

Bei uns doch nicht!?
**Ausprägungen von respektlosem und
gewalttätigem Verhalten in der
Geburtshilfe.**

**Eine qualitative Befragung von Fachpersonen in der
Schweiz**

Bachelor-Thesis

Enz Christina Karin

Rutishauser Nora Katja

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 8.8.2016

*„The way a culture treats women in birth
is a good indicator of how well women
and their contributions to society are
valued and honored.“*

Ina May Gaskin

*„I need respect because... I am growing a baby inside me!
Because I'm currently more than one human being but not yet
two.*

*Because I'm becoming a mother, because the life inside me
is becoming a new member of our world,
because we are evolution in action.“*

Catherine Grosvenor

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	4
2	Einleitung	5
	2.1 Ziele	7
	2.2 Fragestellung	8
	2.3 Eingrenzung.....	8
3	Theoretische Grundlagen	9
	3.1 Begriffsdefinition Respektlosigkeit.....	9
	3.2 Begriffsdefinition Gewalt.....	10
	3.3 Ethik und Recht.....	11
	3.4 Mögliche Einflüsse auf die Entstehung von R&G.....	12
	3.5 Auswirkungen von R&G	14
4	Methoden	17
	4.1 Literaturrecherche	17
	4.2 Analysemethoden	17
	4.3 Qualitative Datenerhebung.....	18
5	Ergebnisse	22
	5.1 Ergebnisse Literaturreview	22
	5.2 Ergebnisse qualitative Erhebung	36
6	Diskussion	53
	6.1 Betreuungsprinzipien.....	53
	6.2 Ausprägungen.....	54
	6.3 Einflüsse und begünstigende Faktoren	56
	6.4 Limitationen.....	61
7	Schlussfolgerung	61
8	Literaturverzeichnis	63
9	Abbildungsverzeichnis	73
10	Tabellenverzeichnis	73
11	Abkürzungsverzeichnis	74

1 Abstract

Einleitung und Ziele: Weltweit wird die Missachtung der Frauen- und Menschenrechte durch Respektlosigkeit und Gewalt (R&G) in der Geburtshilfe zunehmend diskutiert und erforscht. Die unter der Geburt erlebte R&G kann für Frauen weitreichende körperliche und psychische Folgen haben, die sich massiv auf die Lebensqualität auswirken. Das Ziel dieser Arbeit ist die Ermittlung der Ausprägungen von R&G in der Geburtshilfe und deren mögliche Ursachen – sowohl in der Schweiz als auch international.

Theoretischer Hintergrund: Respektlosigkeit wird als mangelnde Achtung der Würde des Gegenübers definiert, während Gewalt als Vereitelung von Entwicklungsmöglichkeiten umschrieben werden kann. Der Ethikkodex der Hebammen und die universellen Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen stellen die Grundlage der respektvollen Geburtshilfe dar. Die Entstehung von R&G wird durch Faktoren wie persönlichen, gesellschaftlichen und strukturellen Gegebenheiten beeinflusst.

Methoden: Im Rahmen eines systematischen Literaturreviews wurden Publikationen analysiert, die der Beantwortung der Fragestellung dienen. Um die Situation in der Schweiz erfassen zu können, wurde eine qualitative Befragung von Deutschschweizer Fachpersonen durchgeführt, welche mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurde.

Ergebnisse: Der Review zeigte, dass R&G verschiedenste Ausprägungen aufweisen und deren Einflussfaktoren vielschichtig sind. Aus der qualitativen Erhebung ging hervor, dass die Fachpersonen *Betreuungsprinzipien*, wie einen respektvollen Umgang und eine professionelle Kommunikation, anstreben. Trotzdem beobachten sie physische und psychische Übergriffe, wie unvollständige Information und unnötige Interventionen, als *Ausprägungen von R&G*. Die beschriebenen *Einflüsse und begünstigenden Faktoren* reichen von Sprachbarrieren über strukturelle und persönliche Bedingungen und die Medikalisierung bis hin zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Es haben sich die *Spannungsfelder* Graubereich, Herausforderung der Fachpersonen und Diskrepanzen zwischen den Settings gezeigt.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Um R&G vorzubeugen, ist eine Sensibilisierung der Fachpersonen, Frauen, Gesellschaft und Politik nötig. Es braucht eine Hinwendung zu einer salutogenetischen, klientinnenzentrierten Geburtshilfe. Gesundheitssystemische Anpassungen sind erforderlich um ungünstige strukturelle Umstände zu verbessern.

Schlüsselwörter: Respektlosigkeit, Gewalt, respektvolle Geburtshilfe, Umgang, Einflussfaktoren, Ausprägungen, Menschenrechte, Frauenrechte

2 Einleitung

Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sind in allen Gesellschaften dieser Welt bedeutende Ereignisse im Leben einer Frau und ihrer Familie, die eine erhöhte Schutzbedürftigkeit mit sich bringen (White Ribbon Alliance [WRA], 2014). Das Recht auf den Schutz der persönlichen Integrität der Frauen und ihrer Familien ist in den internationalen Menschenrechten verankert (United Nations, 1966).

Weltweit begegnen jedoch viele Frauen und Paare während dieser vulnerablen Zeit Respektlosigkeit und Gewalt (R&G) in sehr facettenreicher Form (World Health Organization [WHO], 2015a). Dies steht im Widerspruch mit den Ethikstandards der Medizin und der Hebammen sowie den internationalen Menschenrechten, die einer Frau das Recht auf bestmögliche Gesundheit zugestehen.

Obwohl es in den USA schon seit 20 Jahren Bemühungen gibt, mütterfreundliche Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe zu fördern (Coalition for Improving Maternity Services [CIMS], 1996), scheint diese Problematik erst jetzt Aufmerksamkeit zu erregen, was sich beispielsweise in der steigenden Zahl an Forschungsarbeiten zu dieser Thematik widerspiegelt. Die WRA, eine Koalition zur Verbesserung von mütterlicher Gesundheit, sah sich dazu veranlasst, im Jahr 2011 eine internationale Kampagne zu lancieren, welche die universellen Rechte schwangerer und gebärender Frauen beschreibt (o. J.). Diese *Respectful Maternity Care* (RMC) genannte Charta stützt sich auf die Ergebnisse eines publizierten Berichtes von Bowser und Hill (2010) zum Thema R&G während der Geburt in medizinischen Einrichtungen (WRA, 2014).

Die Erfahrungen von R&G reichen

von subtiler Respektlosigkeit und Demütigung bis hin zu offener Gewalt; dies beinhaltet physische Gewalt, Durchführung medizinischer Behandlungen ohne Einwilligung, Missachtung der Vertraulichkeit, würdelose Behandlung (einschliesslich verbaler Beschimpfungen), Diskriminierung aufgrund bestimmter persönlicher Faktoren, Unterlassung der Hilfe oder Verweigerung der Leistung und Festhalten in den medizinischen Einrichtungen. (WRA, 2014, S. 12)

Die WRA (2014) weist darauf hin, dass Erlebnisse und Erfahrungen, die während Schwangerschaft und Geburt gemacht wurden, die Frauen lebenslang begleiten. Erlebte R&G können sich sehr vielfältig und weitreichend auf das Leben von Frauen und deren Familien auswirken. Eine unter der Geburt gemachte Gewalterfahrung kann körperliche und psychische Folgen für Frauen und Kinder haben. Konsequenzen können Narben nach einer Schnittentbindung, Plexuspareesen nach Kristellerhilfe, Still- und

Bindungsprobleme oder Wochenbettdepressionen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen sein (Franke, 2007). R&G kann somit einerseits dazu führen, dass Frauen nach einer solchen Erfahrung auf weitere Kinder verzichten oder für die nächste Geburt einen primären Kaiserschnitt vorziehen (Franke, 2006). Andererseits führt R&G auch dazu, dass sich Frauen dazu entscheiden keine Geburtseinrichtung aufzusuchen, was wiederum zu einer erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate führt (Bowser & Hill, 2010).

Die Ursachen von R&G sind genauso vielfältig wie deren Formen. Dabei muss die Stellung der Frau in der Gesellschaft genannt werden, denn dort, wo Frauen Männern nicht gleichgestellt sind, findet auch Unterdrückung und Gewalt gegen Frauen statt (Schneegg, 2013). Hinzu kommt, dass gewisse Verhaltensweisen oder Interventionen von Betreuten und/oder Betreuenden normalisiert werden und somit R&G legitimieren (Freedman & Kruk, 2014). Als sich Wissenschaftler und Ärzte zu Beginn des 19. Jahrhunderts für den weiblichen Körper und die Geburt zu interessieren begannen, wurden Frauen auf ihren Körper reduziert und die Geburt wurde als potentiell pathologischer Vorgang gesehen, der eines Eingreifens des Geburtshelfers bedurfte (Metz-Becker, 1997). Diese Medikalisierung und mittlerweile auch Technisierung der Geburt werden heute oft als Sicherheit für Mutter und Kind propagiert. Aufgrund dieser Risikoorientierung finden zunehmend unnötige Eingriffe, wie z.B. Einleitungen, Verabreichung wehenfördernder Medikamente oder frühzeitige Kaiserschnitte, routinemäßig statt, auch wenn die Interpretation der Diagnostik z.B. durch das CTG nicht eindeutig ist und somit nicht alleine für eine Indikation ausreicht (Mundlos, 2015; Wolber, 2007). Auch strukturelle Bedingungen auf politischer, gesellschaftlicher und gesundheitssystemischer Ebene begünstigen Gewalt (Vogel, Bohren, Tunçalp, Oladapo, & Gülmezoglu, 2016). So führen wirtschaftliche Interessen zum einen zu Personalknappheit und Zeitmangel. Zum anderen können mit teuren Operationen, Interventionen und dem Verkauf von Medikamenten und technischen Geräten finanzielle Gewinne erzielt werden (Schwarz & Schücking, 2005). Auch profitieren Krankenhäuser sowie Ärztinnen und Ärzte von Kaiserschnitten: Geburten können so geplant werden, dass keine Nacht-/Wochenendzuschläge anfallen; aber auch unvorhergesehene Kaiserschnitte werden besser bezahlt als eine physiologische Geburt (Becker, 2005).

Auch die Umgangskultur im Team und das Arbeitsklima haben einen Einfluss auf die Entstehung von R&G (Bowser & Hill, 2010). So berichten Hebammen von psychischer Gewalt am Arbeitsplatz, wobei Hebammenstudierende vermehrt davon betroffen sind (Hebammenforum, 2007; Salis, 2007). Die Diskrepanz zwischen dem pathogenetischen Paradigma der Ärzteschaft und der salutogenetischen Haltung der Hebammen

führt häufig zu Konflikten im interdisziplinären Team, wobei es aufgrund hierarchischer Gefälle zu einem Machtmissbrauch kommen kann (Ärztinnen und Ärzte sind den Hebammen in den meisten Geburtskliniken übergeordnet) (Lohmann, 2007).

Nicht zuletzt spielt auch die persönliche Haltung eine große Rolle, wie mit Klientinnen umgegangen wird. So kommt es gerade in der Betreuung besonders vulnerabler Frauen, wie beispielsweise Migrantinnen, darauf an, welche persönliche Überzeugungen und Haltungen eine Betreuungsperson vertritt (Bowser & Hill, 2010).

Nicht erst seit 2011 bestehen Leitlinien zu einer *respektvollen Geburtshilfe*, denn auch der internationale Ethik-Kodex für Hebammen kann als solche verstanden werden. So basiert dieser Kodex auf „gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft“ (Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 1994, Abs. 1).

Eine Umfrage unter Hebammen in Deutschland ergab, dass immer wieder medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitte oder das Unter-Druck-Setzen von Frauen unter der Geburt beobachtet wird (Hebammenforum, 2007). Die Erfahrung von Hebammenstudierenden zeigt, dass es auch in der Schweiz immer wieder zu Fällen von R&G kommt. Eigenen Beobachtungen zufolge werden hier Frauen oft nicht befähigt eine informierte Entscheidung bezüglich Wehenmittelgabe oder künstlichem Blasensprung zu treffen, werden vor dem Dammschnitt nicht um Zustimmung gefragt oder sogar durch die Ärzteschaft zur Durchführung einer Schnittentbindung gedrängt. Bisher existiert jedoch in der Schweiz erst eine (unveröffentlichte) Arbeit zu diesem Thema. Wie häufig Frauen in der Schweiz von Ausprägungen von R&G betroffen sind, ist bisher noch nicht erforscht worden. In der Schweiz fanden im Jahr 2010 nur 34,8% der Geburten ohne Interventionen wie Einleitung, Zangen- oder Vakuumextraktion statt (Bundesamt für Statistik [BfS], 2013b). Die Kaiserschnitttrate betrug im selben Jahr 32,6% (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2013). In Anbetracht der Empfehlung der WHO von einer Kaiserschnitttrate von 10% (2015b), kann daraus geschlossen werden, dass viele dieser Eingriffe medizinisch nicht notwendig waren. Dies lässt die Vermutung zu, dass damit auch eine potentielle Verletzung der Rechte der Frauen einhergeht.

2.1 Ziele

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel bisherige Literatur und Forschung zum Thema R&G in der Geburtshilfe zu identifizieren, zu sichten und auszuwerten. Da über die Ausprägungen von R&G in der Schweiz bisher noch wenig bekannt ist, sollen diese in einer qualitativen Befragung erhoben werden. In einer unveröffentlichten Untersuchung einer Masterstudierenden wurden bereits vier Hebammen befragt. Ergänzend dazu sollen noch andere Fachpersonen, die in unterschiedlichen Settings arbeiten, befragt

werden. Dabei sollen sowohl aus der Literatur wie auch aus der qualitativen Erhebung Kategorien von R&G und mögliche Ursachen dafür identifiziert werden, die als Grundlage für weiterführende quantitative Untersuchungen dienen können.

2.2 Fragestellung

1. Welche Formen (Kategorien) von R&G kommen im direkten Zusammenhang mit der reproduktiven Phase vor (international und in der Schweiz)?
2. Wodurch wird R&G verursacht bzw. begünstigt?
3. Welche Ausprägungen von R&G erleben Fachpersonen in der Schweizer Geburtshilfe?
4. Welche Hintergründe und fördernde Bedingungen für R&G sehen die Fachpersonen?

2.3 Eingrenzung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit R&G, die von geburtshilflichem Fachpersonal ausgeübt wird, wobei der Fokus auf den betreuten Frauen als Betroffene liegt. Häusliche oder politische Gewalt soll nicht Gegenstand dieser Arbeit sein. R&G, die innerhalb des professionellen Teams ausgeübt wird, wird da berücksichtigt, wo sie in der Betreuung der Frauen eine (ursächliche) Rolle spielt, jedoch soll sie nicht im Hauptfokus stehen.

Um eine Grundlage für weitere Forschung zu schaffen, wird erhoben, ob und wie Fachpersonen R&G in der Schweiz erleben.

3 Theoretische Grundlagen

Als Grundlage für den Literaturreview, die qualitative Befragung und die anschließende Diskussion werden im folgenden Abschnitt theoretische Hintergründe erläutert. Zunächst werden die Begriffe *Respektlosigkeit* und *Gewalt* definiert. Danach werden ethische Grundsätze der Hebammenarbeit und der Medizin erläutert und die Rechte schwangerer und gebärender Frauen dargestellt. Anschließend werden mögliche Einflüsse auf die Entstehung von R&G und deren Auswirkungen auf Frauen und Kinder erörtert.

3.1 Begriffsdefinition Respektlosigkeit

Respekt bedeutet Ehrerbietung, Achtung, Ehrfurcht und Scheu und geht auf das lateinische Wort *respicere* zurück, was zurückschauen, Rücksicht nehmen bedeutet (Alsleben, 2007). Die RespectResearchGroup (o. J.) definiert Respekt als

eine Einstellung eines Menschen einem anderen gegenüber, bei welcher er in diesem einen Grund erkennt, der es aus sich heraus rechtfertigt, ihn zu beachten und auf solche Weise zu agieren, dass bei ihm über Resonanz das Gefühl entsteht, in seiner Bedeutung und seinem Wert (an)erkannt zu sein. (Abs. 1)

Eine konkrete Definition zur Respektlosigkeit existiert nicht, was das weitere Forschen erschwert. Diese Problematik erkannte auch Freedman et al. (2014) in ihrem Versuch einer Definition von R&G gegenüber Frauen während der Geburt. So kann eine Definition von Respektlosigkeit nicht ausschließlich aufgrund des Rechts auf Gesundheit oder der Erfahrungen von Gesundheitsversorgenden oder Frauen erfolgen. Vielmehr gelten Aspekte von R&G eventuell in einigen Gesundheitssystemen als gewöhnlich und normal, da sie unter den Gesundheitsversorgenden üblich sind und sogar von den Klientinnen und Klienten erwartet werden (Freedman et al., 2014). Deswegen schlagen sie vor, Respektlosigkeit und Missbrauch als Interaktionen oder Einrichtungsbedingungen zu definieren, die in lokaler Einigkeit als beleidigend oder unwürdig erachtet werden. Dazu gehören, nach Meinung der Autorinnen und Autoren, auch Interaktionen oder Bedingungen, die individuell als beleidigend oder herabwürdigend empfunden oder auch als solche beabsichtigt werden.

Im Zusammenhang mit vorliegender Arbeit wird Respektlosigkeit am treffendsten als Mangel an Achtung vor der Würde des Gegenübers definiert. Das heißt konkret, ein Mangel an „Achtung der Autonomie, Würde, Gefühle, Entscheidungsfreiheit und Präferenz der Frau“ (WRA, 2014). Dies schließt auch den Mangel an Achtung vor dem Informationsbedürfnis und -recht, der psychischen und physischen Unversehrtheit und

vor der Persönlichkeit als solches mit all ihren Facetten von Kultur, persönlicher Überzeugung und Lebenswelt ein.

3.2 Begriffsdefinition Gewalt

Gewalt ist ein sehr komplexer Begriff, der häufig verwendet wird und dem viele Bedeutungen zugeschrieben werden. Simon (2007) unterscheidet den Terminus in zwei Grundbedeutungen: Gewalt im Sinne von Macht und Gewalt im Sinne von Stärke und Gewalttätigkeit. Diese Mehrdeutigkeit wird besonders in den lateinischen Wörtern für Gewalt/Macht deutlich: Während die Wörter *potentia* (Vermögen, Kraft, Wirksamkeit, Einfluss), *potestas* (Macht, Kraft, politische Macht, Herrschaft, Amtsgewalt) und *imperium* (Herrschaft, Regierung, militärische Gewalt, Zivilgewalt) nicht unbedingt negativ konnotiert sind, verweisen die Wörter *vis* (Stärke, Kraft, Mut, Waffengewalt, Angriff, Gewalttat, Vergewaltigung, Zwang, Bedrängnis) und *violentia* (Gewalttätigkeit, Ungezügelt, Tücke) stärker auf den negativ bewerteten Begriff der Gewalt (Simon, 2007).

„Gewalt im Sinne von Gewalttat dient dem handelnden/ausübenden Subjekt bzw. dessen Interessen, wobei das Opfer/die Opfer bzw. dessen/deren Interessen einen Schaden erleiden. Das Subjekt ruft durch eine gewaltsame Handlung eine physische oder psychische Schädigung seines Opfers hervor“ (Rutishauser, 2010).

Gewalt heißt also, daß ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers mißachtet wird. Dieses Vereiteln einer Lebensmöglichkeit kann durch eine Person verursacht sein (personale Gewalt) oder von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehen (strukturelle Gewalt). Bei der personalen Gewalt erscheint darüber hinaus die Unterscheidung zwischen aktiver Gewaltanwendung im Sinne der Mißhandlung, und passiver Gewaltanwendung im Sinne der Vernachlässigung. (Ruthemann, 1993, zit. in Hartdegen, 1996, S. 13)

Des Weiteren definiert Godenzi (1996) „alle Handlungen oder Strukturen, die Menschen daran hindern, ihr Entwicklungs- und Realisierungspotential in freier Entscheidung zu entfalten“ (S. 36) als Gewalt. Schwangerschaft und Geburt stellen eine massive Veränderung im Leben einer Frau dar, wobei diese Veränderung mit einem großen Potential an Entwicklung und auch Lebensmöglichkeiten verbunden ist. Dies verdeutlicht, dass Frauen in dieser Lebensphase sehr vulnerabel sind. Auch hier besteht ein Unterschied im Erleben der Frauen. So kann z.B. eine Frau eine geburtshilfliche Intervention als Gewalt empfinden, während eine andere diese nicht als solche einstuft. Laut Franke (2006) „entscheiden die Umstände und die Art der Behandlung, wie und ob solche Eingriffe als Gewaltakte empfunden werden“ (S.8).

3.3 Ethik und Recht

Im internationalen Ethik-Kodex für Hebammen (SHV, 1994) sind folgende Punkte festgehalten, welche von Hebammen eingehalten werden sollen:

Tabelle 1 Auszug aus dem Hebammenkodex

I Beziehungen der Hebamme	Respekt vor dem Recht der Frau auf Information und Entscheidungsfreiheit
	Förderung der Selbstbestimmung der Frau
	Gegenseitige Unterstützung unter Hebammen und Stärkung des Selbstwertgefühls
	Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen
II Berufsausübung der Hebamme	Respekt vor kultureller Vielfalt, Abschaffung schädlicher Bräuche und Sitten
	Gewährleistung einer sicheren Geburtshilfe in allen Umgebungen und Kulturen
III Professionelle Verantwortung	Individuelles Eingehen auf die Frau
	Vertraulichkeit und Persönlichkeitsschutz
	Kein Vorenthalten grundlegender Gesundheitsversorgung aufgrund persönlicher Einstellung
	Förderung der Gesundheit von Frau und Familie
IV Förderung des Wissens und Könnens und der Berufsausübung der Hebammen	Schutz der Rechte der Frau als Person
	Aktive Teilnahme an Ausbildung von Hebammen

Beauchamp und Childress (2009) beschrieben die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik als Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten, das Nichtschaden, die Fürsorge und die Gerechtigkeit.

Die WRA (2014) haben in ihrer Charta „sieben universelle Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen“ herausgearbeitet, die auf verschiedenen internationalen und nationalen Standards, wie zum Beispiel den universellen Menschenrechten, basieren. So enthält diese Charta folgende Artikel:

Tabelle 2. Universelle Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen (WRA, 2014, S. 14-15)

I	Jede Frau hat das Recht auf Freiheit von Schaden und Misshandlung
II	Jede Frau hat das Recht auf Information, informierte Zustimmung und Ablehnung sowie Achtung ihrer Entscheidungen und Präferenzen, einschliesslich des Rechts auf Unterstützung durch eine Person ihrer Wahl, wenn immer dies möglich ist
III	Jede Frau hat das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit
IV	Jede Frau hat das Recht, mit Würde und Respekt behandelt zu werden
V	Jede Frau hat das Recht auf Gleichbehandlung, Freiheit von Diskrimi-

	nierung und angemessene Betreuung
VI	Jede Frau hat das Recht auf Gesundheitsversorgung und darauf, den bestmöglichen Gesundheitsstatus zu erlangen
VII	Jede Frau hat das Recht auf Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung und Freiheit von Nötigung

3.4 Mögliche Einflüsse auf die Entstehung von R&G

Die Entstehung von R&G ist komplex und wurde noch wenig erforscht. Die Medikalisierung und Industrialisierung, der Umgang untereinander im Team, die Stellung der Frau in der Gesellschaft und auch eine Normalisierung von Gewalt sind mögliche Einflussfaktoren für die Entstehung von R&G.

Lange beschränkte sich die ärztliche Geburtshilfe auf die Behandlung von Geburtskomplikationen während die Hebammen für die physiologische Geburtshilfe zuständig waren (Metz-Becker, 1997; Seidel, 1998). Mit wachsender gesundheitspolitischer Bedeutung stieg das ärztliche Interesse an der Geburtshilfe (Seidel, 1998). Die im 18. Jahrhundert entstandenen Accouchiranstalten, in denen sich die Geburtshilfe zu einem medizinischen Gebiet entwickelte, hatten großen Einfluss auf die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt (Metz-Becker, 1997). Zu Beginn gebaren vor allem sozial schwache und unverheiratete Frauen in diesen Kliniken, welche sich mit der unentgeltlichen Aufnahme für Untersuchungsübungen durch Medizin- und Hebammenstudierende zur Verfügung stellen mussten (Schmid, 2011, Wolber, 2007). Zu Unterrichtszwecken wurden oft unnötige Eingriffe vorgenommen und durch mangelnde Hygiene entwickelte sich das Kindbettfieber zu einem großen Problem (Schmid, 2011). Erst Ende des 19. Jahrhunderts, mit dem Wissen um die Asepsis, wurden die Kliniken sicherer und die Entwicklung der Wissenschaft und der Technologie führten dazu, dass das Krankenhaus zum gängigen Geburtsort wurde (Schmid, 2011). Bereits in den 30er und 40er Jahren des 20. Jahrhunderts kamen etwa die Hälfte aller Kinder in Krankenhäusern auf die Welt (Schmid, 2011). Das Kind wurde durch die Industrialisierung zu einem Produkt und die Mutter zum Gefäß (Schmid, 2011). Die Entdeckungen von Oxytocin, dem Ultraschall und der Fruchtwasseruntersuchung sowie die Entwicklung der Pädiatrie führten weiter zu einer perfektionierten und technischen Geburt (Schmid, 2011).

Heute werden in der Schweiz 97-98% der Kinder in einem Krankenhaus geboren (BfS, 2013b), wobei die Schwangerschaftsvorsorge meistens von einem Gynäkologen durchgeführt wird (Aubry & Cignacco, 2015). Diesen Kompetenzwandel führt Hildebrandt (2009) nicht ausschließlich auf die medizinische Entwicklung zurück, sondern

vielmehr darauf, dass die Wissenschaft eine Art Ersatzreligion in der heutigen Gesellschaft darstellt. Schmid (2011) stellt die Adäquanz dieses medikalisierten Modells für gesunde Frauen und gesunde Kinder in Frage. Die Unterschiede zwischen der salutogenetischen Sichtweise der Hebammen und des pathogenetischen Ansatzes der Ärztinnen und Ärzte führen zu interprofessionellen Spannungen, die eine gemeinsame, partnerschaftliche und konkurrenzfreie Betreuung erschweren (Hildebrandt, 2009). Hildebrandt (2009) sieht die Hindernisse unter anderem in der Fehlbewertung der eigenen Kompetenzen (Degradieren und Diffamieren der anderen Berufsgruppe), schlechten Erfahrungen und wirtschaftlichem Konkurrenzdenken. Im Krankenhaus herrscht meist eine vertikale Hierarchie, in der die Hebammen der Ärzteschaft untergeordnet sind, obwohl die Leitung physiologischer Geburten in der Kompetenz der Hebammen liegen würde (Lohmann, 2007). Salis (2007) und Lohmann (2007) betonen, dass es auch innerhalb des Hebammenteams Konflikte gibt, die z.B. durch unterschiedliche Betreuungskonzepte oder Kompetenzgerangel entstehen. Diese Konflikte führen laut Kirkham (2007) auch häufig zu Mobbing. Greening (2011) stellte in ihrer Studie fest, dass Hebammenstudierende den Umgang und die Kommunikation im Team als belastend empfinden. Diese Spannungen und hierarchisch geprägten Strukturen, die sich schon in der Ausbildung manifestieren, können den Umgang im Team maßgeblich negativ beeinflussen, was sich auch auf den Umgang mit den Frauen auswirken und zur Entstehung von R&G beitragen kann (Kirkham, 2007; Lohmann, 2007).

Haaf (2011) erklärt, dass Frauen und Männer nach wie vor nicht gleichberechtigt sind: Das zeige sich unter anderem durch Lohnunterschiede bis zu 20% (bei gleicher Ausgangslage), Sexismus in verschiedenen Bereichen, was sich z.B. in Medien so zeige, dass erfolgreiche, arbeitstätige Frauen als Besonderheit dargestellt werden. Im Nationalen Forschungsprogramm 60 Gleichstellung der Geschlechter (NFP60, 2014) wurden die Zusammenhänge der vier Handlungsfelder (*Bildung; Arbeitsmarkt; Vereinbarkeit von Familie, Bildung und Beruf; soziale Sicherheit*) der Gleichstellungspolitik eruiert: Geschlechterstereotype Verhaltensweisen werden bereits Kindern vermittelt und Überlegungen zur Vereinbarung von Familie und Beruf fließen in die Berufswahl mit ein, wobei sich Männer noch immer als Ernährer und Frauen in der Familienarbeit sehen. Das Ungleichgewicht von bezahlter und unbezahlter Arbeit und die daraus resultierende soziale Ungerechtigkeit verfestigt so die unterlegene Stellung der Frau in der Gesellschaft (NFP60, 2014). Die Tatsache, dass Frauen sehr viel häufiger von häuslicher Gewalt betroffen sind als Männer (BfS, 2013a), resultiert unter anderem auch aus dieser untergeordneten Stellung. Solche traditionellen und kulturellen Geschlechterrol-

len können zu einer unklaren Abgrenzung von Normalität und Gewalt beitragen (Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis, 2008). Gehört die Anwendung von R&G gegenüber Frauen in einer Gesellschaft – auch in der Geburtshilfe – zum Alltag, wird sie als normal oder unveränderbare Tatsache akzeptiert (Bowser & Hill, 2010). So sind sich die Frauen ihrer Rechte häufig nicht bewusst und erkennen in der erlebten R&G keine Rechtsverletzung (Freedman et al., 2014). Freedman et al. (2014) weisen darauf hin, dass auch der mangelnde globale Konsens über die Definition von R&G in der Geburtshilfe dazu beiträgt, dass R&G nicht als solche erkannt werden, was folgende Abbildung zeigt.

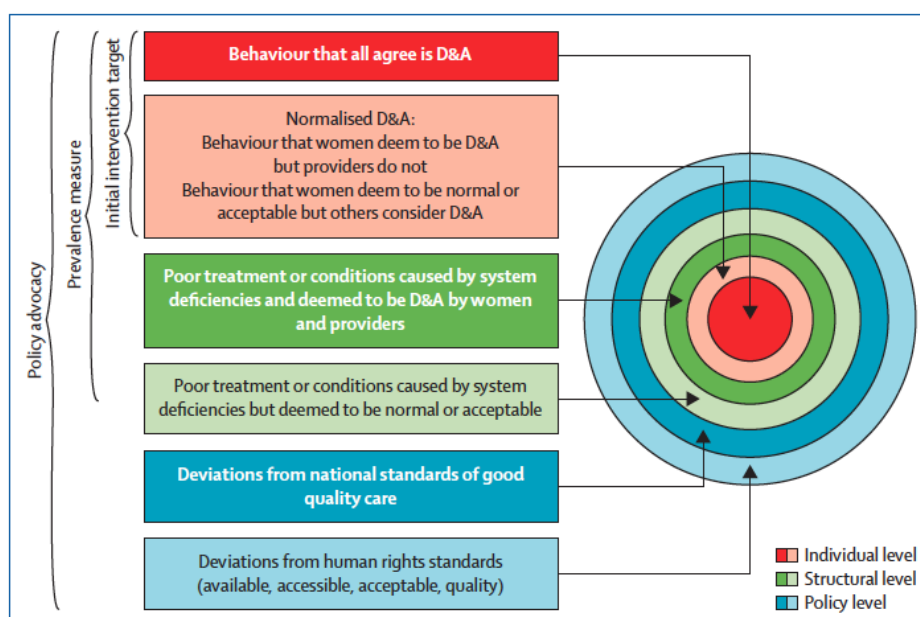


Abbildung 1. Definition of disrespectful and abusive treatment (D&A) of women in childbirth (Freedman & Kruk, 2014, S. 43)

3.5 Auswirkungen von R&G

Die Auswirkungen von R&G in der Geburtshilfe sind sehr vielfältig, jedoch wenig erforscht. Kurzfristig gesehen stellen erlebte R&G unter der Geburt eine Stresssituation dar. Werden durch Distress chronisch Katecholamine ausgeschüttet, hat das eine hemmende Wirkung auf die Oxytocinausschüttung und damit auf die Wehentätigkeit (Schmid, 2011). Ist die Geburtsphysiologie so gestört, können weitere Interventionen wie die Gabe von Wehenmitteln oder operative Geburtsbeendigungen nötig werden. Mittel- und langfristig gesehen, führt besonders in Entwicklungsländern die Angst vor respektloser und/oder gewaltvoller Betreuung dazu, dass öffentliche Gesundheitsinstitutionen zur Schwangerschaftskontrolle und Geburt seltener aufgesucht werden (Anastasi et al., 2015; Bohren et al., 2014; Bowser & Hill, 2010). Dies bedeutet, dass viele Frauen keine kompetente Betreuung unter der Geburt erhalten, was wiederum einen

Einfluss auf die globale mütterliche und kindliche Morbidität und Mortalität hat (Bohren et al., 2014; Vogel et al., 2016). Dass sich das Unterlassen/Verweigern der Betreuung auch negativ auf Morbidität und Mortalität auswirkt, ist offensichtlich.

Für betroffene Frauen können R&G weitreichende Auswirkungen haben. Die körperlichen Folgen sind laut Franke (2007) Dammverletzungen durch Episiotomien oder Kristellern, Hämatome durch Kristellern, Nahtprobleme (z.B. nach Kaiserschnitt) oder auch geplatzte Äderchen in den Skleren. Die psychischen Auswirkungen können sich noch vielfältiger gestalten. Da eine Geburt immer auch eine (psycho-) sexuelle Erfahrung ist, wird eine Gewalterfahrung oft auch als Vergewaltigung empfunden (Franke, 2007; Kluge, 2013). Betroffene Frauen zweifeln laut Franke (2006) oft an sich selbst; sie glauben versagt zu haben und sich nicht genügend zur Wehr gesetzt zu haben. Ihre Scham wird bisweilen durch die sexualisierte Form der Gewalt noch potenziert (Franke, 2006). Nicht selten leiden Frauen sehr unter solchen Erlebnissen, woraus ein höheres Risiko für postpartale Depressionen sowie andere psychische Störungen (z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung) entstehen kann (Franke, 2006). Aus der Traumaforschung ist bekannt, dass Ereignisse, die sich wiederholen, länger andauern, mit einer großen Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden sind und/oder durch einen Menschen verursacht werden, besonders schwer zu bewältigen sind (Bloemeke, 2003; Huber, 2003). Meissner (2011) weist darauf hin, dass eine traumatische Geburtserfahrung auch Gefühle und Ängste freisetzen kann, die in Verbindung mit einer früheren traumatischen Erfahrung stehen, und somit eine Retraumatisierung stattfinden kann. Laut Franke (2006) sind auch Still- und Bindungsprobleme eine häufige Komplikation nach einer traumatischen Geburtserfahrung, wobei Beech (2000) darauf hinweist, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind durchaus permanent gestört sein könne. Viele Frauen, die die Geburt ihres ersten Kindes als traumatisch erleben, schließen danach ihre Familienplanung ab, auch wenn zuvor ein Wunsch nach mehreren Kindern bestand, oder sie wählen bei der nächsten Geburtsplanung einen primären Kaiserschnitt (Beech, 2000; Franke, 2006).

Auch Kinder können die Auswirkungen von traumatischen Geburten spüren: Hier sind einerseits physische Verletzungen wie Plexuspareesen, Klavikulafrakturen oder durch Sectio oder Mikrobiutuntersuchungen entstandene Läsionen zu nennen (Franke, 2006). Andererseits sind auch die psychischen Auswirkungen auf das Kind sehr vielfältig, die sich z.B. durch unstillbares Weinen ohne ersichtlichen Grund, häufigere Bauchkrämpfe, Schreckhaftigkeit oder auch ein übermäßiges Bedürfnis nach körperlicher Nähe zeigen können (Franke, 2006; Meissner, 2010).

Inwiefern das Erleben von R&G unter der Geburt mit einer negativen Geburtserfahrung bezüglich ihrer Folgen gleichzusetzen ist, bleibt unklar. Stadlmayr et al. (2006) stellten in ihrer Studie fest, dass die Erinnerung an ein negatives Geburtserlebnis durch eine hohe Beziehungsqualität zwischen Frau und geburtshilflicher Fachperson (FP) im zweiten Jahr postpartum wesentlich verbessert wurde. Umgekehrt verschlechterte sich die Einstellung zu einem positiven Geburtserlebnis durch eine negative Beziehung. Dies ist ein Hinweis dafür, dass das Geburtserleben wesentlich von der Betreuungsperson abhängt und somit Geburten auch unabhängig von der Art der Geburt als traumatisch erlebt werden können.

4 Methoden

4.1 Literaturrecherche

Die Literatursuche fand im März und April 2016 statt und wurde systematisch nach Behrens und Langer (2006) in den Datenbanken PubMed (Public Medline), DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information), Cochrane Library, MIDIRS (Midwives Information & Ressource Service), PsycINFO (American Psychological Association) durchgeführt. Es wurde nach Literatur in den Sprachen Deutsch und Englisch gesucht. Dazu wurden folgende Begriffe verwendet: *Gewalt, Respekt, Respektlosigkeit, Geburt, Geburtshilfe, traumatische Geburt, Missbrauch, Würde, Betreuungsqualität, violence, respect, rights, lack of respect, disrespect, childbirth, labor, labour, traumatic birth, respectful maternity care, dignity, abuse, mistreatment, maltreatment, quality of care*. Die Suche wurde je nach Datenbank mit MeSH-Begriffen, Operatoren und Klammersetzung unterstützt. Zusätzlich fand eine Handsuche in gelesener Literatur und im Internet statt.

Die Ergebnisse wurden nach Titel reduziert, die Abstracts durchgelesen und überprüft, ob sie der Fragestellung der BT dienen (Behrens & Langer, 2006). Die so ausgewählte Literatur wurde auf die in Tabelle 3 dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

Tabelle 3. Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Design	Qualitative Studien, Reviews, Erfahrungs- und Fallberichte	Quantitative Studien (mit Kategorien von Bowser & Hill (2010))
Setting	Alle geburtshilflichen Settings, weltweit	
Sprache	Deutsch und Englisch	

4.2 Analysemethoden

Reviews wurden nach Behrens und Langer (2006) anhand verschiedener Fragestellungen zur Beurteilung systematischer Übersichtsarbeiten beurteilt: Es wurde überprüft, wie präzise die *Fragestellung* ist, ob die *Einschlusskriterien* angemessen sind, wie wahrscheinlich alle *relevanten Studien* eingeschlossen wurden, inwiefern die *Glaubwürdigkeit der eingeschlossenen Studien* eingeschätzt wurde und ob die *Beurteilung* dieser nachvollziehbar ist. Des Weiteren wurde darauf eingegangen, ob sich die Forschenden in der *Beurteilung der Studien* einig waren, wie *ähnlich* sich die Studien

sind und was für *Ergebnisse* erkannt wurden (Behrens & Langer, 2006). Auch auf die *Übertragbarkeit*, die *wichtigen Ergebnisse* und die *Nutzen-Kosten-Risiken* wird eingegangen (Behrens & Langer, 2006). Schließlich erfolgte die Evidenzniveaueinteilung in Grad I bis V nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (AWMF & ÄZQ, 2001).

Qualitative Studien wurden mittels den von Steinke (1999) beschriebenen Kernkriterien bewertet. Dabei wurden die Studien in Bezug auf deren Fragestellung, Methode, Studienteilnehmende, Ergebnisse und Theoriebildung, Diskussion und Schlussfolgerung untersucht: Ob der Forschungsprozess transparent und überprüfbar dokumentiert wurde, wird im Kriterium *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* geprüft. Unter dem Kriterium *Indikation des Forschungsprozesses* schlägt Steinke (1999) vor, die Adäquanz des qualitativen Vorgehens, die Eignung der Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie die Samplingstrategien auf Sinnhaftigkeit und die Bewertungskriterien auf Angemessenheit zu untersuchen. Anhand des Kriteriums *empirische Verankerung* wurde die Verbindung zwischen Theoriebildung und -prüfung beurteilt und die Grenzen der Theorie und deren Geltungsbereich im Kriterium *Limitation* überprüft. In der *Kohärenz* wurde gemäß Steinke (1999) untersucht, ob die Theorie Unstimmigkeiten aufweist und ob darauf aufmerksam gemacht wird. Die *Relevanz* prüft die entwickelte Theorie auf ihren praktischen Nutzen. Mithilfe des letzten Kriteriums *reflektierte Subjektivität* wird reflektiert, inwiefern persönliche Voraussetzungen der Forschenden und die Beziehung zwischen ihnen und den Beforschten auf die Ergebnisse Einfluss haben (Steinke, 1999). Die Ergebnisse wurden dann auf Nützlichkeit für die eigene Fragestellung überprüft.

4.3 Qualitative Datenerhebung

Die Erhebung beschäftigt sich mit dem Phänomen von R&G im Erleben von FP. Sie zielt darauf ab, dieses Phänomen möglichst ganzheitlich zu erfassen und zu beschreiben, weshalb hierfür ein qualitativer Forschungsansatz geeignet ist (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

4.3.1 Forschungsansatz

Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich als Vorgehensweise um Texte, hier Interviewdaten, zu analysieren (Flick, 2010). Dabei werden Kategorien aus der Theorie entwickelt, die dann anhand des Datenmaterials verifiziert und gegebenenfalls angepasst werden (Flick, 2010). Mayring (2010) entwickelte ein Verfahren zur qualitativen Inhaltsanalyse, wobei nicht nur die Inhalte der Kommunikation, sondern auch deren formale Aspekte zu ihrem Gegenstand gemacht werden. Dazu empfiehlt Mayring

(2010) die Kommunikation erst zu fixieren. In diesem Falle erfolgte dies durch Tonaufnahmen, die transkribiert wurden. Das Material wurde danach systematisch analysiert um es nachvollzieh- und überprüfbar zu machen. Laut Mayring (2010) ist es von Bedeutung, dass die Interpretation vom theoretischen Hintergrund her geschieht, wodurch der zu untersuchende Gegenstand auf bestehende Erkenntnisse bezogen werden kann.

4.3.2 Methode der Befragung und Befragungsinstrument

In der qualitativen Forschung sollen Meinungen und Ansichten der Forschenden bewusst zurückgestellt werden, um das Phänomen ganzheitlich und aus Sicht der Befragten betrachten zu können (Polit et al., 2004). Die theoretischen Grundlagen und der Literaturreview bilden den theoretischen Hintergrund, deren Themen für die Befragung von Bedeutung sind.

Als Befragungsinstrument wurde deswegen das halbstrukturierte Interview gewählt, um das freie Erzählen der Befragten zu fördern (Polit et al., 2004). Zur Entwicklung des Leitfadens wurden erst Fragen gesammelt, die im Zusammenhang mit den Forschungszielen stehen; danach wurden die Fragen geordnet und wesentlich reduziert und durch Subsumieren in eine praktische Form gebracht, wie es H. Mayer (2011) vorschlägt. Daraus ergab sich ein Leitfaden mit offenen Fragen zu den Themenbereichen Umgang, Information und Entscheidungsfreiheit, Klientinnenautonomie, körperlicher Umgang, verbaler Umgang, Privat- und Intimsphäre, sozioökonomischer Status und vulnerable Gruppen, Interdisziplinarität, strukturelle Bedingungen und Veränderungspotential. Die Fragen wurden so ausformuliert, dass die Worte *Respektlosigkeit* und *Gewalt* nicht direkt darin vorkommen, um die Befragten nicht zu beeinflussen. Zum Einstieg empfiehlt H.O. Mayer (2013) eine Eisbrecherfrage zu stellen, die zum Ziel haben soll, ein Vertrauensklima und eine lockere Atmosphäre zu erschaffen. Heikle Fragen wurden nach positiver Einstiegsfrage bei den jeweiligen Themenbereichen gestellt (H. O. Mayer, 2013). Im Anschluss an die Interviews wurden demographische Daten erhoben (H. O. Mayer, 2013).

Auf einen üblicherweise durchgeführten Prätest, bei dem der Leitfaden an einer kleinen Stichprobe bzw. Peers vorab überprüft wird, wurde verzichtet, da die zeitlichen Rahmenbedingungen der vorliegenden Arbeit dabei überschritten worden wären. Der Interviewleitfaden wurde jedoch von der Referentin überprüft und angepasst. Nach dem ersten Interview wurde der Leitfaden geringfügig geändert und nochmals von der Referentin genehmigt.

4.3.3 Teilnehmende und Stichprobenziehung

Um eine möglichst umfassende Beschreibung des Phänomens zu erreichen, sollten Hebammen, Hebammenstudierende, Ärztinnen und Ärzte befragt werden, die in der Schweiz in verschiedenen Settings arbeiten und über eine unterschiedliche Berufserfahrung verfügen. Das Gewinnen einer möglichst großen Informationsvielfalt bei einer relativ kleinen Anzahl an Teilnehmenden wurde durch eine gezielte Stichprobenziehung erreicht (Polit et al., 2004). Dazu wurden private und berufliche Kontakte der Autorinnen um Empfehlungen gebeten, um für dieses Thema sensibilisierte und redevbereite FP zu finden. Diese wurden telefonisch oder per Mail angefragt, wobei sie über die Ziele der Arbeit informiert wurden. Nach der Zusage wurden sie nochmals in einem Schreiben informiert und direkt vor dem Interview um schriftliche Einwilligung gebeten. Auch hier wurde vermieden die Worte *Respektlosigkeit* und *Gewalt* zu verwenden. Eine Datensättigung wird angesichts der kleinen Stichprobe möglicherweise nicht erreicht.

4.3.4 Datenerhebung

Die Einzelinterviews wurden im April und Mai 2016 durchgeführt. Die Interviews fanden in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre in von den teilnehmenden Personen (TN) oder Autorinnen vorgeschlagenen Räumlichkeiten statt. Die Interviews dauerten zwischen 50 und 75 Minuten, wobei die Fragen von beiden Autorinnen gemeinsam gestellt wurden. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet.

4.3.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde im Mai und Juni 2016 von den Autorinnen in enger Zusammenarbeit durchgeführt. Das Ausgangsmaterial (Antworten aus den Interviews) wurde bestimmt, der Kontext der Entstehung analysiert und die Tonaufnahmen der Interviews vollständig und wörtlich transkribiert, wie es von Mayring (2010) empfohlen wird. Dialekt wurde dabei auf Hochdeutsch übersetzt, wobei einzelne treffende Dialektausdrücke wörtlich übernommen wurden. Danach wurde mit der *Fragestellung der Analyse* deren Richtung bestimmt (Mayring, 2010). Das Ziel dieser Analyse war es, Aussagen über Ausprägungen von R&G in der Schweiz und deren möglicher Ursachen machen zu können. Die Analyse lief nach dem induktiv-reduktiven Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ab. Bei der ersten Reduktion wurden die Transkripte durchgelesen, inhaltstragende Stellen bestimmt, paraphrasiert und generalisiert. Dabei wurde das Abstraktionsniveau auf alle Aussagen festgelegt, die auf R&G hindeuten. Aus den reduzierten und generalisierten Paraphrasen wurden danach Kategorien gebildet, was jeweils von einer Autorin vorgenommen und von der anderen validiert wurde. In einem zweiten gemeinsam durchgeführten Reduktionsschritt wurden

dann die Kategorien gebündelt, geordnet und als Hauptkategorien (HK) mit Kategorien (K) zusammengefasst. Anschließend wurden die Ergebnisse festgehalten.

4.3.6 Diskussion

Die aus der Analyse der qualitativen Erhebung resultierenden Kategorien und Interpretationen wurden mit den bereits beschriebenen Kategorien des Literaturreviews verglichen und geprüft, ob sich eine Sättigung nach Polit et al. (2004) einstellt. Eine Sättigung der Daten ist erreicht, wenn sich die Kategorien aus den Daten wiederholen, sich eine Redundanz zeigt und durch weitere Forschung keine neuen Informationen gewonnen werden können (Polit et al. 2004).

4.3.7 Forschungsethik

Für die Forschung gelten dieselben ethischen Leitlinien wie für die Praxis von Gesundheitsfachpersonen: Das Prinzip des Respektes für Autonomie, des Konzeptes des Nichtschadens und des Nutzens und der Gerechtigkeit (Beauchamp & Childress, 2009; H. Mayer, 2011). Daraus werden für die Forschungspraxis drei konkrete Prinzipien zum Schutze der TN abgeleitet (H. Mayer, 2011), die auch in vorliegender Arbeit angewendet wurden: Die Befragten wurden über die Forschungsabsicht informiert und stimmten der Teilnahme freiwillig zu, wobei sie die Interviews jederzeit hätten abbrechen dürfen. Ihnen wurde schriftlich Vertraulichkeit zugesichert. Die sichere Verwahrung des Ton- und Transkriptmaterials und dessen anschließende Vernichtung wurde bzw. wird, wie vereinbart, eingehalten. Die TN wurden als Expertinnen und Experten im Umgang mit Frauen befragt, wobei ihre persönlichen Ansichten und Überzeugungen geachtet wurden. Die Erhebung beschränkt sich auf das Erleben der FP, wobei weder Klientinnen befragt, noch deren Daten erhoben wurden. Damit untersteht sie nicht dem Humanforschungsgesetz (*Humanforschungsgesetz [HFG] Bundesgesetz über die Forschung am Menschen*, 2014) und bedarf keiner Bewilligung durch eine Ethikkommission.

Die TN wurden jedoch dazu angehalten, sich bei Bedenken jederzeit bei den Autorinnen zu melden.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse Literaturreview

Ziel des Literaturreviews war es, herauszufinden, welche Ausprägungen von R&G weltweit und in der Schweiz vorkommen und welche Faktoren diese begünstigen. Die Suche in den Datenbanken DIMDI, Cochrane Library, PsycInfo, PubMed und MIDIRS ergab 3102 Treffer, wovon 374 Abstracts gelesen wurden. Durch die Handsuche und den Hinweis einer Expertin kamen noch die von Mundlos (2015) gesammelten Erfahrungsberichte von Frauen, die R&G erlebt haben, und eine unveröffentlichte Masterarbeit von Allenbach (2016) dazu. Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien wurden daraufhin 52 Volltexte ausgewählt, die nochmals auf diese Kriterien überprüft wurden. Daraufhin wurden 47 Publikationen ausgeschlossen. Der folgenden Tabelle können die ausgeschlossenen Publikationen und deren Ausschlussgründe entnommen werden.

Tabelle 4. Ausgeschlossene Publikationen

Ausschlussgrund	Ausgeschlossene Publikationen
Literatur liefert keine erweiternde Ergebnisse	d'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Radoff, Levi, & Thompson, 2012; Rosen et al., 2015; Schroll, Kjaergaard, & Midtgaard, 2013
Literatur liefert keine expliziten Antworten auf Fragestellung der vorliegenden Arbeit	Anastasi et al., 2015; Ayers, 2007; Binfa, Pantoja, Ortiz, Gurovich, & Cavada, 2013; Bradley et al., 2015; Cipolletta & Sperotto, 2012; Danerek et al., 2011; Grylka-Baeschlin, Van Teijlingen, & Gross, 2014; Hall, 2011; Srivastava, Avan, Rajbangshi, & Bhattacharyya, 2015; Stadlmayr et al., 2006; Warren et al., 2013; Wojnar, 2015
Publikationen im eingeschlossenen Review enthalten	11
Quantitative Studien, Fachartikel, Kommentar, Buchreview, Casereport oder Proposal	12
Volltext nicht verfügbar oder auf Spanisch	8

Obwohl in dem systematischen Review von Bohren et al. (2015) 15 Studien (von 65) analysiert wurden, die ebenfalls in dem Review (81 Studien) von Mannava, Durrant, Fisher, Chersich und Luchters (2015) berücksichtigt wurden, wurden beide Reviews eingeschlossen, da beide eine Vielzahl an Studien umfassen und keine quantitative Auswertung angestrebt wurde.

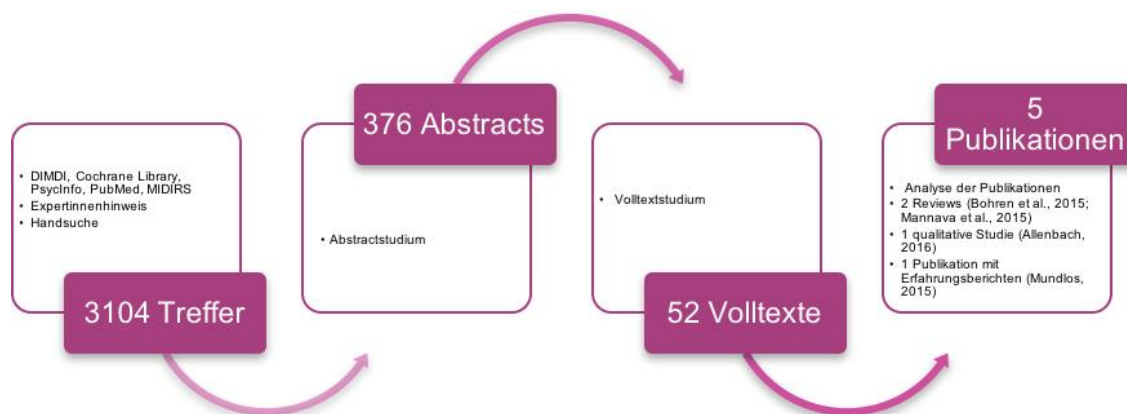


Abbildung 2. Ergebnisse Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Damit wurden insgesamt zwei Reviews, eine qualitative und eine Mixed-Methods-Studie sowie eine Sammlung von Erfahrungsberichten in diesem Review eingeschlossen.

Bohren et al. (2015) suchten nach Evidenzen von Misshandlungen von Frauen unter der Geburt in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen um eine Typologisierung vornehmen zu können. Der Review beinhaltet hauptsächlich qualitative und wenig quantitative Arbeiten. Die insgesamt 65 eingeschlossenen Studien wurden zwischen 1995 und 2014 publiziert, wobei die meisten Studien nach dem Jahr 2010 veröffentlicht wurden. Mannava et al. (2015) suchten in ihrem Review nach Haltungen und dem Verhalten von geburtshilflichen FP gegenüber ihren Klientinnen, den Einflussfaktoren und Auswirkungen. Sie schlossen insgesamt 81 Studien (1991-2014) ein, wovon die Hälfte aus den Jahren 2009-2014 stammt. Sowohl in den Reviews von Bohren et al. (2015) und Mannava et al. (2015) fällt auf, dass die verwendeten Studien vor allem aus nicht-westlichen Ländern stammen. Allenbach (2016) befragte vier Hebammen aus der Schweiz zu ihrer Wahrnehmung von R&G in der Geburtshilfe, deren mögliche Ursachen und die Auswirkungen auf die Frauen. In der Studie ‚Dignity in Childbirth‘, die im Vereinten Königreich (UK) durchgeführt wurde, befragten Birthrights (2013) einerseits Frauen quantitativ und andererseits Hebammen qualitativ zu ihrem Erleben bezüglich Würde in der Geburtshilfe. Mundlos (2015) sammelte 19 Berichte von Müttern, Hebammen und einem Vater, die R&G unter der Geburt erlitten oder beobachtet hatten. Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind in den Tabellen 5 bis 9 dargestellt.

Tabelle 5. Ergebnis Bohren et al., 2015

AutorInnen/Jahr/Design	Fragestellung/Ziele	Relevante Ergebnisse												
Bohren et al., 2015 Systematischer Mixed-Methods-Literaturreview	Qualitative und quantitative Evidenzen von Misshandlung von Frauen während der Geburt in Gesundheitseinrichtungen zusammenzufassen um eine evidenzbasierte Typologisierung des Phänomens zu entwickeln	Alle Formen von R&G wurden folgendermaßen typologisiert: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; background-color: #f2f2f2;">Physischer Missbrauch</td> <td>• Gewaltanwendung (Schlagen, Ohrfeigen, Treten, Zwicken) und Festbinden am Bett oder Knebeln während der Geburt</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Sexueller Missbrauch</td> <td>• sexueller Missbrauch oder Vergewaltigung</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Verbaler Missbrauch</td> <td>• harsche Sprache (schroffe, unhöfliche Sprache, verurteilende oder anschuldigende Kommentare) • Drohungen und Beschuldigungen (Androhung eines schlechten Outcomes oder eine Behandlung vorzuenthalten)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Stigmatisierung und Diskriminierung</td> <td>• Diskriminierung aufgrund soziodemographischer Charakteristika (Ethnizität, Ethnie, Religion, Alters oder sozioökonomischen Status) • Diskriminierung aufgrund von Gesundheitsstatus (HIV-Status)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Nicht erreichen professioneller Pflegestandards</td> <td>• Mangel an informierter Einwilligung und Vertraulichkeit • physische Untersuchungen und Prozesse (schmerzhafte vaginalen Untersuchungen (VU), Verweigerung der Schmerzmittelgabe, Durchführen von chirurgischen Operationen ohne Einwilligung) • Unterlassen von Hilfe oder Verweigerung der Leistung (Vernachlässigung, Verweigerung oder lange Verzögerung, keine FP anwesend bei der Geburt)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f2f2f2;">Mangelhaftes Verhältnis zwischen Frauen und FP</td> <td>• ineffektive Kommunikation (unzureichende Kommunikation, Missachtung der Bedenken der Frauen, Sprach- und Interpretationsprobleme, schlechte Einstellung der FP) • Fehlen von unterstützender Pflege (Verweigerung oder Mangel von Geburtsbegleitenden) • Verlust der Autonomie (Frauen als passive Teilnehmerinnen der Geburt behandelt, Essen, Trinken, Mobilität verweigert, nicht respektieren der präferierten Geburtsposition, Verweigerung sicherer traditioneller Praktiken, Objektivierung des weibl. Körpers, Fest-</td> </tr> </table>	Physischer Missbrauch	• Gewaltanwendung (Schlagen, Ohrfeigen, Treten, Zwicken) und Festbinden am Bett oder Knebeln während der Geburt	Sexueller Missbrauch	• sexueller Missbrauch oder Vergewaltigung	Verbaler Missbrauch	• harsche Sprache (schroffe, unhöfliche Sprache, verurteilende oder anschuldigende Kommentare) • Drohungen und Beschuldigungen (Androhung eines schlechten Outcomes oder eine Behandlung vorzuenthalten)	Stigmatisierung und Diskriminierung	• Diskriminierung aufgrund soziodemographischer Charakteristika (Ethnizität, Ethnie, Religion, Alters oder sozioökonomischen Status) • Diskriminierung aufgrund von Gesundheitsstatus (HIV-Status)	Nicht erreichen professioneller Pflegestandards	• Mangel an informierter Einwilligung und Vertraulichkeit • physische Untersuchungen und Prozesse (schmerzhafte vaginalen Untersuchungen (VU), Verweigerung der Schmerzmittelgabe, Durchführen von chirurgischen Operationen ohne Einwilligung) • Unterlassen von Hilfe oder Verweigerung der Leistung (Vernachlässigung, Verweigerung oder lange Verzögerung, keine FP anwesend bei der Geburt)	Mangelhaftes Verhältnis zwischen Frauen und FP	• ineffektive Kommunikation (unzureichende Kommunikation, Missachtung der Bedenken der Frauen, Sprach- und Interpretationsprobleme, schlechte Einstellung der FP) • Fehlen von unterstützender Pflege (Verweigerung oder Mangel von Geburtsbegleitenden) • Verlust der Autonomie (Frauen als passive Teilnehmerinnen der Geburt behandelt, Essen, Trinken, Mobilität verweigert, nicht respektieren der präferierten Geburtsposition, Verweigerung sicherer traditioneller Praktiken, Objektivierung des weibl. Körpers, Fest-
Physischer Missbrauch		• Gewaltanwendung (Schlagen, Ohrfeigen, Treten, Zwicken) und Festbinden am Bett oder Knebeln während der Geburt												
Sexueller Missbrauch		• sexueller Missbrauch oder Vergewaltigung												
Verbaler Missbrauch		• harsche Sprache (schroffe, unhöfliche Sprache, verurteilende oder anschuldigende Kommentare) • Drohungen und Beschuldigungen (Androhung eines schlechten Outcomes oder eine Behandlung vorzuenthalten)												
Stigmatisierung und Diskriminierung		• Diskriminierung aufgrund soziodemographischer Charakteristika (Ethnizität, Ethnie, Religion, Alters oder sozioökonomischen Status) • Diskriminierung aufgrund von Gesundheitsstatus (HIV-Status)												
Nicht erreichen professioneller Pflegestandards	• Mangel an informierter Einwilligung und Vertraulichkeit • physische Untersuchungen und Prozesse (schmerzhafte vaginalen Untersuchungen (VU), Verweigerung der Schmerzmittelgabe, Durchführen von chirurgischen Operationen ohne Einwilligung) • Unterlassen von Hilfe oder Verweigerung der Leistung (Vernachlässigung, Verweigerung oder lange Verzögerung, keine FP anwesend bei der Geburt)													
Mangelhaftes Verhältnis zwischen Frauen und FP	• ineffektive Kommunikation (unzureichende Kommunikation, Missachtung der Bedenken der Frauen, Sprach- und Interpretationsprobleme, schlechte Einstellung der FP) • Fehlen von unterstützender Pflege (Verweigerung oder Mangel von Geburtsbegleitenden) • Verlust der Autonomie (Frauen als passive Teilnehmerinnen der Geburt behandelt, Essen, Trinken, Mobilität verweigert, nicht respektieren der präferierten Geburtsposition, Verweigerung sicherer traditioneller Praktiken, Objektivierung des weibl. Körpers, Fest-													
Methode														
Systematischer Literaturreview mit quantitativen und qualitativen Studien														
Anzahl eingeschlossener Studien														
65 Studien eingeschlossen; 12 quantitative und 53 qualitative oder Mixed-Methods-Studien Subsahara-Afrika (n=32), Asien (n=6), Ozeanien (n=3), Europa (n=5), Mittlerer Osten und Nordafrika (n=5), Nordamerika (n=3), Lateinamerika (n=10)														

		<p>halten in Einrichtungen)</p> <p>Gesundheits-systemische Bedingungen und Hemmnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Ressourcen (Zustand der Einrichtung, Personalknappheit, Mangel an Versorgungsmaterialien, eingeschränkte Privatsphäre) • Mangel an (politischen) Leitlinien (Fehlen von Rechtsmitteln) • Unternehmenskultur (Korruption und Erpressung, unklare Gebührenordnung, unangemessene Forderungen an Frauen durch FP) <p>Quantitative Ergebnisse aus 3 Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • von 15% bis zu 98% der befragten Frauen gaben an eine Form von R&G erlebt zu haben: <ul style="list-style-type: none"> ○ physische Misshandlung: 2%-4% ○ verbale Misshandlung: 4%-13% ○ sexueller Missbrauch: 0-2% ○ Diskriminierung: bis zu 20% ○ Mangel an informierter Zustimmung: 0,26%-81,5% ○ Verweigerung der Betreuung: 4%-29% ○ Begleitung durch Mann/Verwandte verweigert: bis zu 14% ○ Festhalten in Einrichtung: 8%-22% ○ unsaubere Räume: bis zu 63% ○ Nichteinhalten der Privatsphäre: 2%-65%, ○ Forderung von Bestechungsgeldern: 0.15%-3% <p>Ursachen und Auswirkungen auf das Aufsuchen mütterlicher Gesundheitsdienste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Machtdynamiken und strukturelle Gewalt (Hierarchie, Mangel an unterstützender Supervision durch Leitungspersonen, Akzeptieren von R&G als Norm aufgrund vorgängiger negativer Erfahrungen) • vorgängige negative Erfahrungen oder die schlechte Reputation von Gesundheitseinrichtungen führen zu seltenerem Aufsuchen von Mütter-Gesundheitsdiensten, besonders in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen
--	--	---

Tabelle 6. Ergebnis Mannava et al., 2015

AutorInnen/Jahr/Design	Fragestellung/Ziele	Relevante Ergebnisse
Mannava et al., 2015 Systematischer Mixed-Methods-Literaturreview	Haltung und Verhalten von geburtshilflichen FP (im formellen Sektor tätig) gegenüber Klientinnen zu ermitteln in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen	<p>Respektvolle Haltung und respektvolles Verhalten von medizinischen FP nur in 23 Studien festgestellt (empathische, unterstützende Betreuung, Abgabe von Informationen, respektvoller Umgang)</p> <p>Einflussfaktoren für respektvolles Verhalten waren ein ähnlicher kultureller Hintergrund und eine bestehende Beziehung)</p> <p>Auswirkungen von respektvollem Verhalten führte zu vermehrter Inanspruchnahme von Mütter-Gesundheitsdiensten und höherer Zufriedenheit der Frauen)</p> <p>Respektlose Haltung und gewalttätiges Verhalten von FP:</p>
Methode	Einflüsse auf diese Haltungen und Verhalten und deren Auswirkungen zu bestimmen	<p>Interpersonale Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbale Misshandlung; öffentl. Sektor ↑, privater Sektor ↓ • respektloses, grobes Verhalten; öffentl. Sektor ↑, privater Sektor ↓ • autoritäre und einschüchternde Haltung der FP • mangelnde Sensibilität gegenüber Frauen • mangelhafte Kommunikation • physische Misshandlung • sexuelle Belästigung und Vergewaltigungen
Systematischer Literaturreview mit qualitativen und quantitativen Studien		<p>Betreuungsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung, Unterlassung oder Verzögerung der Betreuung; öffentl. Sektor ↑ • mangelnde Verfügbarkeit oder Abwesenheit der FP • Forderung von Bestechungsgeldern • mangelnde Bereitschaft traditionelle Praktiken anzuwenden • ungeduldige FP, schnelle Geburtsbeendigungen angestrebt (Episiotomien, Sectiones) • mangelnder Schutz der Privatsphäre
Anzahl eingeschlossener Studien		<p>Einflussfaktoren für respektlose Haltung und gewalttätiges Verhalten</p> <p>Strukturelle Ebene</p> <p>Individuelle Ebene</p>

<p>81 Studien eingeschlossen; 7 quantitative, 58 qualitative, 15 Mixed-Methods-Studien und 1 narrativer Review Afrika (n=55), Asien & Pazifik (n=17), Lateinamerika (n=10), Mittlerer Osten (n=2)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • großer Workload, lange Arbeitszeiten, schlechte Entlohnung • schlechte Unterstützung durch Leitung • schlechte Beziehung unter Mitarbeitenden • inadäquate Ausbildung • Mangel an Ausrüstung/ Material und entsprechenden Räumlichkeiten <p>Auswirkungen</p> <p>Emotionales Wohlbefinden von Klientinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distress und Angst • Absenz von Vertrauen in FP • → beeinflusst das Aufsuchen von professionellen Institutionen und untergräbt FP-Klientinnen-Beziehung • Frauen fühlen sich wie passive Objekte während der Geburt, Kontrollverlust <p>Mütterliche Gesundheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • höheres Risiko für Morbidität und Mortalität 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorurteile bzgl. sozioökonomischen Status, Bildungsstand, Ethnizität, Alters- oder Familienstandsnormen oder gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen • Vorurteile gegenüber traditionellen Praktiken • Gendernormen • höherer sozialer Status der FP • Priorisieren der eigenen Bedürfnisse (FP) • Verhalten von Klientinnen (Wunsch nach Selbstbestimmung, Widerspruch der Frau) • Frustration über Klientinnenverhalten • Komplikationen unter der Geburt • Vorgeschichte mit Vergewaltigung oder physischem Missbrauch <p>Zugang zu qualitativer Betreuung und Klientinnenzufriedenheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • niedrige Zufriedenheit mit Betreuung • Frauen bevorzugen traditionelle Geburtsbegleitungen • Geburt im Spital als letzter Ausweg (auch bei Hochrisikogeburten oder Komplikationen) • Frauen suchen trotz weiterem Weg und höheren Kosten eher private Kliniken auf • Verzögerung der Betreuung
---	--	--	--

Tabelle 7. Ergebnis Allenbach, 2016

AutorInnen/ Jahr/Design	Fragestellung/Ziele	Relevante Ergebnisse	
Allenbach, 2016 Qualitative Erhebung	Wahrnehmung von Gewalt und Respektlosigkeit (G&R) durch Hebammen?	Von Allenbach gefundene Hauptkategorien & Kategorien:	
Methode	Sensibilität für G&R bei Hebammen und gebärenden Frauen?	Missachtung der Rechte der Frauen unter der Geburt <ul style="list-style-type: none"> ○ Anwendung von physischer Gewalt: forciertes Anleiten ○ Interventionen ohne Zustimmung (Episiotomie) ○ Manipulation und Ausüben von Druck ○ Verweigerung der weiteren Betreuung 	Erlebte G&R unter der Geburt hat weitreichende Auswirkungen auf die Frauen und ihre körperliche und seelische Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> ○ physische Auswirkungen ○ psychische Auswirkungen ○ Auswirkungen auf Beziehungen
Qualitative Inhaltsanalyse von halbstrukturierten Leitfadeninterviews	Begünstigende und hemmende Komponenten und Ursachen für G&R		
Teilnehmende	Auswirkungen von G&R auf die Frau, ihre Gesundheit und ihre soziale Rolle?	Klinikinterne Strukturen können das Erleben von G&R unter der Geburt begünstigen <ul style="list-style-type: none"> ○ Hierarchie und Machtverhältnisse ○ interdisziplinäre Differenzen ○ Überbelastung der Hebammen im klinischen Setting 	Eine personenzentrierte, kontinuierliche 1:1-Betreuung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann das Erleben von G&R unter der Geburt vermindern <ul style="list-style-type: none"> ○ person-zentrierte Betreuung ○ offene, transparente Kommunikation ○ Kontinuität
Vier Hebammen aus der Schweiz mit klinischer Erfahrung und unterschiedlicher Berufserfahrung	Unterstützung der Frau		

Tabelle 8. Ergebnis Birthrights, 2013

AutorInnen/ Jahr/Design	Teilnehmende	Methode	Relevante Ergebnisse
<p>Birthrights, 2013 Quantitative Umfrage und Qualitative Erhebung</p>	<p>Teil 1: 1100 Mütter aus dem UK, die in den letzten zwei Jahren geboren hatten</p>	<p>Teil 1: Onlinefragebogen Fragen orientierten sich an existierender Forschung und der WRA-Charta (Multiple-Choice-Fragen und Freitext)</p>	<p>Teil 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • insgesamt wenig Unfreundlichkeit, meist respektvolle Behandlung • signifikante Unterschiede zwischen den Settings (außerklinisch mehr Wahlfreiheit & Respekt) • bei vaginaloperativen Geburten: signifikant häufiger respektlose Behandlung, größerer Kontrollverlust und Wahleinschränkungen
<p>Fragestellung/Ziele</p> <p>Teil 1: Erfahrungen von Frauen bezüglich Würde in der Geburtshilfe quantitativ zu erheben</p> <p>Teil 2: Hebammen qualitativ zu ihrem Erleben und Perspektiven bezüglich Würde in der Geburtshilfe zu befragen</p>	<p>Teil 2: 10 Hebammen aus dem UK mit 1.5 – 33jähriger Erfahrung in versch. Settings (alle im National Health Service angestellt, einige hatten Erfahrung als freipraktizierende Hebammen)</p>	<p>Teil 2: qualitative Einzelinterviews, mit Studierenden zusätzlich Gruppeninterview</p>	<p>Teil 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebammen verstehen die Bedeutung Würde in der Geburtshilfe • Missachten der Würde ist potentiell traumatisierend • ehrliche und respektvolle Kommunikation und Information ist den Hebammen wichtig • schwierige Kommunikation bei Sprachbarrieren • falsche/manipulative Infos um Entscheidungen zu erzwingen • mangelnde Aufklärung und Nichteinholen von Zustimmung für (Routine-)Interventionen • ungleiche/unangemessene Behandlung von Frauen unterschiedlichen sozioökonomischen Status und Frauen mit speziellen Bedürfnissen • Low-Risk-Frauen werden mit höherer Wahrscheinlichkeit mit Würde behandelt als Risikofrauen • zuhause und im Geburtshaus mehr positive Erlebnisse • mehr Störungen z.B. durch Visiten in Klinik • schlechter Personalschlüssel: bei gleichzeitiger Betreuung mehrerer Frauen kann Würde schlechter geschützt werden • Leitlinien und Dokumentation haben Potenzial die Würde der Frauen zu senken • Angst vor forensischen Folgen können Betreuung beeinträchtigen • von der Leitung kommende Kultur, Würde zu schützen, ist wichtig • Wünsche der Hebammen: <ul style="list-style-type: none"> ○ mehr Training zum Thema Würde gewünscht ○ Würdebeauftragte/r im Gebärsaal ○ formalisierter emotionaler Support

Tabelle 9. Ergebnis Mundlos, 2015

Autorin/Jahr/Design	Relevante Ergebnisse	
Mundlos, 2015 Erfahrungsberichte	Die Rechte der Frauen werden auf unterschiedliche Arten gebrochen:	
Fragestellung/Ziele	I <ul style="list-style-type: none"> • grobe und schmerzhaftes Untersuchungen/Interventionen • Interventionen ohne Info und Zustimmung • fahrlässiger Umgang mit Medikamenten 	Einflüsse/begünstigende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Thematisieren des Tabus „Gewalt unter der Geburt“ • der Sprachlosigkeit ein Ende setzen • Gewalt aufdecken und anklagen • Selbstbestimmung der Gebärenden stärken 	II <ul style="list-style-type: none"> • Intervention ohne Info und Zustimmung • keine/schlechte Aufklärung über Risiken von Interventionen/Medikamenten • keine Aufklärung über Alternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Routine (Betriebsblindheit, geleitet von Prozessen, Vorgängen und Angst) • auch bei FP wenig Sensibilisierung für Thema (Psychologin) • Lernsituationen, viele Anwesende • Zeitdruck, Personalmangel • Frauen wehren sich nicht aus (berechtigter) Angst vor Repressalien • unangemessene Gebärumwelt • hierarchische Strukturen • FP denken sie wissen, was gut für die Frau sei
Teilnehmende	III <ul style="list-style-type: none"> • auch auf ausdrücklichen Wunsch, keine Möglichkeit mit dem Partner alleine zu reden 	<ul style="list-style-type: none"> • inadäquate Finanzierung • politische Entwicklung optimaler Nährboden für R&G (abschaffen von Beleg-/Hebammen)
12 Mütter, 1 Vater, 6 Hebammen und Hebammenschülerinnen aus Deutschland	IV <ul style="list-style-type: none"> • respektlose Kommunikation verbal/nonverbal • mehrfache, unnötige VU • Verletzung der Intimsphäre • respektloser Umgang mit Frau und intrauterin verstorbenen Kindern • Nichteinbeziehen der Familie • kritisches Hinterfragen der Frau wird herabgespielt/ausgelacht • respektloser Umgang mit der Plazenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor juristischen Folgen bringt FP dazu, schneller einzugreifen
Methode	V <ul style="list-style-type: none"> • respektlose Kommunikation bzgl. Gewicht 	
Erfahrungsberichte von Betroffenen	VI <ul style="list-style-type: none"> • reduzieren auf körperliche Aspekte, nicht wahrnehmen der Frau • Frau mit vorz. Wehen wartet alleine bis 2h im Flur auf CTG • Frau mit/ohne Mann alleine lassen, auch trotz drohender Komplikationen • Frau wird während 4h nicht gesagt, dass Muttermund vollständig ist • zu Sectio drängen • Dokumentation weicht stark von Aussagen/Erinnerungen ab • Bedürfnisse der Frau werden nicht geachtet • falsche/fragliche Diagnosen • Verweigern der Schmerzmedikation 	
	VII <ul style="list-style-type: none"> • Partner wird gedroht, Frau verblute und Kind sterbe, falls er sie in andere Klinik bringe (ohne Blutung/Not) • Frauen werden zum Liegen in bestimmter Lage gezwungen und sogar festgeschnallt; an Positionswechsel und Bewegung gehindert 	

5.1.1 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Arbeiten

Im Folgenden werden die Stärken und Schwächen der einzelnen in dem Review eingeschlossenen Literatur beschrieben.

Während Bohren et al. (2015) ihr Vorgehen bei ihrer systematischen Suche und ihrem Review sehr differenziert und transparent beschrieben und die Studien sorgfältig eingeschätzt wurden, verzichteten Mannava et al. (2015) gänzlich auf eine Einschätzung der eingeschlossenen Studien. Die Arbeit von Allenbach (2016) ist die einzige Arbeit zum Thema R&G in der Schweizer Geburtshilfe, wobei sie nur wenige Hebammen zu dem Thema befragt hat. Birthrights (2013) befragten über 1000 Frauen, wobei die Ethnizität zwar erhoben wurde, aber weder Migrations- noch Sozialstatus berücksichtigt wurden. Von Design und Methodik her, gibt Birthrights (2013) nicht viel Auskunft über ihr Vorgehen bei Datenerhebung und Analyse; eine statistische Auswertung des quantitativen Anteils wurde nicht durchgeführt. Die Erfahrungsberichte, die Mundlos (2015) gesammelt herausgebracht hat, wurden wissenschaftlich nicht aufgearbeitet, jedoch bieten die Texte aufschlussreiche Informationen über die Geburtshilfe in einem der Schweiz kulturell und strukturell recht ähnlichen Land. Der folgenden Tabelle können detailliertere Angaben zu der kritischen Beurteilung der Literatur entnommen werden.

Tabelle 10. Stärken-Schwächen-Profil

AutorInnen/Jahr	Einschätzung Stärken	Einschätzung Schwächen
Bohren et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> • große Transparenz bzgl. der Vorgehensweise • Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen der Fragestellung • sorgfältig durchgeführte und nachvollziehbare systematische Literatursuche, relevante Datenbanken wurden durchsucht • große Anzahl von eingeschlossenen Studien • Einschätzung der Evidenzstärke von Studien anhand von Checklisten • Limitationen und Schwächen werden diskutiert 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Studien aufgrund ihrer Qualität ausgeschlossen • unterschiedliche Arten der Gesundheitseinrichtungen konnten nicht erfasst werden • Ausschluss von außerklinischer Geburtsbetreuung • Einschätzung der Evidenzstärken sind aufgeführt, jedoch nicht detailliert nachvollziehbar • 15 Studien werden gleichzeitig in Mannava et al., 2015 analysiert
Mannava et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> • konzeptueller Rahmen für Analyse entwickelt • Ein- und Ausschlusskriterien sinnvoll gewählt • sorgfältig durchgeführte und nachvollziehbare systematische Literatursuche, relevante Datenbanken wurden durchsucht • große Anzahl von eingeschlossenen Studien • Limitationen und Schwächen werden diskutiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenzstärken/Qualität der einzelnen Studien nicht eingeschätzt • aufgrund mangelnder quantitativer Studien kann keine quantitative Aussage über die Auswirkungen von Haltung und Verhalten von FP auf die mütterlichen Gesundheitsoutcomes gemacht werden • Unterschiede bzgl. Art der Gesundheitseinrichtungen konnten keine festgestellt werden, da diese Details oft von den Studien nicht differenziert dargestellt wurden. • ausschließlich Publikationen in englischer Sprache berücksichtigt • 15 Studien werden gleichzeitig in Bohren et al., 2015 analysiert
Allenbach, 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Wahl der Methodik der Thematik angepasst • transparente, ausführliche Beschreibung des Forschungsprozesses • möglichst heterogene Auswahl der Teilnehmenden 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Triangulation • unbekannt, ob kommunikative Validierung der Daten stattgefunden hat • sehr kleine Stichprobe, ausschließlich Hebammen im Raum Bern befragt → keine Kategoriensättigung • Leitfrageninterview mit teilweise suggestiven Fragen
Birtherights, 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Berichte aus ähnlichem kulturellen und strukturellen Kontext (GB) • Teil 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zugang zu Onlinebefragung sehr leicht und Anonymität gegeben ○ Direkt-Betroffene befragt • Teil 2: <ul style="list-style-type: none"> ○ möglichst heterogene Stichprobe 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Dokumentation über die Erhebung und Auswertung der Daten • Teil 1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilnehmer-Bias durch Onlinebefragung • Teil 2: <ul style="list-style-type: none"> ○ unbekannt, ob kommunikative Validierung der Daten stattgefunden hat ○ relativ kleine Stichprobe
Mundlos, 2015	<ul style="list-style-type: none"> • zeigt direkte Erfahrungen und das Erleben der Betroffenen • Berichte aus ähnlichem kulturellen und strukturellen Kontext (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht wissenschaftlich aufgearbeitet • Subjektivität der Erfahrungsberichte

5.1.2 Ausprägungen von R&G

Die von Bohren et al. (2015) vorgenommene Typologisierung von R&G in der Geburtshilfe deckt sich mit den von Bowser & Hill (2010) identifizierten Kategorien. Sie stellten physischen Missbrauch in Form von Schlagen, Ohrfeigen, Treten, Zwicken oder Festbinden am Bett bis hin zum Knebeln der Frauen fest. Auch wurde in dem Review von sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung durch FP berichtet. Die Anwendung einer schroffen, unhöflichen Sprache bis hin zu verurteilenden oder anschuldigenden Kommentaren und Drohungen wurden von Bohren et al. (2015) unter dem Begriff verbaler Missbrauch zusammengefasst. Sie beschrieben auch die Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund soziodemographischer Charakteristika wie Ethnizität, Religion, Alter, Gesundheits- oder sozialen Status. Professionelle Pflegestandards wurden laut des Reviews teilweise nicht erreicht, was sich durch einen Mangel an informierter Einwilligung und Vertraulichkeit, sowie durch schmerzhaftes Untersuchungen, Verweigerung von Schmerzmittelanwendung, Durchführung von chirurgischen Operationen ohne Einwilligung und das Verweigern einer Betreuungsleistung äußerte. Eine unzureichende Kommunikation, das Fehlen von unterstützender Pflege, sowie der Verlust der Autonomie der Frauen (u. a. durch die Objektifizierung des weiblichen Körpers) wurde als mangelhaftes Verhältnis zwischen Frauen und FP eingestuft (Bohren et al., 2015). Die Auswertung der in dem Review verwendeten quantitativen Ergebnisse zeigte, dass 15-98% (sic!) der befragten Frauen mindestens eine Form von R&G erlebt hatten.

Mannava et al. (2015) stellten in ihrem Review fest, dass verbale Misshandlung, sowie respektloses und grobes Verhalten gegenüber den Frauen und auch eine abgelehnte oder verzögerte Behandlung der Frauen im öffentlichen Sektor häufiger vorkamen als im privaten Sektor. Sie berichteten über eine autoritäre und wenig sensible Haltung gegenüber den Frauen, mangelhafte Kommunikation, physische und sexuelle Misshandlungen, sowie über strukturelle Mängel, Forderungen nach Bestechungsgeldern, mangelnden Privatsphärenschutz und die fehlende Bereitschaft, sichere traditionelle Praktiken anzuwenden. Sie stellten weiter fest, dass die Ungeduld von FP häufig dazu führte, dass schnelle Geburtsbeendigungen mittels Episiotomien oder Kaiserschnitten angestrebt wurden (Mannava et al., 2015).

In der Umfrage von Birthrights (2013) erlebten Frauen insgesamt wenig Unfreundlichkeit und meistens eine respektvolle Behandlung. Bei der Umfrage kam heraus, dass Frauen bei Geburten in klinischen Settings, im Gegensatz zu außerklinischen Settings, signifikant häufiger eine eingeschränkte Wahlfreiheit hatten und eher eine respektlose Betreuung erhielten. Zudem erlebten die Frauen laut dieser Studie bei vaginaloperati-

ven Geburten einen größeren Kontrollverlust und eine weniger respektvolle Behandlung. Birthrights (2013) ermittelte, dass die interviewten Hebammen grundsätzlich versuchten die Würde der Frauen zu achten und ihnen eine ehrliche und respektvolle Kommunikation sowie eine adäquate Information der Frauen wichtig waren. Sie gaben aber auch an, dass teilweise falsch oder manipulativ informiert wurde um Einwilligungen zu erreichen oder Interventionen, wie z.B. Episiotomien, auch ohne das Einholen einer Zustimmung durchgeführt wurden. Auch wurde die Intimsphäre der Frauen bei einem Klinikaufenthalt häufiger gestört (Birthrights, 2013).

Aus den Erfahrungsberichten, die Mundlos (2015) veröffentlichte, gehen Rechtsverletzungen aller sieben universeller Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen hervor. Frauen und Hebammen aus Deutschland berichteten von groben und schmerzhaften Untersuchungen und Interventionen, Eingriffen ohne Information und Zustimmung und einem fahrlässigen Umgang mit Medikamenten. Es wurden Interventionen ohne informierte Zustimmung durchgeführt und über Risiken von Medikamenten und Eingriffen oder bestehende Alternativen schlecht oder gar nicht aufgeklärt (Mundlos, 2015). Verletzungen der Privat- und Intimsphäre, respektlose Kommunikation, Stigmatisierung aufgrund des Gewichts, das Nichteinbeziehen der Familie, sowie das Herabspielen der kritischen Haltung der Frau wurden erlebt. Frauen erzählten davon, dass sie trotz drohender Komplikationen alleingelassen wurden, dass sie zur Sectio gedrängt wurden und ihnen eine angemessene Schmerzmedikation verweigert wurde. Einer Frau fiel auf, dass die Dokumentation ihrer Geburt stark von der eigenen Erinnerung und der ihres Partners abwich (Mundlos, 2015). Um eine Frau, die in eine andere Klinik verlegt werden wollte, dazu zu bringen in der Klinik zu bleiben, erzählten FP ihrem Partner, dass seine Frau verbluten und ihr Kind sterben würde, wenn er sie in eine andere Klinik fahren würde, obwohl keine Notsituation bestand. Eine andere Frau schrieb, dass sie durch Festschnallen an einem Positionswechsel und Bewegung gehindert wurde (Mundlos, 2015). Mundlos selbst schrieb, dass R&G auch in Geburtshäusern vorkäme (2015).

Die von Allenbach (2016) befragten Schweizer Hebammen gaben an, dass sie das forcierte Anleiten einer Frau subpartu, Episiotomien und andere Interventionen ohne Zustimmung, das Ausüben von Druck zum Erreichen einer Einwilligung und die Verweigerung der weiteren Betreuung als Missachtung der Rechte der Frauen erlebt hatten.

5.1.3 Einflussfaktoren und Ursachen für die Entstehung von R&G

Als Ursachen identifizierten Bohren et al. (2015) strukturelle Bedingungen, wie den Mangel an Ressourcen (Personal, Räumlichkeiten und Versorgungsmaterialien), das Fehlen von Rechtsmitteln und ungünstige Unternehmenskulturen. Auch stellten sie fest, dass sich Machtdynamiken und das Fehlen einer unterstützenden, supervisierenden Leitung ungünstig auf die Betreuung von Frauen auswirkte. Mannava et al. (2015) beschrieben vielfältige Einflussfaktoren auf das Entstehen von negativen Haltungen und respektlosem und gewalttätigem Verhalten der FP: Auf struktureller Ebene hatten ein großer Workload mit langen Arbeitszeiten und einer schlechten Entlohnung, eine ungenügende Unterstützung durch die Leitung, eine inadäquate Ausbildung und eine schlechte Beziehung unter den Mitarbeitenden einen negativen Einfluss auf die Betreuung. Besonders in Ländern mit tiefem Einkommen fehlte es häufig an Ausstattung, Material und angemessenen Räumlichkeiten. Auf individueller Ebene beschrieben Mannava et al. (2015) Vorurteile gegenüber sozioökonomischem Status, Bildungsstand, Ethnizität, Alter etc. als Einflussfaktoren auf R&G. Auch führte der höhere Sozialstatus der FP sowie das Priorisieren eigener Bedürfnisse laut des Reviews häufig zu einem Machtmissbrauch gegenüber den Klientinnen. Klientinnen, die den Wunsch nach Selbstbestimmung äußerten, sich gegen eine Behandlung aussprachen oder sich nicht so verhielten, wie es die FP wünschten, waren häufiger von so einem Machtmissbrauch betroffen.

In der Hebammenbefragung von Birthrights (2013) kam heraus, dass Sprachbarrieren zu inadäquater Kommunikation und Information der Frauen führten. Auch wirkten sich unterschiedliche sozioökonomische Status oder spezielle Bedürfnisse der Frau auf die Betreuung aus, wobei Frauen mit höherem geburtshilflichen Risiko eher respektlos behandelt wurden als andere. Auf struktureller Ebene erwähnten die Hebammen schlechte Personalschlüssel (gleichzeitige Betreuung mehrerer Frauen) und Leitlinien, die strikt eingehalten wurden, sowie die umfangreiche Dokumentation, die viel Zeit in Anspruch nahm, als erschwerende Faktoren für eine würdevolle Betreuung. Auch Angst vor forensischen Folgen beeinträchtigte den Umgang mit den Frauen (Birthrights, 2013). Die Hebammen wünschten sich ein gezielteres Training zur Achtung der Würde, formalisierte emotionale Unterstützung, Raum für Selbstreflexion während der Arbeitszeit und erachteten den Einsatz von Würdebeauftragten als sinnvoll (Birthrights, 2013).

Als R&G begünstigende Faktoren konnten bei Mundlos (2015) Routine und mangelnde Sensibilität der FP ausgemacht werden. Auch berichteten Frauen, dass teilweise viele Personen (besonders auch in Lehrkrankenhäusern) anwesend waren. Hebammen er-

zählten von hierarchischen Strukturen, Personalmangel, Zeitdruck und einer inadäquaten Finanzierung, die zu einer unangemessenen Betreuung führen könnten. Allgemein wäre die politische Entwicklung und Arbeitssituation von Hebammen so prekär, dass dadurch R&G gefördert statt verhindert würden (Mundlos, 2015). In den veröffentlichten Berichten war auch davon die Rede, dass die Angst vor juristischen Folgen zu einem frühzeitigen Eingreifen in den Gebärprozess führte. Allenbach (2016) identifizierte Hierarchie und Machtverhältnisse, interdisziplinäre Differenzen und die Überbelastung der Hebammen im klinischen Setting als treibende Faktoren für R&G in der Geburtshilfe.

5.1.4 Auswirkungen von R&G

Als Folge von R&G erkannten Bohren et al. (2015) vor allem, dass Frauen, die schlechte Erfahrungen in Gesundheitseinrichtungen gemacht hatten, diese möglicherweise seltener aufsuchten. Mannava et al. (2015) identifizierten Distress und Angst, ein mangelndes Vertrauen in FP und einen unter der Geburt erlittenen Kontrollverlust als Auswirkungen von R&G. So sank die Zufriedenheit mit der Betreuung, was laut Mannava et al. (2015) dazu führte, dass Frauen traditionelle Geburtsbegleitungen vorzogen, weniger öffentliche Geburtseinrichtungen aufsuchten, was wiederum ein höheres Risiko für Morbidität und Mortalität nach sich zog. Allenbach (2016) erfasste weitreichende psychische Auswirkungen wie posttraumatische Belastungsstörungen und auch negative Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung sowie die Paarbeziehung der Eltern. Die Frauen könnten ihr Selbstbewusstsein verlieren und ihre Selbstwahrnehmung als Frau könnte gestört werden (Allenchbach, 2016). Darüber hinaus berichteten die von ihr befragten Hebammen auch von negativen physischen Auswirkungen.

5.2 Ergebnisse qualitative Erhebung

Es wurden vier Hebammen, davon zwei Studierende in verschiedenen Stufen der Ausbildung, und zwei ärztliche FP angefragt und alle zeigten eine hohe Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen. Die Berufserfahrung der TN lag zwischen einigen Monaten (Praxismodule der Studierenden) und 23 Jahren. Die TN arbeiten im Geburtshaus, Spital oder Belegspital und haben Erfahrung mit der Arbeit in verschiedenen Settings.

Die Analyse der Interviews ergab vier Hauptkategorien. Die *Betreuungsprinzipien* zeigen auf, was alles gut läuft, wo und wie die TN die Rechte der Frauen wahren und benennen auch ihre Wünsche um eine bestmögliche Betreuung bieten zu können. *Ausprägungen von R&G* beschreiben, in welchen Formen R&G in der Schweiz durch die TN beobachtet wurden. Die Hauptkategorie *Einflüsse und begünstigende Faktoren* stellt dar, welche Faktoren das Vorkommen von R&G begünstigen und was Einfluss

auf die Betreuung hat. In den *Spannungsfeldern* wird ersichtlich, dass die Grenzen zu R&G zum Teil unklar sind, vor welchen Herausforderungen die FP stehen und welche Unterschiede es zwischen den Settings gibt.

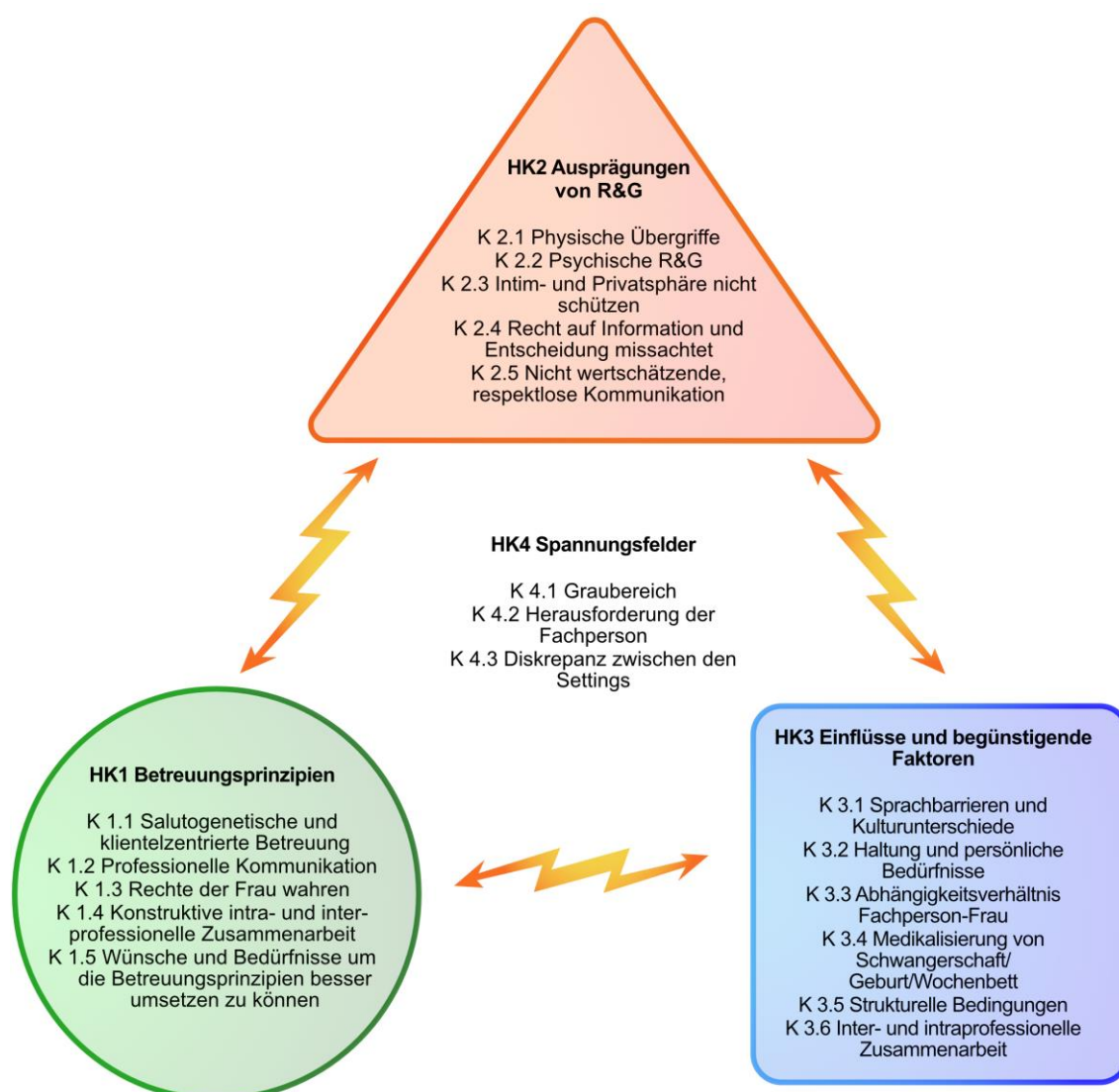


Abbildung 3 Übersicht Haupt- und Unterkategorien der qualitativen Erhebung (eigene Darstellung)

HK 1 Betreuungsprinzipien

Grundsätzlich verfolgen alle TN eine professionelle und individuelle Betreuung der Frauen, die diese in ihren Prozessen bestärken soll. Die TN gaben eine klientinnenzentrierte, salutogenetische Betreuung der Frauen und die professionelle Kommunikation als zentralen Aspekt an. Die Rechte der Frauen werden in Bezug auf eine vollständige und frühzeitige Aufklärung und den Schutz der Intimsphäre beachtet. Ein respektvoller Umgang im Team mit gemeinsamen Zielen wird von den TN als zentral erachtet. Vor allem in Bezug auf die strukturellen Bedingungen und die Finanzierung,

aber auch in der Zusammenarbeit im Team, zeigen sich bei den TN Veränderungswünsche.

K 1.1 Salutogenetische und klientelzentrierte Betreuung

Sowohl die Hebammen, wie auch die befragten ärztlichen TN betonten, dass eine Schwangerschaft und Geburt ein natürlicher und individueller Prozess sei, dessen Physiologie respektiert und geschützt werden soll. Vor diesem Hintergrund sei eine individuelle Betreuung der Frau auf der Basis einer professionellen FP-Klientinnen-Beziehung bedeutsam. Zentral wurde auch die Relevanz einer ganzheitlichen Wahrnehmung der somatischen und psychosozialen Situation der Frau genannt, sowie auch, dass besonders vulnerable Frauen, wie beispielsweise Migrantinnen oder Teenagermütter, mit einer besonders sensiblen Haltung betreut werden müssen. Des Weiteren wurden die Vorteile einer kontinuierlichen Betreuung gegenüber der fragmentierten betont. Im Kontakt mit den Frauen sei auch maßgebend, dass der Frau Sicherheit und somit Vertrauen in die Fachkompetenz der FP vermittelt werden könne. Wenn die Frau gut über ihre Situation und das weitere Vorgehen informiert werde, könne das zu einem besseren Verlauf führen, da die Frau in ihrer Kompetenz gestärkt werde.

K 1.2 Professionelle Kommunikation

Eine wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber der Frau scheint in der professionellen Kommunikation eine zentrale Rolle zu spielen. Die FP müsse jede Frau in ihren Bedürfnissen empathisch abholen und sie dann dazu befähigen ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und sie in ihrem Prozess bestärken (Empowerment). In der Kommunikation mit Migrantinnen wurde besonders die transkulturelle Kompetenz und das Bemühen um eine Kommunikationsmöglichkeit betont.

K 1.3 Rechte der Frau wahren

Um die Rechte der Frau zu schützen, wiesen besonders die TN, die eine kontinuierliche Betreuung anbieten, darauf hin, dass Frauen schon während der Schwangerschaft gut über Geburtsprozesse und allfällige Routinemaßnahmen aufgeklärt werden sollen. Diese Aufklärung solle möglichst neutral und vollständig erfolgen, womit die Klientin zu einer Entscheidung befähigt werden könne. Diese Entscheidung müsse dann von der FP auch respektiert werden. Im Minimum solle für jede Intervention eine informierte Zustimmung (informed consent) eingeholt werden. Weiter betonten alle TN, dass es von großer Bedeutung sei, die Intimsphäre der Frauen zu schützen, indem beispielsweise bei vaginalen Untersuchungen ein Tuch über die Beine der Frau gelegt werde um die Frau vor den Blicken der Anwesenden zu schützen. Auch ein rücksichtsvoller Umgang mit dem Körper der Frau ist den Befragten wichtig. Eine TN beschrieb das am Beispiel der vaginalen Untersuchung folgendermaßen:

„Also ich versuch zu sagen, dass ich's mach, dann ist das erste in Kontakt kommen über die Beine, (...), wo sie mich spürt (...) und dann nochmal zu erklären (...) [wie ich untersuchen werde].“ (3.439)

K 1.4 Konstruktive intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit

Für die konstruktive Zusammenarbeit innerhalb des geburtshilflichen Teams sei die wertschätzende Haltung und das Vertrauen in die Kompetenz aller Teammitglieder von Bedeutung. Findet dieser Umgang auf Augenhöhe und respektvoll statt, könne leichter ein Konsens über die weitere Betreuung der Frau gefunden werden, wobei sich auch die FP die Verantwortung teilen und somit gegenseitig entlasten könnten. Ein gemeinsames Ziel und der ausführliche Austausch von Informationen fördere die partnerschaftliche Zusammenarbeit. Eine TN beschrieb, dass sie mit ihrem Team jede Geburt nachbespreche, was dem Abgleich der fachlichen Aspekte, aber auch der emotionalen Verarbeitung des Erlebten diene.

K 1.5 Wünsche und Bedürfnisse um die Betreuungsprinzipien besser umsetzen zu können

Auf die Frage, was es brauche um die Betreuung der Frauen zu verbessern, wurden in den Interviews immer wieder die Verbesserung der strukturellen Bedingungen angesprochen. Die Finanzierung der geburtshilflichen Arbeit sei durch das Diagnosis-Related-Groups-System (DRG) nicht gewährleistet. So sei gerade die Betreuung einer physiologischen Schwangerschaft und Geburt nicht adäquat finanziert, während die Betreuung von Risikoschwangeren höher dotiert werde. Eine Sectio werde beispielsweise viel besser bezahlt als eine Spontangeburt. Dieser Missstand müsse aufgehoben werden. Darüber hinaus müssten Frauen, die eine längere Betreuung nötig hätten, diese auch finanziert bekommen und nicht schon frühzeitig entlassen werden. Auch bestehe ein Wunsch nach einem höheren Personalschlüssel in Spitälern, wo häufig mehrere Klientinnen parallel betreut werden müssen. Von den befragten Hebammen wurde der Bedarf an einer flächendeckenderen kontinuierlichen Betreuung (durch Hebammen) geäußert, wobei sie sich davon erhoffen, somit auch eine fairere Aufklärung der Frauen zu fördern und die partizipative Entscheidungsfindung zum Standard zu erheben. Auch wünschten sich die TN eine tendenzielle Hinwendung zum salutogenetischen Paradigma, das sich für die Geburtshilfe generell mehr eigne. Des Weiteren müsse die Arbeitsorganisation besonders freiberuflicher FP dahingehend verbessert werden, dass die weiteren beruflichen Verpflichtungen und auch ihre Bedürfnisse nach Freizeit erfüllt werden könnten. Eine TN sprach sich in diesem Zusammenhang für die Betreuung in kleinen Teams aus, die es den Frauen ermögliche eine vertrauensvolle Beziehung zu allen FP aufzubauen und sie nicht von einer einzigen Person abhängig mache. Auch sehen besonders Hebammen, die im Spitalbereich tätig sind, in der ver-

besserten interprofessionellen Zusammenarbeit eine Möglichkeit die Betreuungsqualität zu steigern. Die Sensibilisierung der FP, insbesondere der Ärztinnen und Ärzte, für einen respektvolleren Umgang mit den Klientinnen liegt einer Spitalhebamme besonders am Herzen. Eine TN schätzte die nötigen Prozesse zur Veränderung der geburts-hilflichen Situation so ein:

„Ich glaube, nur über die Politik wird's Veränderung geben, ich glaube nicht von innen heraus.“ (3.667)

HK 2 Ausprägungen von Respektlosigkeit und Gewalt

Obwohl alle Befragten grundsätzlich eine respektvolle Haltung gegenüber ihren Klientinnen beschrieben, berichteten alle von Fällen, wo die Rechte der Frauen verletzt worden seien. Bei der Analyse dieser Rechtsverletzungen fiel auf, dass Aspekte oft mehreren Kategorien hätten zugeordnet werden können. Physische Übergriffe wurden von den TN häufig in Form von unnötigen Interventionen beschrieben; aber auch über das Schlagen einer Frau wurde berichtet. Psychische Respektlosigkeiten zeigten sich in einer einseitigen Sicht der Frau und das Nichtwahrnehmen der psychosozialen Situation der Frau, sowie im Drohen um an Einwilligungen zu kommen. Die Intimsphäre der Frauen wird häufig durch viele Anwesende verletzt. Oft werden Interventionen ohne ausreichende Aufklärung und/oder ohne Zustimmung durchgeführt. Eine respektlose Kommunikation wurde vor allem zwischen FP in Abwesenheit der Frau beschrieben.

K 2.1 Physische Übergriffe

Es wurde von allen TN beschrieben, dass häufig unnötige Interventionen stattfinden würden. Als Beispiele dafür wurden unnötige Episiotomien, das nicht evidenzbasierte Kristellern, häufige vaginale Untersuchungen durch mehrere FP und frühzeitige Kaiserschnitte genannt.

„Eine Frau ist mit Blasensprung eingetreten und hatte ein bisschen Wehen, dann habe ich sie vaginal untersucht und habe das dann rapportiert und dann geht die Assistentin rein und kommt wieder raus und sagt: ‚Ich hab dann übrigens auch nochmal untersucht.‘ Und da finde ich, kann man sich absprechen, dann müssen wir nicht beide untersuchen.“ (6.226)

„Im Spital habe ich erlebt, dass man viel vorwärts gemacht hat, also, dass man sagt, zwei Stunden ist nix gegangen, dass man so nach dem Schema F geht oft, und jede Frau muss eigentlich in das Schema reinpassen und wenn nicht, dann greift man ein oder und dann hängt man den Tropf ran (...). Da geht es eher drum, es ist bald Mitternacht und ich hab morgen die Praxis voll, und ich habe keine Lust nachts um drei für einen Kaiserschnitt anzutanzeln, machen wir hopp oder top einen Tropf dran, gucken wir, verträgt's das Kind oder nicht, und wenn dann kommt der Kaiserschnitt schon um eins und nicht erst um zwei, so was oder?!“ (5.91)

Zudem würden auch immer wieder Interventionen durchgeführt, zu denen die Frau nicht zugestimmt habe bzw. sie gar nicht informiert wurde:

„Also ich finde, jede Epi ist eine physische Verletzung, und auch jedes Strippen ohne Einwilligung ist eine körperliche Verletzung – also, wenn nachher eine Frau blutet nach dem Untersuchen und man ihr nicht gesagt hat, was man macht. Ich meine man kann ja auch Strippen mit einem Grund und verabredet das mit der Frau und die Frau ist einverstanden, dann ist es okay, dann weiß sie auch, warum es weh tut und was passieren kann. Aber es wird so viel ohne Einwilligung gemacht.“ (4.92)

„Epi wird eigentlich einfach gemacht.“ (6.283)

Auch käme es immer wieder vor, dass Frauen grob angefasst und untersucht würden. Eine TN äußerte, dass viele Handlungen auch außerhalb einer bedrohlichen Situation sehr eilig durchgeführt würden. Als Beispiel nannte sie die eilige Nahtversorgung, bei der die Frauen häufig mehr Zeit bräuchten um sich auf die Situation einzustellen.

„In einem Spital, wo die Frau auch kein Deutsch geredet hat, und die stand irgendwie neben dem Bett und die Hebamme wollte dann unbedingt, dass sie ins Bett geht und ich weiß noch, die Hebamme hat sie dann einfach geschlagen.“ (6.309)

Besonders in Notsituationen sei die Gefahr groß, dass Frauen respektlos oder sogar gegen ihren Willen behandelt würden.

„Die Hebamme ist reingekommen, die Neue, es ist gerade eine Bradykardie gewesen, aber sie ist reingekommen, sie hat nicht mal Hallo gesagt, Zack, die Finger schon drin und die Frau hat diese Hebamme noch nie gesehen. Und klar ist es eine Notfallsituation in diesem Moment, aber irgendwie finde ich auch dort, muss man irgend, ja einfach schnell ein ‚Hallo‘ geht ja nicht lange, das ist eine Sekunde länger die es geht.“ (4.66)

Eine TN berichtete davon, dass bei Migrantinnen schneller eine Periduralanästhesie (PDA) gemacht wird:

„Da gab’s das schon auch oft, dass sich die Frauen auch einfach nicht mit den Hebammen verständigen konnten und umgekehrt und wo’s dann halt nicht so gut läuft oder wo man dann vielleicht auch nicht so wirklich den Respekt hat und denkt: ‚Oh nee, die ist so am Leiden, ach komm, machen wir ’ne PDA!‘ Da wird nicht so lang gefackelt, dann hat man nicht so viel Arbeit mit der.“ (5.632)

K 2.2 Psychische Respektlosigkeit und Gewalt

In der Befragung kamen auch immer wieder Situationen zur Sprache, die die TN auf psychischer Ebene als respektlos oder sogar gewalttätig gegenüber der Frau empfanden. Dazu gehöre, dass die Frauen in ihrer Wahrnehmung nicht ernst genommen würden oder auch, dass ihre psychosoziale Situation nicht beachtet würde, obwohl sie einen Einfluss auf den Geburtsverlauf habe. Gerade bei Migrantinnen komme es so auch häufig dazu, dass ihre Ängste von der FP, mangels Kommunikationsmöglichkeit, nicht abgefangen werden könnten. Eine FP berichtete auch, dass Frauen häufig über-rumpelt würden, sie z.B. nach einem intrauterinen Fruchttod (IUFT) dazu gedrängt würden, sich schnell zu entscheiden, wie es weitergehen solle, ohne, dass der Frau Zeit gegeben würde ihre Situation überhaupt zu begreifen. Was auch immer wieder

vorkomme, ist, dass Frauen Angst eingeflößt oder sogar gedroht werde um eine Einwilligung in eine vorgeschlagene Behandlung zu erreichen.

„Und es wird ihnen dann auch häufig Angst gemacht. Dass man ihnen dann sagt: ‚Wenn wir das jetzt nicht machen, ist es gefährlich für das Kind oder es ist zu groß und gibt eine Schulterdystokie.‘ Am besten klären sie gleich noch über die Schulterdystokie auf und über die Atonie oder so. Und natürlich sagt dann keine Frau mehr: ‚Nein ich will nicht einleiten.‘“ (6.152)

„Ich finde die ganze Droherei und das ‚sie sind eine schlechte Mutter, wenn sie keine Sectio machen lassen‘, das find ich schon, geht nahe an Missbrauch. Ausnutzen der Machtposition.“ (3.490)

Auch erlebe eine TN immer wieder, dass das Wahrnehmen von Inkompetenz, wie zum Beispiel das nervöse Zittern einer Oberärztin oder eines Oberarztes bei einer Vakuumextraktion, für Frauen sehr traumatisierend sein könne.

K 2.3 Intim- und Privatsphäre nicht schützen

Dass häufig das Bewusstsein für die intime Situation fehle, in der sich eine Klientin bei Untersuchungen und unter der Geburt befinde, berichteten viele der Befragten. So würden oft auch simple Maßnahmen wie das Schützen der Frau vor Blicken nicht ergriffen. Häufig seien, gerade auch in Lehrsituationen, viele Anwesende bei einer Geburt dabei. Eine TN erläuterte auch, wie sich eine gestörte Intimsphäre auf den Geburtsprozess auswirken könne:

„Ihr könnt doch Gebärprozesse nicht so beeinträchtigen, indem ihr zwei Hebammen, zwei Ärzte, wenn es gut geht, nur zwei Anästhesisten und zwei Neonatologen in einem Zimmer, (...), und noch ein Anästhesiewagen dazu. Und das gilt dann als Sicherheit (...)?“ (3.695)

Eine TN erzählte davon, dass sie in einem Bus mitgehört habe, wie sich zwei Gesundheitsfachpersonen über eine Klientin unterhalten hätten, was eine Verletzung der Privatsphäre (Schweigepflicht) darstelle.

K 2.4 Recht auf Information & Entscheidung missachtet

Bezüglich des Rechtes auf Information und Entscheidung äußerten mehrere TN, dass Interventionen oft ohne vorgängige Informationen und ohne Zustimmung erfolgten. Immer wieder wurde genannt, dass die Frauen von Ärztinnen und Ärzten häufig ungenügend oder einseitig informiert wurden, beispielsweise nur über die Vorteile und nicht über die Risiken einer Intervention. Diese Auswahl an Informationen zu einer Intervention habe nicht selten einen manipulativen Charakter, so dass durch die unterschiedliche Risikobewertung die Frau in eine bestimmte Richtung gelenkt werde. Eine Frau, bei der das sonografisch als makrosom eingeschätzte Kind als Indikation für eine Sectio genannt wurde, sei auch im Nachhinein nicht über die Fehleinschätzung aufgeklärt worden:

„Und nachher auch, wenn das Kind dann da ist, dann geht er auf Visite und sagt: ‚Ja also wir haben eben jetzt gesehen, es wäre wirklich nicht gegangen, es ist gut, haben wir das gemacht, ja.‘ Klar wenn es ein 5-Kilo-Kind ist, dann ok, aber ja, wenn ein 3-Kilo-60-Kind rauskommt, kann man das einfach nicht sagen vorher, wenn keine richtige Beckenanomalie besteht.“ (4.242)

Ein weiteres Beispiel dafür ist, dass Frauen mit vorzeitigem Blasensprung ohne Wehentätigkeit nicht mehr nach Hause gelassen werden bzw. so informiert werden, dass sie nicht mehr nach Hause gehen möchten. Auch seien Migrantinnen häufiger ungenügend informiert. Einige TN beschrieben, dass sie von einer Zustimmung ausgingen, wenn sich Frauen nicht von sich aus explizit gegen eine Intervention aussprechen würden. Auch eine partizipative Entscheidungsfindung würde nur in seltenen Fällen durch FP gefördert.

K 2.5 Nicht wertschätzende, respektlose Kommunikation

Was die direkte Kommunikation mit den Frauen angeht, äußerten die Befragten selten bis gar keine Respektlosigkeiten gegenüber der Frau, wobei aber das Nichtkommunizieren mit Migrantinnen hervorgehoben werden muss. Jedoch wurde auch beschrieben, dass es vorkomme, dass sich die FP im Beisein der Frau vielsagende Blicke zuwerfen würden. Häufig komme es aber außerhalb des Gebärd- oder Wochenbettzimmers vor, dass wertend über die Frauen gesprochen werde, was sich auf die Beziehung zwischen FP und Frau auswirke.

„Wenn eine Frau sehr übergewichtig ist, dann kann es durchaus sein, dass man mal sagt: ‚Die soll nicht so viel fressen, dann hat sie auch eine bessere Möglichkeit zum Gebären.‘“ (2.160)

Auch würden Frauen teilweise stigmatisiert:

„Also wenn sich eine Frau dann gegen etwas wehrt, dann wird sie nachher so angeschaut ‚Oh, die ist komisch, sie ist mega speziell, sie ist kompliziert‘ so, oder? Dabei ist es eigentlich super, wenn sie's hinterfragen und sich wehren.“ (6.183)

HK 3 Einflüsse und begünstigende Faktoren

Als Einflüsse bzw. begünstigende Faktoren für das Auftreten von R&G wurden in den Interviews vor allem die Medikalisierung, strukturelle Bedingungen und das Abhängigkeitsverhältnis zwischen FP und Frau genannt. Migrantinnen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar. Allfällige Sprachbarrieren und kulturelle Unterschiede erhöhen das Risiko R&G zu erleben. Die Haltung und die persönlichen Bedürfnisse der FP sowie deren persönliche Meinung können die Betreuungsqualität beeinflussen. Ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen FP und Frau kann durch die Informationsmacht und eine Autoritätsgläubigkeit zu weniger Hinterfragen der Interventionen führen. Die TN thematisierten häufig einen negativen Einfluss der strukturellen Gegebenheiten, wie Arbeitsbedingungen, Finanzierung und hausinterne Leitlinien, sowie der Medikalisie-

nung von Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett. Wiederholt kam der Einfluss der Zusammenarbeit im Team auf die Betreuungsqualität zur Sprache.

K 3.1 Sprachbarrieren und Kulturunterschiede

Migrantinnen stellen eine Gruppe dar, die für R&G stärker gefährdet seien. Eine große Bedeutung komme dem zu, wenn sie nur schlecht oder gar kein Deutsch sprächen und sich nicht mit den FP verständigen könnten. Diese Sprachbarrieren könnten zu mangelnder Aufklärung, dadurch zu weniger Entscheidungsmöglichkeiten führen und die Betreuung beeinträchtigen. Eine TN beschrieb, dass sie die Ängste einer Migrantin aufgrund der Sprachbarrieren nicht habe auffangen können:

„Aber ich denke, sie hat den Stillstand gemacht wegen der großen Angst. Die wir einfach nicht, ich hab sie noch soviel versuchen können zu beruhigen, aber ich hätte, oder auch wir haben es nicht geschafft. (...) also es war kein Grund, für diesen Stillstand, kein mechanischer Grund, kein anatomischer Grund da. Und ich denke diese Angst hat da eine große Rolle gespielt.“ (3.80)

Auch die Übersetzung durch eine Begleitperson könne ungenügend oder ungenau sein und eine neutrale Weitergabe der Informationen gefährden. Durch lückenhafte Hintergrundinformationen könne die FP der Frau keine ganzheitliche Betreuung gewährleisten. Kulturunterschiede könnten auch zu Barrieren und Unverständnis in der Betreuung führen. Außerdem kamen rassistische Haltungen und Vorurteile zur Sprache, welche die Kommunikationsbereitschaft seitens der FP beeinträchtigen könnten.

„(...): ‚Das sind halt so Shippis oder so‘ – also Albaner – ‚und die machen das halt so und so.‘ Es wird enorm stigmatisiert, und dann aufgrund von diesem Halbwissen, habe ich schon auch gemerkt, nimmt man zum Teil an, dass vielleicht auch Wünsche und Ansprüche ans Personal anders sind als bei Schweizerinnen zum Teil, gerade auch gebildeten Schweizerinnen, da merke ich schon auch, man nimmt dann einfach an, dass es anders ist und verhält sich entsprechend. Es heißt ja, denen sei das Bonding nicht wichtig, weil sie halt schon fünf Minuten nach Plazentageburt am Handy ist und ihrer ganzen Familie erzählt, dass sie eben geboren hat, ja das habe ich schon erlebt.“ (1.327)

K 3.2 Haltung und persönliche Bedürfnisse

Eine wertende Haltung der FP gegenüber der Frau zeige sich in respektlosen Bemerkungen und der Weitergabe von persönlichen Meinungen beim Rapport und übertrage sich auf die nachfolgende Betreuungsperson:

„Das wirkt sich schon aus, denke ich, weil du nicht unvoreingenommen in das Zimmer reingehst. Du weißt schon, was in dem Dienst vorher gelaufen ist und an dem Tag davor und dementsprechend stellst du dich auf die Seite deiner Kolleginnen und nicht unbedingt auf die Seite der Frau, oder? (...) das gibt es auch umgekehrt ins Positive: Wenn Leute ganz begeistert sind von jemandem, färbt das genauso ab, oder? Es wird ja nicht nur schlecht geredet. Aber da ist schon mehr, dass man unbewusst versucht, die Leute zu beeinflussen.“ (5.438)

„Gerade von den bildungsfernen Schichten, hört man immer wieder mal den Spruch ‚dumm gebärt gut‘, das macht dann fast schon Freude mit so einer Frau zu gebären [sic!] (...)“ (1.324)

Die Routine der FP könne zu Abstumpfung und mangelnder Sensibilität für die einmalige Situation der Frau führen. Auch persönliche Bedürfnisse und Prioritäten der FP, welche wiederum das Einschätzen einer Situation beeinflussen können, führten laut den Befragten zu unnötigen Interventionen.

„Da ist auch die Gefahr, dass man im Spital eher abstumpft, dass du eher deine Routine hast und deine Dienste abreißt und dich eigentlich schon mit deinem Privatleben befasst, dass du das nicht mehr so wirklich aus dem Herzen heraus machst oder seltener.“ (5.657)

Viele Ausprägungen von R&G würden auch auf der Bequemlichkeit von FP gründen, die nicht dazu bereit seien sich gegen Hierarchien und Leitlinien aufzulehnen oder ihre geordneten Muster zu verlassen.

K 3.3 Abhängigkeitsverhältnis Fachperson-Frau

Durch die Fachkompetenz erhalte die FP gegenüber der Frau eine Informationsmacht. Dieses Machtgefälle in der FP-Klientinnen-Beziehung sehen die TN als potentiell problematisch an. Dadurch entstehe teilweise eine Autoritätsgläubigkeit, die dazu führe, dass Routinemaßnahmen häufig akzeptiert und diese und andere Interventionen selten hinterfragt würden.

„(...) das mit der Sectio, ja. Der Arzt habe das gesagt und dann werde das schon gut sein.“ (4.179)

„(...) es ist einfach oder, die Frauen kennen sich natürlich nicht aus mit dieser Sache und dann hinterfragen sie es auch nicht so, wenn ihnen etwas empfohlen wird.“ (6.186)

Für die FP könne eine kritische Haltung der Frau bzw. ein Hinterfragen der vorgeschlagenen Intervention unbequem werden, da sie eine Anpassung der FP oder Leitlinien erforderten. Auch wurde aufgeführt, dass Frauen oft wenig bis kein Bewusstsein für ihre Rechte zeigten und unter Umständen eine unangemessene Betreuung nicht als solche wahrnahmen. Ein weiteres Problem stelle fehlendes/mangelndes Wissen von unerfahrenen FP dar. Auch wurde erzählt, dass gerade ältere Belegärztinnen und -ärzte nicht nach den neuesten Evidenzen arbeiten würden.

K 3.4 Medikalisierung von Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett

Die Risikoorientierung und Symptomfokussierung, sowie eine durch Technikorientierung vermittelte falsche Sicherheit wurden vorgebracht. Auch, dass in Lehrspitälern bisweilen viele Personen einer Geburt beiwohnten, wurde erwähnt. Eine TN meinte, es könne bei anwesenden Spezialisten ein Tunnelblick entstehen:

„Anästhesist sagt: ‚Oberkörper der Frau gehört mir!‘ (...), es gibt keine Gesamtsicht auf einen Gebärprozess und das zum Gebärprozess Mutter und

Kind zusammengehören, auch das gilt schon als Eingriff in die Autonomie des Kinderarztes.“ (3.662)

Durch die Medikalisierung werde der Frau ihre Gebärkompetenz abgesprochen, es wurde sogar von einer Enteignung des Körpers der Frau gesprochen:

„Da finde ich manchmal haben sie das Gefühl, als ob der Körper jetzt uns gehört. ‚Sie ist jetzt im Spital und der Körper gehört uns und wir können jetzt damit machen, was wir wollen.‘ Und das ist manchmal ziemlich schockierend, ja.“ (6.220)

Bei allen TN kam die permanente Angst vor forensischen Folgen zur Sprache:

„Ich glaube, das hört man auch immer mehr, dass eigentlich die Angst vor dem Juristischen immer größer wird, obwohl es für mich unverständlich ist, weil ich finde, man hat schon so viel Mist durch Einleitungen produziert, den ich viel schlimmer finde.“ (6.170)

Durch Interventionen provozierte Pathologien und das fehlende Bewusstsein dafür wurden oft angesprochen:

„Das will eben keiner sehen, wie viele Geburtsblockaden überhaupt durch so eine Gebärumwelt entstehen, da gibt’s überhaupt keine Arbeit dazu.“ (3.692)

„Dann hängt man den Tropf ran und hinterfragt nicht, was ist denn der Grund, warum hat sie jetzt so eine Wehenschwäche, was könnte sie blockieren, das interessiert keinen Menschen da, (...). So habe ich das oft erlebt, dass man Pathologien züchtet, die vielleicht gar nicht sein müssten.“ (5.92)

K 3.5 Strukturelle Bedingungen

Als begünstigend für das Auftreten von R&G wurden oft die Arbeitsbedingungen der FP genannt, darunter die Schichtarbeit, welche einen Bezugsaufbau zur Frau erschwere:

„(...) weil du halt in diesem Schichtding bist, weil du gar nicht den Bezug zu den Frauen hast. Du siehst sie acht Stunden und dann gehst du wieder. Es geht dir letztlich am Arsch vorbei.“ (5.619)

Eine TN beantwortete die Frage, ob sie es schon erlebt habe, dass eine Frau nicht optimal betreut werden konnte, so:

„(...) wenn bestimmte Dinge vorgebahnt oder gespurt waren, die ich vielleicht selber so nicht gemacht hätte und ich einfach so mittragen musste, seien es Einleitungen, Wehentropfe, irgendwelche Verordnungen oder [sei es, dass] das Gefühl entstanden ist, der andere hat ein ganz anderes Konzept vom Betreuen, dann ja, oder wenn klar ist, dass die Frau kontinuierliche Betreuung braucht, aber die Rahmenumstände so sind, dass sie nicht bleiben können.“ (3.31)

Die diskontinuierliche Betreuung, die hier meist praktiziert werde, führe zu Schwierigkeiten (vgl. K 4.3 Diskrepanz zwischen den Settings). Häufig müssten sich FP an hausinterne Leitlinien halten, was die individuelle Betreuung von Frauen erschwere bis verunmögliche. Oft würden Assistenzärztinnen und -ärzte mit mangelnder Erfahrung zur Betreuung von Frauen eingesetzt. Auch könne es problematisch sein, wenn es durch Personalmangel und hohen Arbeitsaufwand zu Zeitmangel komme und mehrere Frau-

en parallel betreut werden müssten, was dazu führe, dass Frauen nicht nach ihren Bedürfnissen betreut werden können oder allein gelassen würden.

„(...) also Zeit und Arbeitsaufwand. Ich habe auch das Gefühl auf dem Wochenbett, wenn die Abteilung voll ist und eine Frau vielleicht immer noch das Bedürfnis hat [über ihre Geburt zu reden], wär's gut, man würde mit ihr ein Gespräch führen. Aber man hat keine Zeit und das ist keine optimale Betreuung, die den Bedürfnissen gerecht wird.“ (4.328)

Die TN gaben zudem die hausinternen Leitlinien und die in den Spitälern herrschende Hierarchie als Einflussfaktor für R&G an, da sie durch diese Strukturen oft keine klientinnenzentrierte und individuelle Betreuung bieten könnten oder Probleme nicht angesprochen würden.

„Der hat einfach seinen Weg gefunden gehabt und das immer so gemacht, aus anderen Zeiten noch, und nie überlegt, dass das vielleicht nicht in Ordnung ist, und ich glaube es hätte sich auch niemand getraut ihm zu sagen: ‚Hey, das ist aber nicht schön, wie Sie das machen!‘“ (5.258)

Durch die Zentralisierung würden u. a. kleine, finanziell nicht rentable Institutionen geschlossen, was zu zeitweiser Überlastung in anderen Institutionen führen könne. Eine TN beschrieb, dass sie auf einen Schlag ein Drittel mehr Geburten hatten, nachdem eine andere Klinik geschlossen worden sei. Dies habe in Folge zu massiven personellen und räumlichen Engpässen geführt. Die Gestaltung und auch der Mangel an Räumlichkeiten wurden als Einflussfaktoren für das Vorkommen von R&G genannt. Die Frage nach dem Schutz der Intimsphäre wurde folgendermaßen beantwortet:

„Ich finde auch, dass das von den Räumlichkeiten abhängig ist, die man in einem Spital hat. Ob man, wenn man reinkommt gerade an das Gebärbett sieht oder ob es noch einen Vorhang und ein Vorräumchen oder so hat.“ (6.426)

Die Finanzierung durch DRG wurde in Bezug auf die kurzen Klinikaufenthalte und ihre Inadäquanz für die Physiologie erwähnt.

„Und der andere Teil ist noch das ganze DRG-System, das einfach an dem krankt, dass kranke Sachen gezahlt werden, und gesunde Sachen nicht, oder das heißt, eine junge, gesunde Schwangere, die eine superkomplizierte Geburt hat, das wird einfach längst nicht adäquat finanziert. Und es kann andererseits sein, dass eine Schwangere, die irgendwie drei Nebendiagnosen hat, die jetzt für diese Geburt gar keine Rolle spielen(...), das wird stark honoriert, weil sie quasi als krank gilt, völlig blödsinnig eigentlich, obwohl sie eine easy Geburt hat. Und die Gesunden machen den größeren Teil [in der Geburtshilfe] aus, der nicht adäquat honoriert wird, und gerade die Geburtshilfe sehr darunter leidet. Also dieses System ist für die Geburtshilfe ein katastrophales System.“ (2.386)

Die TN berichteten, dass sich politische Entscheidungen, welche die Geburtshilfe betreffen, stark an Ärztinnen und Ärzten orientierten, die vor allem die medizin- und risikoorientierten Paradigmen verträten. Dadurch würden auch die außerklinischen, hebammengeleiteten Institutionen beeinflusst.

K 3.6 Inter- und Intraprofessionelle Zusammenarbeit

Die Art, wie im inter- und intraprofessionellen Team miteinander umgegangen werde, habe auch Einfluss auf die Betreuung:

„Ich finde, es macht sehr viel aus, wie Hebammen und Ärzte im Team zusammenarbeiten, weil sich das auf die Betreuung auswirkt.“ (4.344)

Dabei erschwerten teilweise auch die unterschiedlichen Paradigmen/Sichtweisen die gemeinsame Betreuung. Oft würden die Kompetenzen der Hebammen interprofessionell nicht wahrgenommen oder abgewertet, was auch der teils nicht wertschätzende Umgang im Team zeige. Auf diesen würden sich hierarchische Strukturen, welche vor allem in den Spitälern vorkommen, stark auswirken.

„(...) wo dann der Arzt wirklich zum Teil sehr forsch reingegangen ist und gesagt hat, ‚so jetzt übernehme ich, fertig‘. Und die Hebamme gar keine Gelegenheit hatte ihre Sicht darzustellen. Zum Beispiel, wenn sie erst gerade den Dienst angefangen hat, Schichtbeginn. Das habe ich mir sehr unangenehm vorgestellt für die Hebamme. (...). [Er] entscheidet nicht, wie die Hebamme entscheiden würde. (...) Sie fand dann auch, ‚Du bist doch ein Blöder, dann mach ich es halt!‘ Also ja, über ihn pflutern [wettern] aber nicht wirklich dagegenhalten.“ (1.404)

Ein mangelnder Informationsaustausch unter den Professionen könne sich für die Frau-en negativ auswirken:

„Hier [Belegsystem] bekommen wir eine Schwangere zur Tokolyse und wir haben keine Ahnung, wie lange der CK [Zervixkanal] ist. Wir wissen nicht genau, was sonst noch ist, wie der Doppler ist, wir haben einfach eine Verordnung, was wir machen müssen und das machen wir. (...) Und die Frau fragt mich ja dann Sachen, die fragt mich über das weitere Procedere und wenn ich keine Ahnung habe, kann ich ihr nichts sagen und das macht's einfach schwieriger. Und wenn ich selber den Überblick habe, kann ich die Frau viel besser informieren und ja, ich erlebe es auch einfach so, dass uns Hebammen so Kompetenzen weggenommen werden, wenn wir nicht informiert werden. (...) Eben darum denke ich, wenn der Informationsaustausch zwischen Ärzten und Hebammen besser wäre, ist auch die Betreuung der Frau besser, weil alle vom Gleichen reden. Und du musst nicht immer sagen: ‚Ja, das wird dann der Arzt entscheiden, das müssen Sie dann ihn fragen.‘ Und wenn dann Visite ist, denkt sie vielleicht nicht dran oder der Arzt ist im Stress und es geht vergessen und die Frau hat keine Orientierung.“ (4.361)

Auch der Umgang mit Auszubildenden wurde von einer Studierenden thematisiert:

„Ich hatte persönlich auch schon das Gefühl: ‚Oh nein, tratschen die das jetzt weiter?‘ Also einmal habe ich es sogar erlebt, ich bin dazu gelaufen. (...) Also es wird sicher getratscht und das vergiftet schon das Arbeitsklima grundsätzlich. Ich finde das ist nicht förderlich. Vor allem wenn man neben der Angst, die man hat, dem Paar gegenüber etwas falsch zu machen oder Handlungen nicht so gut auszuführen, dann je nach dem auch noch Angst hat im Team belächelt bis geächtet zu werden.“ (1.375)

HK 4 Spannungsfelder

Der Graubereich beschreibt vor allem die Information und Aufklärung in Notsituationen und die Diskrepanz zwischen Wünschen der Frauen und Einhalten von Leitlinien. Herausforderungen an die FP wurden in Zusammenhang mit der Vulnerabilität der Frauen im Geburtsprozess und dem Vereinbaren der Bedürfnisse als FP und Privatperson beschrieben. Während der Interviews wurden häufig die Unterschiede in der Betreuung und in der Zusammenarbeit zwischen dem außerklinischen Setting, dem Belegsystem und dem Chefärztin/-arztsystem beschrieben.

K 4.1 Graubereich

Die TN berichteten, dass häufig in Notsituationen die Rechte der Frauen nicht wahrgenommen werden könnten. Zum einen wird in Notsituationen ohne Aufklärung und ohne Zustimmung gehandelt:

„Aber ich muss ehrlich sagen, ich warte nicht, bis sie ja gesagt hat, sondern ich handle dann manchmal einfach, weil ich finde, wenn's drum geht, ob du das jetzt überlebst oder nicht, dann wart ich jetzt nicht, bis du ja sagst.“ (2.61)

Zum anderen würden die Befindlichkeit und der Schmerz der Frau in Notsituationen zugunsten der Handlung vernachlässigt:

„(...) fehlende Einwilligung habe ich einmal erlebt. (...) Aufgrund des Blutverlusts hat die Hebamme gemeint, die Plazenta müsse jetzt raus und da habe ich einmal erlebt, dass sich eine Frau wirklich gewehrt hat und sagte: ‚Nein das macht weh, nehmen sie ihre Hand weg!‘“ (1.217)

„Man muss die manchmal überfahren, man muss manchmal wissen, so jetzt habe ich keine Zeit auf deine Befindlichkeit zu schauen, ich muss jetzt einfach handeln.“ (2.39)

Auch die Informationen in Notsituationen würden knapp ausfallen:

„(...), also, dass man sich in Notfallsituationen sehr knapp gehalten hat. Vielleicht eher kurz die Handlung, nicht mal die Situation, sondern Bezug genommen hat auf die Handlung und dann die ausgeführt hat.“ (1.141)

Ebenfalls komme vor, dass zwar über die Durchführung einer Handlung informiert werde, dafür aber keine Zustimmung eingeholt bzw. der Frau kurz vor der Handlung gesagt werde, dass etwas gemacht werde:

„Das Synto nach der Geburt, da sag ich einfach: ‚Ich häng jetzt Wehenmittel an, das hilft der Plazenta zu kommen‘. Das ist eine Routinemaßnahme, in der ich so einfach informiere.“ (2.69)

„Bei mir habe ich es wirklich fast immer so erlebt, dass ich aufgeklärt habe, entweder, wenn die Frau erst gerade gekommen ist, oder eben dann halt wirklich vor dieser Handlung, die mir aufgetragen worden ist.“ (1.116)

Eine TN erzählte von einem Fall, wo die Diskrepanz zwischen internen Leitlinien und den Wünschen der Frau dazu führten, dass die Frau die weitere Betreuung ablehnte und eine Risikogeburt alleine zu Hause durchführte. Andere TN berichteten von Entscheidungsübernahmen in Risikosituationen, zum Beispiel, dass sie bei einer Frau mit

schlechten Venen einen Venenzugang haben wollen oder von sehr direktiven Anweisungen, wenn sonst keine Kommunikation mehr möglich sei.

K 4.2 Herausforderung der Fachperson

Die Vulnerabilität des Geburtsprozesses und die Ausnahmesituation, in der sich die Frau unter der Geburt befindet, stelle eine besondere Herausforderung an die FP dar. Ein relevanter Punkt sei dabei die potentiell unterschiedliche Wahrnehmung von FP und Frau. Eine Frau könne eine Situation als traumatisierend empfinden, die die FP als völlig normal wahrnehme und umgekehrt könne eine der FP sehr traumatisch erscheinende Geburt durch die Frau sehr gut bewältigt werden. Gleichzeitig Empathie und fachliche Beurteilung in Einklang zu bringen wird als sehr anspruchsvoll beschrieben:

„Also das Spezielle an der Geburt finde ich, ist, dass man dort wie eine zweigleisige Haltung hat: Man hat einerseits so das Empathische, die Geburt begleiten, die Frau unterstützen in dem, was sie jetzt gerade macht. Und andererseits bist du als [ärztliche FP], (...), immer auf einer Metaebene, also es rattert bei mir im Hintergrund immer: ‚Wie ist das CTG, was sind die Komplikationen, läuft die Geburt gut, was ist, wenn es nicht gut läuft, wie greif ich ein, was sind bei ihr die speziellen Risiken?‘ Und das Zweigleisige, das finde ich sehr anspruchsvoll, sehr anstrengend aber auch total spannend. Und ich probier es so zu machen, dass man von dem nichts merkt (...).“ (2.22)

Eine andere Herausforderung stelle der Umgang mit Vortraumatisierungen der Frauen dar, die trotz Vorbesprechung während der Geburt zu einer Retraumatisierung führen könnten.

Die Vereinbarung der eigenen Bedürfnisse mit den beruflichen Anforderungen wurde als schwierig beschrieben. In Bezug auf Belegärztinnen und -ärzte kam die eigene volle Praxis und/oder private Bedürfnisse in Kombination mit der Betreuung von Frauen im Spital zur Sprache. Die Not, auch den eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden, könne dazu führen, dass Situationen anders eingeschätzt würden:

„(...) aber es geht genau um solche Dinge, die herangezogen werden, die man so interpretieren kann, aber sie werden in dem Fall so interpretiert, weil hinten dran ein eigenes Bedürfnis steht. Da wird jetzt eingeleitet, weil ich möchte morgen das und das machen. Und dann wird die Geburt auch dann zu Ende sein, wenn der andere seinen Termin hat. Und das fließt dann ineinander über und dann kann man nicht mehr genau sagen, wo ist die Henne und wo ist das Ei. Aber die Motivation ist ganz klar da drin und dann sind es nicht mehr die eigenen Prozesse der Frau und das ist eine ungeheure ethische Herausforderung. Weil sie stecken wirklich in der Not, wie damit umgehen, wenn sie als Belegarzt zum Beispiel wissen, meine Sprechstunde ist voll. (...) Zum einen ist das ein finanzieller Verlust, (...). Das steckt alles drin, ich sag nicht, dass das nicht reale Nöte sind, sondern diese Nöte müssen auf eine offene Art und Weise angegangen und es müssen andere Lösungen gesucht werden.“ (3.516)

Das Vereinbaren von Leitlinien mit den Wünschen der Frau stelle FP vor eine schwierige Aufgabe. Der Umgang mit der Angst, die sich im Verlauf schwieriger Geburten

aufbaut, und mit der Angst vor forensischen Folgen, die zu voreiligen und unnötigen Interventionen führen könne, stellen weitere Herausforderungen dar.

K 4.3 Diskrepanz zwischen Settings

Bei den Interviews ist aufgefallen, dass zwischen den einzelnen Spitalsystemen, also Oberärztin/-arzt-System und Belegsystem, und dem Geburtshaussetting eine große Diskrepanz zu bestehen scheint. Ein großer Unterschied stelle sich in der Betreuungskontinuität dar. Während die Betreuung durch Belegärztinnen und -ärzte, sowie durch Hebammen im Geburtshaus meist schon vor der Schwangerschaft bzw. seit der Frühschwangerschaft durch hauptsächlich eine Person stattfindet, kämen die meisten Frauen erst spät in der Schwangerschaft mit dem Spital in Kontakt. Die kontinuierliche Betreuung im Geburtshaus bzw. bei den Belegärztinnen und -ärzten erleichtere den Beziehungsaufbau zur Frau, was im Spital nicht der Fall sei:

„Und ich habe das Gefühl dadurch, dass wir uns soviel öfter sehen, ist das mit der Kommunikation jedes Mal besser und wenn die dann zur Geburt kommen, ist es völlig auf Augenhöhe, weil man sich einfach schon kennt. Und das macht es möglich, dass die mir auch Sachen sagen, die sie vielleicht einer fremden Hebamme nicht unbedingt sagen würden. Dass sie sich mehr öffnen und mir anvertrauen, aber auch genauso gut sagen können: ‚Nein, das gefällt mir gerade gar nicht‘, was sich eine andere Frau vielleicht nicht trauen würde.“ (5.371)

Dies wirkt sich auch darauf aus, wie über die Frauen gesprochen würde:

„Und von daher habe ich schon das Gefühl, dass wir hier mit einer großen Wertschätzung drangehen (...) und ein sehr gutes, fast freundschaftliches Verhältnis mit den Frauen haben, ganz anders als im Spital, wo du halt ein Kommen und Gehen hast und die Leute nicht kennst und keinen Bezug aufbauen kannst zu ihnen. Und da erlebe ich vielmehr Lästerei und das haben wir hier nicht.“ (5.419)

Dass die FP eine Frau nur jeweils eine Schicht lang betreuen, wirke sich zusätzlich negativ aus. Auch bestehe im Geburtshaus die Möglichkeit, dass eine Frau, die sich bei einer Hebamme nicht wohl fühle, eine andere Hebamme wählen könne (und sich dies auch zu sagen traue). Durch die kontinuierliche Betreuung könne den Frauen auch frühzeitig ausführliche Informationen abgegeben und sie zur Entscheidung ermutigt werden. Auffällig war, dass auch im Belegsystem spitalinterne Leitlinien befolgt werden müssen, was im Geburtshaus nicht der Fall sei. Das heißt, dass die Entscheidungsmöglichkeiten der Frauen im Geburtshaus vielfältiger seien als im Spital. Obwohl allen TN das Vertrauen in die physiologischen Geburtsprozesse wichtig ist, erzählte die Geburtshaushebamme, dass sie im Spital, in dem sie vorher gearbeitet hatte, häufiger erlebt habe, dass aufgrund des mangelnden Vertrauens in die Physiologie mit unnötigen oder frühzeitigen Interventionen in die Prozesse eingegriffen worden sei. Im Ge-

burtshaus scheint der Spielraum diesbezüglich größer zu sein. Auch würde im Geburtshaus vermehrt mit alternativen Methoden eingegriffen, wenn dies nötig sei.

„Also gerade mit Übertragung lassen wir [uns] sehr viel mehr Zeit. (...) Im Spital werden sie ja eigentlich schon ab zwei, drei Tagen drüber schon langsam nervös und dann nach fünf Tagen, nach sieben, wird das Einleiten angesprochen. Spätestens, wenn du bis zehn Tage wartest, hast du schon Glück gehabt und hier leiten wir eigentlich nicht vor zehn Tage drüber ein, eigentlich lassen wir die 14 Tage Zeit. Es kommt dann natürlich darauf an, wie es der Frau geht, wir kontrollieren mehr, machen dann auch schon mal ein CTG, (...) schicken sie natürlich auch mal zur Fruchtwasserkontrolle. Wir sichern uns schon auch ab, (...), aber so lange alles gut ist, warten wir ab und unterstützen die Frau auch darin sich nicht unter Druck zu setzen und dem Zeit zu geben. (...) Und wenn, dann gibt es sanfte Formen der Einleitung, wir haben nicht die krassen Tabletten und Vaginalzäpfchen, die wir geben können; wir machen es mit Rizinuscocktail vielleicht oder alle andern Sachen (...).“ (5.150)

Die Symptom-, Technik- und Medizinfokussierung, die im Spital oder auch bei der Ärzteschaft, dem pathologisch-medizinischen Paradigma entsprechend, häufig vorherrscht, stehe hier in einem Gegensatz zur hebammengeleiteten Geburtshilfe. So erlebte auch eine Hebamme, dass die Frauen, die von gewissen Belegärztinnen in die Klinik kamen, sehr schlecht informiert und aufgeklärt wurden.

Auch, was den intra- und interprofessionellen Umgang der FP angehe, werden große Unterschiede erlebt. Eine Hebamme beschrieb, dass sie den Umgang mit Assistenzärztinnen/-ärzten im Oberärztin/-arzt-System eher auf Augenhöhe erlebe und den Umgang im Belegsysteem stärker von Hierarchie geprägt wäre. Im Geburtshaus sei die Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten von Respekt und Wertschätzung geprägt. In dem kleinen Hebammenteam des Geburtshauses, sei es auch üblich, dass die Frauen jede Hebamme kennenlernten, was den Hebammen auch die Freiheit gebe, eigenen Bedürfnissen nachzukommen, ohne die Betreuung der Frau zu vernachlässigen. Ganz allgemein meinte die Hebamme, die auch Spitalerfahrung aufwies, zum respektvollen Umgang:

„Ich glaube, dass es im Geburtshaus schon respektvoller ist, weil es einfach ein kleiner Rahmen ist. Weil man Bezug zu den Frauen aufbaut, da kann man es sich gar nicht leisten, nicht respektvoll zu sein oder zackzack zu machen, wie in der Arztpraxis eine nach der anderen abzufertigen, weil dann kommt sie nicht, dann denken sie: ‚Ich kann ja auch ins Spital.‘“ (5.610)

6 Diskussion

Die Diskussion wird anhand der Ergebniskategorien der qualitativen Erhebung geführt, wobei die Erkenntnisse aus theoretischem Hintergrund und Literaturreview sowie weiterer Literatur mit einbezogen werden. Die Hauptkategorie *Spannungsfelder* wird innerhalb der anderen Kategorien mitdiskutiert.

Die Forschungsfrage nach den Ausprägungen von R&G, die international und in der Schweizer Geburtshilfe vorkommen, konnte mit dem bisherigen Stand der Forschung nur teilweise beantwortet werden. Während in Regionen, wo R&G sehr offensichtlich stattfinden, wie z.B. in Entwicklungsländern, verhältnismäßig viel dazu publiziert wurde, wurde das Thema im deutschsprachigen Raum erst wenig erforscht; obwohl es auch hier zunehmend öffentlich diskutiert wird. In der Schweiz liegen mit dieser Bachelorthesis nun erst zwei Arbeiten zu dieser Thematik vor.

Die Ausprägungen von R&G, die von den Befragten wahrgenommen werden, decken sich mit den Ausprägungen, die weltweit erfasst wurden, wobei sie sich hier häufig subtiler darstellen. Nichtsdestotrotz werden auch hier die Rechte der Frauen teilweise massiv verletzt.

6.1 Betreuungsprinzipien

Die Befragten haben im Allgemeinen eine hohe Erwartung an sich und ihre Betreuung der Frauen. Diese decken sich weitgehend mit den Prinzipien des internationalen Hebammenkodex (Schweizerischer Hebammenverband (SHV), 1994) und der medizinethischen Standards (Beauchamp & Childress, 2009).

Die Salutogenese, der eine wertschätzende Haltung zugrunde liegt, eignet sich laut den Befragten und auch Schmid (2011) als Grundsatz für die Geburtshilfe besser, als das pathogenetische Paradigma, das allgemein in der Medizin vorherrscht. Die ganzheitliche Betrachtung der Frau, die einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Komponenten und somatischen Vorgängen mit einbezieht, scheint eine große Rolle für eine respektvolle und gewaltfreie Geburtshilfe zu spielen. Werden die Frauen ganzheitlich wahrgenommen, in der Physiologie ihres Mutterwerdens gestärkt, dazu befähigt über sich selbst zu bestimmen und behalten so weitestgehend die Kontrolle und Orientierung, hat das einen präventiven Charakter auf das Vorkommen und das Erleben von R&G (Franke, 2006; Lohmann, 2007; Schmid, 2011). FP, die eine kontinuierliche Betreuung anbieten, können eine intensivere und gleichberechtigtere Beziehung zur Frau aufbauen, was das Vorkommen von R&G mindert, was auch von Mannava et al. (2015) festgestellt wurde. Dadurch können die Bedürfnisse der Frauen besser erfasst

werden und frühzeitig Informationen, angepasst an die individuelle Situation der Frau, abgegeben werden. Auch Kirchner (2006) erläuterte, dass es der Frau auf Grundlage einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung leichter fällt, sich dem Prozess der Geburt hinzugeben. In der Schweiz wählen die meisten Frauen eine Geburt im Spital (BfS, 2013b) und damit meist auch eine diskontinuierliche Betreuungsform. Die Vorteile der kontinuierlichen Betreuung sowie der 1:1-Betreuung unter der Geburt, wie u. a. eine geringere Komplikations- und Interventionsrate, konnten in Cochrane Reviews bestätigt werden (Hodnett, Downe, & Walsh, 2012; Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013). Daraus folgt, dass eine Zuwendung zu salutogenetischen und kontinuierlichen Betreuungsformen nicht zuletzt durch eine adäquate Finanzierung gefördert werden sollte, damit eine respektvollere Geburtshilfe praktiziert werden kann. Ein Schritt in diese Richtung könnte auch die Einrichtung hebammengeleiteter Geburtsabteilungen sein, die in der Petition der Berner Sektion des SHV (2014) gefordert wurde.

6.2 Ausprägungen

Trotz der guten Ansätze, die die Betreuungspersonen verfolgen, können sie diese nicht immer befolgen. So bestätigen Allenbach (2016) und Mundlos (2015), dass auch die Geburtshilfe im deutschsprachigen Raum nicht von R&G frei ist. Physische Übergriffe kommen vor allem in Form von unnötigen, frühzeitigen und teilweise auch nicht evidenzbasierten Interventionen vor, die wiederum eine Interventionskaskade auslösen können. Auch Handlungen, welche ohne Einwilligung und/oder ohne Information ausgeübt werden, wie es bei Episiotomien häufig der Fall ist, verletzen das Recht der Frau auf Unversehrtheit und informierte Zustimmung. Grob und/oder eilig durchgeführte Handlungen, wie zum Beispiel eine grobe VU oder auch eine eilige Nahtversorgung im Gebärsaal, werden von FP, die in vorliegender Arbeit und in der Arbeit von Allenbach (2016) befragt wurden, sowie von Frauen (Mundlos, 2015) als physische Übergriffe wahrgenommen. Die Ausführungen von Bowser & Hill (2010), Bohren et al. (2015) und Birthrights (2013) bestätigen, dass solche Formen von physischen Übergriffen häufig vorkommen. Um diesen Vorkommnissen entgegenzuwirken, müssen FP für die Thematik von R&G sensibilisiert werden. Dazu sollte das Thema in der Ausbildung von FP ausführlich behandelt werden. Birthrights (2013) schlug vor in jeder Gebärabteilung Würdebeauftragte einzusetzen, die ähnlich den Hygienebeauftragten für die Qualitätssicherung im Bereich der RMC verantwortlich sind. Ferner sollte die Selbstreflexion von FP angeregt werden (Birthrights, 2013), indem beispielsweise Mentorate während der Arbeitszeit eingeführt würden. FP sollen Frauen, unabhängig von der gewählten Betreuungsform, frühzeitig und umfänglich über den Geburtsprozess, mögliche Komplikationen und deren Therapie aufklären. Weiter sollen sie die Haltung der Frau dazu er-

fragen, Möglichkeiten diskutieren und die Entscheidung der Frau schriftlich festhalten, sodass diese Informationen auch weiteren Betreuenden zur Verfügung stehen. Diese frühzeitigen Gespräche sind nötig, denn „die Geburt ist als solches in vielen Fällen zu schnell und die anstehenden Maßnahmen sind zu dringend, um sich noch ausführlich mit den Frauen zu beraten“ (Kirchner, 2006, S. 18). Eine Geburt sollte immer mit der Frau nachbesprochen werden, denn das Erleben der Frau deckt sich nicht immer mit dem der FP. Eine solche Nachbesprechung ist besonders dann von großer Wichtigkeit, wenn es während der Geburt zu sich überstürzenden Ereignissen kam (Kirchner, 2006). Kirchner (2006) wies weiter darauf hin, dass Frauen weniger traumatisiert werden, wenn sie die Geschehnisse einordnen können.

Laut Rechtsanwältin Pally Hofmann (2014) und Ethikkommissionsmitglied Martin (2011) dürfen in Notsituationen keine Handlungen gegen den Willen der Frau durchgeführt werden, auch nicht um das Leben des Ungeborenen zu schützen. Juristin Aebi-Müller (2008) ist hingegen der Ansicht, dass eine Handlung, die das Überleben und die bestmögliche Gesundheit des ungeborenen Kindes sichert, auch gegen den Willen der werdenden Mutter rechtmäßig ist. Eine Betreuungsperson steht hier vor einem ethischen Dilemma. Kirchner (2006) betonte wiederum die Möglichkeit der Besprechung von möglichen Notfallmaßnahmen, die im Rahmen der kontinuierlichen Betreuung frühzeitig und individuell ausgeschöpft werden kann.

Physische Übergriffe, die nicht im direkten Zusammenhang mit einer geburtshilflichen Intervention stehen, wie das Schlagen einer gebärenden Frau, wurden in dieser Erhebung nur einmalig erfasst. Im Gegensatz dazu wurden solche Vorkommnisse besonders häufig in Entwicklungsländern beschrieben (Bohren et al., 2015; Bowser & Hill, 2010; Mannava et al., 2015).

Psychische Formen von R&G zeigen sich laut den TN besonders, wenn Frauen durch manipulative Aufklärung in eine von der FP bestimmte Richtung gedrängt werden. Dies gehe nicht selten soweit, dass die Frauen durch Drohung und Angstmacherei unter Druck gesetzt würden, wobei gleichzeitig mehrere Rechte verletzt werden. Auch Allenbach (2016) sowie Birthrights (2013) stellten diese Form von R&G in ihrer Befragung fest. Verletzungen der Intimsphäre, wie sie sowohl in den Erlebnisberichten (Mundlos, 2015) als auch von Allenbach (2016) und anderen Autoren (Birthrights, 2013; Bohren et al., 2015; Bowser & Hill, 2010; Mannava et al., 2015) beschrieben wurden, erleben auch die befragten FP dieser Erhebung. Die TN und Allenbach (2016) vermuteten, dass solche Übergriffe häufig von der ausübenden FP nicht als solche wahrgenommen werden.

Für die Frauen bedeutet eine Verletzung ihrer Rechte immer auch eine potentielle physische oder psychische Folgeerkrankung wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung (Franke, 2006). Neben diesen direkten Folgen von erlebter R&G wiesen Bowser & Hill (2010), Mannava et al. (2015) und Bohren et al. (2015) darauf hin, dass Frauen aufgrund von erlebter oder erwarteter R&G häufig bei einer folgenden Schwangerschaft/Geburt darauf verzichten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder es in Kauf nehmen eine private Klinik aufzusuchen, die oft teurer und weiter weg ist. Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum weisen darauf hin, dass Frauen, die von R&G betroffen sind oder waren, für folgende Geburten ein anderes Setting wählen, wie beispielsweise eine Geburtshaus- oder Hausgeburt (Mundlos, 2015). Auch daraus leitet sich der Bedarf nach einer Sensibilisierung der FP ab. Aber Frauen müssen ebenso für diese Thematik sensibilisiert und dazu befähigt werden für ihre Rechte einzustehen und dementsprechend Betreuungsperson und -setting auszuwählen. Dabei könnte eine Zertifizierung ‚Mother-Friendly Childbirth Initiative‘ (MFCI) der geburtshilflichen Einrichtungen hilfreich sein, wie sie von CIMS (1996) angestrebt wird.

Die Verweigerung einer weiteren Betreuung durch die FP, wenn eine Frau nicht dazu bereit ist, sich an ihre Empfehlung oder die Vorgaben der Klinik zu halten, wurde auch von Allenbach (2016) beschrieben. Lässt sich eine Frau nicht auf diese Bedingungen ein, bleibt ihr eventuell nur noch die Möglichkeit der Alleingeburt. In dem in den Ergebnissen beschriebenen Fall hat die Frau ihr Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung wahrgenommen. Das Festhalten an den Leitlinien seitens der FP führte jedoch dazu, dass die Frau ohne fachliche Unterstützung geboren hat und damit mögliche negative Konsequenzen in Kauf nehmen musste. Sowohl die Äußerungen der TN wie auch die Ausführungen von Allenbach (2016) deuten darauf hin, dass eine solche Verweigerung aufgrund der Angst vor forensischen Konsequenzen erfolgt. In Anbetracht aktueller Gerichtsentscheide, wie dem der Anna Rockel-Loenhoff, die aufgrund einer von ihr außerklinisch begleiteten Beckenendlagegeburt mit Todesfolge verurteilt wurde (Wolfertz, 2016), ist diese Angst durchaus nachvollziehbar. Es ist deshalb die dringende Aufgabe der Fachverbände zu klären, wie in solchen Situationen vorgegangen werden kann, damit Frauen nicht alleingelassen werden und FP gleichzeitig rechtlich geschützt sind.

6.3 Einflüsse und begünstigende Faktoren

Besonders Migrantinnen scheinen ein höheres Risiko für das Erleben von R&G zu haben, weil u. a. Kulturunterschiede für Missverständnisse und Unverständnis sorgen können. Die mangelnde Aufklärung von Migrantinnen aufgrund von Sprachbarrieren ist eine Form, die auch durch die Umfrage von Birthrights (2013) und den Review von

Bohren (2015) herausgehoben wurde. Bohren et al. (2013) beschrieben, dass dies v. a. in Ländern mit einem hohen Einkommen ein Problem darstelle. Die Übersetzung durch Begleitpersonen wird oft als bequemer Weg genutzt. Diese Art der Übersetzung birgt allerdings die Gefahr, dass Informationen unvollständig und nicht neutral weitergegeben werden, was auch Birthrights (2013) feststellte. Darüber hinaus kann diese Situation für die Klientinnen sowie für die Übersetzenden sehr unangenehm sein (Bohren et al., 2015). Bei R&G gegenüber Migrantinnen spielt oft auch eine von Vorurteilen behaftete Haltung der FP eine Rolle, wie das auch von Mannava et al. (2015) beschrieben wurde. Dies bedeutet, dass auf personaler Ebene die transkulturelle Kompetenz von FP verbessert werden muss, was das Verständnis und die Kommunikation fördert. Das BAG (2015) ist einerseits darum bemüht, Sprachkurse mit spezifischem Schwerpunkt für werdende Eltern zu fördern, andererseits stärkt das BAG auch die transkulturelle Kompetenz von FP durch ein entsprechendes Weiterbildungsangebot. Außerdem sollten vorhandene Dolmetscherdienste genutzt und weiter ausgebaut werden (BAG, 2015). Es ist erforderlich, dass Migrantinnen der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert wird (Gerber & Grassi, 2011) und sie ebenfalls schon in der Schwangerschaft die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse und Wünsche mit der FP zu besprechen.

Dass die persönliche Haltung der FP einen großen Einfluss auf die Betreuung hat, wurde auch von Mannava et al. (2015) und Bohren et al. (2015) bestätigt. In der vorliegenden Arbeit konnte auch festgestellt werden, dass sich wertende Beurteilungen einer Klientin oft während der Rapporte auf die FP der folgenden Schichtdienste überträgt.

Mannava et al. (2015) führten an, dass schlechte Arbeitsbedingungen und Arbeitsklima zu Stress, Ermüdung, Frustration und einer geringen Zufriedenheit im Beruf führen, was wiederum in einer minderwertigen Kommunikation und einer gleichgültigen Haltung gegenüber der Klientin resultieren kann. Die Befragten nannten die Routine im klinischen Alltag als weiteren Grund für eine gleichgültige oder desensibilisierte Haltung gegenüber der einmaligen Situation der Frau. Um dort eine Veränderung zu erreichen, müssten einerseits die Arbeitsbedingungen verbessert werden, andererseits müsste eine Gesprächskultur im Team etabliert werden, bei der auf eine wertfreie Weitergabe von Informationen Wert gelegt wird. In Bezug auf den direkten Kontakt mit der Frau müssen FP dafür sensibilisiert werden, dass die Abstumpfung durch Routine dazu führen kann, dass die FP, vielleicht auch ganz unbewusst, dazu neigen die Frauen in ihren Bedürfnissen zu übergehen. Über die gezielte Handlungsänderung von medizinischen FP gibt es laut Mannava et al. (2015) keine Studien. Es sollte gezielt danach geforscht werden, was die Haltung der FP beeinflusst und wie sie verbessert werden

kann. Eine transformationale Leitung, die sich durch einen respektvollen und gewaltfreien Umgang mit Mitarbeitenden und deren Empowerment auszeichnet, ist laut Manley (2009) und Rycroft-Malone (2009) eine Möglichkeit die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Ein Verlust der Autonomie der Frau wird durch das Abhängigkeitsverhältnis zwischen FP und Frau, das aufgrund des unterschiedlichen Wissensstands besteht, begünstigt, was auch Allenbach (2016) und Bohren et al. (2015) beschrieben. Dieses Machtgefälle wird durch den hohen gesellschaftlichen Status der Ärzteschaft verstärkt. Die paternalistische Haltung, die dem von Beauchamp und Childress (2009) geprägten Begriff der *Fürsorge* immanent ist, fördert diesen Umstand und steht laut Rehbock (2002) im Konflikt mit der Achtung der Autonomie. Im Sinne einer respektvollen Geburtshilfe müsste eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Klientin und Betreuungsperson gefördert werden, wie es in der Berufsdefinition der Hebamme festgehalten wurde (Berufskonferenz Hebamme, 2007). An der Berner Fachhochschule wird die professionelle, partnerschaftliche Beziehung in die Lehre integriert. Fraglich ist, inwiefern dies in anderen Disziplinen geschieht. Allenfalls müsste auch dort dem Umgang mit Klientinnen und Klienten mehr Aufmerksamkeit beigemessen werden.

Bohren et al. (2015) wie auch Birthrights (2013) beschrieben, dass die Betreuung von Klientinnen teilweise ausschließlich auf rein technischer Ebene stattfindet, ohne dass die emotionalen Komponenten berücksichtigt werden. Eine ganzheitliche Sicht auf die Frau, wobei ihre Wünsche, Ängste und Bedürfnisse mit in die Betreuung einbezogen werden, lässt sich laut den Befragten schwer mit den in den Spitälern vorherrschenden medizinischen, risiko- und technikorientierten Ansichten vereinbaren. Diese fragmentierte Betrachtung einer Klientin fußt auf der geschichtlichen Medikalisierung der Geburtshilfe und steht auch im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Stellung der Frau. Die Sicherheit, die durch den Einsatz von Technik vermittelt wird, ist laut Schmid (2011) eine „Illusion der totalen Kontrolle [und] der maximalen Sicherheit“ (S. 106). Hunter (2002) bestätigte mit seinem Review Schmid's Aussage, dass die geburtshilfliche Technologie nur in Ergänzung mit einer kontinuierlichen Anwesenheit der (ganzheitlich wahrnehmenden) Hebamme zu einem besseren Outcome (niedrigere Interventionsraten, bessere Apgar-Werte, geringerer Schmerzmittelbedarf) führt.

Auch die hohe Anzahl der bei einer Geburt anwesenden FP sind ein Symptom dieser Medikalisierung, da auf der einen Seite eine Risikominderung angenommen wird und auf der anderen Seite Geburten als Lernsituationen genutzt werden. Die Frauen werden laut Bohren et al. (2015) zum Objekt und verlieren dadurch ihre Würde. Im Zusammenhang mit Lernsituationen bedeutet das, dass Lernende sich vorgängig den

Frauen vorstellen müssen und die Frau der Betreuung wegen und nicht ausschließlich aus lerntechnischen Gründen begleiten. Für risikoreiche Situationen ist die Rufnähe des medizinischen Teams der unmittelbaren Anwesenheit zu bevorzugen, um die Intimsphäre der Frau zu wahren.

In Ländern, die der Schweiz aufgrund ihrer Kultur, Struktur und ihres Entwicklungsstatus ähneln, hat die Angst vor forensischen Folgen, gemäß der Befragung und den Erkenntnissen von Allenbach (2016) und Birthrights (2013), eine große Bedeutung für die Entstehung von R&G. So werden Interventionen frühzeitig durchgeführt und Frauen dementsprechend falsch oder manipulativ informiert; denn FP werden eher bestraft, wenn sie Maßnahmen zu spät ergreifen, als wenn sie ihren Handlungsspielraum ausnutzen (Schwarz & Schücking, 2005). Die Angst vor dem Rechtssystem fördert somit die Rechtsverletzung der Frau. Auffallend ist, dass in den Reviews von Bohren et al. (2015) und Mannava et al. (2015) die Angst vor forensischen Folgen als Ursache von R&G nicht erwähnt wurde. Im Gegenteil: Bowser & Hill (2010) und Bohren et al. (2015) wiesen darauf hin, dass es kaum funktionierende oder keine Möglichkeiten gibt, rechtlich gegen Misshandlung durch FP vorzugehen. Dabei bezogen sie sich aber auf Entwicklungsländer. Nichtsdestotrotz scheinen auch die FP in der Schweiz rechtliche Konsequenzen aufgrund einer Rechtsverletzung der Frau nicht zu fürchten. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass sich Frauen ihrer Rechte oft nicht bewusst sind und nicht wissen, dass sie gegen R&G in der Geburtshilfe vorgehen können bzw. diese eventuell als unveränderbare Tatsachen akzeptiert oder normalisiert werden. Nicht zuletzt deshalb ist es notwendig, dass R&G in der Geburtshilfe gesellschaftlich und politisch diskutiert werden. Dabei sollte auch eine Begriffsbildung analog der häuslichen Gewalt stattfinden (Allenbach, 2016).

Die TN berichteten vom Einfluss der Zusammenarbeit auf die Qualität der Betreuung. Zum einen wirkt es sich negativ auf die Betreuung aus, wenn FP untereinander einen nicht respektvollen Umgang pflegen (Lohmann, 2007). Zum anderen kann es sich auch negativ auswirken, wenn die Kompetenzen durch die strukturellen und hierarchischen Bedingungen übergangen werden oder die Rollen nicht klar kommuniziert werden (Kirchner, 2007). Verstärkt wird dies zum Teil auch durch die unterschiedlichen Paradigmen der Ärzteschaft und der Hebammen und der hierarchischen Struktur in Spitälern, in welcher die Entscheidungsmacht bei den Ärztinnen und Ärzten liegt. Diesen Einfluss beschrieb Allenbach (2016) gleichermaßen. Während Bohren et al. (2015) auch hierarchische Strukturen als begünstigenden Faktor nannten, erwähnten Mannava et al. (2015) die schlechte Beziehung zwischen den Mitarbeitenden. Daraus wird ersichtlich, dass hier dringender Handlungsbedarf besteht. Hildebrandt (2008) schlug

vor, dass beide Berufsgruppen ihre gemeinsamen Interessen in den Vordergrund rücken und daraus eine gemeinsame Strategie entwickeln sollen, in der die Rollen klar definiert und gegenseitig auch respektiert werden. Youngson (2015) stellte eine erhebliche Verbesserung der Betreuungsqualität und geburtshilflichen Outcomes (bei gleichzeitiger tieferer Interventionsrate) fest, nachdem die Leitung einen Fokus auf einen partnerschaftlichen und respektvollen intra- und interprofessionellen Umgang gelegt hatte.

Schlechte Arbeitsbedingungen (Schichtbetrieb in Spitälern, Personalmangel, hoher Arbeitsaufwand, inadäquate Finanzierung durch DRG) der FP begünstigen die Entstehung von R&G, was auch von Allenbach (2016), Birthrights (2013), Bohren et al. (2015) und Mannava et al. (2015) erkannt wurde. Für Hebammen stellen eine geringe Wertschätzung ihrer Arbeit sowie eher tiefe Gehälter laut Allenbach (2016) eine erhebliche Gefahr für ein Ausbrennen („Burn-out“) dar. Dies birgt nicht nur das Risiko des wenig respektvollen Umgangs mit Klientinnen, sondern kann für die Hebamme eine erhebliche Gesundheitsbelastung darstellen, was wiederum Kosten verursacht. Berufspolitisch muss sich hier dringend dafür eingesetzt werden, dass mit neuen Arbeitsformen etc. solche Arbeitsbedingungen geschaffen werden, dass sowohl Hebammen als auch Ärztinnen und Ärzte (und andere FP) nicht auf Kosten ihrer eigenen Gesundheit oder ihres Privatlebens arbeiten müssen.

Fachgesellschaftliche und klinikinterne Leitlinien missachten schon häufig durch ihren immanenten Druck, sich daran halten zu müssen, die Autonomie der Frauen. Das führt dazu, dass sich FP häufig dazu gezwungen sehen sich zwischen den Rechten der Frau und den strukturellen Leitlinien zu entscheiden. Dieses Problem wurde auch von Birthrights (2013) geschildert. Sackett (1996) betonte, dass evidenzbasierte Entscheidungen nicht ausschließlich auf externer klinischer Evidenz beruhen dürfen, sondern zwingend die klinische Expertise und die individuelle Situation sowie die Werte der zu Betreuenden einbezogen werden müssen. Leitlinien sollten als Entscheidungshilfe und nicht als Handlungsvorschrift benutzt werden (Frohlich & Schram, 2015). Dementsprechend sollten Leitlinien als Empfehlungen formuliert werden und die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin, wie sie von Sackett (1996) beschrieben worden sind, angewendet werden.

Während Mannava et al. (2015) vermuteten, dass in privaten Gesundheitseinrichtungen weniger R&G stattfindet bzw. Frauen auch häufiger die Betreuung durch traditionelle Hebammen bevorzugten, lassen die Aussagen der hier befragten FP den Schluss zu, dass die Betreuung im freiberuflichen Setting tendenziell respektvoller ist. Mundlos (2015) wies jedoch darauf hin, dass R&G auch im Geburtshaus oder bei Hausgeburten

stattfinden könne. Tatsache ist jedoch, dass laut National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) gesunden, risikoarmen Schwangeren in hebammengeleiteten Settings weniger Interventionen drohen.

6.4 Limitationen

Aus ethisch-rechtlichen Gründen wurden in der vorliegenden Arbeit ausschließlich FP und keine Klientinnen befragt. Das Kollektiv von sechs interviewten FP begründet sich in begrenzten zeitlichen Ressourcen und dem begrenzten Umfang der Arbeit. Auch mit den Ergebnissen von Allenbach (2016) konnte wahrscheinlich keine Datensättigung erreicht werden. Diese Arbeit deckt gewisse Aspekte von R&G auf, es muss aber überprüft werden, ob sich das Erleben der FP mit dem Erleben der Frauen deckt und ob durch weitere Forschung noch weitere Aspekte entdeckt werden können. Die Reduktionen wurden von den Autorinnen gegenseitig validiert; die Kategorien wurden jedoch nicht anhand des Ausgangsmaterials überprüft. Um die Gültigkeit der Kategorien zu bestätigen, müsste eine Validierung bzw. Überprüfung durch die Befragten und eine Expertin oder einen Experten erfolgen.

Trotz gewisser Schwächen der analysierten Literatur kann davon ausgegangen werden, dass sie zur Beantwortung der Fragestellung beigetragen haben.

7 Schlussfolgerung

R&G kommen auch in der Schweizer Geburtshilfe vor, jedoch im weltweiten Vergleich in anderen, wahrscheinlich meist subtileren Ausprägungen. Am auffallendsten ist hier, dass die Frauen häufig ungenügend oder sogar manipulierend über Interventionen aufgeklärt werden. Auch finden einige Interventionen wie z.B. die Episiotomie ohne Einwilligung statt. Als mögliche Gründe dafür sehen die TN strukturelle Bedingungen, die Angst vor forensischen Folgen und eine mangelnde Sensibilisierung auf gesellschaftlicher, politischer und individueller Ebene.

Im Zusammenhang mit einer respektvollen Geburtshilfe besteht in der Schweiz Veränderungsbedarf: Zum einen müsste bei FP, in der Gesellschaft und auf politischer Ebene durch gezielte Aufklärung eine Sensibilisierung und ein Bewusstsein für R&G in der Geburtshilfe stattfinden, was auch eine Begriffsbildung erfordert (Beispiel: ‚häusliche Gewalt‘). FP müssten zudem gezielt darin geschult werden, Frauen, unabhängig der Betreuungssituation, ausführlich und gerecht zu informieren und besonders in Notsituationen klientinnengerecht zu kommunizieren. Auch sollte jeder Frau die Möglichkeit einer Geburtsnachbesprechung gegeben werden. Dabei sollte auch die transkulturelle

Kompetenz berücksichtigt werden. Zum anderen wäre ein Paradigmenwechsel weg von der Technik- und Risikoorientierung und paternalistischer Entscheidungsmacht von FP hin zur Salutogenese und der Selbstbestimmung der Frau wünschenswert. Dabei sollte die individuell angepasste und evidenzbasierte Betreuung der Klientinnen in den Vordergrund gestellt und adäquat finanziert werden. Kontinuierliche Betreuungsformen müssen gesundheitspolitisch gefördert werden. Frauen müssen dazu befähigt werden ihre Rechte wahrzunehmen, diese einzufordern und ihre Betreuung sorgfältig und bewusst zu wählen. Dabei könnte eine Zertifizierung von mütterfreundlichen Geburtshilfeeinrichtungen nützlich sein. Gleichzeitig muss von den Fachverbänden geklärt werden, wie sowohl die Rechte der Frauen als auch die FP rechtlich geschützt werden können.

Bestehende Strukturen müssen auf ihnen innewohnende Gewalt untersucht und angepasst werden. Das bedeutet, dass beispielsweise Hierarchien aufgebrochen und die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen geklärt werden müssen. Zudem müssen für FP bessere Arbeitsbedingungen geschaffen werden, wobei auch Arbeitsformen entwickelt werden sollten, die es den FP ermöglichen gleichzeitig den Bedürfnissen der Frauen wie auch ihren eigenen Bedürfnissen gerecht zu werden. Ein respektvoller intra- und interprofessionelle Umgang (auch mit Auszubildenden), der sich positiv auf den Umgang mit Klientinnen auswirkt, soll durch Workshops und Verankerung in der Ausbildung gefördert werden.

Um das tatsächliche Ausmaß von R&G in der Schweizer Geburtshilfe erfassen zu können, müssen qualitative und darauf folgend quantitative Befragungen von Klientinnen durchgeführt werden. Die Einflussfaktoren auf die Entstehung von R&G müssen weiter erforscht werden, um gezielte Interventionen entwickeln zu können, die der Implementierung der respektvollen Geburtshilfe in der Schweiz dienen.

8 Literaturverzeichnis

- Aebi-Müller, R. E. (2008, Mai). *Rechtliche Risiken bei der klinischen und extramuralen Geburtshilfe*. Vortrag gehalten auf dem Hebammenkongress, Sarnen, Schweiz. Abgerufen von http://hebamme.ch/x_dnlld/doku/AbstrRefAebiMuellerd.pdf
- Allenbach, K. (2016). *Gewalt und Respektlosigkeit in der klinischen Geburtshilfe: Inhaltsanalyse vier Interviews mit Hebammen aus der Schweiz* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Fachhochschule Salzburg, Salzburg, Österreich.
- Alsleben, B. (Hrsg.). (2007). *Duden, Das Herkunftswörterbuch: Etymologie der deutschen Sprache* (4., neu bearb. Aufl). Mannheim, Deutschland: Duden.
- Anastasi, E., Borchert, M., Campbell, O. M. R., Sondorp, E., Kaducu, F., Hill, O., ... Lange, I. L. (2015). Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 1–15. doi: 10.1186/s12884-015-0695-9
- Aubry, E., & Cignacco, E. (2015). *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern: Antwort auf das Postulat der Grossrätin Frau Natalie Imboden (126.2013)* [Expertinnen- und Expertenbericht]. Bern, Schweiz: Berner Fachhochschule. Abgerufen von https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule__Fachbereich_Gesundheit.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft, & Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung. (2001). Das Leitlinien-Manual. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (ZaeFQ)*, 95(Suppl I), 1–84. Abgerufen von http://www.awmf.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/llman-05_01.pdf
- Ayers, S. (2007). Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth*, 34(3), 253–263. doi: 10.1111/j.1523-536X.2007.00178.x
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6. ed.). Oxford, England: Oxford University.

- Becker, D. (2005, 30. September). Immer weniger Sonntagskinder: Warum die Geburten an Wochenenden deutlich zurückgehen. Abgerufen am 4. April 2016, von http://www.jacobs-university.de/drupal_lists/archives/news/07124/index.html
- Beech, B. (2000). The effects of mistreating women in labour. *MIDIRS Midwifery Digest*, 10(4), 467–69.
- Behrens, J., & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring: interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen: vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Bern, Schweiz: Huber.
- Berufskonferenz Hebamme. (2007). Berufsdefinition der Hebamme. Abgerufen von http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnld/Berufsdefinition%20der%20Hebamm e%20d.pdf
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., & Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29(10), 1151–1157. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.001
- Birthrights. (2013). Dignity in Childbirth: The Dignity Survey 2013: Women's and midwives' experiences of UK maternity care. Abgerufen von <http://www.birthrights.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2013/10/Birthrights-Dignity-Survey.pdf>
- Bloemeke, V. J. (2003). *„Es war eine schwere Geburt...“: Wie traumatische Erfahrungen verarbeitet werden können*. München, Deutschland: Kösel.
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11, 1–17. doi:10.1186/1742-4755-11-71
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*, 12, 1–32. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Boston, USA: USAID-TRAction Project: Harvard School of Public Health. Abgerufen von

http://tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf

- Bradley, S., Kamwendo, F., Chipeta, E., Chimwaza, W., de Pinho, H., & McAuliffe, E. (2015). Too few staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 1–10. doi: 10.1186/s12884-015-0492-5
- Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Kaiserschnittgeburten in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier* (Nr. 08.3935). Bern, Schweiz: Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen von http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/15309/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdX18e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund verbessern. Abgerufen am 27. Juli 2016, von <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=57791>
- Bundesamt für Statistik. (2013a, 25. März). Gleichstellung von Frau und Mann - Daten, Indikatoren: Häusliche Gewalt. Abgerufen am 22. Juli 2016, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/05/blank/key/08/01.html>
- Bundesamt für Statistik. (2013b, 27. Mai). Medienmitteilung: Europäischer Bericht zur Perinatalgesundheit 2010. Abgerufen am 17. Juli 2016, von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/press.Document.169628.pdf>
- Cipolletta, S., & Sperotto, A. (2012). From the hospital organisation to the childbirth practice: Italian women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 326–336. doi: 10.1080/02646838.2012.707777
- Coalition for Improving Maternity Services. (1996). Mother-Friendly Childbirth Initiative. Abgerufen am 28. Juli 2016, von <http://www.motherfriendly.org/MFCI>
- Danerek, M., Maršál, K., Cuttini, M., Lingman, G., Nilstun, T., & Dykes, A.-K. (2011). Attitudes of Midwives in Sweden Toward a Woman's Refusal of an Emergency Cesarean Section or a Cesarean Section on Request. *Birth*, 38(1), 71–79. Abgerufen von [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1523-536X](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1523-536X)

- d'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681–1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg, Deutschland: Rowohlt.
- Forschungsnetz Gewalt im Geschlechterverhältnis (Hrsg.). (2008). *Gewalt im Geschlechterverhältnis: Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis*. Opladen, Deutschland: Budrich.
- Franke, T. R. (2006). Das Schöne wurde mir genommen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 58(10), 8–11.
- Franke, T. R. (2007, November). „Das Schöne wurde mir genommen“ - wie Gewalterfahrungen unter der Geburt sich auf Bonding und Stillen auswirken. Vortrag gehalten auf dem 6. Dt. Still- und Laktationskongress, Göppingen, Deutschland. Abgerufen von http://www.hebammenhandwerk.de/Das_Schone_wurde_mir_genommen_DH_Z_2008.pdf
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), 42–44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., ... Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), 915–917. doi: 10.2471/BLT.14.137869
- Frohlich, J., & Schram, R. (2015). Clinical guidelines: hindrance or help for respectful compassionate care? In *The roar behind the silence: Why kindness, compassion and respect matter in maternity care* (S. 119–126). London, UK: Pinter & Martin.
- Gerber, M., & Grassi, G. (2011). *Chancengleichheit im Modell der Hebammengeburt* (Bachelorthesis). Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz. Abgerufen von http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/publikationen/HEB/Gerber_Grassi_2011_Chancengleichheit_Hebammengeburt.pdf
- Godenzi, A. (1996). *Gewalt im sozialen Nahraum* (3., erw. Aufl.). Basel, Schweiz: Helbing & Lichtenhahn.

- Greening, M. (2011). *Identifizierung von Belastungsfaktoren und Beanspruchung von Hebammenschülerinnen während der Berufsausbildung* (Inaugural-Dissertation). TU Darmstadt, Darmstadt, Deutschland. Abgerufen von <http://tuprints.ulb.tu-darmstadt.de/2420/>
- Grylka-Baeschlin, S., Van Teijlingen, E., & Gross, M. M. (2014). Cultural differences in postnatal quality of life among German-speaking women—a prospective survey in two countries. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*, 1–12. doi: 10.1186/1471-2393-14-277
- Haaf, M. (2011, 18. November). Gleichberechtigung: Warum wir einen neuen Feminismus brauchen. *ZEIT Campus*. Hamburg, Deutschland. Abgerufen von <http://pdf.zeit.de/campus/2008/02/feminismus-haaf.pdf>
- Hall, M. (2011). 'Containing the container': an exploration of the mother–midwife relationship. *Infant Observation*, *14*(2), 145–162. doi: 10.1080/13698036.2011.583429
- Hartdegen, K. (1996). *Aggression und Gewalt in der Pflege*. Stuttgart, Deutschland: Fischer.
- Hebammenforum. (2007). Umfrage unter Kolleginnen. *Hebammenforum*, *7*(11), 882–885.
- Hildebrandt, S. (2008). Wie Liebhaber in einem Groschenroman. *Hebammenforum*, *8*(2), 98–102.
- Hildebrandt, S. (2009). Die Schwangere gemeinsam betreuen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, *61*(3), 10–12.
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2012*(8), 1–55. doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2013*(7), 1–118. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung: Teil 1*. Paderborn, Deutschland: Junfermann.
- Humanforschungsgesetz (HFG) Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (2014). Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/201401010000/810.30.pdf>

- Hunter, L. P. (2002). Being with woman: a guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 650–657. doi: 10.1177/0884217502239213
- Kirchner, S. (2006). Was in unserer Macht steht. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 58(10), 16–19.
- Kirchner, S. (2007). Gehorsam, Größenwahn, Entfremdung und Entmenschlichung. *Hebammenforum*, 8(11), 891–895.
- Kirkham, M. (2007). Traumatized Midwives. *AIMS Journal*, 19(1), 12–13.
- Kluge, S. (2013). Psychosexuelle Entwicklung der Frau. In A. Stiefel, C. Geist, & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (5., überarb. und erw. Aufl., S. 62–68). Stuttgart, Deutschland: Hippokrates.
- Lohmann, S. (2007). Mit aller Macht. *Hebammenforum*, 8(11), 896–899.
- Manley, K. (2009). Transformationale Kultur: Eine Kultur der Effektivität. In *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 57–79). Bern, Schweiz: Huber.
- Mannava, P., Durrant, K., Fisher, J., Chersich, M., & Luchters, S. (2015). Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Globalization and Health*, 11, 1–17. doi: 10.1186/s12992-015-0117-9
- Martin, J. (2011). Thema Kaiserschnitt: Ethische Fragen ohne einfache Antworten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(6), 218. Abgerufen von <http://www.saez.ch>
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (3., aktual. und überarb. Aufl.). Wien, Österreich: Facultas.
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). München, Deutschland: Oldenbourg.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual. und überarb. Aufl.). Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Meissner, B. R. (2010). *Kaiserschnitt und Kaiserschnittmütter: Frauen erzählen, was sie erlebten und wie sie ihren Kaiserschnitt verarbeitet haben: einfühlsame Unterstützung nach der „Bauchgeburt“ - ein Mutmacher zur seelischen Versöhnung* (2. überarb. Aufl.). Unterbözberg, Schweiz: Autorin.

- Meissner, B. R. (2011). *Emotionale Narben aus Schwangerschaft und Geburt auflösen: Mutter-Kind-Bindungen heilen oder unterstützen - in jedem Alter*. Winterthur, Schweiz: Autorin.
- Metz-Becker, M. (1997). *Der verwaltete Körper: die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main, Deutschland: Campus.
- Mundlos, C. (2015). *Gewalt unter der Geburt: der alltägliche Skandal*. Marburg, Deutschland: Tectum.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014, December 3). Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence. Abgerufen von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
- Nationales Forschungsprogramm 60 Gleichstellung der Geschlechter (NFP60). (2014). *Ergebnisse und Impulse* [Synthesebericht]. Bern, Schweiz: Schweizerischer Nationalfonds. Abgerufen von http://www.nfp60.ch/SiteCollectionDocuments/NFP_60_Synthese_de_Web.pdf
- Pally Hofmann, U. (2014, 15. Mai). *Sorgfaltspflicht der Hebamme*. Vortrag gehalten auf dem Hebammenkongress, Zürich, Schweiz. Abgerufen von http://www.hebamme.ch/de/heb/kongr/assets_2014/praes_pally.pdf
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Bern, Schweiz: Huber.
- Radoff, K. A., Levi, A., & Thompson, L. M. (2012). From Home to Hospital: Mistreatment of Childbearing Women and Barriers to Facility-Based Birth in Nicaragua. *International Journal of Childbirth*, 2(1), 40–50. doi: 10.1891/2156-5287.2.1.40
- Rehbock, T. (2002). Autonomie – Fürsorge – Paternalismus: Zur Kritik (medizin-) ethischer Grundbegriffe. *Ethik in der Medizin*, 14(3), 131–150. Abgerufen von <http://link.springer.com/journal/481>
- RespectResearchGroup. (o. J.). Definition. Abgerufen am 3. April 2016, von <http://wp.respectresearchgroup.org/respekt/definition/>
- Rosen, H. E., Lynam, P. F., Carr, C., Reis, V., Ricca, J., Bazant, E. S., & Bartlett, L. A. (2015). Direct observation of respectful maternity care in five countries: a

- cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 1–11. doi: 10.1186/s12884-015-0728-4
- Rutishauser, N. (2010). *Theater gegen Gewalt: Theaterpädagogische Ansätze zur Gewaltprävention* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Fachhochschule Osnabrück, Lingen/Ems, Deutschland.
- Rycroft-Malone, J. (2009). Implementation von Erkenntnissen aus wissenschaftlichen Untersuchungen: Evidenz, Kontext und Begleitung - der PARIHS- Bezugsrahmen. In *Praxisentwicklung in der Pflege* (S. 105–124). Bern, Schweiz: Huber.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't: It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), 71–72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Salis, B. (2007). Schöner Beruf - schlimme Ausbildung? *Hebammenforum*, 7(3), 162–169.
- Schmid, V. (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Hannover, Deutschland: Staude.
- Schnegg, B. (2013). Der Kampf gegen Gewalt an Frauen als vordringliches Anliegen: Internationale Standards gegen Gewalt an Frauen und Mädchen und verstärktes Schweizer Engagement für Frauenrechte in der UNO. Abgerufen am 2. August 2016, von <http://www.skmr.ch/de/themenbereiche/geschlechterpolitik/artikel/gewalt-frauen.html>
- Schroll, A.-M., Kjaergaard, H., & Midtgaard, J. (2013). Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13, 1–11. doi: 10.1186/1471-2393-13-74
- Schwarz, C. M., & Schücking, B. A. (2005). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *hebamme.ch*, 102(3), 8–10.
- Schweizerischer Hebammenverband. (1994). Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen. Abgerufen 3. April 2016, von http://www.hebamme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexd.pdf
- Seidel, H.-C. (1998). *Eine neue „Kultur des Gebärens“: die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland*. Stuttgart, Deutschland: Steiner.

- Sektion Bern, SHV. (2014). Hintergrund zur Petition Einführung hebammengeleitete Geburtshilfemodelle in Spitälern. Abgerufen von <http://s1bba73522c02c0b5.jimcontent.com/download/version/1461665103/module/11099658999/name/Hintergrund%20zur%20Petition%20Einfu%CC%88hung%20hebammengeleitete%20Geburtshilfemodelle%20in%20Spita%CC%88lern%20Deutsch%20update%20Dez2014.pdf>
- Simon, G. (2007, 19. Juni). Das doppelte Antlitz der Gewalt. Abgerufen am 3. April 2016, von http://thumulla.com/home/das_doppelte_antlitz_der_gewalt.html
- Srivastava, A., Avan, B. I., Rajbangshi, P., & Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*, *15*, 1–12. doi: 10.1186/s12884-015-0525-0
- Stadlmayr, W., Amsler, F., Lemola, S., Stein, S., Alt, M., Bürgin, D., ... Bitzer, J. (2006). Memory of childbirth in the second year: The long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 211–224. doi: 10.1080/01674820600804276
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim, Deutschland: Juventa.
- United Nations. (1966). International Covenant on Civil and Political Rights. Abgerufen am 3. April 2016, von <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- Vogel, J., Bohren, M., Tunçalp, Ö., Oladapo, O., & Gülmezoglu, A. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *123*(5), 671–674. doi: 10.1111/1471-0528.13750
- Warren, C., Njuki, R., Abuya, T., Ndwiga, C., Maingi, G., & Serwanga, J. (2013). Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*, *13*. doi: 10.1186/1471-2393-13-21
- White Ribbon Alliance. (2014). Respektvolle Geburtshilfe: die universellen Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen. *hebamme.ch*, *112*(5), 12–15.
- White Ribbon Alliance. (o. J.). Respectful Maternity Care. Abgerufen am 3. April 2016, von <http://whiteribbonalliance.org/campaigns2/respectful-maternity-care/>

- Wojnar, D. M. (2015). Perinatal Experiences of Somali Couples in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(3), 358–369. doi: 10.1111/1552-6909.12574
- Wolber, E. (2007). Facetten der Gewalt in der geburtshilflichen Arbeit. *Hebammenforum*, 8(11), 886–890.
- Wolfertz, T. (2016, 19. Juni). Der Fall Anna R. oder: Die Geburt als Risiko? [Podcast]. *NDRInfo: Das Feature*. Hamburg, Deutschland. Abgerufen von https://www.ndr.de/info/sendungen/das_feature/Der-Fall-Anna-R-oder-Die-Geburt-als-Risiko,sendung480698.html
- World Health Organization. (2015a). Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/22/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2015b). Caesarean sections should only be performed when medically necessary. Abgerufen am 22. Juli 2016, von <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>
- Youngson, R. (2015). Kindness is a cost-effective solution. In *The roar behind the silence: Why kindness, compassion and respect matter in maternity care* (S. 208–218). London, UK: Pinter & Martin.

9 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Definition of disrespectful and abusive treatment (D&A) of women in childbirth (Freedman & Kruk, 2014, S. 43)	14
Abbildung 2. Ergebnisse Literaturrecherche (eigene Darstellung)	23
Abbildung 3 Übersicht Haupt- und Unterkategorien der qualitativen Erhebung (eigene Darstellung)	37

10 **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Auszug aus dem Hebammenkodex	11
Tabelle 2. Universelle Rechte von schwangeren und gebärenden Frauen (WRA, 2014, S. 14-15).....	11
Tabelle 3. Ein- und Ausschlusskriterien der Literatúrauswahl.....	17
Tabelle 4. Ausgeschlossene Publikationen	22
Tabelle 5. Ergebnis Bohren et al., 2015.....	24
Tabelle 6. Ergebnis Mannava et al., 2015	26
Tabelle 7. Ergebnis Allenbach, 2016	28
Tabelle 8. Ergebnis Birthrights, 2013.....	29
Tabelle 9. Ergebnis Mundlos, 2015	30
Tabelle 10. Stärken-Schwächen-Profil.....	32

11 Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BfS	Bundesamt für Statistik
CIMS	Coalition for Improving Maternity Services
DRG	Diagnosis Related Groups
FP	Fachperson/Fachpersonen
G&R	Gewalt und Respektlosigkeit
HFG	Humanforschungsgesetz
HK	Hauptkategorie
IUFT	Intrauteriner Fruchttod
K	Kategorie
MFCI	Mother-friendly Childbirth Initiative
NFP	Nationales Forschungsprojekt
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PDA	Periduralanästhesie
R&G	Respektlosigkeit und Gewalt
RMC	Respectful Maternity Care
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
TN	Teilnehmende Person/Personen
UK	United Kingdom (Vereintes Königreich)
VU	Vaginale Untersuchung/Untersuchungen
WHO	World Health Organisation
WRA	White Ribbon Alliance