste Frauen, die bezüglich einer der beiden „intrapartalen“ Dimensionen „positiv“ auffielen (also ein negatives Geburtserleben hatten); sie wurde definiert mit „positiv intrapartal“. Die dritte Gruppe umfasste Frauen, die postpartal mit negativem Geburtserleben auffielen. Diese Gruppe wird als „positiv postpartal“ definiert. Die letzte und vierte Gruppe betraf Frauen, die sowohl bezüglich des intra- als auch postpartalen Erlebens in mindestens jeweils einer Dimension auffällig waren. Diese Gruppe wurde als „positiv beide“ definiert.

Obwohl nur vier Gruppen gebildet wurden, fand sich bei der Auswertung bei manchen Korrelationen das Problem der kleinen Zahl, so dass bei bestimmten Korrelationen kaum statistisch sinnvolle Aussagen möglich waren.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1. Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung unter Einbeziehung der Voruntersuchung**

Nach der Auswertung der zwischen April und Oktober 2000 rückgelaufenen Fragebögen der Voruntersuchung (N=523) und Analyse der erweiterten Perinatalerhebung im Rahmen der Hauptuntersuchung (N=251) fanden sich folgende Ergebnisse. Die Analyse bezieht sich dabei auf die 3 Zeiträume „prä – sub – und postpartal“. Für die Beurteilung der offenen Fragen wurde nur die Hauptuntersuchung herangezogen.

##### **Präpartal**

63% der Paare besuchten den Elterninformationsabend.

75% der Paare nahmen an einem Geburtsvorbereitungskurs teil.

67% begrüßten den Aufbau einer Elternschule, vorwiegend, um sich auf die Geburt vorzubereiten.

61% der Mütter sprachen sich für die Einrichtung einer Hebammensprechstunde aus.

##### **Subpartal**

Die Zufriedenheit mit dem Personal wird von den Hebammen mit Werten von über 90% angeführt. Geburtshelfer (75%), Kinderärzte (55%) und Anästhesisten und ihr Team (um die 50%) erreichten hier niedrigere Werte .

86% waren mit dem Team aus Hebammen und Ärzten zufrieden.

69% der Frauen wünschten sich eine kontinuierliche Betreuung durch die Hebamme.

88% der Eltern fühlten sich während der Geburt ausreichend informiert und in die Entscheidungen einbezogen.

98% der Frauen wurden vom Ehemann oder Partner begleitet.

92 % zeigten sich mit den Entbindungsräumen zufrieden.

77% waren mit der Schmerzbehandlung zufrieden.

76% der Mütter behielten ihr Kind nach der Geburt über eine Stunde ununterbrochen bei sich.

## **Postpartal**

- 50 % der Frauen erachteten die ärztliche Visite für wichtig.
- 60% würden sich über eine zusätzliche Wochenbettvisite durch die Hebamme freuen.
- 88% waren mit dem offenen Rooming in - System zufrieden.
- 70% sind mit dem gängigen, nicht integrierten Wochenbettpflegemodell zufrieden.
- 75% der Mütter gaben ihr Kind nachts ab.
- 85% empfanden die Stillanleitung ausreichend.
- 64% übereinstimmend.
- 42% hatten keine Stillprobleme.
- 54% waren bezüglich des Stillens unsicher.
- Hauptprobleme beim Stillen waren
  - a) wund Brustwarzen (54%)
  - b) zu viel oder zu wenig Milch (46%).
- 53% der Frauen gaben ihren Kindern zusätzlich Tee.
- Bezüglich des Stillen wurde eine Korrelation mit dem Geburtsmodus hergestellt:
  - 48,4 % der spontan entbundenen Mütter kommen mit dem Stillen voll klar ( Sectiomütter 26,2% ).
  - 2.2 % der spontan entbundenen Mütter stillen nicht (Sectiomütter 11.9%).
  - 10.3 % der spontan entbundenen Mütter hatten zu wenig Milch (Sectiomütter 28.2 %).
- 62,5% der Vakuumkinder waren beim Stillen auffällig müde (sonst nur ca. 24%).
- 91% der Frauen waren mit dem Zimmer zufrieden.
- 67% waren mit dem Essen zufrieden.
- 56% wünschen sich flexiblere Essenszeiten.
- 32% der Frauen beklagten den frühen Tagesbeginn.
- 33% wünschten sich ein separates Besuchszimmer.
- 64% hatten ausreichend Ruhe- und Schlafzeiten.
- 52% zeigen Interesse an Familienzimmern.
- 91% erhoffen die Anbindung der Kinderklinik, die zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erfolgt war.
- 97% der Frauen gaben an, bei der nächsten Geburt wieder zu kommen.

**Tabelle 4-10**

Auswertung der Fragen mit Freitext (Anzahl der Nennungen nach ihrer Häufigkeit)

**Tab. 4** Frage:

Wer oder was ist nach Ihrer Meinung entscheidend für ein positives Geburtserleben?

Hebamme	91
Atmosphäre	30
Mann	25
Ich selbst	16
Team	12
Sicherheit	10
Betreuung	9
Ruhe	8
Info	8
Geborgenheit	5

**Tab. 5** Frage:

Wer oder was hat ihnen bei der Geburt am meisten geholfen ?

Hebamme	125
Mann	110
PDA	9
Arzt	4
Kind	4
Zuspruch	4
Bad	4
Freundin	3
Betreuung	3
Ruhe	3

**Tab. 6** Frage:

Wer oder was hat Sie bei der Geburt am meisten gestört bzw. belastet ?

Schmerzen	32
Raum	15
Dauer	13
Ängste	9
Hebammenwechsel	8
Hebamme nicht da	6
PDA (Unwirksamkeit)	7
Schreie anderer	7
Schlechtes CTG	7
CTG-Ableitung	6
Wehen	5
Unsicherheit	5
Sectio	5

**Tab. 7** Frage:

Was hat Ihnen an unserem Haus besonders gut gefallen ?

Personal	54
Freundlichkeit	40
Atmosphäre	40
Räume	27
Betreuung	25
Hebamme	17
Individualität	9
Kompetenz	8
Ruhe	7
Alternative Methoden	6

**Tab. 8** Frage:

Was ist verbesserungsbedürftig ?

Essen	30
Zimmer	11
Mehr Info	9
Mehr Personal	9
Kinderzimmer	8
Absprache	7
Stillhilfe	7
Licht	7
Organisation	6
Wochenbettpersonal	5
Besuch	4

**Tab. 9** Frage:

Was empfanden Sie als besonders störend in der Wochenbettzeit?

Unruhe	43
Besuch	41
Nachbarin	7
Putzen	6
Lärm	5

**Tab. 10** Frage:

Was würden Sie sich für die nächste Geburt wünschen?

So wie gehabt	64
Schneller	30
Spontangeburt	26
Weniger Schmerzen	14
Dieselbe Hebamme	8
Langsamer	6
Wassergeburt	5
Weniger Komplikationen	4
Anderer Raum	4
Sectio	4

### 3.2. Ergebnisse der Erfassung des Geburtserlebens mit Hilfe der Salmon-Item-List.

#### Häufigkeit bestimmter Erlebnisdimensionen

In folgenden Tabellen (**Tabelle 11 a-d**) wurden für die 251 Fälle die quantitative Häufigkeit bestimmter Intensitäten des Erlebens in den 4 Dimensionen erfasst.

#### 11 a) Erfülltheit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
very low	10	4.0	4.0	4.0
low	25	10.0	10.0	13.9
normal	154	61.4	61.4	75.3
high	62	24.7	24.7	100.0
Total	251	100.0	100.0	

#### 11 b) Enttäuschtheit

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
very high	11	4.4	4.4	4.4
high	29	11.6	11.6	15.9
normal	211	84.1	84.1	100.0
Total	251	100.0	100.0	

#### 11 c) Gute emotionale Adaptation

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
very low	7	2.8	2.8	2.8
low	19	7.6	7.6	10.4
normal	160	63.7	63.7	74.1
high	65	25.9	25.9	100.0
Total	251	100.0	100.0	

## 11 d) Schmerz/ Erschöpfung

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
high	39	15.5	15.5	15.5
normal	174	69.3	69.3	84.9
low	34	13.5	13.5	98.4
very low	4	1.6	1.6	100.0
Total	251	100.0	100.0	

### a) **Erfülltheit:**

Nur 14% der Frauen zeigten niedrige oder sehr niedrige Werte, die Erfülltheit betreffend. 61,4% hatten Normalwerte und 24,7 % waren in hohem Maße erfüllt.

### c) **Enttäuschtheit:**

Sehr oder besonders enttäuscht zeigten sich hier 16 % der Frauen nach der Geburt, 84,1 % fielen in dieser Dimension nicht auf.

### b) **Gute emotionale Adaptation:**

Hier zeigten 10,4 % der Frauen niedrige Werte, 63,7 % lagen im Normbereich. 25,9 % wiesen hohe Adaptationswerte auf.

### d) **Schmerz / Erschöpfung:**

69,3 % der Frauen zeigten ein normales Schmerzerleben, 15,5 % empfanden den Schmerz und die Erschöpfung besonders ausgeprägt.

15,1 % der Frauen wiesen hier niedrige und mit 1,6 % sogar sehr niedrige Werte auf.

### 3.3. Empirische Zusammenhanganalyse zwischen den Ergebnissen der erweiterten Perinatalerhebung und der Erfassung des Geburtserlebens

Sämtliche Antwortmöglichkeiten der erweiterten Perinatalerhebung wurden mit dem individuellen Geburtserleben korreliert. Dabei ergaben sich insgesamt 242 Korrelationstabellen.

Von diesen wurden 87 als für die Hypothesen und die Fragestellung relevant identifiziert.

#### Legende Tab.12-14

87 Korrelationen wurden den drei Zeitdimensionen prä-, sub- und postpartal und den antipodischen Erlebnisdimensionen (vergleichsweise negatives versus vergleichsweise positives Erleben) zugeordnet. In diesen Gruppen erfolgte eine thematische Zuordnung durch Bildung von Themenkomplexen (, um die spätere Diskussion zu erleichtern). Desweiteren wurden die jeweiligen Ergebnisse ihrer statistischen Relevanz zugeordnet ( S= Signifikant bei  $p < 0,05$  ; T= Tendenziell Signifikant; NS= Nicht Signifikant ). Hierdurch ergaben sich folgende Tabellen:

**Tab. 12 Präpartale Phase (15 von 87 Korrelationen)**

Item (ja)	Erleben	Signifikanz
<b>Klinikauswahl:</b>		
Empfehlung durch Medien	neg.	S
Empfehlung durch Freunde	pos.	T
Aufmerksam durch Klinikbesuch	pos.	T
Aufmerksam durch Hebamme		NS
Aufmerksam durch Frauenarzt		NS
Früherer Klinikaufenthalt	pos.	T

Item (ja)	Erleben	Signifikanz
<b>Information und Geburtsvorbereitung</b>		
Kein Infoabend	pos.	T
Schwangerengespräch	neg.	T
Kreissaalführung		NS
Geburtsvorbereitung		NS
Infoangebot nicht ausreichend	neg.	T
Vorwissen gut und hilfreich	pos.	T
Vorwissen belastend und widersprüchlich	neg.	T
<b>Bedeutung der Kinderklinik</b>		
Kinderklinik unwichtig	pos. (15/16)	T
Kinderklinik kein Auswahlkriterium	pos. (13/19)	T
Lange Wartezeit bei Aufnahme	neg.	T

**Tab. 13 Subpartale Phase** (34 von 87 Korrelationen)

<b>Modus (Anhang Tab. 15)</b>		
Sektio	neg.	S
Vakuum	neg.	S
Normalgeburt	pos.	S

<b>Parität (Anhang Tab. 16)</b>		
Erstpara	neg.	S
Multipara	pos.	S

<b>Räume, Intimität, Bewegungsspielraum</b>		
Raumwechsel subpartu	neg.	S
Entbindungsräume gefallen		NS
Intimität nicht respektiert	neg.	T
Kein Bewegungsspielraum	neg.	T
Sicher und geborgen	pos.	S
<b>(Anhang Tab. 17)</b>		

Item (ja)	Erleben	Signifikanz
<b>Begleitung</b>		
Partner wichtig		NS
Partner hat am meisten geholfen		NS
Partner anwesend		NS
Begleitung durch Freundin	neg.	T
Begleitung durch Mutter	neg.	T

<b>Betreuung durch Hebamme und Arzt</b>		
Hebamme hat am meisten geholfen (Anhang Tab. 18)	pos.	S
Hebamme bedingt kompetent	neg.	T
Kontinuierliche Betreuung unwichtig	pos.	T
Hebammenbetreuung unzureichend	neg.	T
Uninformiert unter der Geburt	neg.	T
Hebamme hat gestört	neg.	T
Zusammenarbeit Heb./Arzt „mittel“	neg.	T
Arzt bedingt kompetent	neg.	T
Arztbetreuung „mittel“	neg.	T
Anästhesist „mittel“	neg.	T

<b>Schmerz, Angst, Dauer</b>		
Anästhesie nötig	neg.	T
PDA wichtig für pos. Erleben	neg.	S
PDA ja (Anhang Tab. 19a)	neg.	S
PDA am meisten geholfen (Anhang Tab. 19b)	neg.	S
Schmerzbehandlung zufrieden	pos.	T
Angst vor Schmerz hat gestört	neg.	T
Dauer hat gestört		NS
Angst um das Kind hat gestört	neg.	T

**Tab. 14 Postpartale Phase ( 38 von 87 Korrelationen)**

Item (ja)	Erleben	Signifikanz
<b>Kinderarzt</b>		
Kinderarzt bei Geburt	neg.	S
Ungenügende Kinderarztinfo.	neg.	T
<b>Bonding</b>		
Langes Bonding	pos.	T
<b>Neg. Erleben</b>		
Neg. Erlebensbeschreibungen	neg.	T
<b>Visite</b>		
Visite unwichtig	pos.	T
Hebammenvisite unwichtig	pos.	T
<b>Stillen</b>		
Kinderschwester (eher unzufrieden)	neg.	T
Widersprüchl. Stillanleitung	neg.	T
Schlechte Stillanleitung	neg (8/12)	T
Stillprobleme	neg.	S
<b>(Anhang Tab. 20)</b>		
Keine Stillprobleme	pos.	T
Zu wenig Milch	neg.	T
Hohlwarzen	neg.	T
Kind zu müde	neg.	T
Kind will nicht an die Brust	neg.	T
Tee auf Anraten des Kinderarztes	neg.	T
Tee ,weil ich es wollte	pos.	T
Tee auf Anraten der Kinderschwester	neg.	T
Kind bekam keinen Tee	neg.	T

Item (ja)	Erleben	Signifikanz
-----------	---------	-------------

<b>Rooming In</b>		
Baby zu wenig da	neg.	T
24-h Rooming in	pos.	T
Rooming In problemlos	pos.	T

<b>Ruhestörung</b>		
Unruhe hat gestört	neg	T
Zu viel Unruhe	neg.	T
Keine Ruhemöglichkeit	neg.	T
Im Wochenbett gestört gefühlt	neg.	T

<b>Zimmer</b>		
Mit dem Zimmer unzufrieden	neg.	S
Einzelzimmer		NS
Familienzimmer wichtig	neg.	T
Bereit dafür zu zahlen	neg.	T
Fernseher wichtig	neg.	T

<b>Tagesablauf</b>		
Früher wecken erwünscht	neg.	T
Später wecken erwünscht	neg.	T

<b>Aufenthalt</b>		
Langer Aufenthalt	neg	S

<b>Wünsche</b>		
Wunsch nach schnellerer Folgegeburt	neg.	T
Wunsch nach kürzerer Geburt	neg.	T
Wunsch nach schmerzärmerer Folgegeburt	neg.	T
Komme wieder	pos.	T

### **3.4. Ergebnisse der Fragebogenauswertung zur Erfassung von Vorerfahrungen in Bezug auf die Geburt**

77 % der Frauen wurden ausschließlich vom Arzt in der Schwangerschaft betreut, 22 % im Wechsel zwischen Arzt und Hebamme, und nur 1 % ließen die Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme durchführen.

Bei der Frage nach wichtigen Personen im Rahmen der Vorbereitung auf die Geburt spielte der Arzt die größte Rolle, gefolgt von der Geburtsvorbereitung und dem Kindsvater. Informationen über Freunde und Bücher rangierten noch vor dem Einfluss der Hebamme. Relativ unbedeutende Informationsquellen sind die Mutter, Geschwister, Zeitschriften, Filme und das Internet. Trotzdem haben sich 27 % der Frauen per Internet über Schwangerschaft und Geburt informiert. 92 % der Frauen fühlten sich durch das Wissen rund um die Geburt beruhigt, nur 6 % waren verunsichert bzw. nur 2 % verängstigt. Einen Geburtsvorbereitungskurs besuchten 83 % der befragten Frauen. Das Gespräch mit der Mutter über die Geburt hinterließ bei 60 % einen eher positiven Eindruck. 22 % hatten nicht mit ihrer Mutter über ihre Geburt gesprochen und bei 18 % hinterließen die Vorerfahrungen der Mutter ein eher negatives Bild. Die Frage nach negativen Vorerfahrungen mit Schmerzen, die nicht weiter spezifiziert wurden, bejahten 28 % der Frauen, 75 % meinten, dass sie sich meistens auf ihren Körper verlassen könnten, 24 % waren der Meinung, sich immer auf ihre physische Potenzen verlassen zu können. Von den Frauen, die bereits geboren hatten (N 56), gaben 45 % an, dass sie vor der zweiten Geburt mehr Angst hätten als vor der Ersten.

## **4. Diskussion der Arbeit vor dem Hintergrund der Literatur**

### **4.1. Aspekte der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe**

#### Vorüberlegungen zum Begriff Qualität

Qualität (lateinisch „Qualis“ = „Welche“) beschränkt sich in der ursprünglichen Bedeutung nur auf die Beschaffenheit eines Objekts. Das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) definiert Qualität als „die Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“. (DIN 1987) Eine spezielle normierte Begriffsbestimmung für die Qualität ärztlichen Handelns, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung oder die Qualität des Gesundheitswesens gibt es bislang nicht. Aus einer Vielzahl von Definitionsversuchen sei der von Brook genannt, in dem medizinische Qualität als Komponente des Unterschieds zwischen idealem und tatsächlichem Ergebnis, die dem Anbieter unter Berücksichtigung seiner Arbeitsmöglichkeiten zugeschrieben werden kann, dargestellt wird (Brook 1985). Der Vergleich zwischen Erwartung und Erleben legt demnach das Maß an Qualität fest. Ähnlich definiert die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1993) in Anlehnung an die EFQM Qualität wie folgt: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes und einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht.“ (DGQ 2002) Die EFQM (European Foundation of Quality Management) definiert neun Qualitätskriterien, wobei Nr. 6 die Patientenzufriedenheit definiert und mit 20 % der Punkte „vergütet“ wird. Homburg spricht von einem Soll-Ist-Vergleichsprozess und stellt die unterschiedliche Bedeutung der Zufriedenheitskriterien heraus. Er plädiert für eine getrennte Erfassung von Soll und Ist (Erwartung und Realität), um gestiegene Erwartungen von einem Leistungsfall abzugrenzen. (Homburg 1995). Brüggink beschäftigt sich mit der Dienstleistungsqualität, deren Beurteilung bei gleichbleibender Leistung von sich ändernden Erwartungen abhängt. (Brüggink 1999)

Andere Erwartungen sind empirisch in der Geburtshilfe zu beobachten, die zunehmend von abnehmender „Leistungsbereitschaft“ – wenn nicht gar „Leidensbereitschaft“, gekoppelt mit veränderten Ansprüchen (die Geburt soll schmerzfrei, schnell, unanstrengend und unkompliziert sein) und „Zeitgeistaspekten“ geprägt ist, was sich in immer mehr gewünschter Intervention (Einleitung, PDA, Wunschsectio) ausdrückt (Azouley 1998, Schuecking 2001, Schindl 2003).

Die Perinatalerhebungen der Bundesländer sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung der Geburtshilfe. In diesen Perinatalerhebungen wird das ganze Ausmaß medizinischer Maßnahmen, wichtige Eckdaten der Geburtsverläufe, der Geburt, der Wochenbettzeit sowie eine umfassende Analyse von Morbidität und Mortalität im perinatalen Kontext erfasst. Allerdings sind die Kriterien der Qualität der Geburtshilfe nicht immer eindeutig zu benennen. Sie unterliegen offenbar auch sehr häufig einem Paradigmenwandel. Noch bis vor kurzem galt die niedrige Sectiorate und andererseits die hohe Episiotomierate als ein positives Qualitätskriterium. Seit Einführung der Sectio mit geringfügiger Indikation kann dieses Qualitätskriterium wohl nicht mehr zugrunde gelegt werden. Andererseits wurde der eingeschränkte Nutzen und die Morbidität der Episiotomie in vielen Studien belegt (Schneider 1996, Dannecker 2000). Und selbst die PDA-Rate kann schon lange nicht mehr als ein Kriterium für gute oder schlechte Hebammenbetreuung gelten.

„Ohne Zweifel bilden die Daten der Perinatalerhebungen einen großen Schatz, auch wenn sie manchmal mehr Fragen aufwerfen als sie beantworten. Das haben sie übrigens mit der Wissenschaft gemeinsam. Es lohnt sich schon, in den Datenbergen nach verborgenen Edelsteinen zu suchen, sie mit Sachverstand zu schleifen und in der Öffentlichkeit zum Leuchten zu bringen.“ (Selbmann 1993)

So konnte KTM. Schneider im Jahr 2000 bei einer Nachuntersuchung bayerischer Perinataldaten zwar – wie zu erwarten war - feststellen, dass die primäre Sectio kaum mehr ein erhöhtes Risiko für die Morbidität und die Mortalität der Mutter mit sich bringt, dass andererseits aber die kindliche Morbidität durch die primäre Sectio erhöht wird (Schneider 2000). Schuecking fand bei einer Auswertung der Niedersächsischen Perinatalerhebung Nachweise, dass die Interventionsrate im Untersuchungszeitraum völlig unabhängig von der Risikokonstellation angestiegen ist (Schuecking 2002). Wie schon erwähnt, werden in diesen Perinatalerhebungen leider Aspekte des Erlebens und der psychischen Verarbeitung der Geburt nicht erfasst. Dasselbe gilt für Aspekte der Zufriedenheit.

#### **4.2. Zur Wissenschaftstheorie der Untersuchung**

Grundsätzlich gibt es in der Wissenschaftstheorie zwei Möglichkeiten, methodisch vorzugehen: Durch einen qualitativen oder durch einen quantitativen Untersuchungsansatz. Beim quantitativen, auch deduktiv genannten Forschungsansatz geht es im wesentlichen um die klassischen Gütekriterien der Validität (misst das Instrument tatsächlich das, was es messen soll?) und um Aspekte der Reliabilität oder Zuverlässigkeit (ist der Messvorgang exakt und nachvollziehbar? ). Die qualitative Forschung geht eher induktiv vor, indem sie

Daten sammelt, die in der Gesamtbetrachtung zur Aufstellung einer oder mehrerer Hypothesen führen. Die Validierung ist daher bei der qualitativen Forschung deutlich erschwert. Hingegen lässt sich die Reliabilität durch Wiederholung der Untersuchung anhand desselben Instrumentes und desselben Untersuchers oder anderer Untersucher nachweisen (Mayring 1994; Kethler 1999). In der vorliegenden Arbeit wurde durch die Verwendung der Salmon-Item-List und ihrer statistischen Korrelierung mit qualitativen und quantitativen Faktoren, die im Rahmen der Patientinnenbefragung erhoben wurden, ein eher quantitativer Ansatz gewählt. Qualitativ ist diese Arbeit andererseits in dem Sinne, als erst über die Gesamtbetrachtung und Auswertung der gesammelten Daten Hypothesen einerseits zwar bestätigt, andererseits erst gebildet werden konnten. So gesehen hatte der Untersuchungsansatz auch induktive und damit qualitative Aspekte.

### **4.3. Kritische Wertung des Studiendesigns**

#### **Kritische Wertung der Untersuchung April bis Oktober 2000**

Bei der Durchsicht kursierender Fragebögen zur Qualitätssicherung ( Riegl-Studie, Studie des Robert-Koch-Instituts Berlin, Fragebögen anderer Frauenkliniken) sind kaum vergleichbare Ansätze zu verzeichnen.

Anhand der Vorlagen wurde der Fragebogen im Ärzteteam entwickelt und vom Hebammenteam redigiert.

Schließlich sollten den unterschiedlichen Sichtweisen dieser beiden Berufsgruppe Rechnung getragen werden.

Gerade in der sensiblen, oft wahrnehmungsirritierten Wochenbettzeit, in der diese Bögen ausgefüllt wurden, sind Verständnisprobleme, sowie affektgesteuerte Antworten unmittelbar nach der Geburt, noch dazu in einer von Erschöpfung geprägten Umbruchzeit kritische Eckpunkte für Validität und Reliabilität dieser Untersuchungen.

Hierbei ist einerseits mit emotionsgesteuerten jedoch andererseits authentischen Antworten zu rechnen. Trotzdem bleibt offen, ob die Unmittelbarkeit der Erfassung von Erleben und Zufriedenheit mit der Geburt nicht zu falschen Ergebnissen führt.

Aus der Literatur sind Untersuchungen bekannt, die in den Wochen nach der Geburt keine größeren Veränderung des Erlebens verzeichnen (Lomas 1987).

Hingegen haben Langzeituntersuchungen gezeigt, dass sich das Erleben im Laufe der Zeit doch verändert und dem Grunde nach negativiert wird (Simkin 1991, Bennett 1985).

Die Verteilung der Fragebögen wurde durch die Wochenbettschwester nicht immer ganz konsequent vollzogen.

Bei 813 Geburten im Zeitraum April - Oktober 2000, wurden 550 Bögen ausgeteilt, die Rücklaufquote betrug 88 % (523 Bögen).

Die Ausfüllqualität der eingegangenen Fragebögen war weitgehendst gut:

Wenn die Fragebögen zurückgegeben wurden, waren sie fast komplett und vollständig ausgefüllt.

### **Kritische Wertung der Untersuchung Juni 2001 bis Feb. 2002**

Bei dieser Untersuchung wurden der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Salom-Item-List kombiniert ausgeteilt.

Die Salom-Item-List ist bezüglich Validität und Reliabilität in ihrer deutschen Fassung von Stadlmayr ausreichend geprüft (Stadlmayr 2000).

Bei dieser II. Untersuchung wurden die Fragebögen nur strichprobenartig ausgeteilt.

Die Rücklaufquoten waren diesmal sehr unterschiedlich ( sie lagen zwischen 30 % und 88 %). Hierbei stellt sich die Frage, ob die stichprobenartige Erfassung der Frauen eine unerwünschte Selektion bedingt. Nachdem sich im Vergleich zur Voruntersuchung keine wesentlichen Veränderungen der Ergebnisse zeigten, konnte davon ausgegangen werden, dass die Stichproben durchaus repräsentativ waren.

Bezüglich der Rücklaufquote muss angemerkt werden, dass bei einem eher geringen Rücklauf wohl die Fragebögen bevorzugt von besonders unzufriedenen oder besonders zufriedenen Frauen ausgefüllt wurden.

Möglicherweise sind aber auch die Fragebögen in den vorgegebenen Zeiträumen nicht kontinuierlich und konsequent ausgeteilt worden.

Eine schlüssige Erklärung für die unterschiedliche Rücklaufquote fand sich nicht. Dies bleibt sicher ein Schwachpunkt der Untersuchung.

Die hohe Zufriedenheit der Frauen nach der Geburt ist bekannt und erschwerte grundsätzlich die Erfassung von kritischen Stellungnahmen.

Die meisten Frauen bekommen ein gesundes Kind und werden es gar nicht wagen, in diesem Zusammenhang auch noch Unzufriedenheit zu zeigen. ( Waldenström et al. 1996).

Wenn überhaupt, kann Unzufriedenheit nur über einen anonymen Fragebogen und durch einen ausreichenden Anteil offener Fragen erfasst werden (Waldenström et al. 1996 , Trojan 1998).

Diese Bedingungen konnten erfüllt werden.

Bei der statistischen Auswertung und Korrelation der Fragebögen zur Geburtszufriedenheit und zum Geburtserleben ergaben sich weitere Probleme. Obwohl nur 4 Gruppen bezüglich des Geburtserlebens gebildet wurden, ergab sich bei der Auswertung bei manchen Korrelationen das Problem der sehr kleinen Zahl , so dass hier oft statistisch sinnvolle Aussagen nicht möglich waren.

Deswegen konnten viele Zusammenhänge nicht nachgewiesen, sondern lediglich vermutet werden.

### **Kritische Wertung der Untersuchung April bis Oktober 2002**

Dieser Fragebogen wurde selbst zusammengestellt und beinhaltete 10 Fragen zu den Vorerfahrungen bezüglich der Geburt.

Die Fragebögen wurden bei der schriftlichen Anmeldung in der 35./36. SSW. ausgefüllt.

Die Erfragung erfolgte anonym. Die Fragebögen wurden von der aufnehmenden Hebamme wieder eingesammelt.

Von vielen Frauen wurde leider nur das 1. Blatt des Fragebogens ausgefüllt. Dadurch ergaben sich bezüglich der Antworten unterschiedliche Fallzahlen.

Insgesamt wurden 169 Fragebögen ausgeteilt und ausgewertet.

### **4.4. Diskussion der Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung**

Die Diskussion der Ergebnisse der erweiterten Perinatalerhebung werden vor dem Hintergrund der Studie von Prof. Riegl diskutiert (Riegl 1999):

Informations- und Geburtsvorbereitungsangebote erfreuen sich einer großen Akzeptanz und werden von ca. 2/3 der Paare wahrgenommen.

Der überwiegende Teil der Eltern (88%) fühlen sich darüber hinaus bestens informiert und in die Entscheidungen involviert.

Bei der Betreuung scheinen die Hebammen eine entscheidende Bedeutung zu haben. Diese Hebammenbetreuung wird zudem als wichtigster Faktor für ein positives Geburtserleben

benannt. Die Hebamme ist auch die Person, die von den Frauen als größte Hilfe betrachtet wird.

Dieser Umstand wurde schon in mehreren Voruntersuchungen bestätigt. (Wilson 1990, Waldenström 1998, Proctor 1998, Homer 2002).

Dabei ist wohl davon auszugehen, dass die Aspekte der Fremdkontrolle (Vertrauen in die Kompetenz der Hebamme) aber auch Aspekte der unterstützten Selbstkontrolle (Information, einbezogen werden in Entscheidungen usw.) relevant sind.

Diese Hebammenbetreuung erwarten sich die Frauen kontinuierlich und umfassend.

Entsprechend wurde die fehlende Präsenz der Hebamme bzw. der Hebammenwechsel relativ häufig als Störfaktor genannt.

Der Wunsch nach stärkerer Präsenz der Hebamme drückt sich auch darin aus, dass zusätzliche Wochenbettvisiten durch die Hebammen und die Einrichtung einer Hebammensprechstunde erwünscht sind.

Die Zufriedenheit mit dem ärztlichen Personal erreicht bei weitem nicht die Werte, die bei den Hebammen erfasst wurden. Die Daten entsprechen hier in ungefähr denen der Rieglstudie. Nur bei 4 von 269 Nennungen wurde der Arzt als derjenige benannt, der bei der Geburt am meisten geholfen hat. Nur die Hälfte der Frauen erachteten die ärztliche Visite als bedeutsam. Vergleichsweise „unzufrieden“ sind Frauen vor allem mit KinderärztInnen und AnästhesistInnen. Diese Berufsgruppen sind fast immer an pathologischen Geburtsverläufen beteiligt, die per se oft zur Unzufriedenheit führen. Inwieweit hier vielleicht auch die in Krisensituationen besonders hohe Erwartungen an kommunikative Fähigkeiten enttäuscht wurden, sei dahingestellt.

Nachdem es keine Voruntersuchungen dazu gibt, stellt sich die Frage, ob der Arzt überhaupt jemals als Geburts- „Helfer“ gesehen wurde. Womöglich hat sich an diesem Bild aber auch im Laufe der Zeit etwas verändert, weil die vitale Bedrohung von Mutter und Kind durch die Geburt zunehmend an Bedeutung verloren hat und daher die ärztliche Intervention eher störend und invasiv, denn als rettend erlebt wird.

Möglicherweise lässt sich aus diesen Ergebnissen die Schlussfolgerung ziehen, dass Frauen eine hebammenorientierte Geburtshilfe wünschen. Der Arzt spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Er ist im Rahmen eigentlich nicht erwarteter Pathologie notwendig, aber eigentlich nicht erwünscht.

Andererseits legen Frauen großen Wert auf die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen, die als ein kompetentes und vertrautes Team auftreten sollen (Churchill 1995, Vetter 1999, Waldenström 1998)

Bei einer österreichischen Untersuchung über die Bedeutung besonderer Angebote der Geburtsklinik fand sich die positiv erlebte Teamarbeit mit fast 90% als wichtigste Bezugsgröße für die Zufriedenheit (Ahner 1990).

Neben dem geburtshilflichen Team spielt offenbar der Ehemann oder Partner eine große Rolle in der Geburtsbegleitung. Der überwiegende Teil der Frauen (98%) wird heute vom Vater des Kindes mitbetreut.

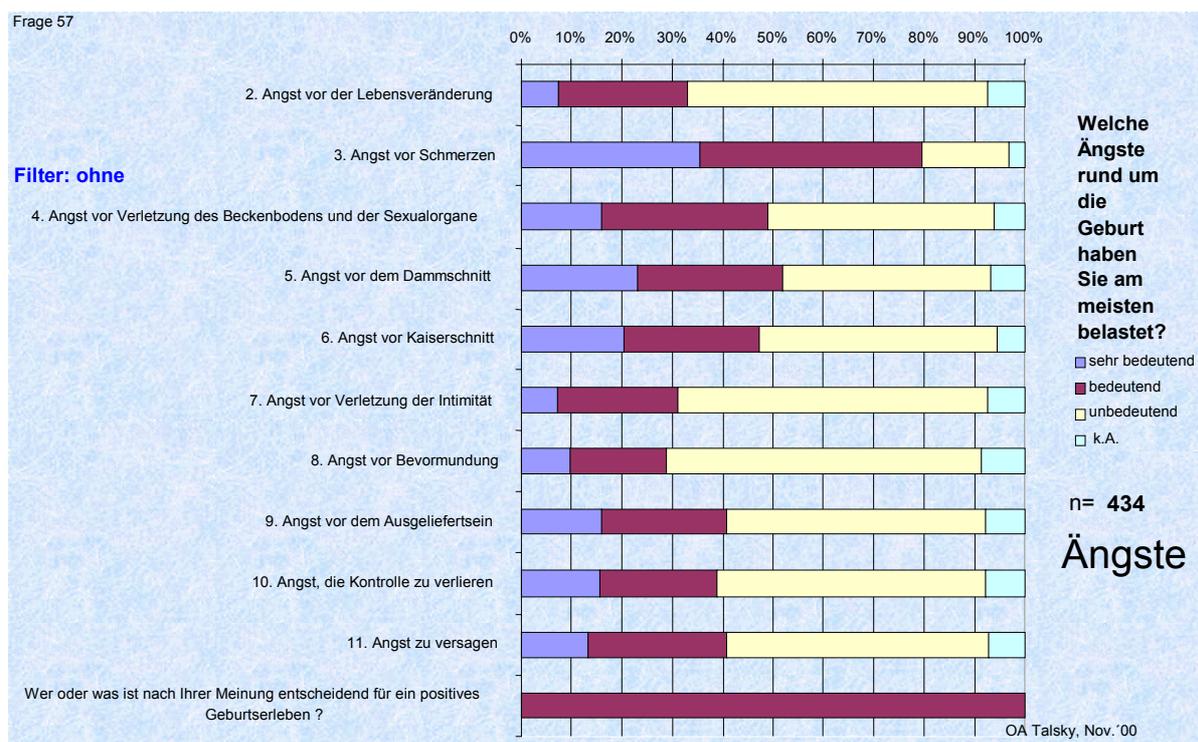
Allerdings wird der Mann nicht ganz so häufig wie die Hebamme als wichtigster „Geburtshelfer“ angegeben.

Die vergleichsweise große Bedeutung der Hebammenbetreuung im Krankenhaus Dritter Orden unterstreicht möglicherweise deren Intensität und Qualität.

Offenbar muß der Partner nicht als Lückenbüßer bei entsprechender Personalknappheit fungieren.

Vorweggenommen sei an dieser Stelle, dass die offenbar selbstverständlich und hilfreich empfundene Präsenz des Partners nichts damit zu tun hat, ob dadurch auch die Geburt positiver erlebt wird. Hier spielt das Bedingungsgefüge der Geburt eine größere Rolle und die Präsenz des Partners kann daran wenig verändern.

Bei der Betrachtung der geburtshilflichen Maßnahmen zeigte sich, dass immerhin 23% der Frauen mit der Schmerzbehandlung nicht zufrieden sind. In der eigenen Befragung nach spezifischen Ängsten rangierte die Angst vor Schmerzen mit am Höchsten und in der Analyse der offenen Fragen war der Schmerz der Faktor, der mit Abstand am meisten gestört hat.



**Abb. 1:** Bedeutung einiger möglicher Ängste rund um die Geburt

Paradoxerweise wurde die bei über 30 % der Frauen durchgeführte Periduralanästhesie so gut wie nie als größte Hilfe empfunden (9 von 269 Nennungen). Sie wird sogar häufiger als der Kaiserschnitt als Störfaktor der Geburt genannt (- vorallem da, wo sie unwirksam war und die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt werden konnten) .

All dies bestätigen Untersuchungen anderer Autoren (Murphy 1989, Wimmer 1997, Kannan 2001). Auf diesen Punkt wird an späterer Stelle dieser Arbeit noch einmal eingegangen.

Interessanterweise werden die Interventionen in Zusammenhang mit Hilfs- und Störfaktoren so gut wie nicht erwähnt. Dies wird auch in der Literatur widersprüchlich diskutiert (Kearney 1989, Salmon 1992, DaCosta 1998,) Vielleicht ist das, was zur Intervention führt - nämlich der pathologische Geburtsverlauf oder das, was dafür gehalten wird - viel belastender als die Maßnahme selbst.

Nicht die Störung selbst, sondern ihre jeweilige Bedeutung sind entscheidend (Salmon 1992) Als weiterer Faktor wird neben unspezifischen Ängsten die Dauer der Geburt post partum negativ bewertet (Wotani 1980, Beck 1994, Möller 1995, Kentenich 1999, Stadlmayr 2001) . Ein kürzerer Verlauf ist auch einer der Hauptwünsche für eine Folgegeburt.

Ob die Dauer der Geburt ein eigenständiger Faktor ist oder mehr in Zusammenhang mit der natürlich zeitabhängigen Belastung durch Ängste, Schmerz und Erschöpfung zu betrachten ist, bleibt fraglich.

Erstaunlich sind auch die häufig genannten Störfaktoren den Entbindungsraum betreffend.

Hier wurde genannt, dass der Raum gewechselt werden musste, dass kein Raum zur Verfügung stand usw..

Dahinter steckt der Wunsch, dass Frauen gerade unter Geburt ein sicheres und überschaubares Rückzugsterritorium brauchen, in dem sie unbehelligt und konzentriert gebären können.

Der Großteil der weiteren Nennungen von Störfaktoren kann unter der Rubrik „Verunsicherung“ zusammengefasst werden.

Hierunter fallen Ängste im Allgemeinen, die Sorge um das Kind, allgemeine Unsicherheit, die Wahrnehmung eines pathologischen CTG's, die CTG-Ableitung als solche und die Irritation durch das lautstarke Gebären anderer.

Bei Betrachtung der postpartalen Situation fällt auf, dass gemäß der Klinikphilosophie 3/4 der Mütter ihr Kind über 1 Std. ununterbrochen bei sich behielten.

Dies liegt vor allem daran, dass die Bedeutung des Bonding vom geburtshilflichen Team erkannt und seine Realisierung konsequent umgesetzt und gefördert wurde. (Brisch 2000, Kästner 1995)

In der Wochenbettzeit zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit dem offenen Rooming-In-System und einem nicht integrierten Wochenbett-Pflegemodell.

Dabei wird die Betreuung des Kindes und der stillenden Mutter durch die Kinderschwester übernommen; alle anderen pflegerischen Maßnahmen übernehmen die Wochenbett-schwester.

Dies entspricht nicht dem gängigen Trend, die Pflege von Mutter und Kind einer Schwester zu übertragen. Offenbar ist es für die Frauen kein Problem, bestimmte Kompetenzen bestimmten Berufsgruppen zuzusprechen.

Entscheidend ist dabei aber die gute Teamarbeit und ein ungestörter Informationsfluss.

Dies scheint nicht immer der Fall zu sein, weil z.B. nur 64% der Frauen die Stillanleitungen als übereinstimmend empfanden.

Neben dem kommunikativen Aspekt mag dies auch verdeutlichen, dass in der postpartalen Phase die Unzufriedenheit wächst.

Dies liegt daran, dass die Phase der Geburt eine Zeit von extremer Verunsicherung, Bedürftigkeit, Ängstlichkeit und Belastung ist und daher oft sehr realitätsfern empfunden und durchlebt wird. (Flensburg 2001, Waldenström et al. 1996) In der Wochenbettzeit findet dann oft ein Bewusstwerdungs- und Realisierungsprozess statt, der mit einer sehr viel höheren Kritikbereitschaft einhergeht.

Warum mehr als die Hälfte der Frauen Stillprobleme hatten, bzw. bezüglich des Stillens unsicher waren, bleibt unklar. Brustwarzen –und Laktationsprobleme stehen in der Rangliste der Stillschwierigkeiten an oberster Stelle.

Es bleibt auch offen, inwieweit es sich hier um echte Störungen handelt oder nur um passagere Anpassungsprobleme, welche überbewertet wurden.

Eine wichtige Einflussgröße auf das Stillvermögen ist bestimmt auch der Geburtsmodus. Im Rahmen einer Korrelationsanalyse wurde festgestellt, dass operativ entbundene Mütter signifikant häufiger abstillten bzw. Stillprobleme hatten.

Dies hängt möglicherweise mit anästhesiologischen Maßnahmen, der Erschöpfung, eingeschränkter Mobilität, kürzeren Bondingzeiten, eingeschränktem Rooming In und vielen anderen Faktoren zusammen.

Weitere Hypothesen für die Stillschwierigkeiten im allgemeinen wären:

Widersprüchliche Anleitungen durch die Kinderschwestern, fehlende, abteilungsinterne Stillrichtlinien, falsche Anlegetechnik, Ambivalenz bezüglich des Stillwunsches usw.

Verglichen mit der Studie von Riegl waren im Dritten Orden ein erstaunlich hoher Anteil an Frauen mit der Verpflegung zufrieden, allerdings wünschte sich über die Hälfte der Frauen flexiblere Essenszeiten.

Hierbei ist anzumerken, dass es zum damaligen Zeitpunkt im Dritten Orden noch keinen Tagesraum und kein Frühstücksbuffet gab.

1/3 der Frauen wünscht sich mehr Ruhe und demnach ein separates Besuchszimmer. In Anbetracht der Klinik-Routineabläufe ist es trotzdem erstaunlich, dass 2/3 der Frauen die Ruhe –und Schlafzeiten als ausreichend empfanden.

Während bei der Geburt die Fragen der Belastung, Verunsicherung und Betreuung im Vordergrund standen, werden bei der Frage nach Störfaktoren im Wochenbett vorwiegend Aspekte der Ruhestörung ( Unruhe, Besuch, Nachbarin, Putzen, Lärm ) in den Vordergrund gestellt.

Ruhestörung beeinträchtigt in hohem Maß den natürlichen Rückzugs –und Regressionswunsch der Wöchnerin. Möglicherweise wirkt sich das auch auf das Stillen und die allgemeine Erholung und damit auch das Gesamterleben und Gesamtzufriedenheit aus. (Hypothese).

Das große Interesse an Familienzimmern entspricht einem gängigen Trend und zeigt, dass die Geburt immer mehr als ein Familienfest betrachtet wird und das Väter und möglicherweise auch Kinder in der Wochenbettzeit eingebunden werden möchten.

Größtes Wertschätzung findet die Anbindung einer Kinderklinik an eine geburtshilfliche Abteilung. In der eigenen Untersuchung erreichte die Sorge um das Kind vorgeburtlich die höchsten Angstwerte (sh. **Abb. 1**).

Die Ein-Kind-Familie und wünscht sich nicht nur geburtshilfliche – sondern auch pädiatrische Sicherheit.

Bei der Frage, was am meisten gefallen hat, war verständlich, dass hier die Hauptnennungen auf das Personal im allgemeinen fielen und in der Folge auch Freundlichkeit und Fragen der Atmosphäre Erwähnung fanden. In der Rangliste folgten dann die Räume im allgemeinen (gemeint sind die Entbindungsräume und die Wochenstationszimmer) und wiederum die Betreuung mit 25 Nennungen. Es verwunderte trotzdem, dass in dieser Aufstellung die Hebammen mit nur 17 Nennungen relativ unbedeutend erschienen. Sie wurden allerdings immerhin als einzige Berufsgruppe isoliert genannt. Zusammenfassend ließ sich auch hier feststellen, wie wichtig die interaktiven und kommunikativen Aspekte in Zusammenhang mit der Zufriedenheit sind.

Dass fast alle Frauen bei der nächsten Geburt wieder die Klinik des Dritten Ordens aufsuchen würden, spricht für den hohen Grad an Zufriedenheit.

Überhaupt wünschen sich der überwiegende Teil der Frauen für die nächste Geburt einen ähnlichen Verlauf. In der Rangfolge kommt dann verständlicherweise der Wunsch nach einer schnelleren bzw. schmerzärmeren Geburt. Es gibt aber auch Frauen, die sich eine „langsamere“ Geburt wünschen. All zu schnelle Geburten sind offenbar mit einem hohem Maß an Unkontrollierbarkeit, vielleicht aber auch fast pausenloser Schmerzhaftigkeit verbunden, so dass sie ebenso belastend sein können, wie eine langwierige und erschöpfende Geburt .

Nur bei 4 von 165 Nennungen wurde der Wunsch nach Kaiserschnitt für die nächste Geburt geäußert. Daraus kann vorsichtig der Rückschluss gezogen werden, dass im untersuchten Kollektiv die operative Geburt als Hilfsmittel im Rahmen pathologischer Verläufe und nicht als präventive Maßnahme zur Vermeidung der Geburt an sich, betrachtet wird.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, dass es zwischen der eigenen Untersuchung und der groß angelegten Riegelstudie durchaus Parallelen gibt.

Folgende Faktoren scheinen demnach für den Grad an Zufriedenheit hauptverantwortlich zu sein:

- 1.) Intimität**
- 2.) Sicherheit für das Kind**
- 3.) Aufklärung , Information und Beteiligung**
- 4.) Geburts –und Wochenbettbetreuung**
- 5.) Ruhe - und Rückzugsmöglichkeiten**
- 6.) Ernährung**
- 7.) Guter Erst –und Endeindruck**

#### **4.5. Diskussion der Ergebnisse bzgl. des Geburtserlebens**

##### **Zu den Bezugsgrößen bzw. Dimensionen des Geburtserlebens**

Bevor es um die Erfassung möglicher Einflussgrößen geht , soll an dieser Stelle auf die Bezugsgrößen eingegangen werden, welche bis heute in der Literatur diskutiert werden. Nach van der Klugt konnten dabei folgende Aspekte gefunden werden (van der Klugt 2002):

1. Die Gesamtzufriedenheit bzw. das Gesamterleben die Geburt betreffend.
2. Kognitive Aspekte wie innere und äußere Kontrolle (Selbstbewältigung versus Vertrauen in andere), Selbstvertrauen und Selbsteffizienz sowie das Vertrauen in die Fähigkeit, die Schmerzen und die Panik kontrollieren zu können, sich informiert fühlen und die Wahlfreiheit haben.
3. Emotionales Erleben, Angst und allgemeine Angststörung („Stateanxiety“ und „Trait anxiety“ sh. Lukesch 1981), Unbehagen, psychischer Stress, Verwirrung.

Bei Betrachtung dieser Begrifflichkeiten fällt durchaus auf, dass die Geburt offenbar eine große Herausforderung an die physische und psychische Integrität der Gebärenden stellt.

Aus der Stressforschung ist bekannt, dass Kontrolle in diesen Ausnahmesituationen nur erreicht werden kann, wenn über ausreichende Informationen und Vorbereitung so etwas wie Kontrolle und Vorhersehbarkeit entsteht (Green 1990, Bradley 1990, Bramadat 1990, Mackey 1990, Byrne-Lynch 1991, Slade 1993). Nachdem Vorhersehbarkeit andererseits wie bei den geburtshilflichen Abläufen nur schwer herstellbar ist, geht es mit Sicherheit auch darum, inwieweit Frauen die Kompetenz haben, auf bewährte Bewältigungsstrategien zurückzugreifen (Mackey 1990, Byrne-Lynch 1991, Peirce 1994). Antonovsky spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten Kohärenzgefühl (Martinez 1993, Hallgren 1995, Antonovsky 1997). Kohärenz bedeutet für Antonovsky so etwas wie Zusammenhang oder Stimmigkeit. Dabei geht es vor allem darum, mit welchen Grundeinstellungen sich der einzelne Herausforderungen und Störungen des Lebens stellt. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Das Kohärenzgefühl ist „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, das erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar macht und das zweitens die Ressourcen zur Verfügung stellt, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1993). In diesem Zusammenhang muss auch der Begriff des Coping erwähnt werden, der die Bewältigungsstrategien definiert, auf die der einzelne zurückgreift, um in Krisen gesund zu überleben.

### **Zu den Einflussgrößen bzw. Einflussfaktoren auf das Geburtserleben:**

Sämtliche verfügbare Literatur wurde nun in einem nächsten Schritt auf mögliche Faktoren, die das Geburtserleben beeinflussen könnten, durchgesehen und analysiert.

#### **Tabelle 21 :**

Einflussfaktoren auf das Geburtserleben gemäß der Literatur. Mehrfachnennungen der Autoren sind berücksichtigt.

Interventionen	40 Nennungen
Coping-Kompetenz, persönliche Kontrolle und Leistung:	28 Nennungen
Unterstützung von außen:	23 Nennungen
Information:	17 Nennungen
Kommunikation und Wahlfreiheit:	14 Nennungen
Schmerz:	12 Nennungen
Erwartungen:	11 Nennungen
Geburtsvorbereitung:	10 Nennungen

Wenn man diese Tabelle nun einmal genau betrachtet, fällt Folgendes auf: Offenbar haben die Interventionen – egal welcher Art – eine große Bedeutung für das Geburtserleben. Salmon meint allerdings völlig zu Recht, dass es nicht um die Intervention allein als solche geht, sondern um das Erleben derselben (Salmon 1992). Und dieses Erleben wird im Wesentlichen dadurch bestimmt, wie die Rahmenbedingungen, unter denen Intervention durchgeführt wird, gestaltet werden.

Hier wird klar, dass das ganze Thema von Kontrolle, Unterstützung, Information, Kommunikation und Wahlfreiheit selbstverständlich auch das Erleben von Interventionen beeinflusst. Es kommt eben auf das Bedingungsgefüge an, in dem Intervention stattfindet und man kann davon ausgehen, dass, je günstiger dieses ist, auch das Erleben womöglich günstiger ausfallen wird. Dass Erwartungen und die Strukturierung von Erwartung durch Geburtsvorbereitung hier als Faktoren genannt werden, wurde bereits als Hypothese formuliert. Auch dass Schmerz und Dauer besondere Einzel-Einfluss-Faktoren für das Geburtserleben sind, war zu erwarten. Auffällig ist, dass das Thema Angst so gut wie nicht als Einflussfaktor genannt wird. Möglicherweise ist die Angst Teil aller anderen Faktoren oder sie ist etwas, was durch das konkrete Erleben verloren geht und nach überstandener Geburt

keine große Bedeutung mehr hat. Interessant ist z.B. auch, dass das Kind offenbar keine sehr große Rolle für das Geburtserleben spielt (Driedger 1991) Nachdem sich die vorgeburtliche Angst um seine Gesundheit ja meistens postpartal als unbegründet erweist, ist das gesunde Kind eine Selbstverständlichkeit und kein Faktor für ein positives Geburtserleben. Hier wäre es interessant einmal zu untersuchen, inwieweit sich Frauen, deren Kind nach der Geburt in die Kinderklinik verlegt wurde, in ihrem Geburtserleben vom Normalkollektiv unterscheiden. Inwieweit die Quantifizierung der Erlebnissfaktoren, wie sie in Tabelle 15 aufgelistet wurden, den tatsächlichen Gegebenheiten und Bedeutsamkeiten entspricht oder ob die unterschiedlich häufigen Nennungen eher damit zu tun haben, dass bestimmte Variablen mehr oder weniger gut und intensiv untersucht worden sind, bleibt offen.

Die Literatur zeigt also auch, dass es viele Faktoren gibt, die das Geburtserleben im positiven oder im negativen Sinne beeinflussen können. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass sicher die allermeisten möglichen Faktoren untersucht wurden. Verschiedene Untersucher haben aufwändige Regressionsanalysen durchgeführt, um bedeutsame Faktoren herauszufiltern (Green et al. 1990, Ringler 1991, Bramadat 1993, DiMatteo 1993, Waldenström 1996).

So fanden sich z.B. bei Waldenström 1996 sechs signifikante Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Geburtserleben stehen:

1. Unterstützung durch die Hebamme
2. Erwartungen an die Geburt
3. Beteiligung am Geburtsprozess
4. Dauer der Geburt
5. Schmerz
6. Operativer Eingriff

Mit Blick auf die Faktorenanalyse der Gesamtliteratur scheint das Ergebnis der Analyse von Waldenström repräsentativ zu sein. Eine ähnliche Aufteilung fand auch DiMateo schon 1993. Als einzige Diskrepanz fällt auf, dass in der Liste von Waldenström die persönliche Kontrolle und Leistung nicht genannt wird, die ja in vielen Arbeiten zitiert wird. (Green 1990, Bramadat 1990, Bradley et al. 1990, Mackey 1990, Byrne-Lynch 1991, Slade 1993, ).

Bei allen anderen Arbeiten wurden sehr gezielt Einzelfaktoren auf ihre Bedeutung für das Geburtserleben untersucht.

### **Zum Begriff der „Erfülltheit“**

In Anlehnung an Waldenström (1996) differenziert Salmon (1990) sehr deutlich zwischen Zufriedenheit und dem Begriff „Erfülltheit“ in dem Sinne, dass die Zufriedenheit für ihn die Gesamtheit der peripartalen Erfahrungen definiert (die in Abhängigkeit von den Erwartungen zu sehen ist), wo hingegen Erfülltheit als ein ganz spezieller, partikulärer, psychophysikalischer Zustand ist, der einmalig für das Geburtserleben ist. Diese Einmaligkeit muss sicher bestritten werden. Erfülltheit ist ein Zustand, der nicht nur dem Geburtserleben zuzuordnen ist.

Erfülltheit hat sehr viel mit Euphorie zu tun, und Euphorie ist ein Zustand, der entsteht, wenn eine besondere Leistung erbracht wurde. Aus der Psychophysiologie ist bekannt, dass hierbei auch Glückshormone (Endorphine) ausgeschüttet werden, die diesen Zustand von Euphorie und Erfülltheit herstellen (Hofmeyr 1995, Mahomed et al. 1995). Erfülltheit und Euphorie finden sich sowohl bei erfüllter Liebe, nach vollbrachten schulischen, beruflichen und sportlichen Leistungen, aber auch beim Erleben besonderer Ereignisse, wie Festen und Kulturveranstaltungen. Es fällt hier sicher schwer, eine klare Abgrenzung zwischen Erfülltheit, Euphorie und Glück zu treffen. Am ehesten geeignet scheint mir noch der Vergleich des Geburtserlebens mit einer extremen Bergtour zu sein. Der Grad der Erfülltheit wird hier abhängen von der erbrachten und subjektiv empfundenen Leistung, der dabei erlebten Mithilfe und den Rahmenbedingungen, unter denen diese Herausforderung stattfindet. Entsprechend hoch wird der Grad an Erfülltheit sein. Das Gefühl von Erfülltheit im Rahmen der Geburt hängt also sicher davon ab, inwieweit Frauen an den Geburtsabläufen partizipieren und inwieweit sie das angemessene Maß an gewünschter Selbst- und Fremdkontrolle einhalten und umsetzen können (Green 1990, Bradley et al. 1990, Bramadat 1990, Slade et al. 1993, Lowe 1993.).

In der eigenen Erhebung waren nur 14% der Frauen nicht erfüllt.

Besonders enttäuscht von der Geburt waren 16 % der Frauen.

In der Riegl-Studie waren das nur 10% der Frauen ( Riegl 1996).

Dies steht etwas im Widerspruch zu den deutlich höheren Zufriedenheitswerten im Kollektiv der Frauen, die am Dritten Orden entbunden hatten.

Möglicherweise läßt sich diese Diskrepanz dadurch erklären, daß die Enttäuschtheit bezüglich des Geburtserlebens nicht verwechseln darf mit der Enttäuschtheit in Bezug auf die Gesamtleistung der geburtshilflichen Abteilung, wie sie in der Riegl-Studie abgefragt wurde.

Bei den bezüglich des Geburtserlebens nicht enttäuschten Frauen, muß wohl davon ausgegangen werden, daß hier Erwartung und Erleben halbwegs im Einklang standen.

Bezüglich der subpartalen Dimension der emotionalen Adaptation fielen nur 10,4% der Frauen mit niedrigen Werten auf.

Der überwiegende Teil der Entbindenden kann sich also sehr gut an die Unwägbarkeiten und Belastungen der Geburt anpassen.

Leider gibt es auch hier keine Vergleichswerte, so daß eine Einschätzung und Wertung dieser Zahlen nicht möglich ist.

Bezüglich der Dimension „ Schmerz und Erschöpfung“ ist die Feststellung interessant, das jeweils 15 % der Frauen mit besonders hohen, bzw. besonders niedrigen Werten auffielen. Gerade in dieser Dimension wird deutlich, wie individuell das Erleben ist. Offenbar gibt es Frauen, welche die Geburt zwar als Schwerstarbeit, aber relativ schmerzfrei erleben. Andererseits wird Schmerz generell als der größte Belastungsfaktor der Geburt betrachtet. Der Schmerz spiegelt sich schon sehr stark in den vorgeburtlichen Ängsten und die Erschöpfung ist Ausdruck eines oft langen Geburtsverlaufes, der ja im Nachhinein als einer der Hauptbelastungsfaktoren gesehen wird (eigene Arbeit, Kentenich 1985, Slade et al. 1993, Beck 1994, Waldenström 1996). Nach Lukesch (1981) fühlen sich 64,2 % der schwangeren Frauen durch Geburtsängste belastet. Hierbei werden vor allem die Wehenschmerzen, eine lange Geburtsdauer, Verletzungen oder Missbildung beim Kind, ein Dammschnitt, operative Interventionen, Kontrollverlust und Einsamkeit genannt. Zu einem ähnlichen Schluss kommen Ringler und Pavelka 1982 und viele andere Autoren (Crowe & v. Baeyer 1989, Einzelsberger et al. 1990, Lowe 1996, Schwab & Möller 1996, Neuhaus 1996). In der eigenen Untersuchung aus dem Jahr 2000 gaben fast alle Frauen Ängste an (**Abb.1**). Auch in unserem Kollektiv (N = 434) standen die Angst um das Kind und die Angst vor Schmerzen im Vordergrund. Auch die übrigen angegebenen Ängste decken sich ungefähr mit dem, was in der Literatur beschrieben wird (Lukesch 1975, Ringler 1982). Ringler schreibt in ihrem Standardwerk zur „Psychologie der Geburt im Krankenhaus“ 1985, dass die Geburt ein unausweichliches Ereignis ist, das allenfalls hinausgezögert oder beschleunigt werden kann. Zwischenzeitlich ergeben sich allerdings mit der Periduralanästhesie und der Wunschsectio vermeintliche Optionen, diesem Ereignis doch in irgendeiner Form zu entkommen oder ihm einen anderen, vielleicht kontrollierbareren Verlauf zu geben. Inwieweit Interventionen wirklich in der Lage sind über ihre medizinische Notwendigkeit hinaus für besseres

Geburtserleben und mehr Zufriedenheit zu sorgen oder gar das Gegenteil bewirken, kann nach dem Stand der wissenschaftlichen Forschung derzeit nicht geklärt werden. (Kearney 1989, Green et al. 1990, Salmon & Drew 1992, Slade 1993, Waldenström et al. 1996, DaCosta 1998, Stegmeier 2002, Schindl 2003)

Im Rahmen der natürlichen Geburt stehen weiterhin Angst, Scham, Bedrohung, Anspannung aber auch Glücksgefühle, Adaptations- und Leistungsbereitschaft in engem Zusammenhang und bestimmen vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte die Art und Weise, wie die Geburtsverläufe interpretiert und damit erlebt werden. Entsprechend diesem Erleben kann es also zur Entwicklung eines Teufelskreises von Angst, Anspannung und Schmerz kommen (Dick Read 1958, Neuhaus 1999) oder evtl. auch umgekehrt zu einer gegenläufigen Spirale, an deren Ende die Geburt gar schmerzfrei erlebt wird.

#### **4.6. Diskussion der Zusammenhangsanalyse zwischen den Einflussgrößen der Perinatalerhebung und den Bezugsgrößen des Geburtserlebens unter Einbeziehung aller Untersuchungsergebnisse**

##### **4.6.1. Präpartale Phase**

Bei der Betrachtung der Kriterien für die Klinikauswahl fällt auf, dass eigener oder sehr unmittelbarer Kontakt (durch Freunde) mit der Klinik offenbar einen positiven Einfluss auf das Geburtserleben hat. Wahrscheinlich ist dies dem sogenannten HALO-Effekt (Begriff aus der Wahrnehmungspsychologie) zuzuschreiben, bei dem alles im Anschluss Erlebte dem Ersteindruck angepasst wird. Fällt dieser positiv aus, so wird bis zu einem gewissen Grad auch Enttäuschung toleriert oder ignoriert, damit kein Zweifel an der eigenen Urteilskraft aufkommt. Bei Empfehlungen über Medien fehlt die Unmittelbarkeit des eigenen Urteils und entsprechend häufiger wird Enttäuschung resultieren, die sich sogar nach dieser Untersuchung signifikant auf das Geburtserleben auswirkte.

Bei der Frage, ob die Frauen oder Paare an einem Informationsabend der Klinik teilgenommen hatten, fällt auf, dass die Frauen, die sich unmittelbar über die Klinik informiert hatten, häufiger ein negativeres Geburtserleben hatten. Vielleicht hängt das damit zusammen, dass über den Informationsabend gesteigerte Erwartungen ausgelöst wurden, die

möglicherweise später bei der Geburt enttäuscht wurden. Umgekehrt hatten die Frauen, die den Informationsabend der Klinik nicht wahrgenommen hatten, tendenziell ein positiveres Geburtserleben. Sicher waren in dieser Gruppe mehr Mehrgebärende, die schon einmal im Dritten Orden entbunden und von daher keinen Informationsbedarf hatten und ohnehin allein durch die Parität günstigere Bedingungen für ein positives Erleben mitbrachten (sh. Themenkomplex Parität). Es kann aber auch sein, dass Frauen, die keinen Informationsbedarf haben, ein höheres Kohärenzgefühl mitbringen und damit Voraussetzungen für besseres Erleben. Analog bestätigte sich, dass für Frauen, denen das Informationsangebot der Klinik nicht ausreichend erschien, das Geburtserleben häufiger beeinträchtigt war. Die Auswirkungen nicht ausreichender Information auf das Geburtserleben wurden bereits von vielen Autoren gefunden (Mackey 1990, Green et al. 1990, Salmon & Drew 1992, Churchill 1995, Walker et al. 1995, Mould et al. 1996, Waldenström et al. 1996). Auch in dieser Untersuchung konnte bestätigt werden, dass Vorwissen, welches als gut und hilfreich empfunden wurde, positive Effekte für das Erleben zeigt. Umgekehrt wirkte sich widersprüchliches und belastendes Wissen negativ aus. Immerhin 92% der Frauen fühlten sich präpartal durch das Wissen rund um die Geburt beruhigt (sh. Folgeuntersuchung).

Nicht erklärbar war, warum die Kreissaalführung keinen Einfluss auf das Erleben hat. Vielleicht heben sich hierbei die positiven Effekte der Information und des Vertrautwerdens mit den negativen Effekten der Konfrontation mit dem womöglich bedrohlich wirkenden Geburtsort gegenseitig auf.

Eine Besonderheit der Klinik des Dritten Ordens ist das Angebot von sogenannten Informationsgesprächen für Schwangere, welches vor allem Frauen mit Geburtsrisiken und besonderen Wünschen und Erwartungen offen steht. Diese Gespräche werden auch von Frauen wahrgenommen, die ihre erste Geburt als traumatisch erlebt hatten. Frauen, die diese Risikosprechstunde besuchten, gaben häufiger negatives Geburtserleben an. Womöglich wirkt sich die angstbesetzte Erwartung einer eher schwierigen oder komplizierten Geburt schon im Vorfeld auf das Geburtserleben aus (Slade 1993). Andererseits waren in dieser Gruppe sicher auch gehäuft Frauen, die einen primären oder sekundären Kaiserschnitt hatten, was die Auffälligkeit bezüglich des Geburtserlebens ebenfalls erklären könnte. (sh. Themenkomplex Geburtsmodus)

Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Risikosprechstunde positive Effekte hat und gerade bei der Bearbeitung von Ängsten und Traumatas im Einzelfall auch das Geburtserleben verbessern kann. Für den Beweis dieser empirischen Hypothese bedürfte es aber einer randomisierten Studie.

Erstaunlich war, dass die Frauen mit oder ohne Geburtsvorbereitung im Rahmen eines Geburtsvorbereitungskurses keine erheblichen Unterschiede beim Geburtserleben aufwiesen. Dies entspricht nicht den Ergebnissen anderer Untersucher, die der Geburtsvorbereitung einen positiven Einfluss auf das Erleben zuschreiben

(Brewin & Bradley 1982, Crowe & von Baeyer 1989,ENZELSBERGER et al. 1990, Martinez 1993, Hallgren et al. 1995). Andere Untersucher konnten nachweisen, dass die Angstlevel bzw. das Schmerzerleben unter der Geburtsvorbereitung nicht zwingend sinken (Brewin & Bradley 1982, Crowe & von Baeyer 1989, Mackey 1990, Dannenbring et al. 1997). Vielleicht ist dies auch gar nicht erforderlich, möglicherweise sogar nicht erwünscht, weil ein gewisses Maß an Angst oder besser Respekt für die Entwicklung halbwegs realistischer Erwartungen wichtig ist. Damit wird aber auch eine bessere Ausgangsbasis für günstigeres Geburtserleben geschaffen (siehe Komplex Parität).

In einer Studie von Neuhaus (1996) zeigten sich die Frauen mit Geburtsvorbereitung sogar enttäuschter mit der Geburt als die Frauen, die keine Geburtsvorbereitung hatten. Dies läßt sich allerdings mit dem höheren Anteil Erstgebärender in der Geburtsvorbereitungsgruppe erklären. Zudem sind in der Gruppe der „unvorbereiteten“ Frauen bestimmt mehr mit einem vergleichsweise höheren Kohärenzgefühl. Dementsprechend ließe sich das eigene Ergebnis dahingehend interpretieren, dass die Erstgebährenden vergleichsweise gut vorbereitet waren bzw. Mehrgebährende negativeres Geburtserleben hatten.

Die Diskrepanz der Ergebnisse in puncto Geburtsvorbereitung zu den Voruntersuchungen könnte auch dadurch erklärt werden, dass Geburtsvorbereitung vielleicht heutzutage gar nicht mehr in der Lage ist, Erwartungen und Einstellungen entscheidend zu beeinflussen (Schleußner 2003). Vor dem Hintergrund, dass sie andererseits weiterhin ein gewaltiges Potential birgt, sollte das Konzept der Geburtsvorbereitung noch einmal nachhaltig überprüft werden. Da all die widersprüchlichen Informationen und Aussagen zum Thema Geburt (durch das Umfeld, Frauenarzt, Geburtsvorbereitung, Klinik, Hebammen, Medien etc.) gar nicht mehr gefiltert und aufgearbeitet werden können, wird es vielleicht immer bedeutsamer, die zunehmenden Diskrepanzen zwischen Erwartung und Erleben schon im Vorfeld zu korrigieren. Es ist von großer Bedeutung, wie Frauen vorgeburtlich informiert werden, und inwieweit sie diese Vorinformation zu einer zwar realistischen, andererseits jedoch positiv stimmenden Erwartung nützen können. Obwohl Frauen offenbar ihre Informationen gut filtern und in den meisten Fällen zu einem für sie stimmigen Bild vereinen, heißt dies nicht, dass dadurch Diskrepanzen mit dem Erleben vermieden werden können.

Mögliche Schlussfolgerung könnte neben einer angepassten Geburtsvorbereitung, die Einrichtung von Elternschulen und vernetzten Vorsorgemodellen sein, in denen Frauenärzt/Innen, Hebammen und Kliniken kooperieren und dadurch die gewünschte Kontinuität auch auf der Ebene der Information und Kommunikation gesichert wird.

In Anbetracht der Tatsache, welche Bedeutung die Kinderklinik für werdende Eltern gewonnen hat (sh. Rieglstudie und eigene Erhebung), war nicht zu erwarten, dass gerade die Frauen, für welche die Anbindung einer Kinderklinik unwichtig bzw. kein Auswahlkriterium war, ein tendenziell positives Geburtserleben hatten. Es ist davon auszugehen, dass diese Frauen keine besonderen Ängste um das Kind hatten. Nachdem die Angst um das Kind erstrangig ist (sh. Abb.1, Neuhaus 1996), bringen die Frauen ohne diesbezügliche Belastung besser Voraussetzungen für ein positives Erleben mit. Auch in der außerklinischen Geburtshilfe finden sich niedrigere Angstlevel das Kind betreffend und insgesamt höhere Zufriedenheit (Bradley 1990, Waldenström 1993). Vielleicht stehen diese Beobachtungen aber auch in engem Zusammenhang mit einem hohem Kohärenzgefühl. Wer für sich selbst gut sorgen kann, meint dies in hohem Maß auch für das eigene Kind tun zu können. Zu diskutieren ist auch, dass manche Frauen aus ihrer ergebnisorientierten Sichtweise der Kinderklinik erst im Nachhinein keine Bedeutung mehr zumessen, die präpartal womöglich bestanden hat. Es ist auch davon auszugehen, dass es bevorzugt Mehrgebärende sind, die keinen so großen Wert auf kinderärztliche Präsenz legen. Sie haben zumeist die Geburt gesunder Kinder erlebt und ihre Ängste um das Kind meist relativieren können. Wie an anderer Stelle noch ausgeführt wird, haben Mehrgebärende ein signifikant besseres Geburtserleben.

#### **4.6.2 Geburtsverlauf unter besonderer Berücksichtigung von Belastungs- und Entlastungsfaktoren**

Dass Interventionen größerer und kleinerer Art einen meist negativen Einfluss auf das Geburtserleben haben, wurde von vielen Untersuchern bereits vorher bestätigt (Slade 1983, Kearney 1989, Bramadat 1990/1993/1998, Green 1990/1993, Mackey 1990, Salmon 1992, Sald 1993, Waldenström 1996/1999, Szeverenyi 1998, Saisto 2001, Söderquist 2002, Symon 2002, Schindl 2003). Bei manchen Autoren wird vor allem betont, dass insbesondere die Intervention unter Notfallbedingungen das Erleben sehr stark beeinträchtigt (Mould 1996). Schindl konnte 2003 für die Wunsch-Sectio nachweisen, dass sie nach der Spontangeburt die

höchsten Werte für Akzeptanz und positives Erleben hatte (Schindl 2003). Vaginal-operative Entbindungen und sekundäre Sektios waren mit deutlich ungünstigerem Erleben belastet. Auch Schindl verwendete die Salmon-Item-List. Hieraus kann geschlossen werden, dass es nicht der Eingriff selber ist, sondern seine Bedeutung, die das Erleben mitbestimmt. Dies hat schon Salmon postuliert. In einer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Geburtserleben und Geburtsverlauf stellte Salmon 1991 fest, dass das Geburtserleben bei Frauen mit Spontangeburt ähnlich war wie bei Frauen nach Zangengeburt. Frauen nach Kaiserschnitt fielen in dieser Untersuchung durch negativeres Erleben auf.

Zweifelsfrei beeinträchtigen Interventionen aller Art das Geburterleben. Sie können jedoch keineswegs isoliert betrachtet werden. Das, was zur Intervention führt, ist mindestens ebenso belastend und bestimmend für das Erleben. Oft sind operative Geburten mit langer Dauer, Erschöpfung, angstmachender Pathologie, Schmerzen und Kontrollverlust verbunden. Ob jetzt das, was zur Intervention geführt hat oder ob es die Intervention selbst ist, welche die entscheidende Einflussgröße auf das Erleben darstellt, bleibt fraglich. Wie Salmon in seiner Untersuchung diskutiert, kommt es natürlich auch auf das Bedingungsgefüge an, in dem Intervention stattfindet. Hierbei spielen natürlich die Fragen der Information, der Mitentscheidung, der Diskrepanz zwischen Erwartung und Erlebtem, der Akzeptanz und Aufarbeitung des Eingriffs eine entscheidende Rolle .

Möglicherweise können dabei sogar falsche Erwartungen im nachhinein korrigiert werden (Driedger 1991).

Interventionen werden mehr denn je zum geburtshilflichen Alltag gehören.

Damit sie das Erleben möglichst wenig beeinträchtigen, müssen sie im Spektrum der Erwartungen vorkommen und ihr Einsatz überlegt, plausibel und nachvollziehbar sein. Vor- und Nachgespräche sind der Schlüssel zum Verständnis des Weges zur Intervention und ihrer Durchführung und letztlich auch ein Garant für das bestmögliche Erleben der Geburt (Green et al. 1990, Salmon & Drew 1992, Slade et al. 1993, Mackey 1995, Hallgren et al. 1995, Neuhaus 1996).

An dieser Stelle sei auf eine eigene, noch unveröffentlichte Arbeit hingewiesen. Bei Geburtsvorgesprächen aus den Jahren 1987 – 1991 konnten diejenigen Frauen identifiziert werden, die sehr hohe und spezifische Erwartungen an ihre Geburt hatten. Diese Erwartungen trugen vor allem den Wunsch bzw. gar die Forderung nach möglichst wenig medizinischen Interventionen. Die Eingangshypothese damals war, dass diese hohen Erwartungen eigentlich dazu führen müssen, dass ihre Diskrepanz zu dem wahrscheinlich Erlebten zum Risiko wird und damit zu einer erhöhten Interventionsrate führt. Die Vergleichsanalyse der geburtshilflichen Parameter dieser Gruppe mit dem Durchschnittskollektiv ergab jedoch, dass

die hohen Erwartungen an eine natürliche Geburt ohne medizinische Intervention sogar häufiger erfüllt werden konnten. Dies hängt sicher mit dem hohen Kohärenzgefühl dieser Gruppe selbstbewußter und autonomer Frauen zusammen.

Wie zu erwarten fanden sich in der Gruppe der Erstgebärenden mehr Frauen, die ein eher negatives Geburtserleben hatten. Diese Tatsache hängt möglicherweise damit zusammen, dass Mehrgebärende realistischere Erwartungen haben und davon ausgehen können, dass diese aufgrund ihres Vorwissens nicht wesentlich enttäuscht werden können, dass die Geburten meist leichter und schneller sind (Dannenbring et al. 1997), dass Mehrgebärende weniger Intervention haben und insgesamt mehr Kontrolle und Wissen zu den Geburtsabläufen besitzen (Schlatter 1991). Bei den vielen Unterscheidungskriterien zwischen Erst- und Mehrgebärenden lässt sich natürlich auch nicht abschließend definieren, welcher Faktor nun der bedeutsamste für das positivere Geburtserleben der geburtserfahrenen Frauen ist.

Der Zusammenhang zwischen Parität und eher positivem Erleben wurde bereits von mehreren Autoren beschrieben (Green 1990, Mackey 1990, Slade 1993, Lowe 1993, Drummond 1996, Waldenström 1996, 1999, Symon 2002, Thompson 2002,).

In der eigenen Folgeuntersuchung zu den Vorerfahrungen konnte festgestellt werden, dass 45 % der Frauen, die schon einmal geboren hatten, mehr Angst vor der Geburt hatten als beim ersten Mal.

Diese Angst der Mehrgebärenden ist mehr eine konkrete Furcht vor dem bereits Erlebten. Und diese Furcht scheint für sich gesehen das Erleben nicht negativ zu beeinträchtigen. Vielleicht ist ein gewisses Maß an Furcht oder Respekt sogar der Schlüssel zu besserem Erleben, weil dieses dann viel seltener im Kontrast zu falschen und oft beschönigenden Erwartungen steht .

Wenn Frauen den Geburtsraum wechseln mußten, wurde dadurch ihr Geburtserleben - vor allem in den postpartalen Dimensionen- signifikant beeinträchtigt. Raumwechsel findet in der Regel nur statt, wenn viele Geburten parallel ablaufen und Frauen deswegen sehr lange in ihrem Stationszimmer oder in Wehenzimmern untergebracht werden müssen und daher erst sehr spät ihren eigenen Entbindungsraum beziehen können. Raumwechsel kann Ausdruck dafür sein, dass die Betreuung wegen der Überlastung der Abteilung nicht mehr optimal organisiert werden kann. Raumwechsel kann aber auch dann nötig sein, wenn eine operative Entbindung ansteht. All diese Faktoren könnten die Signifikanz erklären.

Positives Erleben der Geburt scheint also auch davon abzuhängen, ob Frauen für das Gebären von Anfang an einen sicheren und geschützten Rückzugsraum haben, der ihnen für den

gesamten Geburtsverlauf zugeordnet wird. Dabei scheint es keine Rolle zu spielen, ob der Raum besonders gefällig ist oder nicht.

Raumwechsel hingegen schafft Unruhe und Verwirrung. Und er erfordert Neuorientierung in einem Prozess höchster Konzentration. Dieses Faktum ist ähnlich zu sehen wie ein Wechsel im geburtshilflichen Team. Der Einflussfaktor Raumwechsel ist bis jetzt von keinem der Vorauforen untersucht worden. Es ist möglicherweise auch eine Besonderheit der Frauenklinik des Dritten Ordens, weil hier wegen Raumknappheit und häufiger Überfüllung und der Tatsache, dass nicht in jedem Raum operative Entbindungen möglich sind, immer wieder Frauen gezwungen sind, ihren „Geburtsort“ zu ändern. Dieser Zusammenhang bestätigt allerdings indirekt die Ergebnisse anderer Autoren, die feststellten, dass der Ort der Geburt eine Bedeutung für das Erleben hat (Bradley et al. 1990, Waldenström 1993, Walker 1995). Da, wo Frauen sich sicher und geborgen fühlen, wo so etwas wie eine vertraute und beruhigende Atmosphäre aufkommt, können sie sich auf die Geburt konzentrieren und das Maß an Hingabe und Einlassen aufbringen, das hierbei notwendig ist (Lowe 1996). Interessant dabei ist auch, dass in der Frauenklinik Dritter Orden zum damaligen Zeitpunkt zwei sogenannte Entbindungszimmer zur Verfügung standen, die sehr wohnlich eingerichtet waren. Hierbei wurde von den Hebammen als auch auf Wunsch von den Frauen das kleinere Zimmer immer bevorzugt. Dies lässt darauf schließen, wie wichtig der Nestcharakter eines Raumes ist, in den eben nur eine begrenzte Anzahl Personen kommen kann, in dem ein ausreichendes Maß an Intimität und Geborgenheit möglich ist und in dem Interventionen sich rein raumtechnisch nicht ergeben können. Dieses lässt sicher ein Gefühl von Schutz entstehen, welches sich ungestört offenbar sehr positiv auf das Geburtserleben auswirkt.

Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass Frauen, die sich nicht sicher und geborgen fühlen, auch mit einem negativen Geburtserleben auffallen. Leider ist die Fallzahl hier sehr klein, so dass die statistische Aussage dieser Korrelation nur sehr eingeschränkt zu bewerten ist. Erfreulich ist natürlich, dass sich der überwiegende Teil der Frauen gut aufgehoben fühlte. Dabei spielte erstaunlicherweise der Geburtsmodus keine Rolle. Offenbar änderten auch pathologische Geburtverläufe nichts an diesem positiven Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, was in erster Linie für die Qualität der Betreuung spricht.

Viele Geburtskliniken werben heute mit dem Hinweis, dass sie sowohl für die Sicherheit als auch für die Geborgenheit von Familien sorgen. Es ist daher nachvollziehbar, dass das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit auch eine Auswirkung auf das Geburtserleben hat. Es kann hier letztlich nicht beantwortet werden, was ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. In Zusammenhang mit der Analyse des Qualitätserfassungsbogens kann jedoch

davon ausgegangen werden, dass es Faktoren wie Betreuung und Begleitung durch Hebamme und Partner sowie Information, Kontrolle und Beteiligung sind, die dieses Gefühl entstehen lassen (Mackey 1990, Green et al. 1990, Slade et al. 1993, Churchill 1995, Bramadat 1990/1998, Hundley 1997, Waldenström 2000, Melender 2001).

In weiteren Untersuchungen müsste noch einmal genau hinterfragt werden, was Frauen darunter verstehen, sich sicher und geborgen zu fühlen.

Ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit entsteht sicher auch durch den Respekt vor dem Anspruch auf ein Mindestmaß an Intimität. Die Geburt bleibt ein sexueller und damit scham-, schuld-, sogar ekelbesetzter Akt. In der Klinikroutine wird dieser Tatsache kaum mehr Rechnung getragen. Andererseits haben Frauen, die eine Klinik als Geburtsort wählen, zum Großteil ihre Intimitätsansprüche minimiert. Es bleiben daher nur wenige, die ihre Intimität regelrecht verletzt sehen. Diese hatten erwartungsgemäß zumindest tendenziell ein schlechteres Geburtserleben.

Auch fehlender Bewegungsspielraum beeinträchtigt das Erleben. Dieser wird meistens nur im Rahmen pathologischer Geburtsverläufe und den damit verbundenen Interventionen eingeschränkt. Dadurch ließe sich diese Auffälligkeit wahrscheinlich hinreichend erklären.

Unabhängig davon, ob der Partner präsent, wichtig oder sogar der war, der am meisten geholfen hat: Es konnte keinerlei Zusammenhang mit dem Geburterleben nachgewiesen werden. Umgekehrt fielen die Frauen, die von der Mutter oder einer Freundin begleitet wurden durch eher negatives Erleben auf. Bei diesen Frauen muss wohl davon ausgegangen werden, dass sie oft alleinerziehend sind und damit soziale Belastungsfaktoren mitbringen, die das Erleben der Geburt beeinträchtigen könnten.

Wie schon an anderer Stelle diskutiert, ist der Partner zwar aus den Entbindungsräumen und Operationssälen nicht mehr wegzudenken und wie schon festgestellt ist er eine wichtige Stütze und Hilfe für die werdende Mutter. Für das Geburtserleben scheint er aber keine entscheidende Bedeutung zu haben. Dies wird auch in der Literatur so bestätigt ( Hofmeyer 1991 ,Waldenström et al. 1996)

Nicht nur für die Zufriedenheit, sondern auch das Geburtserleben scheint die Hebamme eine große Rolle zu spielen. Dies wird auch immer wieder in der Literatur herausgestellt (Hundley 1995, Proctor 1998, Homer 2002, Biro et al. 2003). Vorallem für das Langzeiterleben scheint die Hebammenbetreuung eine große Bedeutung zu haben (Simkin 1991) Die Frauen, denen die Hebamme die größte Hilfe unter der Geburt war, hatten ein signifikant positiveres

Geburtserleben. Umgekehrt war das Erleben beeinträchtigt, wenn die Betreuung unzureichend war, die Hebamme nicht kompetent genug erschien, wenig informierte oder gar störend war. In diesen Fällen blieben die entscheidenden Bedürfnisse der Frauen nach Sicherheit und Geborgenheit unerfüllt.

Wie schon erwähnt wünschen sich Frauen die Betreuung durch die Hebamme möglichst kontinuierlich und exklusiv. (eigene Arbeit, Green et al. 1990, Driedger 1991 Hundley 1997, Waldenström 2000, Sadler 2001, Homer 2002) Diesem Wunsch kann allerdings zumindest in der Klinik auch bei knapper werdenden Ressourcen nicht mehr entsprochen werden. Um so wichtiger scheint es zu sein, dass die Kontinuität der Betreuung auch bei einem Hebammenwechsel gesichert ist. Waldenström konnte nachweisen, dass diese Kontinuität nicht unbedingt personengebunden ist, sondern auch durch eine gut abgestimmte Teamarbeit zu gewährleisten ist (Waldenström 2000) .Von diesem Team werden dabei Information, Beteiligung, Wahlfreiheit und individuelle Bewältigungs- und Kontrollhilfen erwartet (Mackey 1990, Green et al. 1990, Salmon & Drew 1992, Churchill 1995, Walker et al. 1995, Mould et al. 1996, Waldenström et al. 1996).

Auch in Zeiten zunehmender Schwangerschaftsrisiken und Geburtspathologie verliert offenbar die Hebammenarbeit nicht an Bedeutung. Sie bezieht sich jedoch fast ausschließlich auf die Unterstützung bei der Geburt und im Wochenbett.

Nach wie vor werden 77% der Schwangeren ausschließlich von einem Frauenarzt/In betreut und diese Betreuung dient bevorzugt dem Ausschluss von Risiken und pathologischen Verläufen. Desweiteren gaben die meisten Frauen den Arzt/In als die Person an, die am wichtigsten für die Geburtsvorbereitung war (sh. Folgeuntersuchung).

Für das Geburterleben spielt der Arzt andererseits im positiven Sinne, zumindest isoliert betrachtet, keine Rolle.

Da, wo seine Kompetenz und sein Betreuungseinsatz gar in Frage gestellt sind, sorgt er tendenziell sogar für schlechteres Erleben. Ärzt/Innen treten in der Geburtshilfe zunehmend nur noch bei pathologischen Verläufen in Erscheinung. Sie erscheinen dann als Retter oder Täter, aber nicht als jemand, der die Geburt begleitet und sogar mit durchlitten hat. Daraus lässt sich folgern, dass Betreuung nur dann positiv erlebenswirksam wird, wenn sie im Rahmen einer bedeutsamen Beziehung stattfindet. Im Rahmen der Schwangerenvorsorge ist die Arzt-Patientenbeziehung wesentlich intensiver und daher auch vergleichsweise bedeutender.

Mit Blick auf die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten fielen die Frauen in puncto Geburtserleben negativ auf, die diese eher als konkurrent und widersprüchlich empfanden. Bei kleiner Fallzahl ergab sich hier leider keine Signifikanz. Trotzdem

unterstreicht diese Tatsache, welche möglicherweise große Bedeutung dem Team in der Geburtshilfe zukommt (Drew 1989, Churchill 1995, Neuhaus 1996, Waldenström 1998, Ahner 1999, Vetter 1999). Der Teamgedanke in der Klinik Dritter Orden ist einer der großen Pluspunkte und wird in der überwiegenden Zahl der Fälle ja auch als positiv erlebt. Es wäre interessant, an einer anderen Klinik, wo die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten deutlich erschwert ist, noch einmal eine ähnliche Untersuchung zu machen.

In der eigenen Untersuchung und in der Literatur sind Ängste, Schmerz und die Geburtsdauer die Hauptbelastungsfaktoren während der Geburt (Lukesch 1981, Crowe & von Baeyer 1989, Wuitschik et al. 1989/1990, Enzelsberger 1990, Hofmeyr 1991, Lowe 1996, Schwab & Möller 1996, Neuhaus 1996, Waldenström et al. 1996, Dannenbring et al. 1997, Wimmer 1997, Melender 2002) . Sie hängen eng miteinander zusammen und lassen sich oft nicht voneinander trennen. Die Angst bezieht sich bevorzugt auf den Schmerz und wenn dieser erlebt wird, verstärkt er die Angst. Auch das Erleben von Zeit und Dauer hängt nicht nur vom Grad der Erschöpfung, sondern auch den Schmerzen ab. In unserem Kollektiv bezogen sich die Ängste in erster Linie auf das Kind, dicht gefolgt von der Angst vor Schmerzen (sh. Abb.1). Und bei der Frage nach den bedeutsamsten Störfaktoren standen Schmerz, Angst und Dauer mit an oberster Stelle.

Erwartungsgemäß hatten die Frauen, die der Schmerz bei der Geburt besonders gestört hat, ein negativeres Geburtserleben. Umgekehrt erlebten die Frauen, die mit der Schmerzbehandlung zufrieden waren, die Geburt auch positiver.

Überraschend waren die Ergebnisse der Korrelation zwischen Periduralanästhesie und Geburtserleben.

Frauen mit PDA fielen vor allem in den postpartalen Erlebnisdimensionen auf, d.h. sie waren im Schnitt weniger erfüllt und häufiger enttäuscht. Auch die Frauen, für deren subjektiv positives Geburtserleben die PDA am wichtigsten war, hatten paradoxerweise bei der Auswertung ihrer SIL ein signifikant schlechteres Erleben der Geburt. Dasselbe traf auch für Frauen zu, die angaben, dass ihnen die PDA während der Geburt am meisten geholfen hat.

Obwohl der Schmerz ja einer der Hauptbelastungsfaktoren ist, heißt es nicht zwangsläufig, dass die Behandlung des Schmerzes auch zu einem positiveren Erleben der Geburt führt. Dies könnte daran liegen, dass die PDA ohnehin häufiger mit pathologischen Geburtsverläufen assoziiert ist, dass Frauen, die eine PDA wünschen oder brauchen, vielleicht ohnehin ein anderes Schmerzerleben haben, oder dass hier Frauen dabei sind, die darüber enttäuscht sind, dass sie auf eine PDA zurückgreifen mußten. Es könnte aber auch daran liegen, dass zu hohe Erwartungen an die PDA gesetzt wurden. In den Medien wird immer wieder von der

„schmerzfreen“ Geburt unter PDA berichtet. Dabei werden Frauen gezeigt, die zeitungslasend ihre Kinder zur Welt bringen. In Wirklichkeit verhilft die PDA fast nie zu einer völlig schmerzfreien Geburt. Darüber hinaus können Erwartungen auch dann enttäuscht werden, wenn die PDA zu spät gelegt wurde oder nicht ausreichend wirksam war. Ein Teil dieser Zusammenhänge wurde übrigens von vielen Autoren vorbestätigt (Drew et al. 1989, Bramadat 1990/1993, Wuitschik et al. 1990, Byrne-Lynch 1991, Lowe 1996, Wimmer 1997, Kannan 2001). So fand auch Morgan in einer retrospektiven Studie mit 1.000 Frauen nur einen geringen Zusammenhang zwischen Schmerz, Schmerzscore und Zufriedenheit mit der Geburt (Morgan 1982). Kannan fand sogar, dass 88% der Frauen, die um eine PDA gebeten hatten, vergleichsweise weniger zufrieden mit der Geburt waren, obwohl sie weniger Schmerzen hatten (Kannan 2001). Auch Green kam 1993 nach einer prospektiven Studie über Erwartungen und Erfahrungen mit Geburtsschmerzen an über 700 Frauen zu folgendem Schluss: Frauen, die ein gewisses Maß an Geburtsschmerzen erwartet und sich vorgenommen hatten, die Schmerzen mit möglichst wenigen Medikamenten auszuhalten, hatten seltener das Problem ihre eigenen Vorgaben zu erfüllen. Sie waren vor allem auch zufriedener als diejenigen Frauen, die daran glaubten, die Geburtsschmerzen nicht ohne Medikamente bewältigen zu können (Green 1993).

Hier fällt eine Analogie zu der eigenen unveröffentlichten Untersuchung auf, bei der Frauen, die sich eine natürliche, interventionsfreie Geburt gewünscht hatten, ihre Ziele auch überdurchschnittlich häufig verwirklichen konnten.

Die Ergebnisse dieser Studien sprechen dafür, dass Frauen offenbar dazu tendieren, die Geburt so zu erleben, wie sie sie erwarten (Green 1993). Möglicherweise sind daher in der Gruppe der Frauen, die die PDA bekommen haben, einige dabei, die mit nicht kontrollierbaren Schmerzen rechneten und diese offenbar auch so erlebten. Demnach kann die PDA also nur zur Schmerzerleichterung beitragen, ohne hierüber auch gleichzeitig das Geburtserleben positiv zu beeinflussen.

Zusammenfassend kann diese Tatsache so diskutiert werden, dass vorallem beim Thema Schmerz und dessen Behandlungsmöglichkeiten oder – notwändigkeit die Schere zwischen Erwartung und Erleben auseinanderklafft. Schmerz ist unvorhersehbar und in seiner Bedeutung unklar. Er schafft Zustände von Kontrollverlust und Panik. Geburtsvorbereitung trägt offenbar nur zum Teil dazu bei, Copingstrategien aufzuzeigen und zu vermitteln (McKay 1990, Enzelsberger 1990, Slade 1993, Martinez 1993, Churchill 1995, Schleußner 2003). Trotzdem liegt hier als auch in einem individuellen Behandlungsplan der Schmerzen der Schlüssel zu besserem Geburtserleben. Auf eine philosophische, psychologische und letztlich

auch biologische Diskussion der Bedeutung des Geburtsschmerzes muss an dieser Stelle verzichtet werden, weil dadurch der Rahmen dieser Arbeit gesprengt würde.

Offenbar hat das störende Erleben der Dauer der Geburt keinen Einfluss auf das Gesamterleben der Geburt selbst. Dies ist eigentlich ein widersprüchliches Ergebnis.

Eigentlich würde man erwarten, dass langwierig erlebte Geburten sich zumindest tendenziell negativ auswirken. Vielleicht liegt hier ein statistisches Problem durch die kleine Fallzahl vor. Andererseits waren in der Gruppe von Frauen, die sich für das nächste Mal eine schnellere und kürzere Geburt wünschten, auch mehr dabei, die die Geburt in schlechter Erinnerung hatten. Dies würde eher den Angaben der Literatur (Kleiverda 1991, Dannenbring 1997, Bergant et al. 1998,) und auch der eigenen Untersuchung entsprechen, bei der im Rahmen der Frage, was am meisten gestört hat, die Dauer der Geburt an dritter Stelle stand.

Abschließend sei angemerkt, dass nach einer Untersuchung von Söderquist eine traumatisch erlebte Geburt weder mit den Interventionen, noch der Dauer bzw. der Schmerzbehandlung korrelierte ( Söderquist 2002) . Dies bestätigt Soet, der auf der Suche nach Vorhersagefaktoren für ein Geburtstrauma neben dem Schmerz vor allem Persönlichkeitsvariablen, ungünstiges Coping und schlechte Unterstützung als Prädiktoren fand (Soet 2003).

#### **4.6.3 Postpartale Phase**

Bei Anwesenheit des Kinderarztes bei der Geburt erlebten Frauen diese signifikant negativer. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass der Kinderarzt in der Regel bei Notsituationen und bei allen operativen Entbindungen hinzugezogen wird.

Allein dieser Zusammenhang mit dem Auftreten des Kinderarztes bei Interventionen könnte dieses Ergebnis erklären. Der Kinderarzt ist aber nicht nur Metapher für Pathologie sondern auch für alle Gefahren, die dem Kind drohen könnten und er ist daher auch derjenige, der möglicherweise eine Trennung von Mutter und Kind durch eine Verlegung in die Kinderklinik bewirkt. Aus diesem signifikanten Zusammenhang ergibt sich die Notwendigkeit, in einer weiteren Untersuchung noch einmal die Korrelation zwischen der peripartalen Morbidität des Kindes und dem Geburtserleben herzustellen. Nachdem nachgewiesen werden konnte, dass das gesunde Kind nach der Geburt offenbar zur Selbstverständlichkeit wird und diese Tatsache nicht sehr entscheidend zum Geburtserleben beiträgt (Driedger 1991 ), ist natürlich umgekehrt die Frage interessant, inwieweit das kranke und meist ja auch in die Kinderklinik verlegte Kind das Geburtserleben beeinflusst. In der

eigenen Befragung aus dem Jahr 2000 wurden die vorgeburtlichen Ängste der Frauen abgefragt und die Angst um das Kind rangierte hier an aller erster Stelle ( Abb.1, Sjogren 1997, Szeverenyi 1998, Melender 2002, Lowe 2000). Diese Angst scheint sich mit der Geburt des gesunden Kindes in der Regel völlig zu zerschlagen, und spielt daher keine wesentliche Rolle mehr für das Erleben der Geburt.

Je länger die Frauen ihr Kind ununterbrochen nach der Geburt bei sich behalten konnten, umso positiver erlebten sie die Geburt. Natürlich darf nicht vergessen werden, dass nach pathologischen Geburten mit möglicherweise gestressten Kindern ein Bonding oft nicht möglich ist, weil diese Kinder pädiatrisch versorgt werden müssen. Daraus ergibt sich natürlich der Umkehrschluss, dass in diesen Fällen des verkürzten Bondings wegen kindlicher Pathologie (sh. Komplex Kinderarzt) ein eher negatives Erleben zu finden war. Trotzdem unterstreicht dieses Ergebnis noch einmal die Bedeutung des Bondings für das Geburtserleben. Für die Mutter-Kind-Bindung und auch das Stillen konnte ja von einigen Untersuchern die Bedeutung des ungestörten Kontaktes nach der Geburt nachgewiesen werden (Kästner 1999, Brisch 2000). Dass das Bonding möglicherweise auch das Geburtserleben beeinflusst, wurde bis jetzt nie untersucht und verdient weiter wissenschaftlich betrachtet zu werden.

Frauen, denen Visiten, sei es durch Ärzte oder Hebammen unwichtig waren, hatten positiveres Erleben. Es ist anzunehmen, dass es sich bei dieser Gruppe um selbstbewusste und sicher auch erfahrene Mütter (Mehrgebärende) handelt, die alleine gut zurechtkommen und Expertinnen in eigener Sache sind. Wie schon erwähnt ist der Zusammenhang wohl eher in dem Kohärenzgefühl und der Parität zu sehen.

Die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Stillen und dem Geburtserleben lassen viele Deutungen zu. Nachdem ein positives Geburtserleben ja mit all den positiven Emotionen wie Erfüllung, Stolz, Kontrolle und Erfolg zu tun hat, ist es nachvollziehbar, dass sich diese Erfolgslinie auch auf das Stillen günstig auswirkt. Frauen mit positivem Geburtserleben sind möglicherweise auch öfter in gutem Kontakt und guter Bindung mit ihrem Kind. All dies kann sich selbstverständlich auf einen positiven Stillerfolg auswirken. Nachdem nicht genau bekannt ist, welche besonderen Merkmale Frauen haben, die nicht stillen, kann nur spekuliert werden, warum diese Frauen ein eher negativeres Geburtserleben haben. Erfahrungsgemäß stehen Frauen, die nicht stillen, oft sehr intensiv im Berufsleben, sie hatten häufiger einen Kaiserschnitt, sie sind sozial gesehen eher in den oberen oder unteren

Ranggruppen der Gesellschaft zu finden. Es sind häufig Raucherinnen dabei und manche Frauen geben auf nähere Befragung an, die Nähe zum Kind nicht ertragen zu können. Es bleibt auch hier letztlich unklar, ob das eher negative Geburtserleben auch die Einstellungen zum und den Erfolg des Stillens beeinflusst. Leider finden sich in der gesamten bekannten Literatur zu diesem Zusammenhang keine Hinweise. Lediglich die Beeinträchtigungen des Stillserfolges nach Sectio wurden untersucht (Rowe-Murray 2002).

Dass Stillen nicht nur aus Sicht der Ernährungsphysiologie, sondern auch der Psychologie, insbesondere der Bindungsforschung eine große Bedeutung hat, ist allgemein bekannt. So gesehen besteht sicher ein Zusammenhang zwischen dem Gebären und der Art und Weise, wie dieses geborene Kind umsorgt wird. Letztlich ist das Hormon Oxytocin ja nicht nur für den Gebärvorgang und das Stillen, sondern auch für Bindung und Liebesgefühle mitverantwortlich (Odent 1994). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für den Zusammenhang zwischen dem Stillen und dem Geburtserleben wäre die, dass unter den Frauen, die erfolgreich stillen, mit Sicherheit mehr Mehrgebärende sind. Auch kann sein, dass die erfolgreich stillenden Frauen mehr Selbstkontrolle, Selbstbewusstsein und Autonomie haben. Wahrscheinlich finden sich hier auch mehr Frauen, die einfache Geburten hatten und demnach auch weniger Interventionen überstehen mussten. Es wird auch bei der Analyse dieser Korrelation klar, dass die einzelnen Faktoren sich nicht von anderen trennen lassen und offenbar in engem Zusammenhang stehen. Erneut kann das Postulat von Waldenström und Salmon unterstrichen werden, dass Geburtserleben ein multidimensionales und multifaktorielles Geschehen ist (Salmon 1990/1992, Waldenström 1996/1999).

Dies wird auch bei der Analyse anderer Zusammenhänge zwischen Erleben und Stillaspekten deutlich.

Dort, wo die Anleitung zum Stillen eher schlecht war, und die Aussagen der Kinderschwestern als nicht übereinstimmend erlebt wurden, war auch das Geburtserleben getrübt. Vielleicht sind in dieser Gruppe aber auch mehr Frauen, die wegen körperlicher Einschränkungen (nach Interventionen) größere Abhängigkeit von den Schwestern hatten und daher häufiger enttäuscht waren.

Wenn Frauen zu wenig Milch hatten, dann war ihr Geburtserleben ebenfalls deutlich beeinträchtigt. Nur 50 % dieser Frauen erlebten die Geburt positiv. Wenn sich Stillprobleme ergaben, weil das Kind zu müde war, ergab sich ein ähnliches Ergebnis. Müde und oftmals gestresste Kinder sind oft Ergebnis entsprechend anstrengender und langwieriger Geburtsabläufe. Auch dadurch lässt sich dieser Zusammenhang erklären. Ähnliches fand sich, wenn das Kind nicht an die Brust wollte. Dort, wo die Frauen ihre Stillprobleme auf zu viel

Unruhe zurückführten, war ebenfalls das Geburtserleben negativ beeinträchtigt. Interessant war, dass Frauen, die ihre Kinder zufüttern mussten, bezüglich des Geburtserlebens nicht auffielen. Zugesäugelt wird, wenn das Kind eine deutliche Gewichtsabnahme, die Frau keine Milch hat oder nicht stillt. Das wären eigentlich alle Faktoren, die - wie schon an anderer Stelle vermutet - eher mit einem negativen Geburtserleben korrelieren. So gesehen lässt sich dieser Umstand nicht plausibel und folgerichtig erklären.

Frauen, die ein 24-Stunden-Rooming-In durchführten, erlebten die Geburt positiver. Dieses kann vielfältig interpretiert werden. Entweder ist das 24-Stunden-Rooming-In Ausdruck guter Adaptation und Bindung zwischen Mutter und Kind. Es kann aber auch dafür sprechen, dass die Frauen weniger erschöpft waren, weil sie möglicherweise leichtere und kürzere Geburten hatten (Mehrgewebende?) .

Umgekehrt waren die Frauen, die ihr Baby gerne häufiger bei sich gehabt hätten, im Geburtserleben häufiger gestört. Zu diesen Frauen gehören sicher auch viele, die wegen Erschöpfung oder einer operativen Entbindung ihr Kind häufiger abgeben mussten.

Die Frauen, die keine Möglichkeit hatten, ausreichend zu ruhen, hatten häufiger Probleme mit dem Geburtserleben. Bei diesen Frauen waren sicher auch viele dabei, die nach langen und vielleicht operativen Entbindungen deutlich erschöpfter waren. Bei der offenen Frage, was besonders störend im Wochenbett empfunden wurde, wurden ebenfalls alle Items zusammengefasst, die mit Ruhestörung verbunden sind (Besuch, Lärm, Mehrbettzimmer, Nachbarin, schreiende Kinder usw.). Bei den Frauen, die dies als Belastungsfaktor angaben, war das Geburtserleben auch eher schlecht. Zu diskutieren ist, ob in diesem Fall nicht das durch andere Faktoren bedingte negativere Erleben eine entsprechend erhöhte Empfindlichkeit schafft, welche in der Krisenzeit Wochenbett die Verletzung persönlicher Grenzen als besonders störend empfinden lässt.

Auffällig war, dass Frauen, die im Einbettzimmer untergebracht waren, sich in puncto Geburtserleben nicht von den anderen Frauen unterschieden. Nachdem Einbettzimmer fast ausschließlich von Privatpatientinnen genutzt werden, lässt sich hypothetisieren, dass der Privatstatus offenbar keinen Einfluss auf das Geburtserleben hat. Dies müsste allerdings in einer eigenen Untersuchung noch einmal überprüft werden. Eigentlich würde man erwarten, dass sich die bekannt höhere Interventionsrate bei Privatpatientinnen negativ auf das Erleben

auswirkt. Womöglich wird dieser Umstand aber durch das höhere Kohärenzgefühl dieser sozialen Schicht mit seinen positiven Auswirkungen wieder relativiert.

Andererseits zeigte sich ein schlechteres Erleben, wenn Frauen mit dem Zimmer und den sanitären Einrichtungen unzufrieden waren. In welche Richtung dieser Zusammenhang zu diskutieren ist, bleibt unklar. Am wahrscheinlichsten ist wohl, dass die Enttäuschung über die Geburt auch alles andere in einem kritischen Licht erscheinen lässt. Dabei bleibt offen, was letztlich zu der Enttäuschung geführt hat.

Es ist umgekehrt nicht anzunehmen, dass Unzufriedenheit mit dem Zimmer im nachhinein das Geburterleben beeinträchtigt.

Die Tatsache, dass negatives postpartales Geburtserleben mit der Länge des Aufenthaltes korreliert, hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Länge des Aufenthalts Ausdruck für eine vorhergehende operative und/oder möglicherweise schwierige Entbindung war. Tendenziell ist es ja heute so, dass die Aufenthaltsdauer sich nach den Wünschen der Frauen richtet und Frauen sich viel häufiger einen längeren Aufenthalt vorstellen, als es unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit gewünscht ist. So gesehen ist es sehr viel wahrscheinlicher, dass die Ursache für den längeren Krankenhausaufenthalt auch der Faktor ist, der das eher negative Geburtserleben der Frauen bestimmt. Nebenbei sei an dieser Stelle erwähnt, dass Finkelstein in einer Untersuchung aus dem Jahr 1998 herausfand, dass die Patientenzufriedenheit mit der geburtshilflichen Versorgung nicht von der absoluten Dauer des Aufenthalts abhängt, sondern davon, ob die Patientin die Länge des Aufenthalts als adäquat empfindet (Finkelstein 1998). Auch hier bestätigt sich, dass nicht die Tatsache als solches, sondern ihre Bedeutung das Erleben bestimmt.

Der Wunsch nach schmerzärmeren und kürzeren Folgegeburten korrelierte erwartungsgemäß mit negativerem Erleben. Dies bestätigt den schon diskutierten Zusammenhang zwischen Schmerz, Erschöpfung und Dauer der Geburt und deren Auswirkungen auf das Erleben. Wer die Klinik beim nächsten Mal wieder wählen wird, war offenbar zufrieden und hatte erwartungsgemäß auch ein besseres Erleben wie die wenigen Frauen, die nicht mehr kommen würden.

## **5. Zusammenfassung und Schlußfolgerung:**

Die Motivation zu dieser Arbeit war Teil eines langjährigen Engagement für eine ganzheitlich orientierte Geburtshilfe, die Erlebnis- und Ergebnisqualität im umfassenden - auch psychosozialen Sinne im Auge hat.

Die Frage nach dem Erleben der Geburt ist auch eine Frage nach der Bedeutung des Gebärens in psychologischer, sozialer und letztlich auch biologisch-medizinischer Hinsicht.

Ziel dieser Arbeit war es, die Qualitätssicherung in der Perinatalogie um psychosoziale Aspekte zu ergänzen. Hierzu wurden Dimensionen (Bezugsgrößen) und Einflußgrößen (Faktoren) von Erleben und Zufriedenheit in der Geburtshilfe erfasst und verglichen, um daraus mögliche Rückschlüsse auf eine Verbesserung geburtshilflicher Qualität zu ziehen.

Nachdem Qualität oder Zufriedenheit als das Ergebnis eines Vergleichs zwischen Erwartung und Erleben zu sehen sind, galt es vor allem, diese Zusammenhänge im Untersuchungsansatz zu berücksichtigen.

Die Arbeit wurde als retrospektive Untersuchung an einer mittelgroßen Münchner Klinik angesetzt.

Hierzu wurden 251 Frauen postpartal im Rahmen von Fragebögen zu ihrer Geburtszufriedenheit und zu ihrem Geburtserleben befragt.

Dabei wurde ein selbststrukturierter Fragebogen im Sinne einer erweiterten Perinatalerhebung verwendet. Des weiteren kam die Salmon Item List zum Einsatz, die das Geburtserleben in den 4 Dimensionen ( Erfüllung und Enttäuschtheit, gute emotionale Adaptation und Schmerz/Erschöpfung ) erfasst.

Hauptteil der Arbeit war eine statistische Korrelationsanalyse zwischen den Parametern der erweiternden Perinatalerhebung und den Dimensionen des Erlebens. Hierbei sollten bedeutsame Einflussgrößen auf das Erleben herausgefiltert und in ihrer Bedeutung vor dem Hintergrund der Literatur interpretiert werden.

Eine Folgeuntersuchung beschäftigte sich mit dem Einfluss von Vorerfahrungen auf die Erwartungshaltung zur Geburt.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können wie folgt zusammengefasst werden :

Entgegen den Angaben der Literatur hat in der vorliegenden Arbeit die Geburtvorbereitung keinen Einfluss auf das Erleben. Möglicherweise spielen hier andere Faktoren (Vorinformation durch den Arzt und die Medien, familiäre Muster, eigene Vorerfahrungen Schmerz und Geburt betreffend) schon immer oder neuerdings eine viel größere Rolle bei der Strukturierung von Erwartungen.

Entsprechend der Literatur konnte nachgewiesen werden, dass das Geburtserleben ganz entscheidend von den eigenen Copingkompetenzen aber auch der Betreuung auf dem Boden von Information, Kommunikation, Beteiligung und Kontinuität abhängt.

Das Geburtserleben steht des Weiteren in engem Zusammenhang mit dem individuellen Geburtsverlauf mit all seinen Besonderheiten wie Interventionen, Schmerz, Ängsten, Dauer und dem Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit.

Operativ- geburtshilfliche Interventionen haben einen negativen Einfluss auf das Geburtserleben.

Welche Bedeutung die Intervention bekommt, hängt wohl im wesentlichen von dem Maß an gelungener Kommunikation ab, welche jeden Eingriff begleiten sollte.

In dieser Arbeit wurde signifikant nachgewiesen, dass die PDA offenbar keineswegs zu einem günstigeren Geburtserleben beiträgt. Dies ist für sich gesehen eines der überraschenden Ergebnisse dieser Untersuchung. Die PDA steht andererseits in Zusammenhang mit Belastungsfaktoren wie Dauer, erhöhtem Schmerzempfinden, Intervention und Erstgeburt, wodurch die negativen Auswirkungen auf das Erleben ebenfalls erklärbar wären. Dass die PDA trotzdem hilfreich, sinnvoll und entlastend ist, steht außer Frage. PDA kann wie alle anderen Interventionen sogar Traumatisierungen vermeiden helfen.

Obwohl Mehrgebärende zum Teil mit größeren Ängsten in die Folgegeburt gehen, erleben sie diese besser. Respektvolle und realistische Erwartungen scheinen ein Schutzfaktor vor Enttäuschungen zu sein.

Bei allen Fragen des Geburtserlebens nehmen die Hebammen eine Schlüsselposition ein. Die kontinuierliche und individuelle Geburtsbegleitung erweist sich als ein Schutzfaktor für positives Erleben. Der Partner wird zwar als hilfreich empfunden, für das Erleben hat er nach den Ergebnissen dieser Arbeit keine Bedeutung. Ärzte werden nur in der harmonischen Zusammenarbeit mit der Hebamme positiv wahrgenommen. Ansonsten werden sie bevorzugt mit den Irritationen und Belastungen pathologischer Geburtsverläufe in Verbindung gebracht. In Abhängigkeit von persönlichen Ressourcen sind die sozialen Bewältigungshilfen wohl mit am bedeutsamsten für die Entwicklung positiven Geburtserlebens. Frauen hingegen, die sich als autonom und selbständig präsentieren, weil sie professionelle Betreuung nicht nötig haben oder sogar ablehnen, erleben die Geburt positiv. Sie greifen meist auf ihre eigenen vertrauten Bewältigungsstrategien zurück und werden dabei nur selten enttäuscht.

Erwartungsgemäß benötigen Frauen unter der Geburt intime, ungestörte Rückzugsräume mit angemessenem Bewegungsspielraum, um die Geburt positiv zu erleben.

Langes Bonding, möglichst umfassendes Rooming In und erfolgreiches Stillen sind Ergebnis oder Ursache positiven Geburtserlebens. Umgekehrt steht negatives Erleben in engem Zusammenhang mit allen Formen der Ruhestörung.

Für Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe könnten sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit folgenden Konsequenzen ergeben:

Für eine Strukturierung von angemessenen Erwartungen geht es um eine Neuorientierung in der Geburtsvorbereitung, die sich im Rahmen von Elternschulen und psychosomatisch orientierten Sprechstunden organisieren könnte.

Ziel könnte es dabei sein, Frauen auf die respektvollen und realistischen Geburtserwartungen einer Mehrgebärenden einzustimmen.

Wichtig ist eine Geburtsvorbereitung, die sich an den individuellen Ressourcen und Vorerfahrungen der Frauen und Paare orientiert.

Auf der Ebene des Erlebens geht es darum, räumlich ein sicheres und geborgenes Ambiente zu schaffen, in dem Frauen vor allem von Hebammen kontinuierlich betreut werden, um ihnen trotz Erlebens von Schmerz, Angst und Dauer letztlich zu einer positiven Geburtserinnerung zu verhelfen.

Nachdem mit einer Zunahme von Intervention zu rechnen ist, gilt es in Zukunft herauszufinden, wie unter diesen Bedingungen ein letztlich positives Geburtsempfinden erreicht werden kann.

Da wo Intervention sogar erwünscht ist oder in ihrer Notwendigkeit verstanden und akzeptiert wurde, wird sie das Erleben weniger negativ beeinflussen. In manchen Fällen wird das geburtshilfliche Handeln sogar das Geburtsempfinden positiv beeinflussen können.

Intervention kann ein Trauma der Mutter und/oder des Kindes vermeiden, aber auch selbst ein solches darstellen.

Ob es gerade in diesem Zusammenhang eine Lösung ist, die vermeintlich weniger belastenden Primäreingriffe zu Ungunsten der Sekundärintervention zu steigern, ist fraglich. Zumindest aus Sicht des Kindes hat die Geburt nach Wehenbeginn nachweislich Vorteile.

Bezüglich der Wochenbettzeit sollten langes Bonding, möglichst umfassendes Rooming In und Stillberatung selbstverständliche Konzepte sein, nachdem sie in einem eindeutigen Zusammenhang mit positivem Geburtserleben stehen.

Das Angebot einer Nachbesprechung der Geburt mit dem Team könnte dazu beitragen, Informations- und Verständnisdefizite aufzuklären und Kritik und Unzufriedenheit mit den

Abläufen zu besprechen. Dies könnte auch als psychologische Prophylaxe für zukünftige Geburten betrachtet werden.

Architektonisch und organisatorisch sollten alle Formen der Ruhestörung vermieden werden, möglicherweise sind diese Ergebnisse ein Plädoyer für die ambulante Geburt.

Oberstes Ziel der Geburtshilfe ist es, dass Mutter und Kind an Leib und Seele gesund aus der Klinik gehen. Darüber hinaus hat positives Geburtserleben als psychischer Faktor der Geburt mit Sicherheit Auswirkungen auf die Bindung, auf das Stillen, auf die allgemeine Kompetenzstärkung im Umgang mit Stress, Angst, Schmerzen und Belastung. Die Geburt ist der Lebensübergang schlechthin, ein Lebensübergang, der an Wucht, Bedrohlichkeit, Beglückung, an Unberechenbarkeit und an verändernder Potenz nicht zu überbieten ist. Um Trauma und Depression zu vermeiden gilt es, die Aspekte des Geburtserlebens ganz ernst zu nehmen. Dies kann im Einzelfall bedeuten, dass nicht die spontane, schnelle, einfache, schmerzfreie, kontrollierte und kontrollierbare Spontangeburt das Maß aller Dinge ist, sondern eben auch einmal ein Wunschkaiserschnitt, der nach reiflicher Überlegung und Prüfung der Schlüssel zu einem ebenfalls positiven und erfüllenden Geburtserleben sein kann. Dies richtig ab- und einzuschätzen und Frauen richtig zu beraten ist neben der kompetenten medizinischen Betreuung eine der Hauptaufgaben der Geburtsklinik. Vielleicht sollte ein Fragebogenscreening entwickelt werden, welches individuelle Risikofaktoren für ein pathologisches Geburtserleben identifizieren kann. Dadurch ergäbe sich die präventive Möglichkeit, die Inzidenz an Geburtstraumatisierungen und Wochenbettdrepressionen zu senken. Geburtserleben ist ein entscheidender Teil der Geburt. Bevor diese abgeschafft wird, sollte die Bedeutung des Gebärens geklärt sein. Hier stehen wir allerdings erst am Anfang.

## **6. Danksagung**

Mein Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. KTM Schneider, der es in kürzester Zeit verstanden hat, einem Empiriker die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens beizubringen.

Danken möchte ich auch Ulrike, meiner Mutter und meinem verstorbenen Großvater, die nicht müde wurden mir klar zu machen, dass ich einen „Doktor“ haben muss, um für einen solchen gehalten zu werden.

Ich danke der Geburtshilfe des Dritten Orden, Herrn CA Dr. Leix und CA Dr. v. Buquoy, den Hebammen, KollegInnen und den Müttern für mein berufliches Lebensthema, mit dem ich große Erfüllung und Zufriedenheit verbinde.

Ich danke der „Psychosomatik“, die mich zuhören und sprechen, erklären und ab und zu verstehen gelehrt hat.

Mein Dank gilt auch all den anderen, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben und auch ohne namentliche Nennung darum wissen.

Besonders möchte aber Frau Dipl. Math. Busch erwähnen, die mir meine stets neuen statistischen Fragestellungen kurzfristig beantworten konnte.

Zudem gab mir Dr. Werner Stadlmayr/ Bern wichtige Inspirationen für die Konzipierung dieser Arbeit.

## 7. Literaturverzeichnis

Ahner,R., Stokreiter,C., Bikas,D., Kubista,E.

**Demands on obstetrical care in the urban environment: postpartal survey.** J.Psychosom. Obstet. Gynecol. (1999) 191-197

Anthuber, C. **Vaginale Geburt: Morphologische und funktionelle Veränderungen am Beckenboden, Einfluss auf den Blasenverschluss und die Analshinkerfunktion.** Der Gynäkologe, 33 (2000) 857-863

Antonovsky,A. **Salutogenese** DGVT Verlag, Tübingen, 1997

Azouley, I.: **Die Gewalt des Gebärens**, List Verlag, München, 1998.

Bachhuber, R.,Winkler, L., Schneider, KTM., Graeff H.

**Selbstwahrnehmung und Kohärenz von „Selbst-Wahrnehmungen“.**

Ein neuer Ansatz zur Erfassung intrapsychischer Dynamik und psychosomatischer Beschwerden in der Schwangerschaft.

In: „Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft“,

Brähler, E., Unger, U. (Hrsg.), Psychosozial-Verlag, Gießen, 2001, 11-28

Beck, C.T. **Women`s temporal experiences during the delivery process: a phenomenological study.** Int.J.Nurs.Stud. 31 (1994) 245-252

Bergant et al. **Burden of childbirth.** Associations with obstetric and psychosocial factors. Archives of Women`s Mental Health 1 (1998) 77-81

Bergmann, K.E. **Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der Familie** Studie des RKI , Berlin, 1999

Biro,M.A., Waldenström,U., Brown,S., Pannifex,J.H

**Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women**

Birth 30 (2003) 1-10

Borrmann, B.; **Salutogenetische Einflussfaktoren im Geburtsverlauf aus Muttersicht.** In: Neises,M.,Bartsch,S., Dohnke,H.: Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 2002, Psychosozial Verlag, Gießen, 2003, 303-311.

Bradley, B.S., Tashevskaja, M., Selby, J.M. **Women`s first experiences of childbirth: two hospital settings compared.** British J. Med. Psychol. 63 (1990) 227-237

Bramadat, I.J., **Relationships among maternal expectations for childbirth, maternal perception of the birth experience, and maternal satisfaction with childbirth in women undergoing induction, augmentation and spontaneous labor.** Dissertation Abstracts International. 51 (1991) 3317

Bramadat, I.J., Driedger, M. **Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement.** Birth 20 (1993) 22-29

Brewin, C., Bradley, C. **Perceived control and the experience of childbirth.** British J. Clin. Psychology. 21 (1982) 263-269

Byrne-Lynch, A. **Coping strategies, personal control and childbirth.** Irish J. Psychology 12 (1991) 145-152

Brisch, K.H., **Bindungsstörungen** Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2000, 3. Auflage

Brook, R.H., Lohr, K.N. **Efficacy, effectiveness, variations and quality** Med Care 23 (1985) 710-722

Brüggink, C. **Wie zufrieden sind ihre Patienten wirklich ?** Die schriftliche Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus. Tectum Verlag, Marburg, 1999

Chaudron, L.H., Klein, M.H., Remington, P., Palta, M., Allen, C., Essex, M.J.: **Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Abstracts, Vol. 22, Issue 2, June 2001.

Churchill, H. **Perceptions of childbirth: are women properly informed?** Nurs.Times. 91 (45) (1995) 32-33

Churchill, H. **The conflict between lay and professional views of labour.** Nurs.Times. 91 (42) (1995) 32-33

Crowe, K., von Baeyer, C. **Predictors of a positive childbirth experience** Birth 16 (1989) 59-63

Da Costa, D., Brender, W., Larouche, J.: **A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 19 (1998)

Dannecker, C., Anthuber, C., Hepp, H. **Die Episiotomie Grenzen, Indikationen und Nutzen** Der Gynäkologe 33 (2000) 864-871

Dannenbring, D., Stevens, M.J., House, A.E. **Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction.** J. Behav. Med. 20 (1997) 127-142

David, M. **Außerklinische Geburtshilfe heute – wie sicher sind die Alternativen zur Klinikentbindung** Geburtshilfe und Frauenheilkunde 8 (2003) 793-797

DGQ e.V. (Hrsg.) **Managementsysteme – Begriffe** Beuth Verlag, Berlin-Wien-Zürich, 2002, 7. Auflage

Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) **DIN 55350**, Teil 11, 1987

Dick-Read, G. **Mutter werden ohne Schmerzen** Hoffmann & Campe, Hamburg, 1958

DiMatteo, M.R., Kahn, K.L., Berry, S.H.: **Narratives of birth and the postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers.** Birth 20 (1993) 204-211

Drew, N.C., Salmon, P., Webb, L. **Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth.** British J. Obstet. Gynaecol. 96 (1989) 1084-1088

Drummond, J., Rickwood, D. **Childbirth confidence: validating the Childbirth Self Efficacy Inventory (CBSEI) in an Australian sample.** J. Adv. Nurs. 26 (1997) 613-622

Enzelsberger, H., Langer, M., Reinlod, E., Ringler, M., Nemeskeri, N. **Persönlichkeitsabhängige Angstreaktionen bei Erstgebärenden.** Z. Geburtshilfe Perinatol. 194 (1990) 29-35

Fawcett, J., Knauth, D. **The factor structure of the perception of birth scale.** Nurs. Res. 45 (1996) 83-86

Finkelstein, B.S., Harper, D.L., Rosenthal, G.E.: **Does length of hospital stay during labor and delivery influence patient satisfaction? Results from a regional study.** The American journal of managed care, 4 (1998) 1701-1708

Flensburg, K. **Erleben von Geburt** unveröffentlichte Diplomarbeit an der LMU München, Fakultät für Psychologie und Pädagogik, München, 2001

Gottvall, K., Waldenstrom, U.: **Does birth center care during a woman's first pregnancy have any impact on her future reproduction?** Birth 29 (2002) 177-81

Gottvall, K., Waldenstrom, U.: **Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?** BJOG 109 (2002) 254-60

Green, J.M. „**Who is unhappy after childbirth?:** Antenatal and intrapartum correlates from a prospective study. J. Reproductive and Infant Psychology. 8 (1990) 175-183

Green, J.M., Coupland, V.A., Kitzinger, J.V. **Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women.** Birth 17 (1990) 15-24

Green, J.M. **Expectations and experiences of pain in labour** Birth 20 (1993) 65-72

Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S.I. **Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth.** Midwifery 12 (1996) 48-61

Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., Forslin, L. **Women's perception of childbirth and childbirth education before and after education and birth.** Midwifery 11 (1995) 130-137

Hart, M.A., Foster, S.N. **Couples' attitudes toward childbirth participation: relationship to evaluation of labor and delivery.**

J. Perinat. Neonatal Nurs. 11 (1997) 10-20

Hannah, M.E.: **Commentary: managing labour: what do women really want?** Birth 26 (1999) 97-98

Hofmeyr, G.J., Gulmezoglu, A.M., Nikodem, V.C., van der Spuy, Z.M., Hendricks, M.S. **Labor experience and beta-endorphin levels** Int. J. Gynaecol. Obstet. 50 (1995) 299-300

Hofmeyr, G.J., Nikodem, V.C., Wolman, W.L., Chalmers, B.E., Kramer, T. **Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding** British J. Obstet. Gynaecol. 98 (1991) 756-764

Holdcroft, A., Parshal, A.M., Knowles, M.G., Waite, K.E., Morgan, B.M.

**Factors associated with mothers selecting general anesthesia for lower segment Caesarean section.** J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 16 (1995) 167-170

Homer, C.S., Davis, G.K., Cooke, M., Barclay, L.M.: **Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia.** Midwifery 18 (2002) 102-112

Homburg, C., Rudolph, B. **Perspektiven zur Kundenzufriedenheit.**

In „Kundenzufriedenheit: Konzepte-Methoden- Erfahrungen“, Simon, H., Homburg, C. (Hrsg.), Gabler Verlag, Wiesbaden, 1995, 5. Auflage, 30-49

Hundley, V.A., Cruickshank, F.M., Milne, J.M., Glazener, C.M., Lang, G.D., Turner, M., Blyth, D., Mollison, J.: **Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit.** Midwifery 11 (1995) 163-73

Hundley, V.A., Milne, J.M., Glazener, C.M., Mollison, J.: **Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care.** British journal of obstetrics and gynaecology, 104 (1997) 1273-80

Husslein, P., Langer, M. **Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe ?** Der Gynäkologe 33 (2000) 849-856

Janssen, P.A., Klein, M.C., Harris, S.J., Soolsma, J., Seymour, L.C.: **Single room maternity care and client satisfaction.** Birth 27 (2000) 235-243

Jarka, M. **Zur Bedeutung des Körpererlebens für den weiblichen Kindeswunsch, Schwangerschaft, Geburt und die Zeit nach der Entbindung.** In: „Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele“, Brähler, E., Springer-Verlag, Berlin, 1986, 161-180

Kannan, S., Jamison, R.N., Datta, S.: **Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth.** Regional Anesthesia and Pain Medicine 26 (2001) 468-472

Kästner, R., Gingelmaier, A., Stauber, M. **Study on the early mother-child relationship.** In: “New horizons in psychosomatic obstetrics and gynaecology”,

Bilger, J., Stauber, M. (Hrsg.), Basel, 1995

- Kearney, M., Cronenwett, L.R. **Perceived perinatal complications and childbirth satisfaction.** Appl. Nurs. Res. 2 (1989) 140-141
- Kentenich, H., Stauber, M., **Die individuelle Geburt** Gebfra 45 (1985) 153-160
- Kethler, U. **Qualitative oder quantitative Hebammenforschung, das ist die Frage.** Hebamme 4 (1999) 191-198
- Kleiverda, G., Steen, A.M., Andersen, I., Treffers, P.E. **Confinement in nulliparous women in the Netherlands: Subjective experiences related to actual events and to post-partum well-being.** J. Reproductive and Infant Psychology. 9 (1991) 195-213
- Knitza, R., Eidenschink, P. **Die „Wunschsektio“. Ergebnisse einer Umfrage unter den Gynäkologen und Gynäkologinnen Bayerns.** Geburtshilfe und Frauenheilkunde 63 (2003) 255-260
- Lack, N.: **Aktuelle Entwicklung bei der Perinatalerhebung.** Zentralblatt für Gynäkologie 123 (2001) 460-464
- Lavender, T., Walkinshaw, S.A., Walton, I.: **A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience.** Midwifery 15 (1999) 40-46
- Leboyer, F.: **Der sanfte Weg ins Leben** Desch Verlag, München, 1974
- Leboyer, F.: **Das Geheimnis der Geburt** Kösel Verlag, München, 1997
- Lomas, J., Dore, S., Enkin, M., Mitchel, A. **The Labor and Delivery Satisfaction Index: the development and evaluation of a soft outcome measure.** Birth 14 (1987) 125-129
- Lowe, N.K. **Maternal confidence of labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory.** Res. Nurs. Health. 16 ( 1993) 141-149
- Lowe, N.K. **The pain and discomfort of labor and birth.** J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. 25 (1996) 82-92
- Lowe, N.K. **Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women** Journal of Psychosom. Obstet.& Gyn. 21 (2000)
- Lukesch, H. **Schwangerschafts- und Geburtsängste** Enke-Verlag, Stuttgart, 1981
- Mackey, M.C. **Women's preparation for the childbirth experience.** **Matern. Child Nurs. J. 23 (1990) 143-173**
- Mackey, M.C. **Women's evaluation of their childbirth performance.** **Matern. Child Nurs. J. 23 (1995) 57-72**
- Mahomed, K., Gulmezoglu, A.M., Nikodem, V.C., Wolman, W.L., Chalmers, B.E., Hofmeyr, G.J. **Labor experience, maternal mood and cortisol and catecholamine levels in low-risk primiparous women.**

**J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 16 (1995) 181-186**

Marcus,R., Peritz,E., Gabriel, K.R. **On closed Testing Procedures with special Reference to ordered Analysis of Variance.** Biometrika, 63 (1976) 655-660

Martinez, M.J. **Early Intrapartal Childbirth Preparation, self coherence, and physical and psychological outcomes of labor.**  
**Dissertation Abstracts International 54 (1993) 167**

Maturana, H., Varela, F., **Der Baum der Erkenntnis** Goldmann Verlag, Bern, München, 1987

Mayring, P. „**Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken**“ Deutscher Studienverlag, Weinheim, 1994, 5. Auflage, 103-106

McKay, S., Barrows, T., Roberts, J. **Women`s view of second-stage labor as assessed by interviews and videotapes.** Birth 17 (1990) 192- 198

Melender, H.L., Lauri, S.: **Security associated with pregnancy and childbirth – experiences of pregnant women.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Abstracts, 22 (2001).

Melender,H.L. **Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women** Birth 29 (2002) 101-111

Miklaw H., Miklaw-Reissmann, M.: **Familienfreundliche Geburtshilfe. Erfahrungen einer mittleren Krankenhausabteilung; Maternity unit with rooming-in: experience in a medium-sized hospital.** Fortschritte der Medizin 97 (1979) 467-470

Milenovic-Rüchardt,I.,Roth,S., Edlinger,S.: **Hausgeburten in Bayern**  
Eigene Studie der bayrischen Hausgeburtshebammen, Selbstverlag, München, 1996

Mills, K.F. **Impact of a woman`s perception of labor and delivery emotional stress, partner support, and sense of mastery on maternal depression symptoms reported at four weeks postpartum.**  
Dissertation Abstracts International 53 (1992) 772

Möller,I.,Schwab,R. **Aspekte des Geburtserlebens und der Zufriedenheit der Frauen** In „**Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe**“, Frick-Bruder,V., Kentenich, H., Scheele,M. (Hrsg.)  
Psychozial-Verlag, Giessen, 1995, 175-183

Molinski, H. **Emotionale und interpersonale Aspekte der Geburt**  
Gynäkologie 22 (1989) 96-99

Morgan, P., Bulpitt, C., Clifton P., Lewis, P., **Analgesia and satisfaction in childbirth**  
Lancet 2 (1982) 808-811

- Morin, K.H. **Obstetric complications, body image and perceptions of the intrapartal experience of obese and non- obese postpartum women.** Dissertation Abstracts International 48 (1988) 2265
- Morse, C.A., Durkin, S., Buist, A.: **First-time parenthood: influences on pre- and postnatal adjustment in fathers and mothers.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Abstracts, 21 (2000)
- Mould, T.A., Chong, S., Spencer, J.A., Gallivan, S. **Women`s involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction** British J. Obstet. Gynecol. 103 (1996) 1074-1077
- Münstedt, K., von Georgi, R., Eichel, V., Kullmer, U., Zygmunt, M.: **Wishes and expectations of pregnant women and their partners concerning delivery .** Journal of Perinatal Medicine 28 (2000) 482-90
- Murphy, M.C., Harvey, S.M. **Choice of childbirth method after cesarean** Women health 15 (1989) 67-85
- Murray, I., Wilcock, A., Kobayashi, L.: **Obstetrical patient satisfaction.** Journal of health care marketing 16 (1996) 54-57
- Nissen, E., Gustavsson, P., Widström, A.-M., Uvnäs-Moberg, K.: **Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean section.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology 19 (1998)
- Neuhaus,W. **Pränatale Erwartungshaltung und postpartale Zufriedenheit. Ergebnisse einer Befragung schwangerer Frauen vor und nach der Geburt.** In: „ Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft“, Brähler, E., Unger, U., Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996, 139-152
- Odent, M., **Geburt und Stillen** Über die Natur elementarer Erfahrungen, Beck Verlag, München, 1994
- O`Hara,M.W. **Post-partum „blues“, depression and psychosis: a review** J. of Psychsom. Obstet. and Gynaecol. 7 (1987) 205-227
- Peirce, A.G. **Cognitive appraisal of stress events: measuring the personal schema of childbirth.** J. Nurs. Meas. 2 (1994) 117-127
- Proctor, S.: **What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women und midwives.** Birth 25 (1988) 85-93.
- Quine, L., Rutter, D.R., Gowen, S.: **Women`s satisfaction with the quality of the birth experience: A prospective study of social and psychological predictors.** Journal of Reproductive & Infant Psychology, 11 (1993) 107-113
- Riegl, G.F. **Ideale zukunftssichere Geburtsklinik** Klinikstudie PR.&P. , Augsburg, 1996

- Righetti – Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., Manzano, J. **Risk factors and predictive signs of postpartum depression.**  
J. Affect. Disord. 49 (1998) 167-180
- Ringler, M., Pavelka, R. **Geburtsangst** Zeitschrift für Gebh. und Perinat. 186 (1982) 55-57  
Ringler, M., Langer, M. **Psychologie der Geburt.** In: „Psychologie und Gynäkologie“, Davies- Osterkamp, S., Edition Medizin, VCH, Weinheim, 1991, 101-113
- Rohde, A. **Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett.** Der Gynäkologe 34 (2001) 315-323
- Rowe-Murray, H.J., Fisher, J.R.: **Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding.** Birth 29 (2002) 124-31
- Sadler, L.C., Davison, T., McCowan, L.M.: **Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial.** Birth 28 (2001) 225-235
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J-E., Halmesmaeki, E. **Psychosocial predictors of disappointment with delivery und puerperal depression: A longitudinal study.** Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 80 (2001) 39-45
- Salmon, P., Drew, N.C. **Multidimensional assessment of women`s experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history.** J. Psychosom. Res. 36 (1992) 317-327
- Salmon, P., Miller, R., Drew, N.C. **Women`s anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain.** British J. Med. Psychol. 63 (1990) 255-259
- Sanford-Gillon, K.M. **The experience of first childbirth: A phenomenological study.** Dissertation Abstracts International 49 (1989) 3990
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E.A., Husslein, P., Langer, M. **Elective cesarian section versus spontaneous delivery: A comparative study of birth experience**  
Acta Obstet. Gynecol. Scand. 82 (2003) 834-840
- Schlatter, B.L. **Control and satisfaction with the birth experience.** Dissertation Abstracts International 52 (1991) 164
- Schleußner, E., Pabst, D., Meißner, W. **Schmerzerwartung und Schmerzerleben unter der Geburt** Der Einfluss von Geburtsvorbereitungskursen In: „Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe“, Neises, M. et al. (Hrsg.), Psychosozial Verlag, Giessen, 2003, 544-549
- Sjogren, B., **Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women** Journal of Psychosom. Obstet. & Gyn. 18 (1997)
- Schneider, K.T.M., Bröcker, J., Gnirs, J. **Die Episiotomie – Inzidenz**  
Technik, Indikation und klinischer Stellenwert. Der Frauenarzt 37 (1996) 1560-1562

Schneider, KTM., Bröcker, J., Thornton, J. **Qualitätssicherung bei Klinik und Hausgeburten.** Gynäkologie 32 (1999) 20-25

Schneider, KTM. **Sectio nach Wunsch – Muß man hinsichtlich der Morbiditätsrisiken umdenken?** Gynäkologische Rundschau 42 (2002) 12-14

Schuecking, B.: **Technisierung der „normalen“ Geburt – Interventionen im Kreißsaal.** Abschlussbericht, Universität Osnabrück, Fachbereich 8 / Gesundheitswissenschaften, Osnabrück, 2002

Schwab, R., Möller, I. **Bedingungen des Geburtserlebens und der Zufriedenheit bei Wöchnerinnen, Ärzten/Ärztinnen und Hebammen. Zur Bedeutung von Einsamkeit der Wöchnerinnen.** In: „Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft“, Brähler, E., Unger, U., Westdeutscher Verlag, Opladen, 1996, 54-70

Selbmann, H.K. **Die Bedeutung der Perinatalerhebung für die Perinatalforschung** Gynäkologie 26 (1993) 71-75

Selbmann, H.K., **DIN ISO, EFQM, KTQ und andere Verfahren zur Qualitätsbewertung – Eine Übersicht.** Krankenhaus 2000 (2000) 626-630

Simkin, P., **Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience** Birth 18 (1991) 203-210

Shearer, M.H. **How well does the LADSI measure satisfaction with labor and delivery?** Birth 14 (1987) 130-131

Sjögren, B.: **Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 18 (1997)

Slade, P., MacPherson, S.A., Hume, A., Maresh, M. **Expectations, experiences and satisfaction with labour.** Br. J. Clin. Psychol. 32 (1993) 469-483

Smith, L.F.: **Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability.** Quality in health care 10 (2001) 17-22

Söderquist, J., Wijma, K., Wijma, B.: **Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 23 (2000)

Soet, J.E. et al. **Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth** Birth 30 (2003) 36-46

Stadlmayr, W., Bitzer, J., Hösli, I., Amsler, F., Leupold, J., Schwendke-Kliem, A., Simoni, H., Bürgin, D.: **Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Abstracts, Vol. 22 (2001) 205-215.

Stolte, K. **A comparison of women's expectation of labor with the actual event.** Birth 14 (1987) 99-103

Symon,A., MacDonald,A., Ruta,D., **Postnatal Quality of life assessment: Introducing the mothergenerated index.** Birth 29 (2002) 40-46

Szeverényi, P., Póka, R., Hetey, M., Török, Z.: **Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery.** Journal of Psychosom. Obstet. & Gyn.19 (1998)

Thompson, J.F., Roberts, C.L., Currie, M., Ellwood, D.A.: **Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth.** Birth 29 (2002) 83-94

Trojan,A., **Warum sollen Patienten gefragt werden?** Zur Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen“ In: „Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen“ , Ruprecht,T.M. (Hrsg.), Asgard Verlag, Sankt Augustin, 1998, 15-30

Van der Klugt, B.M.J., Bitzer, J., Stadlmayr, W. **Stand der Forschung zum Thema „Geburtserleben und Geburtsverarbeitung“** Übersicht anhand einer Literaturrecherche, Inauguraldissertation , Medizinische Fakultät der Universität Basel, CA Prof. Dr.med. W. Holzgreve

Vetter,K., **Hebammen und Ärzte –zentrale Beteiligte des geburtshilflichen Teams.** Zeitschrift für Gebh. und Neonat. 5 (1999) 189-190

Waldenström, U., Nilsson C.A. **Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study.** Acta Obstet. Gynecol. Scand. 73 (1994) 547-554

Waldenström, U., Borg, I.M., Ollson, B., Skold, M., Wall, S. **The childbirth experience: a study of 195 new mothers.** Birth 23 (1996) 144-153

Waldenström, U.: **Continuity of carer and satisfaction.** Midwifery 14 (1998) 207-213

Waldenström, U.: **Experience of labor and birth in 1111 women.** Journal of psychosomatic research 47 (1999) 471-82

Walker, J.M., Hall, S., Thomas, M. **The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit.** Midwifery 11 (1995) 120-129

Walter, H., Jr.: **Umfrage bei den Wöchnerinnen einer grossen Frauenklinik zum Geburtserlebnis.; Questioning of women in puerperium concerning their experiences at delivery.** Fortschritte der Medizin 8 (1997) 344-348

Wheathley, E.W.: **Patient expectations and marketing programming for OB/GYN services.** Health marketing quarterly 14 (1997) 35-52

Wijma, K., Alehagen, S., Wijma, B.: **Development of the Delivery Fear Scale** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 23 (2002)

- Wilson, S. **Labour- a fulfilling experience?** Midwives Chron. 103 (1990) 341-342
- Wimmer, J.M. **Free-will and epidurals: does today`s mother have a choice?** Birth Gaz. 13 (1997) 43-44
- Winnicott, D.W. **Primäre Mütterlichkeit** Psyche 7 (1960) 393-399
- Wuitschik, M., Bakal, D., Lipshitz, J. **The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor.** Obstet. Gynecol. 73 (1989) 35-42
- Wuitschik, M., Bakal, D., Lipshitz, J. **Relationships between pain, cognitive activity and epidural analgesia during labor.** Pain 41 (1990) 125-132
- Wuitschik, M., Hesson, K., Bakal, D.A. **Perinatal predictors of pain and distress during labor.** Birth 17 (1990) 186-191
- Young, D.: **First class delivery: the importance of asking women what they think about their maternity care.** Birth 25 (1998) 71-72

## 8.Anlagen: Fragebögen und Tabellen

### Fragebogen1

#### *Fragebogen zur Qualitätssicherung*

*April 2000*

*Liebe Patientin,*

um den Ablauf auf der Station und die Zufriedenheit der Patienten mit der Organisation zu optimieren, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und vor der Entlassung in den Briefkasten gegenüber dem Schwesternstützpunkt einzuwerfen. Selbstverständlich ist die Befragung anonym.

Aufenthalt: \_\_\_\_\_Tage

Sie bekamen Ihr \_\_\_\_\_tes Kind.

Falls es nicht Ihr erstes Kind ist: das 1. Kind bekamen Sie hier ausserhalb.

das 2. Kind bekamen Sie hier ausserhalb.

Unterbringung: 1Bett- 2Bett- 3Bett- 4Bettzimmer

Entbindung: Normalgeburt Saugglocke/Zange Kaiserschnitt

Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

Freunde Frauenarzt Klinikbesuch früherer Klinikaufenthalt

Medien \_\_\_\_\_

Waren Sie auf dem Eltern-Informationsabend? ja nein

Haben Sie an der Kreissalführung teilgenommen? ja nein

Haben Sie ein Schwangerengespräch wahrgenommen? ja nein

Haben Sie an einem Geburtsvorbereitungskurs teilgenommen?

ja, hier ja, ausserhalb nein

### **Aufnahme**

Wie war der erste Eindruck bei Aufnahme in die Klinik?

Wartezeit in der Patientenaufnahme: \_\_\_\_\_

Auftreten des Personals: \_\_\_\_\_

Orientierung im Haus: \_\_\_\_\_

sonstiges: \_\_\_\_\_

## Information/ Kurse

War das Informationsangebot über die Klinik ausreichend und zufriedenstellend?

ja nein

## Entbindung

Wie haben Sie sich während der Geburt betreut gefühlt durch

Hebamme \_\_\_\_\_

Ärztin/ Arzt \_\_\_\_\_

Anästhesist \_\_\_\_\_

Wer hat Sie bei der Geburt begleitet?

Ehemann Partner Freundin Mutter andere Begleitpersonen

\_\_\_\_\_

Halten Sie es für wichtig, dass die Hebamme, die Sie unter der Geburt betreut, möglichst nicht wechselt? (Schichtwechsel) wichtig weniger wichtig unbedeutend

Wie empfanden Sie die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Ärzten?

\_\_\_\_\_

Haben Ihnen unsere Entbindungsräume gefallen? ja nein,  
weil \_\_\_\_\_

Hatten Sie ausreichend Bewegungsspielraum? ja nein

Mussten Sie häufiger den Raum wechseln? ja nein

Haben Sie sich in Ihrer Intimität respektiert gefühlt? ja nein

Wie beurteilen Sie die Fachkompetenz der Hebammen und Ärzte?

\_\_\_\_\_

Haben Sie sich sicher und geborgen gefühlt? ja nein

Wie waren Sie mit der Schmerzbehandlung zufrieden? ja nein

\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine Periduralanästhesie (Rückenmarksbetäubung)? ja nein

Wurden Sie in den einzelnen Geburtsphasen ausreichend informiert und in die Entscheidungen einbezogen? ja nein

Wer oder was ist nach Ihrer Meinung entscheidend für ein positives Geburtserleben ?

---

Wer oder was hat Sie bei der Geburt am meisten gestört bzw. belastet ?

---

Wer oder was hat Ihnen bei der Geburt am meisten geholfen ? \_\_\_\_\_

Wie empfanden Sie Ihr Vorwissen zur Geburt ?

hilfreich belastend stimmig widersprüchlich

ausreichend ungenügend falsch

Was würden Sie sich für die nächste Geburt wünschen ? \_\_\_\_\_

Wie empfanden Sie die Zeit unmittelbar nach der Geburt?

---

Wie lange konnten Sie Ihr Kind unmittelbar nach der Geburt ununterbrochen bei sich behalten? \_\_\_\_\_

War ein Kinderarzt bei oder nach Ihrer Entbindung anwesend? ja nein

Wie fanden Sie die Betreuung und Information durch den Kinderarzt?

---

### **Wochenbett und Rooming-in**

Ich hatte mein Kind  24h bei mir  nachts abgegeben  
um mich zu erholen auch tagsüber zeitweise im Kinderzimmer

Ich war mit dem gängigen Rooming-In System zufrieden. ja nein

---

Ich hätte gerne mein Baby häufiger bei mir gehabt. ja nein

War ein 24-Stunden-Rooming-In problemlos durchzuführen? ja nein

---

Was halten Sie davon, Besuch nur in einem Besucherzimmer  
(außer Väter und Geschwisterkinder) zu empfangen?

- Finde ich gut, ich fühlte mich ohnehin durch häufige eigene Besuche oder der der  
Bettnachbarinnen gestört
- Unpraktisch, das bringt noch mehr Streß ins Wochenbett.
- Ich bin mit der gängigen Regelung zufrieden. Kein Bedarf.

Wie waren Sie mit der Betreuung auf der Wochenstation zufrieden?

- Wochenbettschwestern \_\_\_\_\_
- Kinderschwestern \_\_\_\_\_
- Kinderärzte \_\_\_\_\_
- Frauenärzte \_\_\_\_\_

Welche Bedeutung hat für Sie die tägliche ärztliche Visite?

- wichtig  weniger wichtig  unwichtig \_\_\_\_\_

Wurden Sie bzgl. des Stillens ausreichend angeleitet?

- ja  nein

Waren die Aussagen verschiedener Kinderschwestern bzgl. Stillen übereinstimmend?

- ja  teilweise  nein
- 

Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:

- Ich komme mit dem Stillen voll klar.  Ich bin mir noch teilweise unsicher.
- Ich habe noch grosse Probleme  Ich stille nicht.

Ich hatte folgende Probleme beim Stillen:

- wundte Brustwarzen  Kind zu müde  zuviel Milch  zu wenig Milch
- Hohlwarzen  zuviel Unruhe  Kind will nicht an die Brust
- keinerlei Probleme

Ich stille (bei Entlassung)

- ausschliesslich (auch kein Tee)  voll (nur Teezufütterung)
- ich füttere zu.

Mein Kind bekam im Rahmen des Aufenthaltes Tee

- nein    weil ich es wollte  
weil es der Kinderarzt anriet                      weil es die Kinderschwester anriet.

Wie waren Sie mit dem Zimmer und den sanitären Einrichtungen zufrieden?

---

Wie waren Sie mit dem Essen zufrieden? \_\_\_\_\_

Wann sollte Ihrer Meinung nach der Tag mit Wecken und Frühstück beginnen?

---

Was halten Sie von flexiblen Essenszeiten mit Selbstbedienung?

---

Hatten Sie ausreichend Möglichkeit zu ruhen oder zu schlafen, nachts und tagsüber?

---

Was empfanden Sie als besonders störend in der Wochenbettzeit?

---

Welche Rolle spielen für Sie audiovisuelle Möglichkeiten im Wochenbett (Radio, Fernsehen, Internet, Video, z.B. Film über Stilltechnik)? \_\_\_\_\_

---

Wären Sie an der Einrichtung sogenannter Familienzimmer interessiert, in denen Väter und ggf. Kinder für einige Tage mit übernachten könnten                      ja    nein

Wären Sie bereit, dafür einen Mietbeitrag zu leisten?                      ja    nein

Was halten Sie von einem ganzheitlichem Pflegekonzept mit dem Ziel, dass eine Fachkraft Sie in allen Belangen betreut (Wochenbettpflege, Stillen, Säuglingspflege).

- Ich war mit der Wochenstation und ihrem Pflegekonzept zufrieden.  
 Mir wäre das oben beschriebene Pflegemodell sympathischer.

Welche Bedeutung hat die künftige Eingliederung der Kinderklinik im Dritten Orden für Sie?

sehr wichtig  wichtig  weniger wichtig  unwichtig

Welche Rolle spielt das Vorhandensein einer Kinderklinik im Haus für die Auswahl der

Geburtsklinik?  sehr wichtig  wichtig  weniger wichtig  unwichtig

Würden Sie das nächste Mal wieder bei uns entbinden?

ja  nein

Wenn Sie die Hilfe der Anästhesie bedurften (Periduralanästhesie, Eingriffe nach der Geburt, Kaiserschnitt), wie beurteilen Sie die Freundlichkeit und Kompetenz des

ärztlichen Personals \_\_\_\_\_

des pflegerischen Personals \_\_\_\_\_

Was hat Ihnen in unserem Haus besonders gut gefallen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist verbesserungsbedürftig? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe, wir werden Ihre Anregungen zur weiteren Verbesserung der Patientenzufriedenheit aufnehmen.*

*Das geburtshilfliche Team des Krankenhauses Dritter Orden*

## Fragebogen 2

### Salomon´s Item List (SIL) -- Fragebogen zum Geburtserleben

Deutsche Übersetzung nach Stadlmayr et al. (2000, in Press)

Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens:

Datum    Uhrzeit

*\*Beantworten Sie die Fragen spontan, ohne besonders "nachzugrübeln"! Sie sollten für das Ausfüllen des Fragebogens 5 Minuten nicht überschreiten!*

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala, von dem Sie denken, dass er am besten beschreibt, wie Sie sich unter der Geburt und in den ersten Stunden danach fühlten; falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen Mittelwert und tragen diesen dann auf der Skala von 1 bis 7 ein.

1	enttäuscht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht enttäuscht
2	erfüllt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erfüllt
3	begeistert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht begeistert
4	zufrieden	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht zufrieden
5	voller Freude	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Freude
6	deprimiert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht deprimiert
7	glücklich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht glücklich
8	voller Aufregung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Aufregung
9	gute Erfahrung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	schlechte Erfahrung
10	ich kam gut klar	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ich kam schlecht klar
11	betrogen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht betrogen
12	unter Kontrolle	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht unter Kontrolle
13	angenehm	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	unangenehm
14	entspannt	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht entspannt
15	ängstlich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht ängstlich
16	schmerzhaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht schmerzhaft
17	leicht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht leicht
18	die Zeit verging schnell	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	die Zeit verging langsam
19	erschöpft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erschöpft
20	voller Vertrauen	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Vertrauen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

### Fragebogen 3

*Fragebogen zu den Vorerfahrungen*

*Frauenklinik 3. Orden*

*Geburtshilfe*

München , April. 2002

Liebe werdende Mutter!

Bitte füllen Sie bei der schriftlichen Anmeldung zur Geburt diesen kurzen Fragebogen aus, der der Vorbereitung einer wissenschaftlichen Studie dient. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE !

Ich bin jetzt in der ..... Schwangerschaftswoche

1. Von wem wurden Sie während der Schwangerschaft betreut:

- a) nur Arzt
- b) nur Hebamme
- c) mal Arzt /mal Hebamme

2. Was war Ihr wichtigster Buchratgeber zur Vorbereitung auf die Geburt:

---

3. Haben Sie im Internet zur Geburt recherchiert und wenn ja auf welcher Web-side :

---

4. Wie hat das Wissen rund um die Geburt bisher auf Sie gewirkt ?

- a) Es hat mich beruhigt
- b) Es hat mich verunsichert
- c) Es hat mich beängstigt

5. Haben Sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht:

ja  bei wem?: \_\_\_\_\_  
nein

6. Haben Sie mit Ihrer Mutter über deren Geburten gesprochen und welchen Eindruck hat dies hinterlassen (Bitte ankreuzen)

- b) Es hat einen eher **positiven** Eindruck hinterlassen
- c) Es hat einen eher **negativen** Eindruck hinterlassen
- c) Ich habe darüber nicht mit meiner Mutter gesprochen

7. Welche Personen waren für sie in der Vorbereitung auf die Geburt besonders wichtig ? Bitte erstellen sie eine Rangordnung von 1 bis 10 !  
(1 = besonders wichtig - 10 = eher unwichtig )

Arzt	_____	Hebamme	_____
Geburts-		Mutter	_____
vorbereitung	_____	Geschwister	_____
Kindsvater	_____	Bücher	_____
Freunde	_____	Internet	_____
Zeitschriften		Filme	_____
und Bücher	_____		

8. Haben Sie Vorerfahrungen mit körperlichen oder seelischen Schmerzen, die Ihnen in Bezug auf die Geburt Sorgen bereiten ?

Wenn ja, welche:

---

9. Ich denke, Ich kann mich auf meinen Körper verlassen :

ja immer  ja meistens   
nur gelegentlich  nie

10. Wenn Sie schon einmal ein Kind geboren haben:

Ich habe jetzt **mehr** Angst vor der Geburt als beim letzten Mal   
Ich habe jetzt **weniger** Angst vor der Geburt

**Tab. 15** Geburtserleben in Abhängigkeit vom Geburtsmodus

**N/O/S \* SIL\_P Crosstabulation**

			SIL_P				Total
			negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide	
N/O/S	Normal geburt	Count	138	17	17	12	184
		% within N/O/S	75.0%	9.2%	9.2%	6.5%	100.0%
		% within SIL_P	83.1%	70.8%	54.8%	42.9%	73.9%
	Saug- glocke/ Zange	Count	6	4	2	5	17
		% within N/O/S	35.3%	23.5%	11.8%	29.4%	100.0%
		% within SIL_P	3.6%	16.7%	6.5%	17.9%	6.8%
	Sectio	Count	22	3	12	11	48
		% within N/O/S	45.8%	6.3%	25.0%	22.9%	100.0%
		% within SIL_P	13.3%	12.5%	38.7%	39.3%	19.3%
Total		Count	166	24	31	28	249
		% within N/O/S	66.7%	9.6%	12.4%	11.2%	100.0%
		% within SIL_P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

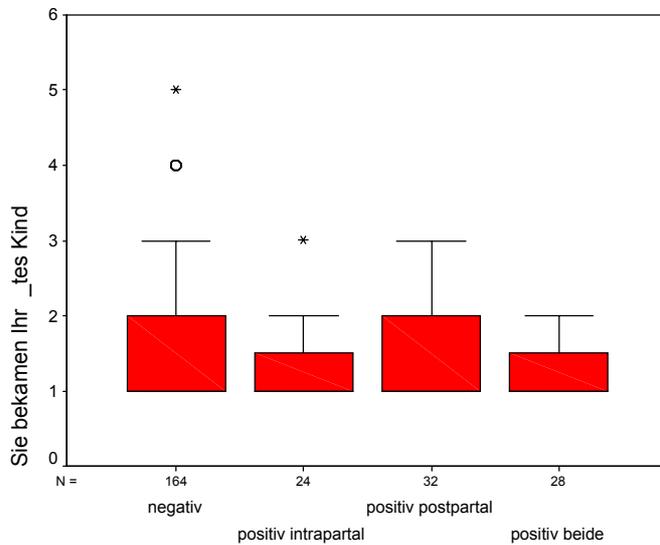
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	33.614(a)	6	.000	.000		
Likelihood Ratio	30.059	6	.000	.000		
Fisher's Exact Test	31.333			.000		
Linear-by-Linear Association	24.015(b)	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	249					

a 4 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.64.

b The standardized statistic is 4.900.

**Tab. 16**

Zusammenhang zwischen Geburtserleben und der Parität



**Case Summaries**

Sie bekamen Ihr \_tes Kind

SIL_P	Median	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
negativ	1.00	1	5	1.60	.756	164
positiv intrapartal	1.00	1	3	1.29	.550	24
positiv postpartal	1.00	1	3	1.31	.535	32
positiv beide	1.00	1	2	1.25	.441	28
Total	1.00	1	5	1.50	.697	248

**Test Statistics(a,b)**

	Sie bekamen Ihr _tes Kind
Chi-Square df	11.933 3
Asymp. Sig.	.008

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: SIL\_P

**Tab. 17**

Geburterleben aller Frauen, die sich sicher und geborgen fühlten (ja) im Vergleich zu allen anderen

**sicher und geborgen \* SIL\_P Crosstabulation**

		SIL_P				Total
		negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide	
sicher und geborgen	ja	Count 159	23	31	23	236
		% within sicher und geborgen 67.4%	9.7%	13.1%	9.7%	100.0%
	nein	Count 3	1	1	4	9
		% within sicher und geborgen 33.3%	11.1%	11.1%	44.4%	100.0%
Total		% within SIL_P 98.1%	95.8%	96.9%	85.2%	96.3%
		Count 162	24	32	27	245
		% within sicher und geborgen 66.1%	9.8%	13.1%	11.0%	100.0%
		% within SIL_P 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.034(a)	3	.012	.022		
Likelihood Ratio	7.394	3	.060	.062		
Fisher's Exact Test	8.368			.021		
Linear-by-Linear Association	7.814(b)	1	.005	.008	.008	.004
N of Valid Cases	245					

a 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

b The standardized statistic is 2.795.

**Tab. 18**

Geburtserleben aller Frauen, die angaben, dass die Hebamme ihnen am meisten bei der Geburt geholfen hat (ja) , verglichen mit allen anderen (nein).

**F60\_G1 \* SIL\_P Crosstabulation**

		SIL_P				Total	
		negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide		
F60_G1	nein	Count	50	6	14	16	86
		% within F60_G1	58.1%	7.0%	16.3%	18.6%	100.0%
	ja	% within SIL_P	33.6%	25.0%	46.7%	64.0%	37.7%
		Count	99	18	16	9	142
	Total	% within F60_G1	69.7%	12.7%	11.3%	6.3%	100.0%
		% within SIL_P	66.4%	75.0%	53.3%	36.0%	62.3%
		Count	149	24	30	25	228
		% within F60_G1	65.4%	10.5%	13.2%	11.0%	100.0%
		% within SIL_P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.124(a)	3	.011	.010		
Likelihood Ratio	10.921	3	.012	.013		
Fisher's Exact Test	10.752			.012		
Linear-by-Linear Association	7.966(b)	1	.005	.005	.003	.001
N of Valid Cases	228					

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.05.

b The standardized statistic is -2.822.

**Tab. 19a**

Geburtserleben aller Frauen, die eine PDA hatten (ja) , verglichen mit allen anderen (nein)

**PDA ja \* SIL\_P Crosstabulation**

		SIL_P				Total	
		negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide		
PDA ja	ja	Count %	40 47.1%	7 8.2%	20 23.5%	18 21.2%	85 100.0%
		within PDA ja %	24.2%	29.2%	66.7%	64.3%	34.4%
	nein	Count %	125 77.2%	17 10.5%	10 6.2%	10 6.2%	162 100.0%
		within PDA ja %	75.8%	70.8%	33.3%	35.7%	65.6%
Total		Count %	165 66.8%	24 9.7%	30 12.1%	28 11.3%	247 100.0%
		within PDA ja %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		within SIL_P					
		Count %					

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	32.753(a)	3	.000	.000		
Likelihood Ratio	31.569	3	.000	.000		
Fisher's Exact Test	31.344			.000		
Linear-by-Linear Association	29.211(b)	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	247					

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.26.

b The standardized statistic is -5.405

**Tab. 19 b**

Geburtserleben aller Frauen, die angaben, dass ihnen die PDA am meisten bei der Geburt geholfen hat (ja), verglichen mit allen anderen (nein).

**F60\_G3 \* SIL\_P Crosstabulation**

		SIL_P				Total
		negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide	
F60_G3	nein	Count 144	24	25	21	214
		% within F60_G3 67.3%	11.2%	11.7%	9.8%	100.0%
	ja	% within SIL_P 96.6%	100.0%	83.3%	84.0%	93.9%
		Count 5		5	4	14
Total		% within F60_G3 35.7%		35.7%	28.6%	100.0%
		% within SIL_P 3.4%		16.7%	16.0%	6.1%
Total	Count	149	24	30	25	228
	% within F60_G3	65.4%	10.5%	13.2%	11.0%	100.0%
	% within SIL_P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	13.559(a)	3	.004	.005		
Likelihood Ratio	12.458	3	.006	.004		
Fisher's Exact Test	11.545			.005		
Linear-by-Linear Association	10.022(b)	1	.002	.003	.003	.001
N of Valid Cases	228					

a 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

b The standardized statistic is 3.166.

**Tab. 20** Zusammenhang zwischen Stillen und dem Geburtserleben

**Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu: \* SIL\_P Crosstabulation**

			SIL_P				Total
			negativ	positiv intrapartal	positiv postpartal	positiv beide	
Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	Ich komme mit dem Stillen voll klar	Count	84	9	8	4	105
		% within Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	80.0%	8.6%	7.6%	3.8%	100.0%
		% within SIL_P	51.5%	37.5%	28.6%	14.3%	43.2%
	Ich bin mir noch teilweise unsicher	Count	67	12	17	19	115
		% within Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	58.3%	10.4%	14.8%	16.5%	100.0%
		% within SIL_P	41.1%	50.0%	60.7%	67.9%	47.3%
	Ich habe noch grosse Probleme	Count	8	2	2	2	14
		% within Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	57.1%	14.3%	14.3%	14.3%	100.0%
		% within SIL_P	4.9%	8.3%	7.1%	7.1%	5.8%
	Ich stille nicht	Count	4	1	1	3	9
		% within Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	44.4%	11.1%	11.1%	33.3%	100.0%
		% within SIL_P	2.5%	4.2%	3.6%	10.7%	3.7%
Total		Count	163	24	28	28	243
		% within Welche Aussagen treffen für Sie am ehesten zu:	67.1%	9.9%	11.5%	11.5%	100.0%
		% within SIL_P	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	19.614(a)	9	.020	.(b)		
Likelihood Ratio	20.046	9	.018	.021		
Fisher's Exact Test	21.210			.005		
Linear-by-Linear Association	15.278(c)	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	243					

a 6 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .89.

b Cannot be computed because there is insufficient memory.

c The standardized statistic is 3.909.