



## **Gewalt in der Geburtshilfe**

Eine qualitative Forschungsarbeit zur Wahrnehmung des  
geburtshilflichen Personals

Bachelorarbeit

Vorgelegt von:	Matrikelnummer:
Hannah Martin	243204
Veronika Simon-Kutscher	343069
Dorothea Schöneberg	643151

Im Studiengang:  
Hebammenkunde  
SoSe 2019

Referentin: Prof. Dr. Müller-Rockstroh

Ko-Referentin: Prof. Dr. Hahn

Fulda, 10. Juli 2019

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Studien und Initiativen Betroffener haben das Thema der geburtshilflichen Gewalt in den Fokus gerückt. Schätzungen gehen von 10% bis 50% Betroffenen aus (DHV 2018: 2; Mundlos 2016: 27). Es gibt keine genauen Angaben zur Anzahl der Betroffenen und keine Untersuchungen zu den Ursachen und den Wahrnehmungen des Gesundheitspersonals zur Thematik. Aus diesem Grund gibt es keine Veränderung in der klinischen Geburtshilfe bezüglich des Vorkommens geburtshilflicher Gewalt.

**Fragestellung:** Zum einen soll die Frage geklärt werden, wie und ob geburtshilfliches Personal geburtshilfliche Gewalt wahrnimmt. Zum anderen ergibt sich die Frage, welche Faktoren (aus Sicht des Geburtshilfepersonals) das Vorkommen geburtshilflicher Gewalt beeinflussen und welche zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

**Methodik:** Zuerst wird mithilfe einer Literaturrecherche der theoretische Hintergrund erarbeitet und der aktuelle Forschungsstand dargelegt. Im Anschluss daran werden leitfadengestützte, problemzentrierte Experteninterviews mit jeweils drei WeHen, Hebammen und Assistenzärztinnen in Hessen und Niedersachsen durchgeführt und transkribiert. Diese werden anschließend mittels Grounded Theory Methodologie (vgl. Glaser & Strauss 2005) ausgewertet und diskutiert.

**Ergebnisse:** Grundsätzlich nehmen (werdende) Hebammen geburtshilfliche Gewalt wahr. Strukturelle Gewalt wird nur implizit/bedingt wahrgenommen. Die (werdenden) Hebammen hatten sich bereits vor der Befragung mit der Thematik beschäftigt und sind (teilweise) sensibilisiert. Grundsätzlich nehmen Assistenzärztinnen geburtshilfliche Gewalt im Arbeitsalltag wahr. Vor allem physische Gewalt, strukturelle und psychische Gewalt nur bedingt. Die Assistenzärztinnen hatten sich vor der Befragung nicht mit der Thematik auseinandergesetzt, sie sind kaum sensibilisiert. Als Faktoren zur Vorbeugung von geburtshilflicher Gewalt wurden strukturelle Veränderungen, Veränderungen der beruflichen Arbeits- und Sichtweise genannt.

**Fazit:** Geburtshilfliche Gewalt findet statt und wird vom Gesundheitspersonal wahrgenommen. Eine einheitliche Definition sowie systematische Aufklärung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen fehlen. Diese sind dringend notwendig. Außerdem bedarf es weiteren Forschungsarbeiten und Erhebungen zur Anzahl der Betroffenen und den Auswirkungen. Nur so können die nötigen strukturellen Änderungen im Gesundheitssystem initiiert werden, um geburtshilfliche Gewalt zu verhindern.

**Schlagworte:** geburtshilfliche Gewalt, Respektlosigkeit und Gewalt unter der Geburt, Gewalt, Hebammenschülerin, Hebammenstudentin, Hebamme, Geburtshelfer, Assistenzarzt

## **Abstract**

**Background:** Initial studies in Germany and initiatives of affected persons have created awareness for the topic on obstetric violence. Estimations suggest that between 10% and 50% (DHV 2018: 2; Mundlos 2016: 27) of pregnant women in Germany are affected by obstetric violence. Studies on the number of victims, causes and the experiences concerning professional health care staff are currently missing. Therefore, the instances of obstetric violence still persist today.

**Aim:** The research question, whether and how obstetric health care professionals experience obstetric violence will be addressed. The question, concerning the parameters which influence (from the health care professionals' point of view) the incidence rate of obstetric violence will also be clarified. This could improve the current situation for pregnant women.

**Method:** A literature research outlines the theoretical background and the current research to date. Three (student) midwives and obstetricians in Hessen and Lower-Saxony were recruited and problem-centred, guided expert-interviews were conducted and recorded. The interviews were transcribed and analysed with grounded theory (according to Glaser & Strauss 2005).

**Results:** The (student) midwives and obstetricians generally reported experiences of obstetric violence at work. They have a limited perception of structural violence. The (student) midwives and obstetricians have had some insight into the subject before the interview and thus, they are partially sensitised. They primarily named structural improvements in the health care system as parameters in the prevention of obstetric violence, as well as improved opportunities for self-care and a change in the mode of operation.

**Discussion:** Obstetric violence is a reality for many women and is experienced not only by the women giving birth but also by health care professionals. A standardised definition, thorough education and the implementation of prevention policies are missing. These are however, urgently needed. Furthermore, there is a demand for more research, aiming to explore the experiences of victims of obstetric violence and its impact. This is the only way to initialise structural changes in the health care system and thus, to eliminate obstetric violence.

**Keywords:** Obstetric violence, disrespect and abuse during childbirth, violence, student midwives, midwife, physician, obstetrician

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>„Hauptsache, das Kind ist gesund!“ - Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Ein theoretischer Überblick zu ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘ .....</b>	<b>3</b>
2.1	Komplexität (geburtshilflicher) Gewalt .....	3
2.2	Prävalenz und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt .....	8
2.3	Gesundheitspolitische Stellungnahmen und gesellschaftliche Bewegungen .	10
2.4	Auswirkungen und Maßnahmen der Prävention .....	13
<b>3</b>	<b>Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>18</b>
3.1	Auswahl der Datenerhebungsmethode.....	18
3.2	Ethische Aspekte der Forschung .....	19
3.3	Auswahl der Interviewpartnerinnen.....	21
3.4	Datenerhebung .....	24
3.5	Gütekriterien und Limitation der Datenerhebung .....	33
3.6	Datenauswertung .....	35
<b>4</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>38</b>
4.1	Darstellung der Ergebnisse der werdenden Hebammen .....	38
4.2	Darstellung der Ergebnisse Hebammen .....	49
4.3	Darstellung der Ergebnisse der Assistenzärztinnen .....	60
<b>5</b>	<b>Diskussion und Fazit .....</b>	<b>71</b>
5.1	Einzeldiskussion werdende Hebammen .....	71
5.2	Einzeldiskussion Hebammen .....	73
5.3	Einzeldiskussion Assistenzärztinnen .....	74
5.4	Gesamtdiskussion.....	78
5.5	Fazit .....	84
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>87</b>

# 1 „Hauptsache, das Kind ist gesund!“ - Einleitung

Der Fokus auf das ‚gesunde Kind‘ das von geburtshilflichem Personal (und Eltern) als das erstrebenswerte Endziel der Geburt verfolgt wird begünstigt Interventionen, die das Recht der Frau auf eine selbstbestimmte Geburt nicht (mehr) berücksichtigen. Interventionen können so gewaltvolle Handlungen darstellen, die Gebärende zu Betroffenen geburtshilflicher Gewalt machen. Diesen primären Blick der Geburtsmedizin auf (die Gesundheit) des (ungeborenen) Kindes beschreibt der Arzt und Gesundheitswissenschaftler Wagner als zentralen Teil einer medikalisierten und technisierten modernen Geburtshilfe, die dabei allerdings (dazu tendiert) die werdende Mutter aus dem Blick zu verlieren (Wagner 2001 25 f.).

Ärzt\*innen<sup>1</sup> und Hebammen erklären bzw. rechtfertigen diese gewaltvollen Interventionen häufig im Hinblick auf die strukturellen Faktoren, denen moderne Geburtshilfe unterliege: zeitlicher Druck, Personalmangel, Abhängigkeitsverhältnisse. Die WHO nennt diese Zwänge strukturelle Gewalt und weist auf Missbrauch und Vernachlässigung in geburtshilflichen Einrichtungen hin (WHO 2014).

In diesen strukturellen Zwängen arbeitend sind Hebammen und Ärzt\*innen sowohl ‚Opfer der Umstände‘ und Mitbetroffene dieser Gewalt; sie sind aber auch (Mit)Täter\*innen.

Der Fokus auf ‚das gesunde Kind‘ verschleiert damit das Ausmaß der Gewalt, begünstigt das Schweigen aller Betroffenen und verzögert den kritischen Umgang mit Gewalt. Gleichzeitig weisen erste Forschungsergebnisse auf die große Anzahl von Gewalt betroffenen Müttern in Deutschland hin. Schätzungen liegen hierbei zwischen 10% und 50% (DHV 2018: 2; Mundlos 2016: 27). Der derzeitige Fokus „Hauptsache, das Kind ist gesund!“ führt direkt zu der These, die unserer Arbeit zugrunde liegt.

Unsere These lautet: Obwohl mittlerweile Studien und Initiativen Betroffener das Thema Gewalt unter der Geburt in den Fokus gerückt haben, wird dies von Seiten des klinischen Geburtshilfepersonals nicht aufgegriffen. Veränderungen finden dadurch nicht statt.

Die Ursachen und Einflussfaktoren sollen aus der subjektiven Sichtweise des geburtshilflichen Personals erfasst und beschrieben werden. Dazu ist es nötig, die Wahrnehmung der Thematik durch das Gesundheitspersonal darzustellen und mögliche Einflussfaktoren für die Verbesserung beziehungsweise der Ignoranz der Situation für die betroffenen Frauen zu identifizieren. Im Fokus stehen werdende Hebammen, Hebammen und Assistenzärzt\*innen, da diese Berufsgruppierungen dem Geburtsgeschehen am Nächsten sind.

<sup>1</sup> Auf Grund der Leserlichkeit werden in dieser Arbeit geschlechterspezifische Bezeichnungen mit einem Asterisk gekennzeichnet, Ausnahme bildet die Bezeichnung Hebamme, sie gilt geschlechterübergreifend.

Die Fragestellungen lauten:

- Wie nimmt das geburtshilfliche Personal Gewalt in der Geburtshilfe wahr?
- Welchen Faktoren führen aus Sicht des Gesundheitspersonals zur Entstehung geburtshilflicher Gewalt?
- Welche Faktoren tragen aus Sicht des geburtshilflichen Personals zu einer Verbesserung der Situation bei?

Unsere Ziele sind, zunächst die Situation in den geburtshilflichen Einrichtungen und das daraus resultierende Handeln des zuständigen Personals besser nachvollziehen zu können, und so die Notwendigkeit der Sensibilisierung des geburtshilflichen Personals bezüglich der Thematik herauszustellen. Des Weiteren soll unsere Forschungsarbeit als mögliche Grundlage dienen für weitere, darauf aufbauende, dann repräsentative Forschungen.

Die vorliegende Arbeit beinhaltet eine empirische, qualitative Datenerhebung mittels leitfadengestützter problemzentrierter Interviews und gliedert sich wie folgt: Kapitel 2 stellt mit dem Rückgriff auf verschiedene Definitionen die Komplexität von geburtshilflicher Gewalt dar. Des Weiteren erläutern wir den gegenwärtigen Forschungsstand im Hinblick auf die Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt auf die in der Geburtssituation beteiligten Frauen und ihre Familien sowie der (werdenden) Hebammen und Ärzt\*innen. Kapitel 3 beschreibt das methodische Vorgehen: Aus jeder Berufsgruppierung wurden drei Interviewpartner\*innen ausgewählt, die jeweils von je einer Forschenden unserer Gruppe durchgeführt und anschließend mittels der Grounded Theory Methodologie ausgewertet wurden. Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse aus den Befragungen präsentiert. Jede einzelne Autorin stellt dabei die Ergebnisse, der von ihr befragten Berufsgruppierung vor. Um einen Gesamtüberblick über die Ergebnisse aus den Interviews mit den zwei anderen Berufsgruppierungen zu erhalten und um die Gesamtdiskussion nachvollziehen zu können, werden die Resultate der beiden jeweils fehlenden Berufsgruppierungen im Anhang der Arbeit beigefügt. Die jeweilige Einzel- und daraus folgende Gesamtdiskussion in Kapitel 5 mündet in einem gemeinsamen Fazit.

## 2 Ein theoretischer Überblick zu ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘

### 2.1 Komplexität (geburtshilflicher) Gewalt

Um den Begriff Gewalt in der Geburtshilfe verstehen und entsprechend einordnen zu können, muss zunächst der Begriff der Gewalt definiert und anschließend ein Überblick über die verschiedenen Formen der Gewalt gegeben werden. Da sich der Begriff der „Gewalt“ durch hohe Komplexität auszeichnet, gibt es keine einheitliche wissenschaftliche Definition. Ob bestimmte Verhaltensweisen akzeptabel sind und wann Grenzen überschritten werden und dementsprechend eine Gefährdung droht, wird stark von sozialen, kulturellen sowie politischen Faktoren beeinflusst und unterliegt einem fließenden Prozess (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2001: 9; WHO 2003: 5 f.).

Die World Health Organisation definiert Gewalt im gesundheitlichen Kontext:

„Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.“ (WHO 2003: 6)

Hier wird der Gewaltbegriff als absichtliche Handlung beschrieben. Es wird näher definiert, wer von Gewalt betroffen sein kann, sowie mögliche Folgen gewaltvoller Handlungen aufgelistet. Die WHO unterscheidet zwischen physischer und psychischer Gewalt. Es ist kritisch zu sehen, dass nur absichtsvolle Handlungen als gewalttätig definiert werden und somit die Subjektivität der Betroffenen außer Acht gelassen wird. Der Friedens- und Konfliktforscher Johann Galtung (1975: 9) begründet eine weitere Definition, die oftmals als Grundlage sozialwissenschaftlicher Arbeiten herangezogen wird. Diese besagt, dass Gewalt nicht grundsätzlich bewusst ausgeübt wird. Zudem teilt Galtung Gewalt in drei Formen ein. Personale Gewalt, die einen konkreten Täter\*in fordert, strukturelle Gewalt, die aufgrund ungleicher Machtverhältnisse entsteht und gesellschaftlich verankert ist und kulturelle Gewalt, die durch bestimmte kulturelle Eigenschaften sowohl personale als auch strukturelle Gewalt legitimiert. Somit muss zum einen diskutiert werden, ob dem\* Täter\*in die Anwendung von Gewalt stets bewusst ist und zum anderen muss auch die Subjektivität des Opfers in Betracht gezogen werden. Die persönliche Grenze eines jeden Menschen ist individuell verschieden. Somit werden auch Grenzüberschreitungen und Grenzmissachtungen unterschiedlich bewertet und

können sich in ihren Auswirkungen stark unterscheiden. Daran wird auch deutlich, dass es unterschiedliche Formen von Gewalt gibt. Diese beiden Definitionen führen anschaulich die Komplexität des Begriffes „Gewalt“ vor Augen.

Die Schwierigkeit ‚Gewalt in der Geburtshilfe‘ als Forschungsthema wie auch als Praxisproblem zu (er)fassen, liegt in dem Fehlen einer allgemein anerkannten Definition geburtshilflicher Gewalt für den deutschen Kontext. In der internationalen Literatur finden sich die Begrifflichkeiten “disrespect and abuse in childbirth“ und “obstetric violence“. Diese wurden in der deutschsprachigen Literatur wörtlich übersetzt und als “Respektlosigkeit und Missbrauch bzw. Gewalt“ und “geburtshilfliche Gewalt/ Gewalt in der Geburtshilfe bzw. Gewalt unter der Geburt“ verwendet. Der Terminus der ‚obstetric violence‘ ist in einigen südamerikanischen Ländern wie Venezuela und Argentinien gesetzlich verankert, in der internationalen Literatur aber umstritten (Pickles 2017). Dem Begriff der “obstetric violence“ liegt eine konkrete Definition zugrunde, anders als bei den uneinheitlichen Begrifflichkeiten im Deutschen. Obstetric violence beschreibt die Aneignung des weiblichen Körpers und dessen reproduktiven Prozessen durch das zuständige Gesundheitspersonal in Form von unmenschlichen Behandlungen, missbräuchlicher Medikalisierung und die Pathologisierung der physiologischen Abläufe. Dies schließt den Verlust der Autonomie der Frauen, eigene Entscheidungen bezüglich ihres Körpers und ihrer Sexualität zu treffen, mit ein. Obstetric violence liegt dann vor, wenn die beschriebenen Aspekte sich negativ auf die Lebensqualität der Frauen auswirken. Weiterhin wird beschrieben, dass die physiologischen Prozesse vor, während und nach der Geburt respektiert werden müssen (Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas 2007: 30). Der Originaltext der Definition befindet sich im Anhang (Seite i). Insbesondere wird deutlich, dass obstetric violence Gewalt gegen Frauen darstellt und somit geschlechterspezifisch und sexistisch ist (Pickles 2017). Insgesamt ist die Definition jedoch unkonkret formuliert und beschreibt ausschließlich Frauen als mögliche Betroffene von Gewalt und ignoriert die mögliche Betroffenheit des (ungeborenen) Kindes und Partner\*innen, sowie des geburtshilflichen Personals.

Aufgrund dieser Einschränkung entscheiden wir uns gegen die Definition der ‚obstetric violence‘ als Grundlage für unsere Forschungsarbeit. Eine geeignete Definition für unsere Arbeit stellt die der Gründerin der Initiative Gerechte Geburt e.V. und Initiatorin der Bundestagspetition gegen Gewalt in der Geburtshilfe (2018) Mascha Grieschat dar, die sich auf die Gewaltdefinition von Galtung bezieht.

„Gewalt in der Geburtshilfe sind Handlungen, Vorgänge und/oder systemische sowie soziale Zusammenhänge, die sich während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett negativ beeinflussend, verändernd oder schädigend



auf Frauen, gebärfähige Menschen (Transsexuelle) und ihre (ungeborenen) Kinder auswirken. Indirekt können auch Partner/innen, geburtshilfliches Personal oder Familienangehörige betroffen sein.“ (Grieschat 2014)

Diese Definition basiert auf einem umfassenderen Verständnis, vor allem im Hinblick auf die Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt nicht nur auf Frauen. Aufgrund unserer persönlichen Erfahrungen in der praktischen Ausbildung halten wir das Einbeziehen der Partner\*innen, des (ungeborenen) Kindes und des geburtshilflichen Personals für unausweichlich. Als Ausübende von geburtshilflicher Gewalt können das medizinische Personal, aber auch alle sonstigen Beteiligten in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett genannt werden. Gewaltvolle (Nicht-) Handlungen können sowohl wissentlich und/oder absichtlich als auch unwissentlich und/oder unabsichtlich vollzogen werden. Wichtig aber ist, dass alle (Nicht-)Handlungen subjektiv erlebt und bewertet werden. Ob diese als gewaltvoll empfunden werden, ist jedoch abhängig von den Umständen und der Art der Behandlung (Franke 2007: 3; Grieschat 2014; Mundlos 2015: 35). Die Soziologin und Autorin des Buches „Gewalt unter der Geburt - ein alltäglicher Skandal“ Christina Mundlos unterscheidet ebenfalls unter Einbeziehung der Gewaltdefinition von Galtung drei Formen von Gewalt (Mundlos 2015: 31 ff.). Auch die deutsche Hebammenwissenschaftlerin Tara Franke und Mascha Grieschat beschreiben diese drei Formen (Franke 2006: 8). Im Folgenden geben wir einen Überblick über die Formen der Gewalt in der Geburtshilfe und nennen jeweils einige Beispiele, um ein konformes Verständnis zu generieren. Die genannten Punkte sind in Mundlos (2015: 35 f., 55), Grieschat (2014) und Franke (2007: 2 ff.) aufgeführt.

Unter **physischer Gewalt** fallen alle Interventionen ohne Einwilligung und/oder Aufklärung, sowie Interventionen ohne medizinische Notwendigkeit (z.B. Dammschnitt, vaginale Untersuchung, Kristellerhandgriff). Des Weiteren wird die Einschränkung der Bewegungsfreiheit (z.B. durch Dauer-CTG) der Gebärenden als physische Gewalt definiert. Auch grobe, schmerzhafte Behandlungen, sowie unsachgemäße Durchführung medizinischer Maßnahmen fallen unter diese Form geburtshilflicher Gewalt.

Unter **psychischer Gewalt** wird das Hinwegsetzen über die Rechte und Wünsche der Gebärenden und das Missachten des Selbstbestimmungsrechts verstanden. Darüber hinaus fallen verbale Gewalt, ein respekt- und würdeloser Umgang, sowie jegliche Nötigung und Machtmissbrauch durch das geburtshilfliche Personal unter diese Form. Mangelnde bzw. Fehlinformation und eine fehlende echte Wahlfreiheit stellen psychische Gewalt dar.

Die Form der **strukturellen Gewalt** ist nur schwer fassbar. Konkrete Aspekte, die unter diese Form der geburtshilflichen Gewalt fallen, stellen auch gleichzeitig Ursachen für das

Auftreten geburtshilflicher Gewalt dar. Das vorherrschende System der klinischen Geburtshilfe ermöglicht und fördert das Entstehen geburtshilflicher Gewalt. Die Geburtshilfe in Deutschland als auch weltweit unterliegt vielen strukturellen Zwängen und Vorschriften und ist abhängig von politischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Faktoren: So sind in Deutschland durchschnittlich nur noch circa 6% der Geburtsverläufe interventionsfrei, also ohne operative Eingriffe, Einsatz von Medikamenten, oder mechanische Hilfen für eine vaginal-operative Geburtsbeendigung (Sadler et al. 2016: 48). Die zunehmende Medikalisierung und Technisierung der Geburtshilfe ist durch zahlreiche nationale, wie internationale Forschung belegt. Infolgedessen geht das Wissen um unbeeinflusste, physiologische Geburtsverläufe verloren und eine Geburtshilfe ohne Interventionen und Eingriffe ist für das zuständige Personal nicht mehr vorstellbar. Daraus resultierend, ist es dem geburtshilflichen Personal nicht mehr möglich, die Ausmaße ihrer Interventionen zu reflektieren und eine Geburtsphysiologie zu fördern und präventiv zu handeln. Steigende Interventionsraten stellen bewiesenermaßen keinen Mehrwert für Schwangere, Gebärende und (ungeborene) Kinder dar (Mundlos 2015: 39 ff.; Schwarz/Schücking 2004: 22 ff.; Wagner 2001: 25 f.).

Da die Normalität interventionsreicher Geburtsverläufe aus verschiedenen komplexen strukturellen Zusammenhängen resultiert, werden diese nochmals näher erläutert. Einerseits führt die Ökonomisierung der klinischen Geburtshilfe zu personeller Unterbesetzung und somit zu einem nicht bewältigbaren Arbeitsaufkommen. Dies wiederum führt zu einer höheren Bereitschaft Interventionen vorzunehmen, da diese finanziell entlohnt werden. Auch führt die Angst des geburtshilflichen Personals vor forensischen Konsequenzen zusätzlich zur Durchführung unnötiger Interventionen. Des Weiteren finden wissenschaftliche und evidenzbasierte Ergebnisse nur wenig Umsetzung in der klinischen Praxis, da diese einerseits nicht glaubwürdig erscheinen und andererseits Veränderungen in der gewohnten Arbeitsweise mit sich bringen würden. Ein weiterer Faktor, der ursächlich zu steigenden Interventionsraten führt, ist der Einfluss der Ärzteschaft auf Schwangerschaft und Geburt. Hebammen nehmen oft nur noch eine marginale Rolle im Geburtsgeschehen ein. Konträr dazu zeigt sich, dass es in Gesundheitssystemen mit hebammengeleiteter Vorsorge und hebammengeleiteter Geburtshilfe niedrigere Interventionsraten gibt. Dies verdeutlicht die unterschiedliche Sichtweise von Hebammen und Ärzt\*innen auf Schwangerschaft und Geburt (Mundlos 2015: 55; Schwarz/Schücking 2004: 22 ff.; Wagner 2001: 25 ff.)

Auch die Betrachtung von Gewalt in der Geburtshilfe als geschlechterspezifische Gewalt gegen Frauen darf vor allem im gesellschaftlichen und geschlechterpolitischen Kontext nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Mundlos 2015: 32; Borges 2018: 830, 862). Schwangerschaft und Geburt sind eine sensible Phase im Leben einer Frau und so ist ein

starkes Bedürfnis nach Sicherheit vorhanden. Ebendiese verspricht das Angebot der medizinischen Überwachung. Allerdings spricht die moderne Geburtsmedizin den Frauen die Fähigkeit ab, Vertrauen in ihren eigenen Körper zu fassen und selbstbestimmt zu gebären. Dadurch entsteht ein Abhängigkeitsverhältnis der Gebärenden zum Gesundheitspersonal und damit ein Machtgefälle. Das System degradiert die Frau zu einer fremdbestimmten Patientin, die nicht mehr im Mittelpunkt steht, was einem Vertrauensmissbrauch gleichkommt und eine Machtlosigkeit der Gebärenden verursacht (Mundlos 2015: 50 f.). Ein weiterer Aspekt, der das Auftreten geburtshilflicher Gewalt begünstigt, ist die Folgenlosigkeit der gewaltvollen Handlungen für die Täter\*innen. Viel mehr erhalten diese in der Geburtshilfe oft sogar Wertschätzung und Lob seitens der Betroffenen, was wiederum eine Statussteigerung zur Folge hat (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2001: 12 f.; Grieschat 2014).

Nach der Betrachtung geburtshilflicher Gewalt in einem Kausalzusammenhang mit strukturellen und systemischen Gegebenheiten des Gesundheitssystems darf nicht vergessen werden, dass es auch andere Ansätze und Theorien für die Beantwortung der Frage nach Ursachen des Vorhandenseins von Gewalt gibt. So kann Gewalt auch durch kulturelle Werte und soziale Strukturen entstehen. Das bedeutet unter anderem, dass Gewalt ein Mittel ist um Rollen und Rangordnungen innerhalb eines Systems herzustellen und aufrecht zu erhalten. Des Weiteren können patriarchale Gesellschaftsstrukturen und ungleiche Machtverhältnisse innerhalb eines Systems begünstigend oder auch ursächlich für das Entstehen von Gewalt sein. Personenzentrierte Theorien beinhalten zum einen psychopathologische Ansätze, die gewaltvolle Handlungen auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie psychische Dispositionen und Verhaltensauffälligkeiten zurückführen. Zum anderen gibt es sozialpsychologische Lerntheorien und Stresstheorien, welche in der Kindheit erlerntes Verhalten und besondere Belastungen (stressige Ereignisse) als Auslöser für Gewalt auffassen. Alle Theorien und Ansätze zur Erklärung der (Hinter-)Gründe von Gewalt wurden durch zahlreiche Forschungen sowohl bestätigt als auch widerlegt. Dies spiegelt die Komplexität des Phänomens (geburtshilflicher) Gewalt wieder (Mundlos 2015: 33 f.; Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2001: 12 f.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich geburtshilfliche Gewalt in allen drei Formen fast ausschließlich auf die vorherrschenden Strukturen des Gesundheitssystems und der Kliniken zurückführen lässt und ein globales Problem darstellt, denn sie ist nicht an einzelne Personen und Krankenhäuser geknüpft (Mundlos 2015: 32; WHO 2014: 4). Auch wird die Komplexität der geburtshilflichen Gewalt in ihren unterschiedlichen Formen und Ausmaßen deutlich. Das geburtshilfliche Personal als Teil dieses Systems ist davon ebenso beeinflusst und abhängig wie von den politischen, wirtschaftlichen und kulturellen

Faktoren. Somit ist es unmittelbar von geburtshilflicher Gewalt betroffen und sowohl Täter als auch Opfer dieser Gewalt. Um einschätzen zu können, wie groß das Ausmaß geburtshilflicher Gewalt in Deutschland tatsächlich ist, wenden wir uns im nächsten Kapitel den zu Verfügung stehenden Studien und Forschungsergebnissen zu.

## **2.2 Prävalenz und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt**

Derzeit gibt es keine gesicherten Daten zur Anzahl von geburtshilflicher Gewalt betroffenen Müttern in Deutschland. Laut der Schätzung, die auf Auswertungen der Zahlen von klinischen und außerklinischen Qualitätsberichten durch Christina Mundlos beruht, erleben knapp 50 Prozent der Frauen physische oder psychische Gewalt unter der Geburt (Mundlos 2016: 27). Der DHV nennt Zahlen zwischen 10% und 25%, die auf den Schätzungen von Katharina Hartmann, Initiatorin der Rose Revolution in Deutschland, beruhen (DHV 2018: 2).

Im gesamten europäischen Raum zeigen sich ähnlich unsichere Daten. Eine erste national repräsentative Studie zum Erfassen geburtshilflicher Gewalt wurde 2017 in Italien von italienischen Psycholog\*innen und Wissenschaftler\*innen durchgeführt. 424 Mütter, die im Zeitraum von 2003 bis 2017 geboren haben, wurden mittels Online-Fragebogen befragt. 21 Prozent der Frauen gaben an, geburtshilfliche Gewalt erfahren zu haben, 41 Prozent wurden durch das Handeln des geburtshilflichen Personals in ihrer psychischen Integrität und Würde verletzt. Weitere Frauen gaben an, ohne informierte Zustimmung behandelt worden zu sein, 33 Prozent fühlten sich schlecht betreut und allein gelassen (Ravaldi et al. 2018: 208 f.). Diese Studie wurde von der italienischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) in einer Stellungnahme als rufschädigend, undurchsichtig und hetzerisch dargestellt (Viora et al. 2017: 1 ff.). Die italienischen Epidemiologinnen Lauria et al. kritisierten, dass für eine Trendanalyse über einen Zeitraum von 14 Jahren die Samplegröße von 424 Müttern zu gering sei um eine valide Aussage treffen zu können. Auch wird der Veränderung der Geburtshilfe über einen so langen Zeitraum keine Beachtung geschenkt. Es gibt keine Angaben zu Ein- und Ausschlusskriterien der Befragten und der angewandte Online-Fragebogen wurde nicht validiert. Der Studie lag keine einheitliche Definition von Gewalt in der Geburtshilfe zugrunde. Insgesamt kann das durchaus zu verzerrten Ergebnissen geführt haben (Lauria et al. 2018: 73). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland ist nur eingeschränkt möglich. Abgesehen von der fraglichen Qualität der Ergebnisse sind die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems und die gesellschaftlichen Strukturen nur bedingt vergleichbar. Wir sehen daher also die häufige Verwendung der Studie als Referenz in der bearbeiteten Literatur als kritisch.

Der Blick nicht nur auf geburtshilfliche Gewalt, sondern auch auf Gewalt in der Schwangerenvorsorge zeigt ein ähnliches Bild. Lukasse et al. (2015: 509), ein Team aus nordeuropäischen Geburtshelfer\*innen, Gynäkolog\*innen, Hebammen und Gesundheitswissenschaftler\*innen, erforschten das Auftreten von Gewalt gegenüber Schwangeren in gynäkologischen Praxen in sechs europäischen Ländern mittels einer Querschnittstudie. Bis zu 20 Prozent der befragten Frauen gaben an, Missbrauch im Gesundheitssystem erfahren zu haben. Auch hier ist die Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit sehr fraglich. Dennoch zeigt sich dadurch, dass eine respektlose und gewaltvolle Behandlung von Frauen bereits in der Schwangerschaft beginnen kann und länderübergreifend geschieht.

In Latein-Amerika wurden umfassendere Forschungen bezüglich geburtshilflicher Gewalt durchgeführt. Die Gesundheits- und Sozialwissenschaftler Jardim und Modena betrachteten mittels eines integrativen Literaturreview 24 Studien aus den Jahren 2007 bis 2017. Es zeigte sich, dass 75 Prozent der Studien in Latein-Amerika durchgeführt wurden und nur 4,2 Prozent (eine Studie: Lukasse et al. 2015) in Europa (Jardim/ Modena 2018: 1 ff.). Aus dem Ergebnis der Studie ergibt sich für uns die Frage, warum in den lateinamerikanischen Ländern so viel mehr Forschungsarbeiten zum Thema erstellt wurden als in den europäischen Ländern. Ein Grund dafür kann das Verabschieden des Gesetzes zur Verhinderung von “Violencia obstétrica/obstetric violence“ im Jahr 2007 in Venezuela aufgrund der prekären Zustände in der Geburtshilfe sein. In keinem europäischen Land liegt solch ein Gesetz vor (Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas 2007: 30). Aufgrund der bedingten Vergleich- und Übertragbarkeit der Gesundheitssysteme, Wertevorstellungen und Lebensbedingungen kann hier nicht näher auf die lateinamerikanischen Studien eingegangen werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Angaben bezüglich der Anzahl der von Gewalt betroffenen Gebärenden weltweit stark variieren. Je nach Land, Studiendesign und in der Forschung verwendeter Gewaltdefinition liegen die Angaben zwischen 10 und 99% (Faneite et al. 2012: 5 ff.; Bohren et al. 2015: 8; DHV 2018: 2; Jardim/Modena 2018: 1 ff.). Inwiefern das zuständige Personal geburtshilfliche Gewalt erkennt und wahrnimmt stellen wir im folgenden Absatz dar.

Neben den wenigen Untersuchungen zur Prävalenz gibt es auch nur unzureichende (keine europäischen) Studien zur Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt seitens des zuständigen Personals. Die gefundenen internationalen Forschungsarbeiten werden an dieser Stelle aufgeführt, da sie unserem Forschungsanliegen thematisch nahe sind. Mithilfe einer deskriptiven Studie wurde 2010 das Wissen über geburtshilfliche Gewalt erfasst, befragt wurde venezolanisches Geburtshilfepersonal. Knapp 90 Prozent gaben

an, den Terminus „obstetric violence“ zu kennen, 63 Prozent gaben an, diese schon einmal miterlebt zu haben (Faneite et al. 2012: 1). Auch bei einer Befragung des Geburtshilfepersonals in Katar gaben 63 Prozent an, Gewalt unter Geburt erlebt zu haben (Gray et al 2019: 1 f.).

Nur eine brasilianische Studie, von Mediziner\*innen durchgeführt, befragte das an Geburten beteiligte Personal in Sao Paolo mittels einem teil-strukturierten Interview zur persönlichen Definition von geburtshilflicher Gewalt und professionellen Erfahrungen. Es zeigte sich, dass häufig Gewalt nicht als solche anerkannt, sondern lächerlich gemacht wird (Marques de Aguiar et al. 2013: 2287). Interessanterweise finden wir eine Studie aus Tansania, deren Ergebnisse jedoch bedingt auch auf Deutschland übertragen werden können. Die von den Gesundheitswissenschaftlern Freedman et al. (2018: 2) durchgeführte Mixed-Method-Studie hatte zum Ziel, die Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt seitens der Frauen und seitens geschulter Krankenschwestern zu analysieren. Hierbei konnte festgestellt werden, dass geschultes Gesundheitspersonal sensibler gegenüber geburtshilflicher Gewalt ist, als die betroffenen Frauen. Freedman et al. führen dies auf das Machtgefälle zurück. Frauen würden sich nicht trauen Gewalt unter der Geburt zu melden aus Angst vor Sanktionen. Eine weitere Erklärung für die Diskrepanz zwischen den unterschiedlichen Wahrnehmungen ist das Normalisieren und damit das Hinnehmen beziehungsweise Nicht-Erkennen von Gewalt seitens aller Beteiligten. Auch individuell verschiedene Definitionen von Gewalt führen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen der Problematik (Freedman et al. 2018: 10).

Der nationale Forschungsdefizit und die wenigen internationalen, auf Deutschland nicht äquivalent übertragbaren Studien weisen auf die Relevanz unseres Forschungsvorhabens hin. Die Notwendigkeit umfassender Forschung zur Thematik geburtshilflicher Gewalt werden auch von gesundheitspolitischen Stellungnahmen und gesellschaftlichen Bewegungen, die wir im Folgenden näher betrachten, hervorgehoben.

### **2.3 Gesundheitspolitische Stellungnahmen und gesellschaftliche Bewegungen**

Die WHO gab im Jahr 2014 eine Erklärung ab, in der sie geburtshilfliche Gewalt als ein globales Problem definiert, zu dem jedoch kaum wissenschaftliche Forschungen vorliegen. Es gibt viele Gemeinschaften, Bürgerbewegungen, Berufsverbände und Regierungen, die auf die Problematik hinweisen, doch seitens der Politik gibt es kaum/keine Maßnahmen um eine wertschätzende Versorgung zu unterstützen. Aus diesem Grund erstellte die WHO einen Maßnahmenplan, der als ersten Schritt umfassende Forschung fordert (WHO 2014: 1 f.). Die konkreten Maßnahmen werden im

Kapitel 2.4 vorgestellt. Bezeichnenderweise wurden über 80 Prozent der von Jardim und Modena betrachteten Studien ab dem Jahr 2015 durchgeführt (Jardim/Modena 2018: 1 ff.).

Auch andere große Fachorganisationen beteiligten sich an der Erstellung geeigneter Maßnahmenpläne. In Zusammenarbeit mit der International Confederation of Midwives, der International Pediatric Association sowie der White Ribbon Alliance und der World Health Organisation hat die International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) einen Leitfaden erstellt. Dieser im Jahr 2015 erschiene Leitfaden orientiert sich an den zehn Schritten für ein „Babyfreundliches Krankenhaus“, die sich vom Aktionsplan zum Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens (WHO/UNICEF 1989: 29 ff.) ableiten, sowie an den Statements der International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI 2008: 2 ff.) zu respektvollem Gebären und den Rechten schwangerer Frauen. Im Leitfaden für ein Mutter- und Babyfreundliches Krankenhaus wird als Aufgabe der Geburtseinrichtung das Verbot von physikalischem, verbalem, finanziellem und emotionalem Missbrauch an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen benannt (FIGO 2015: 95 ff.).

Sogar die internationale Vereinigung medizinischer Studierendenorganisationen (International Federation of Medical Students' Association (IFMSA)) erstellte 2017 ein Richtlinienpapier zum Thema geburtshilfliche Gewalt und humanisierte Geburt. In dieser Schrift werden der Begriff und das Vorkommen als auch die Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt erläutert. In einem umfassenden Maßnahmenkatalog fordert die IFMSA die Regierungen weltweit zu weiterer themenspezifischer Forschung und zum Befolgen der WHO-Richtlinien auf. Auch sollen die Regierungen Gesetze anpassen beziehungsweise verfassen um eine wertschätzende, gesunderhaltende und menschliche Geburtshilfe zu ermöglichen. Weiter werden Nicht-Regierungsorganisationen, die Gesellschaft und die Medizinstudenten aufgefordert, über geburtshilfliche Gewalt aufzuklären und sich für einen achtsamen Umgang mit Frauen einzusetzen, der ihre sexuellen und reproduktiven Rechte respektiert (IFMSA 2017: 1 ff.).

Im Jahr 2018 verbanden die FIGO und die International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) alle zuvor genannten Maßnahmenpläne und Initiativstatements zu einem Zwölf-Punkteplan für eine sichere und respektvolle Mutter-, Baby- und Familienversorgung. Die geforderten Maßnahmen der so genannten International Childbirth Initiative (ICI) beinhalten einen respekt- und würdevollen Umgang mit Frauen und ihren Familien und dem Gesundheitspersonal untereinander, sowie die evidenzbasierte, routinemäßige Versorgung, die die Hebammenarbeit und ihre Philosophie integriert. Außerdem müssen die strukturellen Rahmenbedingungen (gesundheitspolitisch und innerklinisch) so verbessert werden, dass eine

gesundheitsfördernde Geburtshilfe gewährleistet werden kann (vgl. FIGO/ IMBCO 2019: 2 ff.).

Nachdem wir die Stellungnahmen diverser internationaler gesundheitspolitischer Akteure und Fachverbände erläuterten, betrachten wir nun Stellungnahmen der deutschen Fachverbände in der Geburtshilfe. Da Fachverbände für die berufsspezifische Qualitätssicherung zuständig sind, wird im Folgenden dargestellt, inwiefern sich die für unsere Arbeit relevanten Fachverbände dem Problem der geburtshilflichen Gewalt stellen.

In dem im November 2018 erschienenen Positionspapier des DHV „Gewalt in der Geburtshilfe darf nicht sein“ bezieht der Verein Stellung gegen Gewalt in der Geburtshilfe. Es werden mögliche Faktoren die ursächlich für Gewalt sein können benannt und entsprechende Forderungen, wie der Problematik entgegengewirkt werden kann, formuliert (DHV 2018: 2 ff.). Als mögliche Gründe für Gewalt in der Geburtshilfe nennt der DHV strukturelle Probleme wie Fachkräftemangel und die daraus resultierende Überforderung des Personals. Medizinische Interventionen, die zum Zweck der rechtlichen Absicherung durchgeführt werden, als auch das Fehlen einer positiven Fehlerkultur und starre Hierarchien begünstigen das Auftreten von Gewalt. Auch direkte Gewalt, ausgehend vom geburtshilflichen Personal wird von den Frauen erlebt, häufig auf Grund von mangelnder Kommunikation. Um die geburtshilfliche Situation zu verbessern fordert der DHV neben weitreichenden strukturellen Verbesserungen mehr Regenerationszeiten für das Personal, Anleitungen zur Stressbewältigung und Selbstreflexion, Supervisionen und Fortbildungen in Trauma-sensibler Geburtsbegleitung. Auch eine verpflichtende positive Fehlerkultur wird vom DHV gefordert, sowie eine einheitliche Regelung, wie mit wiederholt gewalttätigem Personal verfahren werden soll (DHV 2018: 2 ff.).

Da es weder eine Leitlinie, eine Stellungnahme noch eine Pressemitteilung seitens der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie e.V. (DGGG) zur geburtshilflichen Gewalt gibt, haben wir den Fachverband kontaktiert. Nach zweimaliger Anfrage per E-Mail und mehrmaligem telefonischem Kontakt erhielten die Forschenden schlussendlich die Information, dass aktuell eine Stellungnahme zum Thema erarbeitet wird und diese den Forschenden nach Fertigstellung gerne zugesandt werden kann.

Auch der deutsche Bundesrat Werdender Hebammen teilte auf unsere Anfrage per E-Mail, ob sie zum Thema Gewalt in der Geburtshilfe Stellung genommen haben, mit, dass sie das nicht hätten, uns jedoch den Kontakt von Christina Mundlos weiterleiten könnten. Mundlos habe sich an den Bundesrat Werdender Hebammen gewandt und angeboten, über Gewalt in der Geburtshilfe aufzuklären. Dieses Angebot wurde vom Bundesrat bisher nicht wahrgenommen.



### *Aktionen aus der Mitte der Gesellschaft*

Die mangelnde Umsetzung der Maßnahmenpläne seitens der Politik, Krankenhäuser, Fachgesellschaften, Krankenkassen und weiteren Beteiligten erzwingt das Handeln anderer Akteure. Die von der Londoner Geburtsaktivistin und Doula Jesusa Ricoy 2011 ins Leben gerufene Aktion „Rose Revolution“ verbreitet sich weltweit. Seit 2013 bietet die Aktion mit dem Aktionstag am 25. November auch in Deutschland eine Plattform um über Gewalterfahrungen unter der Geburt zu berichten (Gerechte Geburt 2019).

Durch den eingetragenen Verein Greenbirth und die Initiative für eine gerechte Geburtshilfe in Deutschland, haben Eltern die Möglichkeit sich umfassend mit allen Themen rund um die Geburt auseinander zu setzen. Insbesondere die Thematik der Gewalt wird aufgegriffen und durch internationale Vernetzung versucht, dieser angemessen zu begegnen (Gerechte Geburt 2019; Greenbirth 2019).

Der in Deutschland durch Eltern im Jahr 2015 gegründete Verein Mother Hood e.V. setzt es sich ebenfalls zum Ziel, auf die bestehenden Missstände aufmerksam zu machen und den Betroffenen eine Stimme zu verleihen. Somit engagiert er sich für eine sichere und selbstbestimmte Geburtshilfe und leistet durch das Halten von Vorträgen wichtige Aufklärungsarbeit. (Mother Hood 2019).

## **2.4 Auswirkungen und Maßnahmen der Prävention**

### *Folgen von geburtshilflicher Gewalt auf die Beteiligten*

Die Recherche zu den Auswirkungen von Gewalt unter der Geburt auf Mütter, Kinder, Partner\*innen und beteiligtes Gesundheitspersonal erwies sich als schwierig. Die gefundenen Studien wurden häufig in Ländern erhoben, deren Gesundheitssysteme, kulturelle und strukturelle Gegebenheiten nicht mit denen in Deutschland verglichen werden können und eine Übertragung auf Deutschland somit fraglich ist. Es kann diskutiert werden, ob trotz der genannten Unterschiede und begrenzter Vergleichbarkeit übertragbar ist, dass sich das Erfahren von geburtshilflicher Gewalt negativ auf alle beteiligten Personen auswirken kann. Beispielhaft kann dies am Systematischen Review von Mannava et al. (2015) gezeigt werden. Von 81 inkludierten Studien wurden 55 im afrikanischen und 17 im asiatischen Raum erhoben, in den restlichen neun Studien wurden Menschen in verschiedenen Ländern (auch europäischen) befragt. Laut den Autoren wirken sich negative und damit auch gewaltvolle Verhaltensweisen des Gesundheitspersonals gegenüber Klientinnen negativ auf deren emotionales Wohlbefinden aus. Außerdem suchten Klientinnen nach einer respektlosen oder gewaltvollen Behandlung weniger oft wieder einen Gesundheitsdienstleister auf, was sich negativ auf die Müttergesundheit auswirkt. (Mannava et al. 2015: 11, 14). In diesem

Kontext stellt sich für Deutschland die Frage, ob der Trend zur Alleingeburt unter anderem durch Angst vor Fremdbestimmung und respektloser und gewaltvoller Behandlung in den Gesundheitseinrichtungen im Zusammenhang steht.

Die Anzahl der im Bezug auf die Auswirkungen von geburtshilflicher Gewalt auf die Betroffenen gefundenen Studien, die im europäischen Raum durchgeführt wurden ist gering und nicht von hoher wissenschaftlicher Qualität. Jedoch werden diese aufgrund des Mangels an Alternativen und mit der Forderung nach weiterer Forschung versehen, dennoch hier aufgeführt.

Geburtshilfliche Gewalt wirkt sich auf alle beteiligten Personen aus, also Mütter, Partner\*innen, Kinder und das geburtshilfliche Personal. Über das Ausmaß und den zeitlichen Rahmen der Auswirkungen kann keine Aussage getroffen werden. Das zeigt sich unter anderem in einer Belastung der Mutter-Kind-Bindung, der Vater-Kind Beziehung und der Paarbeziehung. Körperliche Schädigungen durch physische Gewalt können sich in Hämatomen, Wunden, Nahtdehiszenzen und verstärkten Blutungen zeigen. Bei unsachgemäßer Durchführung des Kristeller-Manövers kann es zu Rippenfrakturen und Uterus-, Leber-, Milzfrakturen kommen. Als Auswirkungen auf die Psyche sind (postpartale) Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, Schlaflosigkeit, Angstzustände, Beendigung der Familienplanung und der Wunsch nach einem Kaiserschnitt als folgenden Geburtsmodus benannt (Franke 2007: 9 f.; Mundlos 2017: 314).

Die Auswirkungen auf das Ungeborene/Neugeborene sind unter anderem Geburtstraumatisierungen, wie: unstillbares Schreien, Bindungsstörungen, Stillprobleme und Gedeih- und Regulationsstörungen. Außerdem körperliche Verletzungen wie Klavikulafrakturen, Schädigungen des zentralen Nervensystems oder Verletzung der Nerven des Armplexus‘, Herztonabfall durch erhöhten Hirndruck beim Kristeller-Manöver (Franke 2007: 10; Mundlos 2017: 314).

Das beteiligte Gesundheitspersonal kann durch geburtshilfliche Gewalt ebenso traumatisiert werden wie Frauen, Kinder und Partner\*innen. Dies zeigt sich in einer Online-Umfrage in Australien, initiiert von Hebammenwissenschaftlerinnen zu den Risikofaktoren für posttraumatischen Stress bei Hebammen, ausgelöst durch traumatische Geburten. Diese kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass die befragten Hebammen sich viermal so häufig und mit starkem Entsetzten an Geburten erinnern, die mit respektlosem und gewalttätigem Verhalten seitens des Gesundheitspersonals einhergingen. Außerdem fühlten die Hebammen sich eher schuldig und in ihren moralischen Werten kompromittiert, wenn sie bei einer Geburt Zeugin und/oder Mittäterinnen von geburtshilflicher Gewalt wurden. Daraus kann geschlossen werden,

dass das Erleben von respektlosem und gewalttätigem Verhalten in der Geburtshilfe eine emotionale und moralische Herausforderung für Hebammen ist und diese in ihrer Arbeitsweise und beruflichen Entscheidungen beeinflusst (Leinweber et al. 2017: 11 f.).

Die Gesundheitswissenschaftlerinnen Patterson et al. befragten 2016 in einer qualitativen Studie in Schottland sechs Frauen und sechs Hebammen in semi-strukturierten Interviews zu ihren Erfahrungen und Gefühlen bei der Interaktion mit der Hebamme bzw. Gebärenden unter der Geburt. Diese wurden anschließend mit einem interpretativen Verfahren (interpretative phenomenological analysis) ausgewertet. Ziel der Forschenden war es, den Zusammenhang zwischen der Qualität der Interaktion von Hebammen (Gesundheitspersonal) mit Gebärenden und der Entwicklung von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach der Geburt darzustellen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Auswirkungen von Gewalt in der Geburtshilfe in Form von posttraumatischer Belastungsstörung in ihrer Inzidenz und Intensität reduziert werden können. Voraussetzung dafür ist ein würde- und respektvoller Umgang des Gesundheitspersonals mit sich selbst und untereinander. Nur so kann ein würde- und respektvoller Umgang mit den Gebärenden, ihren (ungeborenen) Kindern und Partner\*innen gelebt werden (Patterson et al. 2019: 29 ff.).

#### *Überblick zur Prävention geburtshilflicher Gewalt*

Aus der bisherigen Darstellung der Thematik von Gewalt unter der Geburt als Missstand innerhalb der geburtshilflichen Betreuung in Deutschland ergibt sich der Bedarf von Maßnahmen zur Prävention. Von den deutschen Fachgesellschaften aus dem Bereich Geburtshilfe hat sich bisher lediglich der Deutsche Hebammenverband schriftlich dazu geäußert. Im Positionspapier des DHV „Gewalt in der Geburtshilfe darf nicht sein“ werden als Kernfaktoren zur Prävention von geburtshilflicher Gewalt drei Vorschläge aufgeführt. Zum einen werden die kontinuierliche Betreuung einer Gebärenden durch eine Hebamme (Eins-zu-eins-Betreuung), zum anderen bessere Personalschlüssel mit ausreichend Regenerationszeit sowie Schaffung von Möglichkeiten zum Diskurs innerhalb geburtshilflicher Teams gefordert. Außerdem sind teamübergreifende Weiterbildungen, Möglichkeiten zur Supervision und Selbstreflexion aufgezählt. Um diese Vorschläge umzusetzen will sich der DHV in Politik und Gesellschaft für eine Verbesserung der Struktur der klinischen Geburtshilfe einsetzen (DHV 2018).

Ähnliche Aspekte werden auch von Mundlos als Thesen zur Gewaltprävention formuliert. Sie sieht Präventionsmöglichkeiten ebenfalls in einer Eins-zu-eins-Betreuung und somit auch in einem verbesserten Personalschlüssel, einer nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten gestalteten Geburtshilfe sowie eine gesellschaftliche Wahrnehmung und Diskussion der Thematik (Mundlos 2017: 317). Mascha Grieschat, Gründerin der Initiative

für Gerechte Geburt kritisiert in ihrer Bundestagspetition für gewaltfreie Geburtshilfe, dass Programme zur Prävention von geburtshilflicher Gewalt ebenso fehlen wie aktive Maßnahmen, die geburtshilflicher Gewalt entgegensteuern und Forschungsprogramme, die die Thematik wissenschaftlich beleuchten. Sie bezeichnet das als “[...] gravierendes, jahrzehntelang tabuisiertes und vernachlässigtes Problem“ (Grieschat 2018). Ministerien wie das Bundesministerium für Gesundheit sieht sie in der Pflicht, Gesetze zur Sicherung einer gewaltfreien Geburt zu initiieren (Grieschat 2018).

Betrachten wir die Gegebenheiten im internationalen Kontext, lässt sich feststellen, dass Länder wie z.B. Argentinien und Venezuela bereits vor mehr als zehn Jahren Gesetze gegen geburtshilfliche Gewalt formuliert haben, was in starkem Kontrast zu der Situation in europäischen Ländern steht. Kein europäisches Land erwähnt geburtshilfliche Gewalt im gesetzlichen Kontext. Im Jahr 2015 hat die Weltgesundheitsorganisation eine Erklärung mit fünf Punkten für die Prävention verfasst. Zusammengefasst sollen Regierungen bei der Entwicklung von Maßnahmen gegen geburtshilfliche Gewalt unterstützt werden, die Voraussetzungen in den Gesundheitssystemen sollen verbessert und Datenerhebungen und wissenschaftliche Arbeiten zum Thema sollen auf den Weg gebracht werden. Weiterhin sollen die Rechte von Frauen im Bezug auf Geburt betont und die Partizipation in diesen Prozessen gefördert werden (WHO 2015).

Insgesamt sind die Forderungen ungenau adressiert und nicht verbindlich. Daher wählt z.B. der Verein MotherHood e.V. den unmittelbaren Weg und spricht Politiker\*innen direkt an, nimmt an politischen Gesprächsrunden teil und verbreitet seine Agenda über die sozialen Medien, um die vorgeschlagenen Präventionsmaßnahmen umzusetzen.

Es liegt nahe auch zu betrachten, wie verwandte Berufsgruppen mit dem Thema der Gewalt durch Gesundheitspersonal umgehen. Wirft man den Blick in die Berufsgruppe der Pflegenden ergibt sich für Deutschland ein anderes Bild. Im Jahr 2005 formulierten nach Einberufung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verschiedenste Akteur\*innen aus Pflege, Wissenschaft und Politik eine Pflegecharta für Deutschland. Diese beschreibt ausführlich die Rechte Pflegebedürftiger und formuliert konkret das Recht auf Schutz vor Gewalt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005a). Außerdem werden zur Gewaltprävention Handlungsmaßnahmen vorgeschlagen und deren Ausführungen dargestellt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005b; Staudhammer 2018: 41). Dennoch bestehen auch hier weiterhin die Forderungen nach gesellschaftlichem Diskurs und kulturellen Veränderungen zur effektiven Prävention (Staudhammer 2018: 13). Es gibt im Pflegesektor also mehr Präventionsmaßnahmen, die auch aktiv umgesetzt werden, als in der Geburtshilfe, dennoch sind diese ebenfalls

auszubauen. Damit auch in der Geburtshilfe positive Veränderungen stattfinden, möchten wir mit unserer Forschungsarbeit zur Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt durch das zuständige Personal einen Beitrag dazu leisten.

## 3 Methodisches Vorgehen

### 3.1 Auswahl der Datenerhebungsmethode

Wir zielen mit unseren Forschungsfragen nach der Wahrnehmung von Gewalt durch das Personal, den beeinflussenden Faktoren und Gründen und den möglichen Lösungsansätzen, darauf ab, die Lebens- respektive die berufliche Lebenswelt/Arbeitswelt aus der subjektiven Sicht des Personals zu erfassen, daher wählen wir ein empirisch qualitatives Forschungsdesign. Diese Entscheidung begründet sich in dem Kapitel 2.2 beschriebenen Forschungsdefizits, sowie der Möglichkeit die Lebenswelt aus der subjektiven Sicht des geburtshilflichen Personals zu erfassen. Des Weiteren kann anhand der Prinzipien der qualitativen Forschung nach Flick (2012) die Eignung unserer Methodenwahl verdeutlicht werden. Als ein Merkmal benennt Flick die Konstruktion von Wirklichkeit. Dies bedeutet, dass durch das persönliche Gespräch über den Forschungsgegenstand Einblick in einen Ausschnitt der individuellen Lebenswelt ermöglicht wird und somit ein Erkenntnisprozess bei uns Forscherinnen stattfinden kann. Die Beschreibung von Lebenswelten aus subjektiver Sicht des Interviewten dient der Darstellung unterschiedlicher Perspektiven. Die Sichtweise von Individuen dient dazu, das zu beforschende Phänomen aus dem Inneren heraus zu verstehen. (Flick 2012: 26 ff.).

Um thematische Komplexe einzuschränken und den Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit aufzuheben (Witzel 2000; Lamnek 2010: 332 f.), entschieden wir uns für die Durchführung problemzentrierter Interviews. Diese beugen einer übermäßigen, teils für unsere Forschungsfrage nicht zielführenden Datenmenge vor. Dies geschieht durch ein Wechselspiel zwischen Induktion und Deduktion im Erkenntnisprozess, das bedeutet, durch das Verallgemeinern von Schlussfolgerungen vom Besonderen auf das Allgemeine (Offenheit) und das Ableiten von Schlussfolgerungen vom Allgemeinen auf das Besondere (Theoriegeleitetheit) können wirklichkeitsnahe Erkenntnisse gewonnen werden. Diese Art der Interviewführung stützt sich auf drei Grundpositionen: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung (Witzel 2000). Die Orientierung an, Gewalt unter der Geburt als eine gesellschaftlich relevante Problemstellung erfüllt den Aspekt der Problemzentrierung. Eine angemessene Interviewführung durch die Verwendung eines teilstrukturierten Leitfadens und eines Kurzfragebogens als Methodenkombination wird dem Aspekt der Gegenstandsorientierung gerecht. Bei der Prozessorientierung liegt der Fokus auf den Kommunikationsstrategien. Diese sind sowohl erzählgenerierend als auch verständnisgenerierend und fördern somit Vertrauen und Offenheit. Das so generierte Datenmaterial wird verknüpft mit dem theoretischen Hintergrundwissen über die Thematik

sowie mit unserer Vorannahme. Diese wird durch den immerwährenden Überdenkungs- und Reflexionsprozess weiter modifiziert und verändert, bis eine endgültige Theorie gefestigt ist. Die Prozessorientierung findet also im gesamten Forschungsablauf statt (Witzel 2000).

Da die Befragten Fachpersonen für Geburtshilfe sind und das Fachwissen Bestandteil des Forschungsinteresses ist, lassen sich unsere Befragungen in die Kategorie der Experteninterviews einordnen (Bogner, Menz 2002: 46). Unter der von Flick beschriebenen Gegenstandsangemessenheit wird der Grad der Offenheit der Methoden im Verhältnis zur Komplexität des Untersuchungsgegenstandes verstanden (Flick 2012: 26; Lamnek 2010: 19 ff.). Auf unser Forschungsvorhaben übertragen, bedeutet dies die Umsetzung einer teilmonologischen halboffenen Gesprächsführung, wobei die Monologe von den Beforschten ausgehen. Dem Grundprinzip Text als empirisches Material zu generieren, entspricht dem Transkribieren des Interview-Audiomaterials. Reflexivität, Subjektivität und Flexibilität bilden die Rahmenbedingungen unserer Forschung. Da wir uns ständig selbst und den Untersuchungsgegenstand reflektieren, bleibt der Forschungsprozess nicht starr, sondern immer fließend und sich verändernd. Die Subjektivität von uns Forschenden und der Befragten und unserer Kommunikation miteinander stellen einen wichtigen Bestandteil des Forschungsprozesses dar. So wird einerseits einer Stereotypisierung vorgebeugt und andererseits ein konkreter Erkenntnisgewinn erhalten. Durch einen geringen Standardisierungsgrad auf allen Forschungsebenen wird ein hohes Maß an Flexibilität erreicht, wodurch das Erheben umfassender Daten für den Erkenntnisgewinn gefördert wird (Flick 2012: 26 ff.; Lamnek 2010: 19 ff.).

### **3.2 Ethische Aspekte der Forschung**

In der wissenschaftlichen, insbesondere in der qualitativen Forschung, ist die Orientierung an forschungsethischen Standards grundlegend für alle Phasen einer Forschungsarbeit beginnend bei der Themenwahl über die Datenerhebung und Auswertung bis hin zur Publikation. Im Folgenden wird beschrieben, auf welcher ethischen Grundlage unsere Forschungsarbeit beruht. Wie bereits einleitend erläutert, wählten wir unser Forschungsthema aufgrund eines Forschungsdefizits und dem voraussichtlichen Mehrwert für alle an einer Geburt beteiligten Personen.

Unsere Interviewpartnerinnen erklärten sich freiwillig zu den Interviews bereit. Im Umgang mit den Beforschten legten wir großen Wert auf eine angemessene Kommunikation. Da unser Thema eines ist, dass tabuisiert, provokativ, schambesetzt (Täter) ist, war es eine große Herausforderung, zu überlegen, mit welchen Worten wir über das Thema unseres

Forschungsvorhaben informieren, um die Interviewten nicht durch zu viele Informationen in ihren Aussagen zu beeinflussen. Dies erreichten wir mit der Information, dass Gewalt in der Geburtshilfe ein Topaktuelles Thema ist, jedoch nur aus der Perspektive der betroffenen Frauen beleuchtet wird, daran schlossen wir den Wunsch, die Thematik aus Sicht des Personals zu beleuchten. Indem wir Anonymität zusicherten, schufen wir eine Gesprächssituation, in der sich die Interviewpartnerinnen sicher fühlen konnten. Durch die Wahl achtsamer und wertneutraler Worte gelang es uns eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, die größtmögliche Offenheit ermöglichte. Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten über die wichtigsten Aspekte der Forschungsarbeit, den Ablauf und Dauer des Interviews und insbesondere über den Umgang mit den erhobenen Daten aufgeklärt. Wir wiesen darauf hin, dass durch das Sprechen über Gewalt in der Geburtshilfe Belastungen entstehen können, zum Beispiel durch das erinnern traumatischer Situationen. Wir boten den Interviewpartnerinnen an, sich auch im Nachhinein bei uns melden zu dürfen, falls diesbezüglich Redebedarf besteht. Dieses Angebot wurde von keiner Befragten wahrgenommen. Die Interviewten erklärten sich mit einer Aufzeichnung des Gesprächs mittels Tonbandgeräts einverstanden. Wir als Forscherinnen wurden nach den Richtlinien des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda über Datenschutz aufgeklärt und haben in diese eingewilligt. Die Tonbandaufnahmen wurden demzufolge bis zur Transkription vertraulich behandelt, für Unbefugte unzugänglich gespeichert und anschließend vernichtet, ebenso wie die persönlichen Daten auf den Kurzfragebögen bis zur Fertigstellung unserer Arbeit.

Hopf (2015) und Miethe (2010) beschreiben drei grundlegende forschungsethische Prinzipien beschrieben. Das Prinzip der Freiwilligkeit und informierten Einwilligung, das Prinzip der Anonymität und Vertraulichkeit und das Prinzip der Vermeidung von Schädigung der Beforschten (Miethe 2010: 927 ff.; Hopf in Flick 2015: 589 ff.). Die Wahrung des Datenschutzes und das Obliegen der Schweigepflicht sind für das Vermeiden von Schädigung der Beforschten maßgebend. Vor allem im Bezug auf die sensible Thematik unserer Forschungsarbeit können negative Aussagen über das geburtshilfliche Team und das Krankenhaus fallen. Dies könnte den Ruf des Krankenhauses nachhaltig schädigen und negative Auswirkungen auf das Personal, inklusive auf die interviewte Person, haben. Zudem kann das Thema eine psychische Belastung für den Beforschten darstellen, ein sensibler Umgang muss also stets gewährleistet sein.



### 3.3 Auswahl der Interviewpartnerinnen

#### *Überlegungen zur Auswahl der zu befragenden Berufsgruppierungen*

Da wir uns für ein qualitatives, empirisches Forschungsdesign entschieden haben, erfolgte die Auswahl der Interviewpartnerinnen mit einer geringen Anzahl an Rahmenbedingungen. Die Interviewpartnerinnen sollten im Bundesland Hessen arbeiten, aktuell in der Geburtshilfe tätig sein und entweder die Rolle einer werdenden Hebamme, einer Hebamme oder einer Assistenzärztin ausfüllen. Die Auswahl von Interviewpartnerinnen aus Hessen ergab sich aus praktischen und finanziellen Gründen. Wir können uns mit dem Studierendenticket günstig innerhalb der Landesgrenze bewegen und mussten zudem keine allzu langen Fahrtstrecken auf uns nehmen. Die Beweggründe für die Befragung von drei verschiedenen Berufsgruppierungen sind folgende: Der Berufsstand der Hebammen steht den Gebärenden und ihren Familien am nächsten und ist gesetzmäßig für die Betreuung von Geburten zuständig. Durch die Hinzuziehungspflicht muss in Deutschland bei jeder Geburt eine Hebamme anwesend sein. Deswegen ist die Befragung von Hebammen als Berufsgruppe unabdingbar. Die werdenden Hebammen als zukünftige Hebammen müssen frühzeitig bezüglich der Thematik sensibilisiert und ihre Wahrnehmung geschult werden. Außerdem sind sie als Lernende besonders von den hierarchischen Strukturen sowie den teilweise widersprüchlichen Ansprüchen von gelernter Theorie und gelebter Praxis betroffen (Mundlos 2015: 52 ff.). Daher wurde diese Berufsgruppierung zur Befragung ausgewählt. Die Wahl der Berufsgruppierung der Assistenzärzt\*innen ergab sich aus verschiedenen Gründen. Assistenzärzt\*innen sind laut Definition Fachärzt\*innen in Weiterbildung, also ebenfalls Lernende und stehen damit in einem geringeren hierarchischen Gefälle zu uns Hebammen als Fach-, Ober- und Chefärzt\*innen. Dadurch erwarteten wir uns eine ehrlichere und offenere Kommunikation. Zudem sind die Assistenzärzt\*innen die Vertreter der ärztlichen Berufsgruppierung die hauptsächlich die Gebärenden betreuen, sowohl bei physiologischen als auch pathologischen Geburtsverläufen. Ober- und Chefärzt\*innen kommen häufig nur in Notfallsituationen oder bei Besonderheiten im Geburtsverlauf in Kontakt mit den Gebärenden. Durch die gemeinsame und hauptsächliche Anwesenheit unter Geburt und Betreuung der Gebärenden durch die drei Berufsgruppierungen der werdenden Hebammen, Hebammen und Assistenzärzt\*innen waren diese für unsere Forschung besonders relevant. Daraus ergibt sich eine Vergleichbarkeit, die das Herausarbeiten von Differenzen und Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung des Themas Gewalt in der Geburtshilfe zulässt. Die anderen an einer Geburt beteiligten Berufsgruppierungen wurden in unserer Erhebung aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit in der Auswertung bewusst nicht berücksichtigt.

*Darstellung des Feldzugangs – Berufsgruppierung werdende Hebammen*

Der Feldzugang zu der Berufsgruppierung der werdenden Hebammen gestaltete sich unkompliziert. Über eine andere Studierende der Hebammenkunde in Fulda wurde ein Kontakt zu einer der hessischen Hebammenschulen hergestellt. So konnte ich eine Anfrage für ein Interview über die Whatsappgruppe des Hebammenkurses stellen. Alle von mir erstellten Interviewanfragen enthielten stets eine Erläuterung unseres Forschungsvorhabens, die Zusicherung für ein Interview zum Wohnort der Interviewpartnerin zu kommen, den zeitlichen Umfang des Interviews, eine Aufklärung darüber, dass eine Aufwandsentschädigung nicht geleistet werden kann, sowie eine Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes. Auf die Anfrage in der Whatsappgruppe dieser Hebammenschule meldeten sich drei Schülerinnen mit großem Interesse. Die Auswahl der Interviewpartnerin wurde aufgrund einer Übereinstimmung bei der Festlegung eines Gesprächstermins getroffen. Den anderen zwei Interessentinnen dankte ich für ihr Interesse und der Bereitschaft für ein Interview und sagte ihnen ab. Der Kontakt und Schriftverkehr zu allen drei Interessentinnen fand stets über das Medium Whatsapp statt.

Um sowohl Hebammenschülerinnen als auch Hebammenstudentinnen befragen zu können, stellte ich eine weitere Interviewanfrage über eine Kohortenwhatsappgruppe eines Hebammenkurstudiengangs einer hessischen Hochschule. Den Kontakt zur Gruppe erhielt ich über eine mir bekannte Multiplikatorin. Auch hier stieß die Anfrage auf starkes Interesse. Es meldeten sich drei Personen. Die Auswahl erfolgte erneut aufgrund einer zeitlichen Übereinstimmung des vorgeschlagenen Gesprächstermins. Die Kommunikation fand auch hier ausschließlich über das Medium Whatsapp statt.

Eine Anfrage über die interne Whatsappgruppe einer weiteren Hebammenschule in Hessen führte zu keinem Erfolg. Hier ist allerdings zu bedenken, dass ich in einen Großteil meiner praktischen Ausbildung in dem Ausbildungskrankenhaus dieser Hebammenschule absolviert habe. Es legt sich für mich die Vermutung nahe, dass der Kontakt zu den Schülerinnen zu nah ist und deswegen die Hemmschwelle für ein Interview zu groß war. Natürlich ist es auch möglich, dass tatsächlich einfach kein Interesse bezüglich der Forschungsthematik bestand.

Aufgrund fehlender Multiplikatorinnen zu anderen Hebammenschulen in Hessen stellte ich eine Anfrage über die Facebookgruppe – Hebammen im deutschsprachigen Raum, wobei ich explizit nach Hebammenschülerinnen/Hebammenstudentinnen in umliegenden Städten gesucht habe. Daraufhin bekam ich viele positive Rückmeldungen zu unserem Forschungsvorhaben, sowohl von Hebammen als auch werdenden Hebammen aus ganz Deutschland. Eine Hebammenschülerin aus einer Hebammenschule in Niedersachsen

meldete sich mit der Bereitschaft zu einem Interview bei mir. Diese war die örtlich am nächsten liegende. So fiel die Auswahl, aufgrund des fehlenden weiteren Interesses aus hessischen Hebammenschulen auf diese Hebammenschülerin. Hier fand die Kommunikation über den Messenger von Facebook statt.

#### *Darstellung des Feldzugangs – Berufsgruppierung Hebammen*

Der Feldzugang zu der Berufsgruppierung der Hebammen gestaltete sich unkompliziert. Über eine mir bekannte Mutter, der ich von meinem Forschungsvorhaben erzählte, wurde mir der Kontakt zu zwei in Hessen tätigen Hebammen hergestellt. So konnte ich eine Anfrage für ein Interview über E-Mail stellen. Alle von mir erstellten Interviewanfragen enthielten stets eine Erläuterung unseres Forschungsvorhaben, die Zusicherung für ein Interview zum Wohnort der Interviewpartnerin zu kommen, den zeitlichen Umfang des Interviews, eine Aufklärung darüber, dass eine Aufwandsentschädigung nicht geleistet werden kann, sowie eine Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes. Auf die Anfragen per E-Mail erhielt ich die Rückmeldung, dass sie großes Interesse haben und teilten mir ihre Telefonnummern mit zur weiteren Besprechung des Termins. Durch Telefonkontakt verabredete ich mich mit Hebamme B1 und B2 jeweils bei ihnen zuhause. Eine dritte Hebamme wurde mir durch eine bekannte Hebammenstudentin vermittelt, nach einer telefonischen Kontaktaufnahme und Terminabsprache, sagte diese auf Grund eines Trauerfalls ab und ich musste noch kurzfristig eine neue Interviewpartnerin suchen. So kontaktierte ich per Telefon eine befreundete Hebamme B3, die ich aus meinen Praxiseinsätzen kannte. Sie willigte sofort in die Teilnahme ein und lud mich zu sich nach Hause ein.

#### *Darstellung des Feldzugangs – Berufsgruppierung Assistenzärzt\*innen*

Der Feldzugang erfolgte durch telefonische Kontaktaufnahme mit zwölf der in Hessen gelegenen Kooperationskliniken der Hochschule Fulda, deren Namen aus Gründen der Anonymität nicht genannt werden. Eine Klinik in der ich zuletzt selbst tätig war, schloss ich aus, um Verzerrungen in der Interviewsituation zu vermeiden. Telefonisch konnte je eine verantwortliche Person, die das Forschungsanliegen innerhalb der Klinik an die Zielgruppe weiterleitet, ausfindig gemacht werden. (Zum Teil standen die Forschenden während des Studiums in einem Arbeitsverhältnis mit den angefragten Kliniken.) Anschließend wurde eine Anfrage-Mail mit Vorstellung der Forschenden, Informationen über das Forschungsvorhaben und den Rahmenbedingungen für die Interviewdurchführung an die verantwortlichen Personen gesendet. Diese beinhalteten die Zusicherung der Anonymität an die zu Interviewenden, Zusicherung der Anreise zum Beforschten, Überblick über den geschätzten zeitlichen Umfang des Interviews und die Information, dass ich keine Entschädigung bieten kann. Außerdem wurde der Begleitbrief

der Hochschule beigefügt und Interessierte aufgefordert sich bei Fragen an uns zu wenden. Die Kontaktaufnahme zu mir wurde durch Nennung der Email-Adresse und Telefonnummer gewährleistet. Die Weiterreichung des Forschungsanliegens an die Zielgruppe hing von der telefonisch ausfindig gemachten Person ab, wodurch es unter Umständen zu einer unzureichenden Erreichbarkeit der Zielgruppe gekommen sein kann, gleichzeitig war das persönliche Ansprechen aus meiner Sicht aber effektiver als nur das Senden einer E-Mail-Anfrage ohne persönlichen Kontakt im Vorhinein. Nur von einer Klinik kam eine direkte Rückmeldung, es meldeten sich direkt zwei Assistenzärztinnen, um am Interview teilzunehmen. Von zwei Krankenhäusern kam die Antwort, dass die Informationen an das assistenzärztliche Team weitergeleitet wurden. Nach zwei Wochen wurde aufgrund der mangelnden Rückmeldungen nochmal telefonisch nachgehakt. Daraufhin ergaben sich weitere zwei Kontakte zu Interviewpartnerinnen. Eine davon meldete sich nie mehr zurück, mit der anderen wurde ein Interviewtermin vereinbart. Ich reiste zum vereinbarten Interviewtermin an und wartete sechs Stunden im Kreißaal. Das Interview fand dann trotzdem nicht statt und ich fuhr wieder nach Hause. Da die Interviewpartnerin danach in den Urlaub fuhr, war ein alternativer Termin in meinem Erhebungszeitraum für sie nicht möglich. Da die Zeit schon knapp war und ich von anderen Kliniken weiterhin keine Rückmeldungen erhielt, konnte ich über die Klinik meines letzten Praxiseinsatzes im Studium, die ich nun doch einbezog, eine Assistenzärztin für ein Interview gewinnen.

### **3.4 Datenerhebung**

In diesem Kapitel wird zunächst die Entwicklung des Leitfadens beschrieben und anschließend die konkrete Durchführung der Datenerhebung erläutert. Der Interviewleitfaden und der Kurzfragenbogen befinden sich im Anhang unserer Arbeit (Seite iii/iv).

#### *Leitfadenentwicklung*

Grundlage für den dieser Arbeit zugrundeliegenden Leitfaden war das SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011). Nach Helfferich vollzieht sich die Entwicklung eines Leitfadens in vier Schritten. Vorteil dieses Verfahrens ist, dass wir gemeinsam, und somit aus verschiedenen Blickwinkeln den Fragebogen erstellen konnten. Der erste Schritt besteht aus dem Sammeln (S) von Fragen. Basierend auf unserem Vorwissen, der gesichteten Literatur und unserem Forschungsinteresse schrieben wir in diesem ersten Schritt daher alle Fragen auf, die uns im Zusammenhang mit dem Thema Gewalt in der Geburtshilfe und mit unseren Fragestellungen relevant erschienen. Dabei geht es in diesem Schritt nicht primär um die Geeignetheit der Fragen und ihrer Form. So konnten wir unsere

Gedanken erstmals zusammentragen. Im nächsten Schritt (P) prüften wir unsere Fragen auf Aspekte wie Relevanz, Frageform und Eindeutigkeit und sortierten somit ungeeignete Fragen aus. Geschlossene Fragen, Suggestivfragen und solche, die eine Antwort bereits implizieren oder bei denen keine Antwort auf die Frage seitens des Befragten zu erwarten ist, befanden wir für unsere Interviews als nicht zielführend. Das zweite S steht für das Sortieren der Fragen nach Themenfeld und Frageform. Den Fokus legten wir hierbei vor allem auf inhaltliche Aspekte. Fragen, die während des Entwicklungsprozesses noch auftauchten, pflegten wir dementsprechend ein. Bei der Frageform legten wir besonderen Wert auf erzählgenerierende und verständnisgenerierende Fragen und konkretisierende Nachfragen. Außerdem fügten wir in unserer Auswahl eine lösungsorientierte Frage „Was muss sich ändern, damit...“ ein, um einen Ausblick zu generieren und Handlungsmöglichkeiten herausarbeiten zu können. Das letzte „S“ steht für das Subsumieren. Die ausgewählten Fragen wurden Haupt,- und Unterkategorien zugeordnet. Erzähl- und verständnisgenerierende Fragen bilden die Hauptkategorien und konkretisierende Nachfragen die Unterkategorien (Helfferich 2011: 182 ff.).

Im Folgenden schildern wir kurz den inhaltlichen Aufbau unseres Leitfadens und erläutern diesen. Eingangs sollte das Verständnis der befragten Person über den Begriff geburtshilfliche Gewalt ergründet werden, um eine Übereinstimmung, der im Kapitel 2.1 aufgeführten Definition, abzugleichen und den jeweiligen Sensibilitätsgrad der Interviewpartner\*in zu ermitteln. Die Hauptkategorien 2-5 sind in ihrer Reihenfolge an den Gesprächsverlauf flexibel anpassbar, um den Erzählfluss nicht zu unterbrechen. Den Abschluss bilden drei Fragen (Hauptkategorie 6-8) Die sechste Frage dient dazu einen Ausblick zu erhalten. Die siebte Frage bezieht auf das Befinden der befragten Person bezüglich der Interviewsituation. Diese Frage diente uns zum einen zur Selbstreflexion im Forschungsverlauf und sollte zum anderen kann das emotionale Wohlbefinden des Interviewpartners sicherstellen (vgl. Kapitel 3.2 Forschungsethik). Die letzte Frage ermöglicht es den Gesprächsteilnehmerinnen sich abschließend mitzuteilen.

Den formalen Abschluss des Interviews bildete ein Kurzfragebogen. Dieser wurde absichtlich an das Ende im Ablauf des Interviews gestellt, um eine offene Situation zu gestalten und bestimmte Fragen nicht vorwegzunehmen. Die Entwicklung des Kurzfragebogens gestaltete sich folgendermaßen. Zunächst sollen personenbezogene Daten abgefragt werden. Zudem wurde nach der Sensibilisierung in Bezug auf die Forschungsthematik während Ausbildung, Studium, Fortbildung und/oder durch den Arbeitgeber, sowie das Vorhandensein etwaiger Handlungsrichtlinien am Arbeitsplatz gefragt.

*Interviewdurchführung in der Berufsgruppierung werdender Hebammen*

Zunächst gebe ich einen Überblick über die Struktur des Interviewablaufes und stelle anschließend die konkreten Interviewdurchführungen dar.

Zu Beginn der einzelnen Interviews bedankte ich mich für die Gesprächsbereitschaft. Der Hintergrund der Befragung wurde nochmals erläutert, jedoch ohne bereits Dinge vorwegzunehmen. Das Begleitschreiben von Frau Prof. Dr. Müller-Rockstroh, Studiengangleitung der Hebammenkurse der Hochschule Fulda wurde an die Interviewpartnerin ausgehändigt. Des Weiteren erfolgten eine Aufklärung über den Umgang mit den gewonnenen Daten nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen und eine nochmalige Zusicherung der Anonymität. Auch wurde die Interviewpartnerin über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und dazu ermutigt im Interview so viel zu erzählen, wie sie möchte und bei Bedarf Zwischenfragen zu stellen. Vor Beginn des Interviews klärte ich über die Aufzeichnung des Gesprächs mittels Tonbandgerät auf und holte mir dafür die Einwilligung der Interviewpartnerin ein. Außerdem erklärte ich, dass ich mir während des Gespräches Notizen machen werde und bat darum am Ende des Interviews noch einen Kurzfragebogen auszufüllen zur Erfassung notwendiger persönlicher Daten.

Die Interviewpartnerin B1 befindet sich im ersten Ausbildungsjahr einer Hebammenschule und ist zwischen 20 und 25 Jahre alt. Zum Zeitpunkt des Interviews hatte sie bereits ihren ersten Kreissaaleinsatz in ihrem Ausbildungs Krankenhaus absolviert. Mit der Interviewpartnerin B1 traf ich mich in einem ruhigen Cafe ihres Wohnortes, das B1 von sich aus vorgeschlagen hat. Zunächst hatte ich einige Bedenken, dass die Geräuschkulisse doch zu laut sein könnte und andere Cafebesucher unser Gespräch mit anhören könnten. Diese Zweifel erwiesen sich jedoch schnell als unnötig, da wir im ersten Stock des Cafés unter uns waren und keine anderen Gäste anwesend waren. Wir bestellten einen Kaffee und setzten uns in eine gemütliche Ecke, was zu einer entspannten Atmosphäre beitrug. Schon bei der Kontaktaufnahme waren wir per Du und setzten das im persönlichen Gespräch auch so fort. Wir pflegten ein gutes, kollegiales und mitmenschliches aber auch professionelles Verhältnis, wodurch eine entspannte Befragungssituation gefördert wurde. Nachdem alle Formalitäten erläutert und die Einwilligung in das Gespräch nochmals eingeholt wurde, schaltete ich das Tonbandgerät ein und stellte die erste Frage unseres Interviewleitfadens. Daraufhin begann B1 ausführlich zu erzählen und beantwortete hier schon einige weitere Fragen des Leitfadens. Die Erstellung von Notizen half mir einen besseren Überblick über das bereits Gesagte zu erhalten und so konnte ich gezielt konkretisierende Nachfragen stellen. Bereitwillig und ausführlich beantwortete B1 mir alle meine Fragen. B1 stellte selber keine Nachfragen, was ich als positiv bewerte. Dies gibt mir das Gefühl, dass alle Fragen des Interviewleitfadens verständlich und erzählgenerierend sind und keiner Veränderung bedürfen. Auch gab mir B1 am Ende des Interviews eine positive Rückmeldung zu den

gestellten Fragen und dem Ablauf des Gesprächs und betonte die Wichtigkeit der Thematik. Insgesamt dauerte das Interview circa 40 Minuten. Nach dem Ausfüllen des Kurzfragebogens unterhielten wir uns noch etwas über die Situation in der Ausbildung und ich sicherte ihr zu, ihr die fertiggestellte Bachelorarbeit zukommen zu lassen. Insgesamt fand das ganze Treffen in einer entspannten und lockeren Atmosphäre statt ohne jedoch eine professionelle Distanz und den Fokus auf das Wesentliche zu verlieren.

Interviewpartnerin B2 studiert Hebammenkunde im vierten Semester und ist auch zwischen 20 und 25 Jahre alt. B2 schlug ebenfalls ein Treffen an einem öffentlichen Ort ihrer Wohnstadt vor und so trafen wir uns in der Mensa ihrer Hochschule außerhalb der Stoßzeiten. Auch hier war ich besorgt, ob das der richtige Ort für ein Interview ist. Glücklicherweise hatten wir einen Tisch alleine für uns und saßen an einem sonnigen Tag als eine der Wenigen im Gebäude, wodurch wir uns ungestört unterhalten konnten. Während der Kontaktaufnahme waren wir bereits per Du und setzten das im persönlichen Gespräch auch so fort. Nach Abklärung der Formalitäten und nochmaliger Einwilligung schaltete ich das Tonbandgerät ein und stellte die erste Frage. Die Gesprächssituation mit B2 gestaltete sich entspannt, wodurch ein konzentrierter Erzählfluss seitens der Befragten gefördert wurde. In dieser zweiten Interviewsituation erwies sich der Interviewleitfaden erneut als geeignet. Nach circa 20 Minuten waren alle Fragen ausführlich beantwortet und B2 füllte den Kurzfragebogen aus. Nach dem Interview hatte sie ein wenig Bedenken, ob sie mir mit ihren Antworten überhaupt helfen konnte. Mit gutem Gewissen konnte ich ihr versichern, dass sie mir auf jeden Fall eine große Hilfe war und sicherte ihr zu, ihr die fertig gestellte Arbeit zukommen zu lassen. Das Gespräch fand insgesamt in einer konstruktiven, zwischenmenschlich guten, dennoch professionellen Atmosphäre statt.

Interviewpartnerin B3 kam für das Interview nach Fulda, da ihre Eltern dort ihren Wohnsitz haben. Für diesen Vorschlag war ich sehr dankbar, denn so konnte ich mir eine lange Anfahrt sparen. B3 schlug auch dieses Mal einen öffentlichen Ort als Treffpunkt vor und so trafen wir uns in einem Cafe. Wie bei den anderen beiden Interviewsituationen hatten wir Glück und konnten in einer ruhigen Ecke für uns alleine sitzen. B3 befindet sich aktuell im dritten Ausbildungsjahr zur Hebamme und ist zwischen 20-25 Jahre alt. Zunächst unterhielten wir uns etwas über das Staatsexamen zur Hebamme, was ein erstes Kennenlernen ermöglichte und somit zu einer entspannten Atmosphäre beitrug. Nach Klärung der Formalitäten und erneuter Einwilligung seitens B3 eröffnete ich, nachdem ich das Tonbandgerät angeschaltet hatte, das Interview mit der ersten Frage unseres Leitfadens. B3 konzentrierte sich spürbar darauf, alle Fragen ausführlich zu beantworten. Sie erzählte mit großem Engagement und wurde bei manchen Fragen sichtlich emotional. Nach der Beantwortung aller meiner Fragen gab B3 ein positives Feedback zum Interviewablauf und den gestellten Fragen und lobte das Schreiben einer

Forschungsarbeit zu dieser Thematik. Auch in diesem Interview konnte der Interviewleitfaden seine gute Struktur und Formulierungen beweisen. Sowohl bei der Kontaktaufnahme als auch im persönlichen Gespräch duzten wir uns. Die gesamte Interviewsituation gestaltete sich äußerst konstruktiv und wir pflegten ein gutes zwischenmenschliches und kollegiales Verhältnis. Nach Ausfüllen des Kurzfragebogens unterhielten wir uns noch eine Stunde angeregt über berufspolitische Themen und tauschten unsere Erfahrungen aus. B3 erhielt die Zusage, ihr die fertig gestellte Bachelorarbeit zukommen zu lassen.

Bei allen drei Interviews hatte ich das Gefühl, dass meine Rolle als werdende Hebamme zu einem entspannten Verhältnis beitragen konnte. Viele der geschilderten Situationen und Emotionen konnte ich durch meine eigenen Erfahrungen in der praktischen Ausbildung gut nachvollziehen. Auch wenn ich meine eigenen Erfahrungen nicht verbal benannte oder bestätigte, so schwang dies trotzdem unausgesprochen in jedem der Gespräche mit. So erhielt ich viele ehrliche Antworten seitens der Befragten. Die Angst, dass das Verhältnis zu den Interviewpartnerinnen zu freundschaftlich geprägt und dadurch das Gespräch nicht mehr professionell genug sein könnte, stellte sich als unnötig heraus. Alle drei Befragten legten konzentriert den Fokus auf das Interview und waren mit großem Interesse und Engagement dabei. Das Erstellen von Feldnotizen während der Gespräche half mir einen besseren Überblick zu erhalten um zu wissen, an welchen Stellen ich eine konkretisierende Nachfrage stellen muss bzw. welche Fragen schon zu Genüge beantwortet sind.

#### *Interviewdurchführung in der Berufsgruppierung der Hebammen*

Zunächst wird der ein Überblick über die Struktur des Interviewablaufes geben um dann die konkreten Interviewdurchführungen darzustellen.

In der Einstiegsphase wird der Hintergrund des Interviews genauer erläutert sowie das Begleitschreiben von Frau Dr. Prof. Müller-Rockstroh an die Interviewpartnerin ausgehändigt, des Weiteren erfolgt eine Aufklärung, wie mit den gewonnenen Daten nach datenschutzrechtlichen Gründen verfahren wird. Die Interviewpartnerin wird nochmal über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert. Vor Beginn des Interviews wird die Interviewpartnerin ermutigt so viel zu erzählen, wie sie möchte und bei Bedarf Zwischenfragen zu stellen. Anhand des Leitfadens wird das Interview durchgeführt und mittels Diktiergeräts aufgezeichnet. Zum Schluss werden mit einem Kurzfragebogen die notwendigen persönlichen Daten erfasst.

Ich traf die erste Interviewpartnerin B1 bei sich zu Hause. Frau B1 ist seit 15-20 Jahren in dem Beruf der Hebamme tätig und arbeitet mit einer 60% Stelle in einer mittelgroßen Klinik. Schon während der Kontaktaufnahme haben wir das ‚Du‘ verwendet, was wir auch



im persönlichen Kontakt beibehielten. Nach einer herzlichen Begrüßung unterhielten wir uns zwanglos, während Frau B1 noch einen Kuchen vorbereitete. So konnten wir uns schon etwas kennenlernen bevor das Interview tatsächlich begann. Frau B1 teilte mir ihre Sorge mit, vielleicht nicht genug und Wesentliches beitragen zu können. Ich versicherte ihr, dass es in jedem Fall wertvolle Informationen für mich sein werden, was sie deutlich entspannte. Bei einer Tasse Kaffee setzten wir uns an den Küchentisch und ich klärte Frau B1 über den weiteren Ablauf auf. Nachdem sie nochmals ihre Einwilligung bestätigte und alle technischen Fragen geklärt waren, schaltete ich das Diktiergerät ein. Mit der ersten erzählgenerierenden Frage des Leitfadens konnten beide, Frau B1 und auch ich die Nervosität verlieren und das Interview lief entspannt und doch konzentriert ab. Hier zeigte sich, dass der Leitfaden eine gute Grundlage bildet und keiner weiteren Veränderung bedarf. Eine Schwierigkeit für mich war es, abzuschätzen, ob Frau B1 noch etwas zur Beantwortung einer Frage sagen möchte, oder ob ich schon die nächste Frage stellen sollte. Dies verunsicherte Frau B1 etwas, so dass sie nachfragte ob ich noch konkretere Ausführungen erhalten möchte. Ich signalisierte ihr, dass sie die Sachverhalte sehr gut dargestellt hat und ging über zur nächsten Frage. Zwischendrin musste Frau B1 kurz nach dem Kuchen im Ofen schauen, was jedoch keine Störung im Interviewfluss darstellte, sie konnte direkt danach wieder an das bisher gesagte anknüpfen. Nach ca. 1 Stunde war das Interview beendet, nachdem alle Frage meinerseits geklärt waren und auch Frau B1 das Gefühl hatte, sich ausreichend mitgeteilt zu haben. Den Kurzfragebogen füllte sie dann noch in Ruhe aus. Danach aßen wir zusammen Kuchen, was uns die Möglichkeit uns weiter über den Hebammenberuf im Allgemeinen auszutauschen, Frau B1 zeigte Interesse an dem Hebammenkundestudium und an meinen beruflichen Plänen und schlug vor in Kontakt zu bleiben. Zum Abschluss schenkte sie mir eine Ausgabe der deutschen Hebammenzeitschrift mit dem Thema Gewalt.

Auch mit Hebamme B2 traf ich mich bei ihr zuhause. Frau B2 arbeitet seit 20-25 Jahren in einem mittelgroßen Kreißsaal, zurzeit mit einer 30% Stelle. Auch mit Frau B2 war ich per Du. Bei der freundlichen Begrüßung konnte ich die Aufregung von Frau B2 wahrnehmen, während sie uns einen Tee vorbereitete begann sie schon zu erzählen, so dass ich sie bat, diese Sachen bitte gleich zu erzählen, wenn ich das Aufnahmegerät angeschaltet habe. Nachdem wir uns noch über einige persönliche Themen unterhalten hatten, klärte ich über das Bachelorvorhaben auf, über den Interviewablauf und holte nochmals die Einwilligung zur Teilnahme ein, nachdem sie das Begleitschreiben durchgelesen hatte. Während des Interviews saßen wir über Eck auf der Couch. Zu Beginn waren wir beide noch etwas nervös, was sich erst gegen Mitte des Interviews änderte. Frau B2 beantwortete die Fragen häufig mit Hilfe eines Beispiels. Nach einer dreiviertel Stunde waren meine Fragen beantwortet und wir beendeten das Interview, unterhielten uns

jedoch noch eine Stunde über das Thema. So konnte ich feststellen, dass sie im Interview recht nervös war und ohne den Druck des Interviews noch viel zu dem Thema im Allgemeinen zu sagen hat, sie erzählte mir von ihrer Rebirthingerfahrung, die ihr half, frei und einfühlsam auf Frauen eingehen zu können, da sie dadurch ihre eigenen Belastungen reflektieren und bearbeiten kann. Bei der Verabschiedung bedankte sich Frau B2 nochmals und sagte, wie wichtig sie es fände eine Stimme zu bekommen, und dass sie es toll fände, dass wir auch noch Ärzte und Wehen befragen.

Die Hebamme B3 arbeitet seit 1-5 Jahren Vollzeit in einem großen Kreißaal. Ich war etwas beunruhigt, ob unser freundschaftliches Verhältnis die Interviewsituation zu sehr beeinflussen würde. Frau B3 traf ich ebenfalls bei ihr zuhause. Wir hatten uns länger nicht gesehen und tauschten erst einmal nur private Informationen aus. Nach einer knappen Stunde waren wir bereit uns auf das Interview zu konzentrieren. Nach der Klärung der Formalia begann ich mit der einleitenden Frage. Entgegen meiner Befürchtung lief das Interview auf den Inhalt konzentriert ab. Frau B3 beantwortete meine Fragen zügig und dennoch ausführlich, so dass das Interview nach 20 Minuten beendet war. Während des Interviews kletterte die Katze von Frau B3 über das Aufnahmegerät, was für eine kurze Ablenkung und einen Lacher sorgte. Wir konnten danach problemlos das Interview fortführen. Nach dem Interview sprachen wir noch kurz über das Thema, gingen aber bald wieder zu freundschaftlichen Themen über. Insgesamt konnte ich feststellen, dass das Interview deshalb kürzer war, weil Frau B3 mich und mein Wissen einschätzen konnte und deshalb weniger das Bedürfnis hatte Sachverhalte noch genauer darzustellen, da sie wusste, dass ich weiß was sie meint. Im Endeffekt finde ich es sehr gut ein Interview mit einer Hebamme zu führen, deren Arbeitsweise ich kenne, da ich auf diese Weise die erhaltenen Informationen noch besser einordnen kann.

#### *Interviewdurchführung in der Berufsgruppierung der Assistenzärztinnen*

Im Folgenden wird kurz der rahmengebende Interviewablauf dargestellt, der so bei allen Interviews gegeben war. Anschließend wird die Interviewdurchführung für jedes der drei Interviews kurz dargestellt.

Beginnend stellte ich mich und unser Forschungsvorhaben kurz noch einmal vor. Mit allen Interviewpartnerinnen kam ich außerdem überein, dass wir uns duzen wollen. Ich fragte, ob das Begleitschreiben zu Kenntnis genommen wurde und klärte die zu Interviewenden über den folgenden Umgang mit den erhobenen Daten auf und bestätigte Ihnen nochmals Anonymität. Danach holte ich mir die Einwilligung darüber, dass ich mir nebenher Notizen machen würde, die meine Nachfragen erleichtern und das Interview mit der Tonbandaufnahme zusammen dokumentieren sollen, ein. Außerdem ermutigte ich die Interviewpartnerinnen dazu, gerne umfassend zu erzählen und sagte außerdem

Bescheid, dass sie gerne nachfragen können oder auch die Möglichkeit haben, eine Frage nicht zu beantworten. Über das Ausfüllen eines Kurzfragebogens zum Abschluss der Interviewsituation durch die Interviewte informierte ich. Alle stimmten dem Vorgehen zu und offene Fragen bezüglich des Ablaufs wurden geklärt, sowie Freiwilligkeit zugesichert.

Die Interviewpartnerin B1 befindet sich im ersten Jahr ihrer assistenzärztlichen Weiterbildung und ist zwischen 20 und 25 Jahre alt. Ich traf mich mit ihr nach vorheriger Absprache an diesem Tag im Kreißaal und wir führten das Interview im Arztzimmer durch. Dort war außer uns niemand und da die Ärztin alleine im Dienst war, war auch nicht zu erwarten, dass jemand den Raum betritt. Es war aktuell keine Frau im Kreißaal und auch keine angekündigt, weshalb sich die Situation grundsätzlich entspannt gestaltete. Ein anderer Treffpunkt zum Interview war B1 aufgrund ihrer hohen Arbeitsbelastung sowie Pendelei nicht möglich. Sie bot mir ein Glas Wasser an und wir setzten uns über Eck an einen Tisch. Das kurze Kennenlernen gestaltete sich angenehm, die Interviewpartnerin wirkte interessiert und offen. Meine leichte Aufregung vor dem ersten Interview verflog und ich konnte konzentriert mit der ersten Frage beginnen. Während des ganzen Interviews unterhielten wir uns auf Augenhöhe. Ich machte genaue Notizen zum Gesagten, um gute Nachfragen stellen zu können. Im Verlauf des Interviews wurden die Notizen weniger, damit ich den Redefluss nicht störte. Nach der ersten Frage las ich zum besseren Verständnis über die Thematik die Definition geburtshilflicher Gewalt vor, da das Vorwissen der Befragten zu unkonkret war, um ein tiefes Erzählen zu generieren. Anschließend konnte das Interview flüssig fortgesetzt werden. Die abschließende Rückmeldung der Befragten über die Fragen des Interviews war positiv, mit der Einschränkung, dass einige Fragen aufgrund der eher kurzen Berufslaufbahn und der Unbekanntheit des Themas im Vorhinein nicht umfassend beantwortet werden konnten. Sie schien damit etwas unzufrieden, aber ich versicherte ihr, dass ihre Teilnahme für unsere Forschungsarbeit wichtig war. Anschließend füllte sie den Kurzfragebogen aus und wir verabschiedeten uns. Das Interview dauerte insgesamt rund 20 Minuten. Nach dem Überspielen der Interviewdatei vom Aufnahmegerät auf den Computer, wurde das Interview angehört. Offenbar kam es zu einem Aufnahmefehler, der sich nicht logisch erklären ließ. Auch beim Abspielen der Datei auf dem Aufnahmegerät zeigte sich dieser Fehler. Auf Nachfrage bei dem Technikverantwortlichen des Fachbereichs PG konnte keine Lösung des Problems ausgemacht werden. Für die Transkription des Interviews musste auf die Notizen des Gesprächs zurückgegriffen werden, welche dann auch direkt vorgenommen wurde. Ich fragte außerdem bei Frau Prof. Dr. Müller-Rockstroh nach, ob eine Verwendung trotzdem legitim sei. Sie bestätigte mir das und ich verwendete das Teiltranskript.

Die Interviewpartnerin B2 ist bereits seit drei Jahren als Assistenzärztin in der Geburtshilfe tätig und ist zwischen 30 und 35 Jahre alt. Auch sie traf ich während eines ruhigen Dienstes nach vorheriger telefonischer Absprache im Kreißaal. Das Interview wurde in einem ruhigen Arztzimmer geführt, eine Störung war nicht zu erwarten. Dennoch war sie für den Kreißaal auf Abruf. Wir begrüßten uns und sie bot mir einen Kaffee an. Wir setzten uns über Eck an den Tisch, tranken Kaffee, ich informierte sie wie oben geschildert über alles und startete dann das Interview. Ich testete nochmal das Aufnahmegerät und machte wieder genaue Notizen. Die Interviewsituation war entspannt und auf Augenhöhe, die Interviewte antwortete offen und fragte nach, wenn sie etwas nicht verstand. Da ihre Muttersprache nicht deutsch sondern bulgarisch ist, war sie in Sorge, dass ich etwas nicht verstehen konnte oder die Verschriftlichung nachher schwer lesbar ist. Damit sie sich besser fühlte und freier erzählen konnte, sicherte ich ihr zu, etwaige grammatikalische Fehler beim transkribieren zu verbessern. Zu Beginn des Interviews hatte ich außerdem das Gefühl, dass sie nicht ganz genau versteht, was ich mit dem Begriff Gewalt in der Geburtshilfe meine. Nach dem Vorlesen der Definition und Beispielen lief das Interview thematisch besser gefasst weiter. Nach dem Interview füllte sie den Kurzfragebogen aus, wir tranken noch eine zweite Tasse Kaffee und ich bedanke mich nochmals. Ich testete, ob die Aufnahme dieses Mal geklappt hatte und überspielte sie sofort auf meinen mitgebrachten Computer. Sie meldete zurück, dass sie das Thema sehr interessant fand und wir redeten noch über meine Ausbildung und ihre Geburten. Dann verabschiedeten wir uns. Das aufgenommene Interview hatte einen zeitlichen Umfang von rund 22 Minuten.

Die Interviewpartnerin B3 arbeitet seit fünf Jahren als Assistenzärztin und ist zwischen 30 und 35 Jahre alt. Wir sprachen uns telefonisch und per Email ab. Sie fragte mich, ob ich zu ihr nach Hause kommen möchte, da das Interview am Tag nach einem 24-Stunden Dienst stattfindet. Ich willigte ein. Wir begrüßten uns, da wir uns kannten und sprachen, während sie Kaffee kochte und Waffeln mit Apfelmus vorbereitete erst über unsere Zukunftspläne. Die Atmosphäre war freundlich und sehr angenehm. Die Interviewpartnerin erzählte mir, dass sie gespannt auf das Interview sei und schon ein bisschen über die Thematik nachgedacht hatte. Ich bat sie darum, nichts vorweg zu nehmen und wir starteten nach der oben geschilderten Aufklärungsprozedur das Interview. Entgegen meiner Annahme, dass es zu Verzerrungen zwecks des sensiblen Themas kommen könnte, verlief das Interview entspannt und auf Augenhöhe. Nach meiner Einschätzung war die Kommunikation aufrecht und ehrlich, was sicherlich durch die Tatsache, dass wir uns in einem neutralen Umfeld befanden und uns schon während des gemeinsamen Arbeitens während meines Praxiseinsatzes sympathisch waren. Es stellte für mich kein Problem dar, alle sensiblen Fragen zu stellen und ich erhielt auch auf

jede eine Antwort. Da sich herausstellte, dass auch B3 die Thematik nicht ausreichend bekannt war, las ich zum Aufrechterhalten der Interviewsituation einmal die Definition von geburtshilflicher Gewalt vor und das Interview konnte daraufhin mehr in die Tiefe gehen. Nach Abschluss des Interviews füllte die Befragte den Kurzfragebogen aus und ich bedankte mich nochmal. Anschließend sprachen wir noch kurz über Wohnungen und Umziehen und ich verabschiedete mich. Die Interviewzeit umfasste rund 52 Minuten. Damit ist die Interviewzeit um ca. 30 Minuten länger als in den vorhergegangenen Interviews, was vielleicht auf die entspannte Atmosphäre im häuslichen Umfeld, ohne Rufbereitschaft zurückzuführen ist.

### **3.5 Gütekriterien und Limitation der Datenerhebung**

Die Anwendung von Gütekriterien innerhalb der qualitativen Forschung stellt Forschende immer vor eine Herausforderung. Gängige Literatur zur qualitativen Forschung beschreibt verschiedene Ansätze wie mit Gütekriterien umgegangen und so die Qualität der qualitativen Forschung gesichert werden kann. Dabei lassen sich grundsätzlich drei Grundpositionen erkennen:

Die erste Position besagt, dass die quantitativen Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität für die qualitative Forschung umformuliert und operationalisiert werden sollen, um diese zu verwendbar zu machen (Flick 2017: 319). Die zweite Position beschreibt den Bedarf, dass die qualitative Forschung eigene Kriterien formulieren soll. Diese sollen aus dem theoretischen Hintergrund der Forschungsarbeit herausgebildet werden. Ein weiteres Argument für das Erstellen eigener Kriterien ist, dass quantitative Gütekriterien sich nicht einfach auf die qualitative Forschung übertragen lassen (Flick 2017: 320). Diesem Standpunkt entsprechende, oft verwendete Gütekriterien sind zum Beispiel die kommunikative Validierung (auch Member Check), Triangulation, die Validierung der Interviewsituation und Authentizität (Flick 2017: 320). Mit der dritten Position stellt Flick dar, dass es keine Gütekriterien qualitativer Forschung geben kann, da diese nicht reproduzierbar sind. Diese Position wird stark kritisiert und wir Forschende empfinden diese Position als nicht zureichend. Nach den Empfehlungen von Steincke et al. (in Flick 2017: 322 f.) sollen Gütekriterien, die in der zweiten Position aufgeführt wurden, angewendet werden. Nicht alle in der Literatur beschriebenen Gütekriterien eignen sich für die vorliegende Arbeit, daher werden nur die beschrieben, die in dieser Arbeit verwendet werden.

#### Nachvollziehbarkeit

Ein Weg, diesem Kriterium gerecht zu werden ist die Dokumentation des Forschungsprozesses: externes Publikum kann diesen nachvollziehen gegebenenfalls selbst bewerten. Dieses Qualitätsinstrument sieht folgende Punkte vor:

- Darlegung des eigenen Verständnisses der Thematik durch die Forschende(n)
- Darstellung der Erhebungsmethode und -kontext und dessen Entwicklung
- Beschreibung der Transkriptionsregeln
- Dokumentation der erhobenen Daten, Auswertungsmethode, Informationsquellen
- Dokumentation der Entscheidungen und Probleme
- Dokumentation der Kriterien, die die an die Arbeit genügen soll (Flick 2017: 324)

#### Interpretation in der Gruppe

Mit der Durchführung der Textinterpretation durch eine Gruppe, nicht durch die einzelnen Forschenden, wird Intersubjektivität produziert und somit eine Verfälschung durch Einseitigkeit vermindert/verhindert. Außerdem werden der eindeutige Umgang mit den erhobenen Daten und die Interpretation verbessert (Flick 2017: 326).

#### Anwendung kodifizierter Verfahren

Durch das Anwenden eines kodifizierten Verfahrens wie der Grounded Theory Method verfügt der/die Lesende über notwendige Informationen, die die einzelnen Schritte der Forschungsarbeit nachvollziehbar machen und den/die Lesende/n somit als kontrollierende Instanz mit einbezieht (Flick 2017: 326).

#### Gegenstandsangemessenheit

Die Gegenstandsangemessenheit ist als Grundprinzip qualitativer Forschung auch als Qualitätsmerkmal anwendbar. Als Prüfungsinstrumente dienen die Fragen:

- Ist die Fragestellung für qualitative Forschung geeignet?
- Sind die gewählten Methoden angemessen? (Flick 2017: 326 f.)

#### Limitierung

Wir Forschende sind uns bewusst, dass die entwickelte Theorie Einschränkungen in ihrer Verallgemeinerbarkeit hat. In dieser Forschungsarbeit konnte dem Gütekriterium der Limitierung jedoch nur teilweise gerecht werden, da eine Kontrastierung, die dazu dient, die Grenzen der Verallgemeinerbarkeit aufzuzeigen, den zeitlichen und finanziellen Rahmen unserer Bachelorarbeit übersteigen würde (Flick 2017: 329). Zudem ist die Anzahl der Interviewpartnerinnen aus den eben genannten Gründen nicht ausreichend, um eine aussagekräftige Kontrastierung gewährleisten zu können.

### 3.6 Datenauswertung

Nachfolgend beschreiben wir unser Vorgehen bei der Transkription der Audiodateien der Interviews. Als nächsten Schritt wird die Wahl unserer Auswertungsmethode erläutert und das Vorgehen bei der Auswertung beispielhaft erklärt. So wird die Auswertung der Ergebnisse für den Lesenden nachvollziehbar und damit transparent.

#### *Transkription des Audiomaterials*

Aufgrund mangelnder Möglichkeit zur Nutzung eines Transkriptionsprogrammes an der Hochschule Fulda wurden die Tonbandaufnahmen der Interviews nach folgenden Regeln eigenständig verschriftlicht. Die angewendeten Transkriptionsregeln folgen den inhaltlich-semanticen Grundsätzen von Dresing und Pehl (2015: 21 f.).

Wörtliche Transkription, weder Umgangssprache noch Lautsprache „Ich glaub“ wird zu „Ich glaube“

Übersetzung von Dialekt wortgetreu in hochdeutsche Sprache

Umgangssprachliche Teilworte werden verschriftlicht, zum Beispiel „Gell“

Wörtliche Rede wird gekennzeichnet: Der Arzt schrie: „Ab in den OP“

Die Darstellung von Sprechpausen erfolgt mit (...), es wird kein Unterschied zwischen den Pausenlängen gemacht

Großschreibung: BESONDERE Betonung

Ein Wort in Klammern gesetzt, zeigt den jeweiligen Laut/Tätigkeit an (räuspert) (lacht) (hustet)

Die beteiligten Personen werden durch „I:“ für den Interviewenden und „B:“ für die befragte Person gekennzeichnet. Jede befragte Person erhält zusätzlich eine Nummerierung „B1:“ „B2:“ usw.

Einzelne Zeitmarken werden zu jeder Frage des Interviewers gesetzt für eine bessere Nachvollziehbarkeit

Nummerierung der Zeilen des Interviews zur Erleichterung der Textarbeit

Abschließend wurden die einzelnen Transkripte so anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf die befragte Person oder Institutionen möglich sind. Die Volltranskripte befinden sich im Anhang (ab Seite v) dieser Arbeit.

#### *Grounded Theorie Methodologie als Auswertungsmethode*

Um die systematisch generierten Daten übersichtlich und einheitlich auszuwerten, wählten wir ein interpretatives und theoriegenerierendes Verfahren, angelehnt an die Grounded Theory Method nach Glaser und Strauss (2005: 11 ff.). Somit sollte ermöglicht werden, aus der in der Einleitung genannten Vorannahme Theorien zu bilden, welche Erklärungen für das Phänomen Gewalt in der Geburtshilfe liefern. Da unser Forschungsinteresse nicht allein auf der Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen lag, sondern vielmehr auf den zugrundeliegenden Phänomenen, eignete sich die Verfahren der Grounded Theorie Methodologie (GTM). In diesem Auswertungsverfahren spielt der Prozess, wie die Theorien generiert wurden, eine tragende Rolle. Durch Mitschriften während der Interviews und Gedankenprotokolle begleitend zur Auswertung konnten zusätzliche Informationen gewonnen werden, die in die Theoriebildung integriert wurden. Ein Kernpunkt der GTM ist dabei das Wechseln zwischen Datensammlung und Datenauswertung bis eine theoretische Sättigung eintritt. Da dieses Verfahren über den Rahmen unserer Bachelorarbeit hinausgehen würde, haben wir dieses Verfahren nur insofern angewendet, als dass wir verschiedene Berufsgruppierungen befragt haben, um uns einer theoretischen Sättigung anzunähern. Ein weiterer Kernpunkt der Grounded Theorie Methodologie ist das Analysieren und Verdichten des Datenmaterials mittels drei aufeinanderfolgenden Kodieretechniken: Das offene Kodieren erfolgt an den einzelnen Volltranskripten und hat zum Ziel, das Datenmaterial zu eröffnen, zu abstrahieren und zu interpretieren. Das heißt, Sinneinheiten werden in Konzepte überführt, thematisch zusammengehörende Konzepte werden zu Kategorien zusammengefasst. Transkriptübergreifend (berufsgruppierungsspezifisch) folgt das axiale Kodieren, die zuvor gebildeten Kategorien werden mit einander in Beziehung gesetzt und intensiv analysiert. Zum Schluss werden die Schlüsselkategorien gebildet, in welche sich die Kategorien unterordnen lassen. Dem Gütekriterium der Interkoderreliabilität konnten wir zum Teil gerecht werden, da wir uns gegenseitig auf Grund des engen zeitlichen Rahmens nur stichprobenartig bei der Bildung von Konzepten überprüften. Zum besseren Verständnis unserer Arbeitsweise stellen wir hier die Arbeitsschritte an einem Beispiel vor, somit wird auch dem Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Rechnung getragen (Glaser/ Strauss 2005: 11 ff.). In Klammern gesetzt stehen die von uns gebildeten Codes, die sich auf den Satz(-teil) davor beziehen. „(...) und ihre ganze Angst erstmal so genommen hast (Angstbesetzte Frau) und sehr gut in Kontakt bist mit ihr, ähm, und man grad so geschafft hat sie runterzuholen und sie so ins Atmen kommt und in ihren Körper und so (Kontinuierliche Betreuung) und dann ist meinerwegen das CTG schlecht (Auslöser CTG) und der Arzt kommt rein und sagt: „Oah jetzt machen wir den Tropf dran“ (Ansage ohne Aufklärung) und so geht das, dann ist das besonders auffällig finde ich irgendwie. Wie die Übergriffigkeit dazu führt, dass die Frau Gewalt erfährt, ja. (...) Oder



Dammschnitte die nicht angekündigt werden oder Kristellerhilfe (Intervention ohne Einwilligung), oder ja, wo, wir haben viele Flüchtlingsfrauen die nicht gut Deutsch sprechen (Sprachbarriere), ähm die, also ich habe mal eine Situation erlebt wo die Frau GANZ offensichtlich traumatisiert war (Gefahr der Retraumatisierung), (...)" (Hebamme B1).

## 4 Darstellung der Ergebnisse

### 4.1 Darstellung der Ergebnisse der werdenden Hebammen

Durch die Auswertung der drei Interviews mittels der Grounded Theory Methodology konnten sechs Schlüsselkategorien, 19 Hauptkategorien und insgesamt 236 Codes ermittelt werden. Die Schlüsselkategorien sind anlehnend an die Fragen unseres Interviewleitfadens. (siehe Anhang Seite iii). Die vollständigen Transkripte der Interviews befinden sich im Anhang dieser Arbeit (ab Seite v) und sollen den Lesenden Transparenz vermitteln. Eine vollständige tabellarische Übersicht der Codes, der daraus entwickelten Kategorien und Schlüsselkategorien befindet sich ebenfalls im Anhang (Seite xxxi) Die folgende Ergebnisdarstellung strukturiert sich anhand der Schlüsselkategorien, die jeweils als kursive Überschrift erkannt werden können. Die Kategorien werden in den einzelnen Abschnitten fett markiert. Um einen ersten Überblick zu erhalten, stellt folgende vereinfachte Tabelle die Schlüsselkategorien und ihre Unterkategorien dar. Anschließend stelle ich die konkreten Ergebnisse vor.

Schlüsselkategorien	Kategorien
Verständnis und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt	Physische Gewalt Psychische Gewalt Strukturelle Gewalt Häufigkeit Beteiligte Personen
Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt	Strukturen Überlastung Sichtweise auf Geburt Arbeitsweise/Berufsausübung
Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt	Fremdwahrnehmung durch werdende Hebammen Auswirkungen auf die Frau
Auseinandersetzung mit der Thematik	Sensibilisierung von außen Lernen durch Erfahrung und Reflektion
Die Rolle der werdenden Hebamme und ihr Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt	Fühlen in der Situation Handeln in der Situation Emotionales Coping

Schlüsselkategorien	Kategorien
Lösungsansätze zur Verhinderung geburtshilflicher Gewalt	Strukturelle Veränderungen Arbeitsweise/Berufsausübung Sichtweise auf Geburt

### *Definition und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt*

Alle drei Befragten unterteilten geburtshilfliche Gewalt in physische und psychische Gewalt, die jeweils eine eigene Kategorie bilden. Der Begriff der strukturellen Gewalt fiel in keinem der Interviews. Da sich jedoch einige Aussagen in die Kategorie der strukturellen Gewalt einordnen lassen, gehe ich davon aus, dass die Begrifflichkeit bei den Befragten nicht bekannt ist. B3 teilte geburtshilfliche Gewalt zusätzlich in leichte und krasse Gewalt ein und spricht von einer Verschmelzung von physischer und psychischer Gewalt, da meist beides zugleich in gewaltvollen Situationen vorkommt.

Unter **physischer Gewalt** verstehen alle drei Interviewten Interventionen ohne Aufklärung und/oder Einwilligung der Frau und solche, die ohne medizinischen Grund erfolgen. Ein Zitat zum Thema vaginale Untersuchung aus dem Interview mit B2 möchte ich hier exemplarisch aufführen. „...[eine Hebamme sagt] Nein ich mache das jetzt aber trotzdem, ich brauche das jetzt.“ Wo ich mir dann so denke, ok aber sie [die Gebärende] hat gerade klar geäußert sie möchte das nicht, dass du jetzt in dieser Wehe die Hände da drin hast, dann lass es doch auch einfach.“ Des Weiteren wurden grobe und unsachgemäß durchgeführte Handlungen genannt, wie schmerzhafte vaginale Untersuchungen, wiederholte Mikrobiotuntersuchungen, Kristellerhandgriff, keine ausreichende Betäubung bei der Nahtversorgung, vaginal-operative Geburtsbeendigung (Vakuumentraktion und Forceps) und der Dammschnitt. Sowohl der Dammschnitt als auch der Kristellerhandgriff werden von allen drei Befragten in bestimmten Situationen legitimiert, jedoch nur mit Einwilligung und Aufklärung der Frau und ordnungsgemäßer Ausführung. B1 und B2 empfinden manche gewaltvolle Situationen, wie ständige Mikrobiotuntersuchungen mit Einführen des Amnioskop in die Scheide und Benutzung eines Forceps als Vergewaltigung der Frau. B2 benennt zusätzlich das Festhalten der Frau (vor allem in der Durchtrittsperiode) als einen Akt physischer Gewalt. Die Bewegungseinschränkung durch (nicht Walking) PDAs und Dauer-CTGs „[...] ich möchte jetzt eigentlich viel lieber stehen [...]“ mit der Antwort „Nein weil das CTG [sonst] nicht schreibt.“ wird mit dieser Aussage untermauert.

In der Kategorie der **psychischen Gewalt** wurde die Fremdbestimmung durch das geburtshilfliche Personal und das Nichternstnehmen der Gebärenden in ihren Bedürfnissen und Wünschen von den werdenden Hebammen mehrfach betont. Auch

verbale Gewalt wie Anschreien und Demütigen der Gebärenden „Sie sind zu klein für Ihr Kind, ihr Kind passt nicht zu Ihnen.“ oder gar eine fehlende Kommunikation geben die Befragten an. B1 merkte an, dass das geburtshilfliche Personal oft bereits in der Übergabe durch persönliche Bewertung der Gebärenden anstatt einen professionellen, objektiven Blick zu wahren, indirekt psychische Gewalt ausübt. Auch die Ignoranz der Intimsphäre der Gebärenden fällt unter die Kategorie der psychischen Gewalt.

Der Kategorie der **strukturellen Gewalt** lassen sich die Ungeduld des Personals (vor allem der Ärzt\*innen) und die Hierarchie im Kreißaal zuordnen. Die drei werdenden Hebammen beschreiben unterschiedliche Hierarchien. Sie als Gruppe der werdenden Hebammen setzten sich auf die unterste Stufe und begründeten darin auch ihre Machtlosigkeit etwas gegen die Gewalt tun zu können. Zusätzlich betonten sie das Machtgefälle zwischen den Ärzt\*innen und Hebammen, aber auch zwischen Ober/Chefärzt\*innen und Assistenzärzt\*innen. Die befragten werdenden Hebammen nannten bei ihrem Verständnis von Gewalt und ihrer Wahrnehmung einige weitere Aspekte, die ich jedoch in der Schlüsselkategorie der Ursachen für geburtshilfliche Gewalt aufgeführt habe, da sie per se keine Gewalt darstellen (z.B. mangelnde Empathiefähigkeit des Personals).

In der Kategorie der **Häufigkeit** des Erlebens geburtshilflicher Gewalt fällt auf, dass alle drei Interviewten sehr unterschiedliche Aussagen trafen. So bringt B1 circa ein Drittel aller erlebten Geburten mit irgendeiner Form von Gewalt in Verbindung, sagte jedoch auch, dass Gewalt bereits in der Übergabe beginnt. In einem anderen Satz betonte sie das häufige Auftreten geburtshilflicher Gewalt. B2 bewertete, ohne lange überlegen zu müssen, 40% der Geburten als gewaltvoll und spricht von einem relativ häufigen Vorkommen. B3 wiederum empfindet die Häufigkeit von geburtshilflicher Gewalt als tägliches und sehr häufiges Phänomen. Ich vermute, dass sich das Nennen konkreter Zahlen auf Bilder bestimmter gewaltvoller Situationen (z.B. eine Geburt mit unsachgemäßer Kristellerhilfe) bezieht und die nicht so offensichtlichen Verhaltensweisen (z.B. Missachtung des Rechts der Selbstbestimmung der Gebärenden), die alle drei in ihrem Verständnis und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt reflektieren, dabei in den Hintergrund treten und so nur von B3 im Zusammenhang mit der Häufigkeit des Auftretens von Gewalt genannt werden.

Bei der Frage nach den **beteiligten Personen** an Gewalt unter der Geburt zeigte B3 den umfassendsten Blick und beschuldigte alle an einer Geburt beteiligten Personen als Mittäter\*innen. Angefangen vom Partner\*in der Gebärenden über die Hebammen, Ärzt\*innen und das Team der Wochenbettstation. Den Partner\*in der Gebärenden benannte sie, da dieser die Gebärende oft nicht ausreichend unterstützt oder ihren Willen

nicht durchsetzt, obwohl die Gebärende selbst sich in einem Ausnahmezustand befindet und hier schwerer für sich selbst einstehen kann. Zusätzlich erkennt sie Gynäkolog\*innen als indirekt beteiligte Personen, da diese die Selbstbestimmtheit der Frauen in der Schwangerschaftsbetreuung nicht ausreichend fördern, was wiederum auch einen ausschlaggebenden Faktor für das Entstehen geburtshilflicher Gewalt darstellt. B2 prangerte die Hebammen als Haupttäterinnen an und nannte zudem die Ärzt\*innen als Beteiligte. Ihrer Auffassung nach sind auch Personen, die bei einer gewaltvollen Handlung daneben stehen, diese tolerieren und nichts sagen Beteiligte. Für B1 sind vor allem die Hebammen und Ärzt\*innen und speziell die Chef/Oberärzt\*innen maßgeblich an gewaltvollen Situationen beteiligt oder sogar auslösender Faktor. Sie betrachtet es als Verrat gegenüber den Gebärenden, da das geburtshilfliche Personal die Aufgabe und Verantwortung hat, die Gebärende bestmöglich zu unterstützen und zu beraten und nicht ihr Vertrauen zu missbrauchen. Alle drei befragten werdenden Hebammen reflektierten die eigene Beteiligung an Situationen geburtshilflicher Gewalt.

#### *Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt*

Insgesamt konnte ich die genannten Aspekte der Interviewten vier Kategorien zuordnen: Strukturen, Arbeitsweise/Berufsausübung, Überlastung und Sichtweise auf Geburt.

Unter der Kategorie **Strukturen** fasse ich sowohl innerklinische Strukturen als auch Strukturen im System der Geburtshilfe und Berufspolitik zusammen. Die werdenden Hebammen beschrieben alle das Versagen der (Berufs-)Politik und ein fehlendes Betreuungskonzept in Deutschland und machten es für einige der Probleme der innerklinischen Strukturen verantwortlich. Darunter fallen der Personalmangel und eine Unterbesetzung in den Diensten, der Zeitmangel, der Fokus auf die Bürokratie, die Angst vor forensischen Konsequenzen und das Fehlen einheitlicher, evidenzbasierter Standards und Leitlinien. So wird eine individuelle Geburtsdauer vom System nicht erlaubt und von B3 die Parität der Frau als ein beeinflussender Faktor für geburtshilfliche Gewalt genannt. Dies tat sie vor allem im Bezug auf Erstgebärende, deren Durchtrittsperiode mit Ungeduld seitens des Personals begleitet wird, weil der Geburtsverlauf mit dem einer Mehrgebärenden verglichen und gleichgesetzt wird. Des Weiteren wurde auch hier das Vorhandensein von Hierarchien innerhalb des Personals als großes Problem aufgeführt. Wieder beteuerten die werdenden Hebammen ihre Machtlosigkeit und die Belastung sich nicht zu trauen, etwas in gewaltvollen Situationen zu sagen. Eine weitere Auswirkung der vorhandenen Hierarchie ist, dass die Hebammen weniger Entscheidungsfreiraum haben und unnötige Diskussionen mit Ärzt\*innen führen müssen unabhängig von Erfahrungswissen und Intuition. Als Grund dafür führten die Befragten die medizinische und pathologische Sichtweise der Ärzt\*innen auf die Geburt an, die ursächlich für die

geringe Risikobereitschaft, Ungeduld und das Einmischen der Ärzt\*innen in physiologische Geburtsverläufe ist. Das Machtgefälle und der Druck der Chef/Oberärzt\*innen auf die Assistenzärzt\*innen nannten die Befragten als verstärkenden Faktor. Zusätzlich betonten die werdenden Hebammen eine fehlende ärztliche Kompetenz und Erfahrungswissen im Bezug auf Entscheidungen und Durchführung von Handlungen, wie einem unsachgemäßen Kristellerhandgriff oder wiederholten Mikroblutuntersuchungen. Eine ausreichende Sensibilisierung bezüglich der Thematik Gewalt unter der Geburt ist zudem, weder seitens der Ausbildung der Ärzt\*innen und Hebammen noch seitens der Kliniken vorhanden. Alle drei Befragten sprachen außerdem die fehlende Möglichkeit eines frühzeitigen Kennenlernens zwischen Gebärender und Hebamme an und einen dadurch erschwerten Beziehungsaufbau. B2 sagte in diesem Kontext: „[...] dass du dich schon in der Schwangerschaft kennenlernst [...] dass du halt auch eine Beziehung aufbaust und gegenüber jemanden den man kennt, hat man ja, glaube ich, eine viel geringere Hemmschwelle so Gewalt auszuüben, wie wenn das halt irgendwie für mich nur so ein Gegenstand ist, der halt hier heute gebärt und dann ist er weg.“ Ein weiteres strukturelles Problem ist die Doppelbelastung der Ärzt\*innen. B1 konstatierte: „Weil sie [die Ärzte] zwischen Geburtshilfe, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs jumpen und das sind einfach so verschiedene Welten [...]“ So können die Ärzt\*innen weniger Erfahrungswissen sammeln, sich nicht ausreichend auf ein Fachgebiet konzentrieren und bringen dadurch einen gewissen Zeitmangel und Ungeduld mit. B1 benutze das Wort „jumpen“ welches das „auf dem Sprung sein“ der Ärzt\*innen deutlich macht. Nur B1 machte auf die Abhängigkeit der Gebärenden als einflussnehmenden Faktor aufmerksam. Sie verurteilte die Benutzung des Wortes Patientin in der Geburtshilfe, da Schwangerschaft und Geburt kein krankhafter Zustand ist und brachte dies in Zusammenhang zu dem Machtgefälle zwischen medizinischem Personal und „Patient\*in“. Dieses Gefälle trägt ursächlich zu einer Abhängigkeit bei, ebenso wie das fehlende Fachwissen der Gebärenden. Durch eine mangelnde Kompetenz des medizinischen Personals das Prinzip des Shared decision makings zu beherzigen, wird diese Abhängigkeit weiter gefördert

Die Kategorie **Überlastung** beinhaltet wenige, aber prägnante Aspekte. Die befragten werdenden Hebammen betonten die Überforderung der Hebammen und Ärzt\*innen und ihre Ungeduld. Diese begründeten sie im Personalmangel und unterbesetzten Diensten, Überstunden, sowie der Bürokratie, die im Vordergrund steht und die viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Überlastung hängt stark mit den strukturellen Problemen der Geburtshilfe zusammen und führt zu Frustration und Abstumpfung im Arbeitsalltag. Das Zitat aus dem Interview mit B2: „[...] wir haben Hebammen, die sagen, sie merken sich keine Namen mehr, weil sie haben jeden Tag so viele Frauen, also dass sie nicht mehr dieses

Individuelle sehen, sondern dass es für sie einfach nur noch so ein Job ist, so eine Maschinerie.“ zeigt die Überlastung der Hebammen und die daraus resultierende fehlende Leidenschaft zum Beruf. Die fehlende Leidenschaft der Hebammen betonten und verurteilten alle drei Interviewten und maßen ihr eine große Bedeutung bei. Denn auch wenn dies als Zeichen einer Überlastung betrachtet werden kann, so trägt sie jedoch auch maßgeblich zu Gewalt in der Geburtshilfe bei. B3 sprach von Hebammen, die sich nicht mehr für ihre Frauen einsetzen möchten, keinen Dank zurück bekommen und keine Anerkennung in der Gesellschaft. Einen Ausgleich zwischen Arbeitsalltag und Privatleben zu schaffen, ist durch die Überlastung der Hebammen immer schwerer möglich. B1 sagte in diesem Kontext: „ Und im Endeffekt macht man in erster Linie sich selbst kaputt und wenn man selbst kaputt ist, dann kann man niemandem helfen.“

Die individuelle **Sichtweise auf die Geburt** stellt eine kleine aber wichtige Kategorie in der Erörterung der Ursachen für Gewalt unter der Geburt dar. Die medizinische/pathologische Sichtweise der Ärzt\*innen ist zwar durch ihre medizinische Ausbildung bedingt und somit auch der Kategorie der Strukturen zu zuordnen, trägt jedoch maßgeblich zu einer anderen Bewertung der Geburt durch die Ärzt\*innen bei und erklärt ihr teils unnötiges Handeln und Einmischen in physiologische Geburtsverläufe. Eine unterschiedliche Geburtsphilosophie der Hebammen (z.B. auch zwischen der jungen und der älteren Generation) und der Ärzt\*innen führen zu differenten Arbeitsweisen und zu einem heterogenen Verständnis von Geburtskultur und Hebammenkunst. B1 untermauert dies mit der Aussage: „[...] dass die Hebammen auch einfach einen so äh starken Unterschied vom Handling haben, von dem, von dieser Fähigkeit von diesem Handling einfach Hebammenarbeit, ja.“ Die werdenden Hebammen nehmen wahr, dass die Gebärende als Person aus dem Hauptfokus der Geburt rückt und auf ihren Intimbereich reduziert wird. Sie beschreiben zudem ihre Wahrnehmungen der Geburt als Maschinerie und Fließbandarbeit. Dies ist eng verknüpft mit den strukturellen Problemen und der Überlastung der Hebammen. Des Weiteren benennen die werdenden Hebammen die Sichtweise mancher Gebärenden auf die Geburt als bedenklich. So hätten Frauen teils falsche Erwartungen an die Geburt, seien zu vorbereitet oder wiederum zu unvorbereitet. Betroffen sind hierbei meist die Erstgebärenden, die mit der Situation Geburt dann schlichtweg überfordert sind.

Die Kategorie der **Arbeitsweise/Berufsausübung** ist eng verbunden mit den drei bereits beschriebenen Kategorien. Die aufgeführten Blickpunkte bedingen sich oft gegenseitig. Das Ausführen von Interventionen ohne Aufklärung und/oder Einwilligung der Gebärenden erklärt sich aus dem bestehenden Zeitmangel, einer fehlenden oder ungenügenden Selbstreflektion des geburtshilflichen Personals und fehlendem Fachwissen. Ob diese Faktoren aufgrund einer mangelhaften Besprechung solcher

Umgangsweisen mit Klient\*innen/Patient\*innen in der ärztlichen und/oder Hebammenausbildung zustande kommen oder ein Ausdruck von Status oder Macht gegenüber Frauen ist, lässt sich nur vermuten. Wichtig ist, dass keine dieser Hypothesen verallgemeinert auf alle in der Geburtshilfe Tätigen, übertragen werden kann. Alle drei werdenden Hebammen nennen eine fehlende, mangelhafte, sogar falsche Kommunikation mit den Gebärenden und ihren Familien, mangelnde Empathiefähigkeit und unzureichende Unterstützung der Gebärenden als beeinflussende Faktoren für das Entstehen geburtshilflicher Gewalt. Auch hier können nur Vermutungen, die Ursachen der Kommunikationsmängel des geburtshilflichen Personals betreffend, angestellt werden. Die bereits beschriebene Sichtweise der Ärzt\*innen auf die Geburt, ihre Einmischung und Eigeninitiative und geringe Risikobereitschaft machen die werdenden Hebammen grundlegend für die Interventionskaskaden verantwortlich. So wird ein physiologischer Geburtsverlauf durch meist unnötige Intervention aufgrund von Ungeduld und mangelnder Fachkompetenz zu einer hausgemachten Pathologie. B3 schildert im Interview eine solche Interventionskaskade und beendet ihre Erzählung mit dem Satz: „Und das ist so ein (...) typisches Bild, für sehr viele Dinge, die durch eine Sache angefangen haben, die man nicht gebraucht hätte.“ Des Weiteren bestätigen alle Interviewten in ihren Schilderungen solcher Situationen, dass die Interventionen nichts gebracht hätten und eine gekonnte Nicht-Intervention zu einem besseren Erfolg geführt hätte. Das Zitat im Gespräch mit B3: „[...] das hat die Frau SO verunsichert, so angespannt, dass die natürlich sich total verkrampft hat und nichts unten angekommen, also das war komplett unnütz.“ zeigt einen der Gründe für das Nichtgelingen der Interventionen auf. So kommen die werdenden Hebamme alle zu der Schlussfolgerung, dass die Geburtsverläufe stark abhängig von den Ärzt\*innen und Hebammen im Dienst sind. Oftmals machen sie außerdem das zusätzliche Eingreifen der Ober/Chefärzt\*innen für die Eskalation bestimmter Situationen verantwortlich. B1 erwähnt in ihrem Interview sogar einmal, dass ein Chefarzt in ihrer Klinik sich ab und zu durch solches Eingreifen beweisen und zeigen müsste, dass er der Chef im Kreißaal ist. Dies macht die gegenseitige Beeinflussung von Hierarchien im Kreißaal und der persönlichen Arbeitsweise deutlich. Die werdenden Hebammen nehmen alle einen Generationenkonflikt zwischen den Hebammen und eine unterschiedliche Arbeitsweise wahr. Sie begründen den Konflikt damit, dass ein Austausch von Wissen und Erfahrung schwer stattfindet, da alteingesessene Hebammen oft das Gefühl von Perfektion in ihrer Arbeitsweise sehen und so nicht mehr auf dem neusten wissenschaftlichen Erkenntnisstand sind. Jüngere Hebammen seien zwar oftmals besser in einer sensibleren Umgangsweise mit Gebärenden geschult aber einige durch das fehlende Wechseln des Arbeitsplatzes wiederum zu unreflektiert. Die werdenden Hebammen sind sich darüber einig, dass das geburtshilfliche Personal Handlungen nicht



genug hinterfragt und eine Reflektion oft und wenn überhaupt erst im Nachhinein stattfindet. Jedoch sehen die Befragten ein Dilemma dahingehend, dass manchmal Interventionen gerechtfertigt und notwendig sind und durch die Uneinsichtigkeit der Gebärenden subjektiv als traumatisierend und gewaltvoll empfunden werden.

#### *Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt*

Die **Fremdwahrnehmung durch die werdenden Hebammen**, ob eine Frau geburtshilfliche Gewalt erfährt oder erfahren hat, lässt sich in zwei Aspekte gliedern. Zum Einen betonen B2 und B3, dass den Gebärenden und Wöchnerinnen oft gar nicht auffällt, dass sie Opfer geburtshilflicher Gewalt geworden sind. B2 äußert hierzu fassungslos: „Und die Frauen bedanken sich dann aber danach noch so überschwänglich und „Danke, dass ihr alles getan habt“ und ich wo ich nur noch so denke: „Boah aber das kannst du doch jetzt gerade nicht gut gefunden haben, was wir mit dir gemacht haben““ Zum Anderen beschreiben vor allem B1 aber auch B3 ihre Wahrnehmungen des Verhaltens der Gebärenden in gewaltvollen Situationen. B1 betont mehrmals, dass die Betroffene sich in einer Schockstarre befindet, vor allem in dem Moment, wenn ihr Kind (endlich) geboren ist. Des Weiteren ist für die Interviewte die Erschöpfung der Gebärenden in der Durchtrittsperiode (z.B. durch frühzeitiges Mitpressen nach Valsalva) ein Anhaltspunkt für das Erleben geburtshilflicher Gewalt. Durch die massive Erschöpfung gibt die Gebärende ihre Verantwortung komplett ab und kommt in eine „Mir ist alles egal – Haltung“. Die Betroffenen sind häufig mental nicht mehr anwesend und lassen alles geschehen. Ein Gefühl von Machtlosigkeit (nicht fliehen zu können), Abhängigkeit und Ausgeliefertsein macht sich in den Betroffenen breit. B3 nennt zusätzlich noch körperliche Male (z.B. Hämatome) als Beweis dafür, dass Gewalt auf die Gebärende ausgeübt wurde.

Als **Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt** auf die betroffenen Frauen nennen die werdenden Hebammen alle das Risiko einer Retraumatisierung in der nächsten Schwangerschaft/Geburt. B2 hat in ihrem Externat wahrgenommen, dass betroffene Frauen ihre Erfahrungen oftmals erst im Nachhinein reflektieren können und begründet, dass dies ein Auslöser für die Entscheidung einer außerklinischer Geburt in der nächsten Schwangerschaft ist. Betroffene Frauen fühlen sich verändert und in ihrem Frausein verwundet.

#### *Auseinandersetzung mit der Thematik*

Die werdenden Hebammen beschreiben in den Interviews, dass eine **Sensibilisierung von außen** teils durch den Roses Revolution Day, der von den Hebammen im Dienst jedoch oft lächerlich gemacht wird, stattgefunden hat und durch eine Auseinandersetzung mit der Thematik im Dienst. B2 erzählt zudem, dass sie sich durch Erfahrungsberichte und Reportagen betroffener Frauen im Internet mit der Thematik auseinandersetzt. B1

und B3 empfinden es als verantwortungslos von ihren Ausbildungsstätten, dass keine angemessene Beschäftigung mit dem Thema Gewalt unter der Geburt stattfindet und fühlen sich nicht ausreichend durch die Ausbildung sensibilisiert. B2 dagegen erzählte, dass sie das Thema in ihrer Hebammenschule gemeinsam besprochen hätten: „Wir haben auch ähm darüber gesprochen, was wir als Schüler und auch was die Lehrer als Gewalt definieren und wie man es auch ähm erkennt und was man eben präventiv machen kann.“ Zusätzlich haben sie sich mit der Rolle der werdenden Hebammen in Situationen geburtshilflicher Gewalt befasst.

Darüber hinaus findet ein **Lernen durch Erfahrung und Reflektion** statt. Die werdenden Hebammen empfinden viele Situationen in der Geburtshilfe als gewaltvoll und können dies in diesem Moment oder zumindest im Nachhinein reflektieren. Dadurch stellen sich die befragten werdenden Hebammen die Frage „Was kann ich tun?“ und waren sich alle einig: „Ich möchte es später mal anders machen“.

#### *Die Rolle der werdenden Hebammen und ihr Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt*

In die Kategorie **Fühlen in der Situation** konnte ich unter anderem folgende Aussagen aufnehmen. „Weil ähm man hat einfach noch nicht die Stimme [...] die wo man sagen kann, ne so soll es jetzt nicht sein. Weil in diesem Moment ist man wirklich, wie so mundtot und man fühlt sich auch irgendwie als Mittäter, weil man eh nichts gesagt hat.“ (B1) „[...] und ich da [ich] eh schon so ein Häufchen Elend immer bin und ich fühle mich da immer richtig schlecht und denk so, ok was machst du hier eigentlich aber (...) (...) irgendwas zu sagen, traue ich mich auch immer nicht.“ (B2) „Und dann sitzt man halt dann als Schüler irgendwie, als unterstes Glied in der Nahrungskette da [...].“ (B3) „[...] mich macht es einfach fertig, ich versuch mich (...), nö einfach nur schrecklich und das nimmt mich mit und ich merke daraus einfach, so möchte ich es nicht machen und ja.“ (B3) Des Weiteren beschreiben die werdenden Hebammen ein Gefühl von Machtlosigkeit aufgrund mangelnder fachlichen Kompetenz und ihrer Stellung in der Klinikhierarchie. Darüber hinaus äußert B1 ihre Zweifel, die dreijährige Ausbildung zur Hebamme schaffen zu können.

Auch beschreiben die befragten werdenden Hebammen ihr **Handeln in der Situation** weitestgehend ähnlich. Wie schon an mehreren Stellen beschrieben, fühlen sich die werdenden Hebammen machtlos, in den Momenten geburtshilflicher Gewalt einzugreifen. So sehen sich die werdenden Hebammen in der Verpflichtung der Wiedergutmachung. Sie versuchen die betroffenen Frauen in Situationen geburtshilflicher Gewalt zu unterstützen, ihnen Beistand zu leisten und für sie da zu sein. Oftmals übernehmen die Befragten die Kommunikation zur Gebärenden und versuchen die Geschehnisse zu

erklären. Nach der Geburt des Kindes bieten alle befragten werdenden Hebammen den Frauen Gespräche an, fungieren als Trostspenderinnen und geben den Betroffenen das Gefühl auf ihrer Seite zu stehen. B1 sagt in diesem Kontext: „[...] ich versuche eben danach ähm das Kaputtgegangen irgendwie wieder zurecht zu biegen.“ B3 erachtet es als äußerst wichtig, sich selber zu schützen und Abstand zu gewinnen und zieht sich aus machen Situationen, die sie für sich selbst nicht mehr verantworten kann, in eine eher passive Rolle zurück. Und B1 erklärt: „Und wenn es halt wirklich gar nicht geht, sag ich immer, dass ich auf Toilette muss, was ich gar nicht muss.“

In die Kategorie **Emotionales Coping** fügte ich sowohl den emotionalen Umgang mit gewaltvollen Situationen im Arbeitsalltag als auch die Verarbeitung zu Hause ein. Die drei befragten werdenden Hebammen nennen den Versuch der Distanzierung zu ihren Erfahrungen und betonen die Notwendigkeit der Verarbeitung. B2 sagt am Ende unseres Interviews: „Ähm boa es [das Interview] hat nochmal die ganzen Sachen aufgewühlt, die ich in letzter Zeit schon verarbeitet hatte. Du merkst vielleicht auch, dass ich mich irgendwie etwas in Rage geredet habe.“ B1 stellt im Laufe unseres Gesprächs fest: „Und die wirkliche Bearbeitung beginnt dann eigentlich zu Hause.“ Die werdenden Hebammen schildern alle Situationen, in denen sie in unbeobachteten Momenten im Kreißsaal in Tränen ausgebrochen sind. B3 erzählt erschüttert: „Also ich gehe oft nach Hause abends und liege so im Bett und weine, weil ich mir denke, das kann doch nicht sein, dass wir in einem so weitentwickelten Land wie Deutschland so eine Geburtshilfe machen müssen.“ Auch B1 und B3 vertrauen mir an, dass sie zuhause oft aufgrund der erlebten Situationen weinen. Die drei Befragten suchen Gespräche mit Freunden, Familien und Mitschülerinnen/Mitstudentinnen, um mit ihren Erfahrungen fertig zu werden. B1 betont zudem die Wichtigkeit, einen Ausgleich zwischen beruflichen Alltag und Privatleben zu schaffen. Die werdenden Hebammen sind mit dem Umgang der erlebten Situationen überfordert und schaffen es nur schwer, auch wenn sie es als wichtig erachten, sich zu distanzieren. Sie nehmen das Erlebte mit nach Hause und versuchen es dort zu verarbeiten. So wirkt sich Gewalt unter der Geburt auch auf ihr privates Leben aus und traumatisiert sie zu tiefst.

#### *Lösungsansätze zur Verhinderung geburtshilflicher Gewalt*

In der Kategorie der **strukturellen Veränderungen** sind grundlegende Aspekte zur Prävention geburtshilflicher Gewalt enthalten. Grundsätzlich gilt es die bereits in den Ursachen und beeinflussenden Faktoren beschriebenen strukturellen Probleme der (Berufs)Politik und Kliniken zu lösen. Die werdenden Hebammen sind sich einig, dass kleinere Kreißsäle und mehr Personal unabdingbar sind, um eine 1:1 Betreuung gewährleisten zu können. Außerdem empfinden sie die Doppelbelastung der Ärzt\*innen

(Geburtshilfe und Gynäkologie) als unverantwortlich. Des Weiteren fordern die werdenden Hebammen klare Regelungen der Zuständigkeitsbereiche von Hebammen und Ärzt\*innen, um die bereits beschriebene Einmischung der Ärzt\*innen in physiologische Geburtsverläufe zu unterbinden und Interventionskaskaden zu vermeiden. B3 sieht diesbezüglich eine Lösung in durch Hebammen geleiteten Kreißsälen und durch Hebammen geleiteten Schwangerschaftsvorsorgen. Ein frühzeitiges Kennenlernen der schwangeren Frauen sollte obligatorisch in dem Betreuungskonzept geburtshilflicher Einrichtungen verankert sein, um einen Beziehungsaufbau zu ermöglichen und zu fördern. B2 sagt in diesem Kontext: „[...] das Betreuungskonzept muss sich einfach ändern, dass eine bessere Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender aufgebaut wird und dass halt diese Hemmschwelle [Gewalt auszuüben] irgendwie heruntergesetzt wird, also dass man das halt nicht mehr so als Gegenstand sieht sondern als Person [...]“. Außerdem betrachten die werdenden Hebammen ein Arbeiten nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und das Vorhandensein einheitlicher Standards, Vorschriften und Leitlinien als notwendig in der Prävention von geburtshilflicher Gewalt. So könnte eine Umgestaltung der Kreißsäle (z.B. das Kreißbett raus aus dem Mittelpunkt und Walking-PDAs) und eine intermittierende fetale Herztonkontrolle automatisch stattfinden. B3 fordert ein Angebot zur Nachbesprechung der Geburt sowohl für betroffene Frauen als auch für das geburtshilfliche Personal in Form von regelmäßigen Supervisionen. Die vorhandenen Klinikhierarchien müssen aufgelöst werden und eine gegenseitige Anerkennung, Respekt und interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden. Die werdenden Hebammen sind einstimmig der Meinung, dass eine Sensibilisierung zu der Thematik bereits in der Ausbildung, sowohl von Hebammen als auch Ärzt\*innen, stattfinden muss, um die individuelle Arbeitsweise des Personals nachhaltig beeinflussen und verändern zu können. Außerdem sollte die Ausbildung besser auf die Praxis vorbereiten und gelernte Theorie und gelebte Praxis einander angeglichen werden. In diesem Hinblick erachten die werdenden Hebammen die Akkademisierung unseres Berufsstandes als äußerst sinnvoll, äußern jedoch den Vorwurf, dass diese ohne Plan und ausreichender Muße stattfindet.

Wie ich bereits in der Schlüsselkategorie der Ursachen und beeinflussenden Faktoren beschrieben habe, hängen die Strukturen eng mit der Kategorie der **Arbeitsweise und Berufsausübung** zusammen. Die Auswertung der Kurzfragebögen zeigt, dass es in keiner der Kliniken, in denen die Befragten arbeiten, Vorschriften oder Leitlinien für die Prävention von geburtshilflicher Gewalt gibt, indem eine konkrete Arbeitsweise vorgeschrieben wird. Laut Aussagen der werdenden Hebammen muss das geburtshilfliche Personal die Selbstbestimmtheit der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen durch mehr Empathiefähigkeit fördern und eine frauenzentrierte,

lösungsorientierte und gewaltlose Kommunikation leben. Die werdenden Hebammen fordern das Stoppen von unnützen Interventionen und verlangen eine bessere Absprache zwischen Hebammen und Ärzt\*innen. Ihrer Meinung nach sollte zudem Intuition und Erfahrungswissen anerkannt werden. Gute, qualitätsvolle Geburtsplanungsgespräche können Traumatisierungen und Retraumatisierungen vorbeugen, sowie eine verbesserte, individuellere Geburtsvorbereitung in der Schwangerschaft. Als besonders bedeutungsvoll erachten die Interviewten, dass die Hebammen wieder mehr Freude und Leidenschaft in ihrer Arbeit empfinden.

Als Grundlage für die bereits beschriebenen Lösungsansätze sehe ich die Kategorie der **Sichtweise auf die Geburt**. Die Gebärende muss wieder in den Fokus der Geburt rücken und Schwangerschaft und Geburt als etwas Natürliches angesehen werden. Den befragten werdenden Hebammen liegt außerdem eine individuelle Betrachtung jeder einzelnen Geburt am Herzen. Außerdem sind sie sich sicher, wenn jede Hebamme sich in ihrem Berufsverständnis als Begleiterin und Beschützerin gebärender Frauen sieht, wird Gewalt unter der Geburt nicht mehr so viel Raum einnehmen können wie bis her.

## 4.2 Darstellung der Ergebnisse Hebammen

In diesem Kapitel stelle ich die aus den Interviews herausgearbeiteten sechs Schlüsselkategorien (kursiv) und die untergeordneten 19 Kategorien (fett hervorgehoben) vor. Die Schlüsselkategorien bilden die Hauptthemenbereiche ab und ermöglichen eine strukturierte Zusammenfassung der zuvor in der Auswertung gebildeten 300 Codes. Diese werden in der Darstellung der Ergebnisse in die Satzstruktur eingebaut. Die Darstellung der Ergebnisse an Hand der Schlüsselkategorien erfolgt in der Zuordnung zu den Forschungsfragen des Leitfadens (siehe Anhang). Aus Gründen der Übersichtlichkeit stelle ich hier die Schlüsselkategorien mit den jeweiligen Kategorien in der folgenden Tabelle dar. Die graphische Gesamtdarstellung der Schlüsselkategorien, Kategorien und Codes befindet sich im Anhang, ebenso wie die Darstellung der Ergebnisse der Interviews mit den werdenden Hebammen und den Assistenzärztinnen.

Schlüsselkategorien	Kategorien
Verständnis und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt	Physische Gewalt Psychische Gewalt Strukturelle Gewalt Häufigkeit Beteiligte Personen

Schlüsselkategorien	Kategorien
Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt	Strukturen Überlastung Sichtweise auf Geburt Arbeitsweise/Berufsausübung
Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt	Fremdwahrnehmung durch werdende Hebammen Auswirkungen auf die Frau
Auseinandersetzung mit der Thematik	Sensibilisierung von außen Lernen durch Erfahrung und Reflektion
Die Rolle der werdenden Hebamme und ihr Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt	Fühlen in der Situation Handeln in der Situation Emotionales Coping
Lösungsansätze zur Verhinderung geburtshilflicher Gewalt	Strukturelle Veränderungen Arbeitsweise/Berufsausübung Sichtweise auf Geburt

### *Verständnis und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt*

Als erstes stelle ich die Kategorie **Physische Gewalt** vor, mit den vier folgenden Kategorien, **Psychische Gewalt**, **Strukturelle Gewalt** sowie **Häufigkeit** und **Beteiligte** wird die Schlüsselkategorie Verständnis und Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt durch die interviewten Hebammen weiter untergliedert. Alle drei Interviewpartnerinnen gaben an, alle schmerzhaften medizinischen Interventionen als verletzend und somit als gewalttätig zu erleben: „Und dann gibt es in der Aktion der Geburtshilfe gewalttätige Handlungen.“ (B1), darunter fallen sowohl das legen eines venösen Zugangs als Routinemaßnahme als auch Vaginale Untersuchungen und operative Geburtsbeendigung, wobei Hebamme B3 hervorhob, dass es generell das Ziel sei, eine vaginale Geburt anzustreben, manchmal der Kaiserschnitt dennoch die bessere Alternative zur vaginal-operativen Geburtsbeendigung und dem Kristellerhandgriff ist. Das Verabreichen von Medikamenten wie Oxytocin zur Geburtsbeschleunigung, insbesondere ohne Aufklärung und Einwilligung der Frau: „Oah, jetzt machen wir den Tropf dran.“ (B1) wird als übergriffig wahrgenommen. Generell sind die mangelnde Aufklärung und fehlende Einwilligung bei jeglichen Interventionen ein Hauptgrund, dass Gewalt ausgeübt wird. Das Festhalten einer Frau „damit sie sich wieder einkriegt...“ (B1) und das auseinanderdrücken der Beine stellen wie das Nähen ohne ausreichend Analgesie eine Gewalttat gegen die Frau dar. Auch das einschränken der Bewegungsfreiheit zum

Beispiel durch Dauer-CTGs stellt eine Verletzung der Patientenrechte dar und führt dazu, dass die Frau Gewalt erlebt.

**Psychische Gewalt** setzt da an, wo die Frau fremdbestimmt wird, ihr Recht auf Selbstbestimmung missachtet wird. Jede Handlung, die gegen den Willen der Frau vollzogen wird, die ihren Wünschen und Bedürfnissen nicht gerecht wird und somit ihr Potential einschränkt, ist als Gewalt einzustufen. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Handlung aus einer Absicht heraus entsteht oder unabsichtlich. Alle drei Hebammen deuteten Gewalt in der Geburtshilfe als eine subjektive und nicht als eine absolute Realität. Hebamme B1 definiert auch das verurteilende Denken über eine Frau als Gewalt. Darunter fällt auch das Nicht-Ernstnehmen der Frau, was sich mitunter in verbaler Gewalt wie Anschreien äußert.

Eine fehlende kontinuierliche Betreuung fällt sowohl unter die eben genannte Kategorie als auch unter die Kategorie **Strukturelle Gewalt**. Die Ungeduld des Personals als auch die bestehenden Hierarchien zwischen Arzt, Hebamme, und werdender Hebamme sind geburtshilfliche Gewalt. Auch die Hierarchie zwischen Personal und Frau, und somit der Degradierung der Frau zur Patientin nehmen der Frau das Recht zur Selbstbestimmung. Hebamme B2 sieht das Recht zur Selbstbestimmung auch darin beschnitten, dass die Frau keine freie Wahl des Geburtsortes vornehmen kann.

Bezüglich der **Häufigkeit** des Auftretens geburtshilflicher Gewalt schwankten die Angaben von täglich bis öfters: „[...] wie man die Übergaben macht, ähm, von den Frauen von Schicht zu Schicht, ähm, wie man da die Frauen beschreibt oder über sie urteilt, ähm. Das passiert ja eigentlich in jeder Übergabe, ne?“ (B1). Es zeigt sich, dass sie die Häufigkeit von Gewaltsituationen nicht mit ihrer Gewaltdefinition verknüpft, denn nach ihrer Definition ist das verurteilende Denken über eine Frau als Gewalt zu bewerten, was laut ihrer Aussage täglich vorkommt. Auf meine explizite Nachfrage nach der Häufigkeit an anderer Stelle im Interview gab Hebamme B1 jedoch an, dass ihr jede Woche eine Situation begegnen würde, die gewaltvoll ist. Hebamme B2 erläutert, dass jede Frau, die sich beim Klinikbetreten mit den Standards abfinden muss, Gewalt erfährt. Eine genaue Angabe zur Häufigkeit kann sie nicht nennen, da sie auf Grund ihrer wenigen Dienste pro Monat glaubt, keine repräsentative Aussage machen zu können. Die Hebamme B3 gibt an, dass Situationen mit stärkerer Gewalt häufiger vorkommen, die Frauen generell aber wenig selbstbestimmt sind. Hierdurch wird ersichtlich, dass die strukturelle und psychische Gewalt zwar als Gewalt anerkannt wird, jedoch bei der Reflektion über die Häufigkeit hauptsächlich an Akte der physischen Gewalt gedacht wird. Ich muss hinzufügen, dass ich gefragt habe wie häufig sie geburtshilfliche Gewalt erleben, nicht was sie glauben, wie häufig geburtshilfliche Gewalt im Allgemeinen auftritt.

Auf die Frage nach den verantwortlichen **Beteiligten** an Gewalt unter Geburt, gaben alle Hebammen an, sich selbst nicht auszunehmen, Hebamme B3 nannte das gesamte Team als die Ausführenden von Gewalt und Hebamme B2 erläuterte, dass in Vollzeit tätige Hebammen härter sind und Selbstschutzmechanismen haben, die die Betreuung der Frauen negativ beeinflussen. Auch die Gynäkologen, die Schwangerenvorsorgen durchführen und die Frauen verängstigen statt empowern, werden als Beteiligte genannt. Fast alle geschilderten Gewaltsituationen hängen mit dem Eingreifen eines Arztes zusammen, auf meine Nachfrage nach den Beteiligten äußerte Hebamme B1: „Also ich würde nicht sagen, dass das nur die Ärzte sind. Und ich finde dieses Ärztebashing oder wie man so sagt, ist, äh, nervt mich, weil das sind wir auch, das sind meine Kolleginnen, das bin auch ich selber, die, ähm, ja die sich nicht immer im Griff haben (...) das ist nicht beschränkt auf eine Berufsgruppe.“ (#27:50 #B1).

Insgesamt zeigt die Wahrnehmung und das Verständnis von geburtshilflicher Gewalt seitens der Hebammen, dass sie eine sehr ähnliche Definition von Gewalt in der Geburtshilfe haben, wie wir sie für unsere Bachelorarbeit definierten. Dies deutet auf einen hohen Bewusstseinsgrad der Hebammen und einen sensiblen Umgang mit der Thematik hin.

#### *Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt*

Den Hauptthemenbereich Ursachen geburtshilflicher Gewalt aus Sicht der Hebamme erläutere ich anhand der Kategorien: **Strukturen, Überlastung, Sichtweise auf Geburt und Arbeitsweise**. Hinter der zuvor benannten Strukturellen Gewalt stehen **Strukturen**, die ursächlich für die Gewalt sind. Alle befragten Hebammen heben den allgemeinen Personalmangel und insbesondere den Hebammenmangel hervor, der unter anderem durch ein Versagen der Politik entstanden ist. Der Zwang, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten müssen, führt zu niedrigen Löhnen, wenig Personal, Interventionsreicher Geburtshilfe und der Zentralisierung von Geburtsstationen, was die Gesamtsituation weiter verschärft. Weiter nannten die Hebammen den hohen bürokratischen Aufwand aus Angst vor forensischen Konsequenzen als ein strukturelles Problem. Insgesamt resultiert das in einem Zeitmangel und in der Ungeduld des Personals. Ebenfalls für die Ungeduld verantwortlich ist die Einteilung der Geburt in zeitlich festgelegte Phasen. Auch die in Deutschland bestehenden patriarchalen Strukturen, die zu Sexismus und Hierarchien führen, benennen Hebamme B1 und B2: „Oder der Oberarzt, der dann sagt: „Unter Schmerzen sollst du gebären“, dieser Bibelspruch, JEDESMAL nach JEDER Geburt. Oder wenn eine Frau laut ist im Kreißaal, als Witz, ja. [...] da kommt dann auch die Feministin in mir hoch [...] aber es sind nicht nur die Männer, es sind auch die FRAUEN, die andere Frauen entmachten.“ (B1). Des



Weiteren benennen die Interviewpartnerinnen die fehlende Sensibilisierung in der Ausbildung und die allgemeine fachliche Inkompetenz unter anderem als strukturellen Grund für das Auftreten von Gewalt im Kreißaal. Aktuell eine immer größere Herausforderung und teils Überforderung stellen die Sprachbarrieren auf Grund von Flüchtlingseinwanderung und Zuwanderung von Fachkräften dar, eine Kommunikation mit der Frau ist so nur schwer möglich und Übersetzer gibt es nur in seltenen Fällen.

Ein Großteil dieser Strukturen führt zur individuellen **Überlastung** der Hebammen. Alle drei Hebammen nennen die individuelle Überlastung als Grund für ihr eigenes gewalttätiges Verhalten. Neben den strukturellen Belastungen spielt die mangelnde Anerkennung ihres Berufsstandes eine große Rolle, aber auch die Schichtdienste: In den Tagdiensten kommt zusätzlich zu den Geburten noch die Ambulanz hinzu, was zu einem Arbeitsaufkommen führt, dass nicht mehr managebar ist. Auch die Nachtdienste im hohen Alter nimmt Hebamme B2 als Belastung wahr. Für die Hebammen B1 und B2 ist die zeitliche Unvereinbarkeit von Familie und Beruf ein großer Belastungsfaktor, weshalb beide Hebammen nur in Teilzeit beschäftigt sind. Als besondere Belastung erleben die Hebammen, dass sie keine Zeit für Selbstfürsorge haben und somit die körperlichen Anstrengungen und seelischen Strapazen nicht ausgleichen können. Auch bleibt so kein Raum für die, um Gewalt vorzubeugen, notwendige Selbstreflektion. Im Arbeitsalltag stellen die hohe Verantwortung, Ausnahmesituationen und die Unplanbarkeit des Arbeitsaufkommens einen Stressor dar. Zusätzlich können eigene Verletzungen im körperlichen wie im seelischen Sinne, zum Beispiel in Form von (Sekundären) Posttraumatischen Belastungsstörungen als auch private Belastungen zu mangelnder Energie und zu Selbstschutzmechanismen führen, die die Betreuung der Frau negativ beeinflussen.

Es ist auffallend, dass von allen drei Hebammen die pathologische **Sichtweise auf Geburt** seitens der Kollegen, Ärzte und der gesamten Gesellschaft als maßgeblicher Grund für die gewaltvolle Geburtshilfe aufgeführt wird. Durch die mediale Darstellung von Geburt und die auf Pathologien ausgerichtete Schwangerenvorsorge werden die Frauen verunsichert und entwickeln falsche Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der Geburt. Seitens des Personals liegt der Fokus auf dem Intimbereich der Frau statt auf der Frau als psycho-soziales Wesen. Die fehlende Kenntnis über die Bedeutung von Geburt für das Leben von Mutter, Familie und Kind ermöglicht es dem Personal, insbesondere den Ärzt\*innen, das Risiko anstelle der Frau in den Mittelpunkt zu stellen: „Man sollte die Frau doch mit einer Geburtsvorbereitung in die Lage versetzen zu gebären [...] weil jede Frau kann gebären [...], und vertrauen zu haben in ihre Körperlichkeit und ihre Mütterlichkeit und so. [...] Und da spiele ich ja gar keine Rolle als Geburtshelfer, sondern die Frau ist diejenige die die Fäden in der Hand hält. Ja, wenn es eine gute Geburt ist, ist es doch

eine Frau, die selbstbestimmt gebären kann.“ (#43:56 #B1). Hierbei zeigt sich das Unvermögen, dass eigene Fachexpertentum mit dem Expertentum, das die Frau für sich hat, zu verknüpfen. Die Sichtweise auf Geburt war mitbestimmend bei der Etablierung der geburtshilflichen Begrifflichkeiten: „[...], also wenn man sich überlegt, Wehe oder Austreibungsperiode, oder das Geburtsobjekt, das ist geburtshilfliche Sprache!“ (B1) und die Begrifflichkeiten prägen wiederum die Sichtweise und somit auch die Arbeitsweise der zukünftigen Hebammen und Ärzte.

Die **Arbeitsweise** des gesamten Personals ist zum großen Teil dafür verantwortlich, ob die Frau eine Intervention als Gewalt erlebt. Die befragten Hebammen erwähnten mehrfach, dass das Fehlen einer Aufklärung vor einer Intervention, die Intervention ohne Einwilligung und auch das Einholen einer Einwilligung ohne Aufklärung ein Alltagsphänomen ist. Dieses Alltagsphänomen und eine gewaltvolle Sprache hängen neben dem Zeitdruck mit der fehlenden Selbstreflektion und fehlenden fachlichen Expertise zusammen. Die Hebamme B1 stellt anschaulich dar, dass der Fokus auf dem Arbeitsablauf und nicht auf der Arbeitsweise liegt: „Ähm, was mich so stört an meinem Beruf, ist, dass das ich oft das Gefühl habe es geht nicht um den Inhalt, es geht nicht darum WIE ich meine Arbeit mache und ob ich das gut mache und ob ich das mit HERZ und Verstand mache und mit viel Fachwissen und Engagement, sondern es geht darum, dass irgendjemand irgendetwas macht, [...].“ (B1). Eine besondere Herausforderung für die Hebammen stellt der Umgang mit Frauen dar, die einer Intervention trotz Aufklärung nicht zustimmen, obwohl diese notwendig ist, um das Kind zu retten. Somit wird gegen den Willen der Frau gehandelt. Auch das Manipulieren des Geburtsverlaufes zur Optimierung des Arbeitsablaufs, meist durch das Anraten von Interventionen, beschränken das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Hebamme B1 bemängelt die ärztlich geführte Schwangerschaftsvorsorge, da sie die Selbstbestimmung der Frau nicht fördert, im Gegenteil die Frau verängstigt, was sich wiederum auf die Geburt auswirkt. Zusätzlich verunsichern unterschiedliche Handlungsempfehlungen. Ängstliche Frauen sind abhängiger vom Personal und bedürfen mehr Zuwendung, was vom Personal jedoch nicht respektiert wird, da es mehr Arbeit bedeutet: „Weil es anstrengend ist, weil es das System sprengt von „das arbeiten wir ab“, ja. [...] Aber ich finde die kann man doch leicht ins Boot holen, [...] und sie an die Hand nehmen, wenn sie Angst hat.“ (B1). Häufig fehlt die empathische Grundhaltung gegenüber der Frau, verstärkt durch das Fehlen einer kontinuierlichen Betreuung, so ist die Frau eine Unbekannte, wodurch die Hemmschwelle, Gewalt anzuwenden, niedriger ist. Ebenso führt Selbstüberschätzung zu mehr Gewalt, da Notsituationen nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden und somit invasivere Interventionen nach sich ziehen. Die Hebammen nennen vielfältige auslösende Faktoren

und differenzierte Ursachen für das Auftreten von Gewalt und zeigen damit ein gutes Gesamtverständnis der derzeitigen geburtshilflichen Situation.

#### *Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt*

Neben den direkten **Auswirkungen auf die Frau** werden die **Fremdwahrnehmungen durch das Personal** erläutert, da diese Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt seitens der Frau liefern. Als direkte **Auswirkung auf die Frau** nennt Hebamme B1 die Möglichkeit einer Retraumatisierung: „[...]also ich habe mal eine Situation erlebt wo die Frau GANZ offensichtlich traumatisiert war [...] und hat dann bei der Naht so geschrien, also so schrecklich, wie so ein Tier eigentlich und die Ärztin hat einfach nicht aufgehört zu nähen, [...] Und die hatte Lachgas und irgendwelche Dipi-Injektionen schon gehabt aber es tat, es war halt nicht der Schmerz, sondern dieser, wahrscheinlich war es eine Retraumatisierung, [...].“ (#06:14 #B1). Auf diese Art kann das Geburtserleben negativ beeinflusst werden, so dass die Frau keine schöne Geburt erlebt. Hebamme B3 erläuterte, dass es Situationen gibt, wo es um das Leben des Kindes geht und gegen den Willen der Mutter eine Intervention als Rettungsmaßnahme vorgenommen wird, wo die Frau kein Verständnis für die Intervention entwickeln kann. Insgesamt beschreiben die Hebammen nur wenige konkrete Auswirkungen auf die Frau, da sie alle vorwiegend geburtshilfliche Gewalt im größeren Kontext betrachten.

**Fremdwahrnehmungen durch das Personal:** Für die Hebammen wird ersichtlich, dass eine Frau geburtshilfliche Gewalt erlebt, wenn die Frau nicht mehr selbstbestimmt agieren kann, das heißt sie wird entbunden. Durch ihre Hilflosigkeit wird die Frau handlungsunfähig und lässt alles mit sich geschehen oder ist in einer Schockstarre. Bei verängstigten Frauen und erschöpften Frauen kann sehen die Hebammen ein Indiz, dass die Frauen geburtshilfliche Gewalt erfahren. Ein weiterer Aspekt ist das Nicht-Loslassenkönnen, wenn die Frau bei der Ankunft im Kreißsaal nicht liebevoll willkommen geheißen wird und häufige Hebammenwechsel stattfinden, kann sie kein Vertrauen fassen und sich deshalb nicht öffnen, was sich in einem protrahierten Verlauf äußern kann. Auch wenn eine Frau ausrastet und schreit ist das ein Indikator für die Hebammen, dass die Frau in der Situation Gewalt erlebt. Die Hebammen nehmen den Wandel von Frau zu Patientin wahr, welcher auf mangelnde Selbstbestimmung hinweist.

#### *Auseinandersetzung mit der Thematik Gewalt unter Geburt*

Die folgenden zwei Kategorien **Sensibilisierung von außen** und **lernen durch Erfahrung und Reflektion** bilden die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt unter Geburt ab. Hierfür wertete ich zusätzlich die das Thema betreffenden Fragen des

Kurzfragebogens aus. Aus den Kurzfragebögen sowie aus den Interviews geht hervor, dass bei keiner Hebamme in der Ausbildung eine umfassende Thematisierung noch eine Sensibilisierung stattgefunden hat. Einzelne Kommentare sind in der Ausbildung zwar gefallen, zum Beispiel zum reflektierten Umgang mit der eigenen Macht, dieser wurde jedoch nicht näher erläutert und somit wusste die Hebamme B1 in ihrer Ausbildungszeit nicht um die Bedeutung des Kommentares. Mit ihrem idealistischen Blick auf den Beruf, war ihr nicht bewusst, dass ein reflektierter Umgang mit der eigenen Macht notwendig ist. Erst im Kontakt zu Beleg- und Hausgeburtshebammen begann Hebamme B2 ihre Sichtweise auf Geburt zu verändern und sensibler für den Umgang mit der Frau zu werden, da zuvor der Fokus auf der fachlichen Arbeitsweise lag. Insgesamt ist der Austausch mit den Kolleginnen der größte und Sensibilisierungsfaktor im Berufsleben der Hebammen. So empfindet Hebamme B2 das Interview als sensibilisierend da es zum Nachdenken anregt und wünscht, dass viel mehr Personal befragt wird. Bücher und Filme werden aus eigenem Interesse und zur eigenen Sensibilisierung genutzt. Bemerkenswert ist, dass alle drei Hebammen den Rose Revolution Day als einen Anstoß zur Reflektion wahrnehmen: „Es gab ja diesen Tag wo die Rosen vor den Kreißsaal gelegt wurden und Gewalt in der Geburtshilfe auf einmal so, also alle: „Was meint- ich weiß gar nicht was ihr meint“ und so. Aber wenn man sich Gedanken darüber macht, dass man auf einmal auf ganz viele Beispiele kommt.“ (B2) Auch sprachen Hebamme B1 und B2 den gesellschaftlichen Bewusstseinswandel an, der dazu führt, dass die Menschen sensibler für Gewalt werden. Dies bedeutet, dass Frauen und Paare Interventionen und Handlungen eher als Gewalt einordnen und erleben als Frauen vor 20-30 Jahren, aber auch, dass das Personal sensibler gegenüber der Thematik wird, insbesondere die jungen Hebammen. Während Fortbildungen wurde das Thema Gewalt in der Geburtshilfe nicht thematisiert doch erlebte Hebamme B1 eine Sensibilisierung auf einer Still- und Laktationsberatungsfortbildung durch Selbsterfahrung: „[...], das machen wir täglich hundert Mal, ja, ne, der Frau an die Brust zu fassen, möglichst ohne noch zu fragen. [...] und wenn man dann selber den BH ausziehen muss, merkt man erstmal so: „Uah, das ist ja schrecklich!““ Diese Art der Selbsterfahrung ist auch Teil der folgenden Kategorie.

Das **Lernen durch Erfahrung und das Reflektieren** begann bei den Hebammen in den praktischen Einsätzen der Ausbildung durch Situationen, die die Hebammen als offensichtlich gewaltvoll erlebten. Von diesen Erfahrungen leiteten sie Handlungs- und Verhaltensweisen ab, wie sie es besser machen könne. Hebamme B3 beschreibt, dass durch das Miterleben von Interventionen ohne Absprache ihr Fokus auf die ehrliche Kommunikation mit dem Paar entstanden ist. Bei Hebamme B1 und B2 trug die eigene Mutterschaft dazu bei, eine neue Sichtweise auf Geburt und auf die Betreuung zu erlangen, bei Hebamme B1 reflektiert, wie ihr in der ersten Zeit nach der eigenen Geburt die

professionelle Distanz fehlte, sie litt mit und konnte dadurch nicht mehr optimal für die Frau da sein. Auch die Vorstellungen von dem Beruf und das Berufsethos gaben den Hebammen B1 und B3 eine Orientierungshilfe, wie sie ihren Beruf ausüben möchten. Ich habe festgestellt, dass obwohl kaum fachliche Sensibilisierung stattfindet, die Hebammen dennoch einen sensiblen Umgang mit der Thematik gefunden haben, zumeist aus negativen Erfahrungen.

#### *Die Rolle der Hebamme und ihr Umgang in Situationen geburtshilflicher Gewalt*

Zunächst beleuchte ich das **Fühlen in der Situation** und stelle dann das **Handeln in der Situation** vor um mit dem **Emotionalen Coping** abzuschließen. Wenn die befragte Hebammen Situationen geburtshilflicher Gewalt beiwohnen, fühlen sie sich als Mittäterinnen. Sie fühlen sich handlungsunfähig in dem Sinne, dass sie die Gewalt nicht stoppen können und ihre Stimme nicht zählt. Hebamme B1 fühlte sich einer Ohnmacht nahe und ein Stressgefühl steht im Vordergrund. Die Hebammen haben Mitleid mit der Frau und dem Paar und schämen sich für sich selbst, weil sie der Frau nicht helfen können. Insbesondere in Gewaltsituationen auf Grund eines Notfalls geben die Hebammen an, Angst zu haben. Die Hebammen betrachten ihr Verhalten und Halten selbstkritisch und fühlen sich schrecklich. Diese Gefühle deuten an, dass die Hebammen Mitbetroffene von der geburtshilflichen Gewalt sind und somit Täter und Opfer sind.

Ist die Gewaltsituation an eine Notsituation geknüpft besteht das **Handeln in der Situation** erst einmal im Funktionieren, alle fachlich notwendige wird getan. Es wird priorisiert was zu tun ist und alles was nicht akut ist wird vorerst nicht erledigt. Wenn die Möglichkeit besteht, ist es Hebamme B3 wichtig, die Frau vorzuwarnen und mittels Kommunikation der Frau das Gefühl zu geben, selbst bestimmen zu können. Je nach Situation versuchen die Hebammen auch die Gewalt zu stoppen, indem sie eingreifen, in Extremsituationen wird der Beschützerinstinkt von Hebamme B1 geweckt, wodurch sie sehr bestimmend wird und sich selbst nicht mehr mag. Auch die andere Seite des Kampf- oder Fluchtinstinkts wird geweckt; die Hebammen geben an, fliehen zu wollen. Aus Selbstschutzgründen entwickelt Hebamme B2 Vermeidungsstrategien, die dazu führen, dass sie nur noch Nachtschichten macht, wo das Risiko für eine Gewaltsituation niedriger ist.

Das **Emotionale Coping** besteht aus zwei Hauptstrategien, dem Verdrängen und dem Verarbeiten des Erlebten. Nach Möglichkeit versuchen die Hebammen das Erlebte noch vor Ort durch Nachbesprechungen mit dem Paar und Gesprächen mit den Kolleginnen aufzuarbeiten, da ein Verdrängen und Mit-nach-Hause-Nehmen psychisch belastend ist: „Ich nehme das nicht gerne mit nach Hause, weil einfach, also, weil leider natürlich immer das Risiko hoch ist, dass man irgendwas in der Geburtshilfe erlebt [...] was nicht gut

geht.“, so Hebamme B3. Auf diese Weise kann das Risiko einer Traumatisierung minimiert werden. Sie lässt ihre Wut und Trauer im Kreißaal raus und weint dann im Kreißaal. Auch Gespräche mit dem Partner erleichtern das Verarbeiten von gewaltvollen Situationen. Hebamme B1 wünscht sich in solchen Situationen ein Team, das ihre Werte mehr teilt, damit es seltener zu solchen Situationen kommt. Was allen Hebammen wichtig ist, ist sich Zeit für sich zu nehmen um wieder Kraft zu sammeln und um zu überlegen, wie man es beim nächsten Mal besser machen kann.

#### *Lösungsansätze zur Vermeidung geburtshilflicher Gewalt*

Die von den Hebammen genannten Lösungsansätze werden anhand der Kategorien **Strukturelle Veränderungen**, **Arbeitsweise** und **Sichtweise** auf Geburt erläutert und bilden somit einen Gegenpol zu den Ursachen von geburtshilflicher Gewalt. Um eine optimale Geburtshilfe leisten zu können bedarf es **struktureller Veränderungen**, die Hebammen fordern eine bessere Politik, insbesondere eine bessere Berufspolitik. Durch attraktivere Löhne und bewältigbare Arbeitsaufkommen soll der Beruf der Hebamme attraktiver gestaltet werden und die Wertschätzung erhalten, die er verdient. Durch das Einrichten einer Ambulanz soll die Doppelbelastung der Hebammen, dass sie Gebärende und ambulante Frauen parallel betreuen müssen, reduziert werden. Auch sehen die Hebammen den Bedarf mittels Hebammengeleitetem Kreißaal der Hierarchie zwischen Ärzt\*innen und Hebammen entgegenzuwirken. Für flachere Hierarchien und ein wertschätzendes Miteinander schlägt Hebamme B2 vor, die Übergabe der Frauen mit den Ärzt\*innen gemeinsam zu machen. So kann ein umfassenderer Blick über die Frau gewonnen werden und mehr Verständnis für die jeweilig andere Berufsgruppe. Um diese Veränderungen zu ermöglichen, ist es notwendig die Geburtshilfe finanziell von der Wirtschaftlichkeit zu lösen. Hebamme B2 wünscht sich mehr Zeit um bei der Geburt dabei zu sein, den wunderbaren Moment mit der Familie teilen zu dürfen, da dies die Belohnung für ihre Arbeit ist. Ihr ist der Kontakt und die Beziehung zur Frau sehr wichtig und um ein tragendes Vertrauensverhältnis aufzubauen, was wiederum ein Schutzfaktor vor Gewalt ist, wäre es hilfreich die Frauen schon in der Schwangerschaft kennenzulernen. Eine ausführliche Anamnese mit Fokus auf das psychische Befinden und die soziale Situation sollte obligat sein um die Frau bestmöglich unterstützen zu können. Eine selbstbestimmte Frau geht mit ihrem Kind glücklicher und gesünder aus der Geburt hervor, das standardmäßige Anfertigen eines Geburtsplans kann der Frau helfen, sich ausreichend auf das Abenteuer Geburt vorzubereiten und sich mit ihren Wünschen und Bedürfnissen frühzeitig auseinander zu setzen. Außerdem müssen die Frauen eine echte Wahlmöglichkeit haben, was den Geburtsort betrifft. Durch niedrigere Haftpflichtprämien würden mehr Hebammen in der Lage sein, außerklinische Geburtshilfe anzubieten, auch muss die Zentralisierung der Kreißsäle gestoppt werden, um den Frauen eine

Wohnortnahe Geburt zu ermöglichen. Durch die Akademisierung soll der Berufsstand der Hebamme mehr gesellschaftliches Ansehen erlangen und die Hebammen ein höherwertiges fachliches Wissen. Durch das Einbeziehen und Erstellen von S3-Leitlinien sollen die Interventionen auf ihre Evidenzbasierung geprüft werden. Auch soll die Ausbildung/das Studium die sozialen Kompetenzen der Hebammen und Ärzte durch das Überarbeiten der Ausbildungsverordnungen fördern. Alle drei Hebammen sehen eine 1:1 Betreuung der Frauen als Voraussetzung für eine frauenzentrierte Betreuung als auch für eine gesunde Arbeitsweise.

Die **Arbeitsweise** des Personals ist abhängig von der Selbstreflexion und dem Hinterfragen von Interventionen und dem Begreifen des Berufes als Berufung, wie die Aussage von Hebamme B2 zeigt: „Ja, ich wünsche mir UNBEDINGT, dass wir da sehr viel liebevoller mit den Frauen, oder mit den Paaren auch, in den Situationen umgehen, dass wir die Dinge mehr hinterfragen, ob das wirklich Sinn macht, [...]“. Durch wöchentliche fachliche und emotionale Supervisionen und das etablieren einer positiven Fehlerkultur kann eine Arbeitskultur entwickelt werden, die die Frau in den Mittelpunkt stellt. So sollte es als Standard die Möglichkeit für die Frauen und Paare geben, ihre Geburt nachzubesprechen. Auch sollte in der täglichen Visite auf der Wochenbettstation das psychische Wohlergehen mehr in den Vordergrund gerückt werden. Mittels Gewaltfreie Kommunikation auf Augenhöhe soll verhindert werden, dass Interventionen ohne Aufklärung und Einwilligung durchgeführt werden. Durch eine wertschätzende Haltung gegenüber dem Team und mehr Zeit für das Wesentliche kann mehr Freude bei der Arbeit empfunden werden. Durch die Freude an der Arbeit kommt auch die Wertschätzung der Selbstbestimmung der Frau, die somit unterstützt wird, ebenso durch empowernde Schwangerenvorsorgen und Geburtsvorbereitungskurse. Konkret muss es mehr Raum für die gekonnte Nicht-Intervention geben, unter anderem in Form einer intermittierenden Herztonkontrolle anstelle des CTG's. Die schon länger im Berufsleben stehenden Hebammen B1 und B2 weisen auf die Wichtigkeit der Selbstfürsorge hin, den nur wenn es einem selbst gut geht ist man fähig anderen zu helfen. Die Hebamme B2 wünscht sich für die Hebammen Physiotherapie zur körperlichen Unterstützung. Auch leicht zugängliche psychotherapeutische Begleitung würde die Hebammen vor emotionaler Überlastung schützen. Eine empathische und fachlich versierte Arbeitsweise, sowie eine ausgeruhte und selbstreflektierte Hebamme stellen wesentliche Schutzfaktoren dar.

Der alles umfassende Faktor ist jedoch die **Sicht auf die Geburt** und somit auch die Sicht auf die Geburtshilfe. Denn nur wenn sich die Sichtweise auf die Geburt ändert, wird die Politik den Handlungsbedarf erkennen und erforderliche Maßnahmen ergreifen. Zum eine muss der Mensch als Ganzes wahrgenommen und wertgeschätzt werden. Hierfür ist es

erforderlich das Ansehen der Frau in der Gesellschaft zu stärken. Zum anderen muss die Geburt als etwas physiologisches, als Ausdruck für Gesundheit und mit ihrer Bedeutung für das Leben der Frau und ihrer Familie gesehen und erkannt werden. Die Geburt muss als das Natürliche und das Besondere gesehen werden, was sie ist. Doch nicht nur die Geburt an sich, auch die Schwangerschaft, das Kind, die Frau, der oder die Partner\*in als auch das Personal bedürfen mehr liebevoller Wertschätzung.

### 4.3 Darstellung der Ergebnisse der Assistenzärztinnen

Bei der Auswertung der drei geführten Interviews mithilfe der Grounded Theory wurden sechs Schlüsselkategorien, 23 Kategorien und insgesamt 143 Codes gebildet. Die Schlüsselkategorien wurden in Anlehnung an die Fragen unseres Interviewleitfadens (siehe Anhang Seite iii) benannt. Die Transkripte der Interviews sowie eine tabellarische Übersicht der Code- und Kategorienbildung befinden sich, wie in Kapitel 3.4 unter dem Gütekriterium Transparenz beschrieben im Anhang (siehe Seite v/xxviii). Bei der Verwendung von Direktzitatzen wird daher im Folgenden auf den Interviewtitel und die Zeilennummer verwiesen. Im Forschungsteam konnten wir uns auf die gleichen Schlüsselkategorien einigen, ebenso konnten, bis auf ein paar Abweichungen die Selben Kategorien gebildet werden. So wollen wir eine bessere Vergleichbarkeit der Arbeiten ermöglichen. Die Darstellung der Ergebnisse folgt in ihrer Reihenfolge der untenstehenden Tabelle. Absatzweise werden anhand der Schlüsselkategorien die Ergebnisse aufgeführt (kursive Überschriften zur Kennzeichnung). Für eine bessere Nachvollziehbarkeit für die Lesenden sind die Schlüssel- und Kategorien in einer Kurztabelle dargestellt. Im Folgenden wird mit Assistenzärztinnen die Gruppe der Interviewten gemeint, da sich alle Beforschten dem weiblichen Geschlecht zuordnen. Ist allgemein von der Ärzteschaft die Rede, wird gegendert.

Schlüsselkategorien	Kategorien
Verständnis und Wahrnehmung geburtshilfflicher Gewalt	Physische Gewalt Psychische Gewalt Strukturelle Gewalt Häufigkeit Beteiligte Personen Nicht-Benennung von Gewalt



Schlüsselkategorien	Kategorien
Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt	Strukturen Berufsausübung/Arbeitsweise Überlastung Sichtweise auf Geburt
Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt	Auswirkungen auf die Frau Fremdwahrnehmung durch das Personal Verarbeitung durch die Frau aus ärztlicher Sicht Empfinden von Vätern
Auseinandersetzung mit der Thematik	Sensibilisierung von außen Lernen durch Erfahrung und Reflektion Wahrnehmungen bei Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt
Die Rolle der Assistenzärztin und ihr Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt	Emotionales Coping Handlungszwang/ Dilemma
Lösungsansätze	Strukturelle Veränderungen Arbeitsweise/Sichtweise ändern Selbstfürsorge Nachbesprechung

### *Verständnis und Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt*

Die Schlüsselkategorie untergliedert sich in physische, psychische und strukturelle Gewalt, sowie Häufigkeit und Nicht-Benennung von Gewalt als Gewalt. Die Kategorien erklären sich in ihrer Benennung teilweise durch die in Kapitel 2.1.2 dargestellte Definition. Die Kategorie Nicht-Benennung von Gewalt als Gewalt erscheint widersprüchlich, meint aber das Erwähnen von gewaltvollen Situationen im Interview, denen durch die Interviewten nicht explizit der Begriff Gewalt zugeordnet wurde. Insgesamt trafen die Interviewten keine genaue Benennung der Unterkategorien von Gewalt in der Geburtshilfe, daher wurden geschilderte Situationen und Sachverhalte meinerseits den Unterkategorien zugeordnet, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen und die Aussagen zu strukturieren.

In der Kategorie physischer Gewalt ordnen die Beforschten das Kristellern, Episiotomien, vor allem ohne Einwilligung seitens der Gebärenden, Notkaiserschnitt, Nähen (von Geburtsverletzungen) ohne Betäubung und Festhalten der Frau auf dem OP-Tisch. Gleichzeitig erfolgt bei B1 und B3 eine Legitimation der physischen Gewalt durch Aussagen wie „das ist schon gewaltvoll, aber es ist dann auch ein Notfall“ (Interview B1, Z. 6 f.).

Die Kategorie psychische Gewalt beinhaltet die Codes ‚Interventionen ohne Einwilligung‘, ‚Interventionen ohne Aufklärung‘, ‚Zwang‘ und ‚Wehrlosigkeit‘. Diese wurden von mir in die Kategorie der psychischen Gewalt eingeordnet, da die Interviewten keine konkrete Zuordnung gemacht haben. Über verbale Gewalt äußerten sich B1 und B3 erst nachdem meinerseits die Definition von Gewalt in der Geburtshilfe (siehe Kapitel 2.1.2) vorgelesen wurde, damit es noch eine weitere Basis für das Interview gibt. B1 gab an, dass Unerfahrene (Ärzt\*innen) üben müssen, mit Worten umzugehen, also im Umkehrschluss Unerfahrene durch unbedachte Wortwahl eher verbale Gewalt ausüben. B2 gibt an, noch nie verbale Gewalt wahrgenommen zu haben, kann aber auch nicht ausschließen, dass es nicht passiert (ist). Im Kontrast dazu schildert B3 konkrete Situationen in denen Frauen mit Konsequenzen oder dem Kindstod gedroht wurde, sollte sie nicht in die (notwendige) Intervention einstimmen. Sie ordnete dies nicht selbst in die Kategorie der verbalen Gewalt ein, dies erfolgte durch mich. Da diese Drohung ausgesprochen wird, um die eigene Handlung zu rechtfertigen und die Frau dazu bringen soll, einzuwilligen, was sie in Anbetracht einer lebensgefährlichen Konsequenz für ihr Kind wahrscheinlich tut, ist sie der verbalen Gewalt zuzuordnen.

Zur Kategorie der strukturellen Gewalt finden sich Aussagen der Interviewten über einen Zeitmangel im Allgemeinen und bei Entscheidungen im Notfall, Zwang der durch ärztliche Entscheidungen auf die Gebärende ausgeübt wird und die Wehrlosigkeit der Frauen gegenüber geburtshilflichen Interventionen. Diese werden von den Ärzt\*innen, die in einer höheren hierarchischen Ebene stehen, durchgeführt, auch wenn keine Zeit für Erklärungen oder Einwilligungen seitens der Gebärenden ist oder zu sein scheint. Hier fällt auf, dass B1 und B2, die beide in einem Krankenhaus mit geringerer Geburtenzahl als B3 arbeiten, mehr Rücksicht auf Einwilligungen und Erklärungen auch in Notfallsituationen nehmen.

Die Häufigkeit von Gewalt in der Geburtshilfe wurde mit keine Erfahrung damit, selten und drei Mal im Jahr angegeben, wobei sich im Laufe der Interviews bei allen Befragten zeigte, dass sie Erfahrungen mit geburtshilflicher Gewalt gemacht haben. Daher ist der Code ‚Zugrunde liegende, eigene Definition‘ entstanden, der zwar keine Häufigkeit angibt,

jedoch aufzeigt, dass die Angabe einer Häufigkeit stark mit der eigenen Definition und somit wahrgenommenen Situationen einhergeht.

Als an Gewalt beteiligte Personen werden von B3 Assistenz- und Oberärzt\*innen als Täter und Hebammen als Mittlerinnen beschrieben, B1 und B2 haben sich dazu nicht geäußert.

Die Kategorie Nicht-Benennung von Gewalt als Gewalt ergibt sich aus dem nicht vorhandenen Vorwissen zum Begriff der geburtshilflichen Gewalt und dem daher nicht vorhandenen Bewusstsein dafür, verharmlosender Wortwahl und impliziter Erwähnung von Gewalt. Anzumerken ist, dass B3 im Laufe des Interviews den Begriff der Gewalt häufiger verwendet und auch zuordnet, während sie am Anfang entweder den Begriff meidet oder verharmlost. Das wird an diesem Zitat deutlich: „also das hab ich schon erlebt wo ich das auch also so ein *bisschen mindestens grenzwertig* finde, was passiert ist in der Situation“ (Interview B3, Z. 92). Die Interviewte B2 sagt außerdem, dass sie noch nie „Beschwerden hatte“ (Interview B2, Z. 29) von Frauen über die Geburt. Sie macht somit am Nicht-Vorhandensein einer negativen Rückmeldung fest, dass Frauen in ihrer Betreuung keine Gewalt erlebt haben.

#### *Ursachen und beeinflussende Faktoren geburtshilflicher Gewalt*

Diese Schlüsselkategorie gründet sich auf die vier Kategorien Strukturen, Sichtweise auf die Geburt, Überlastung und Arbeitsweise/Berufsausübung. Die Kategorie Überlastung wurde nicht der Kategorie Strukturen zugeordnet. Zwar machen erst die Strukturen eine Überlastung möglich, dennoch ist eine Überlastung ein individuell unterschiedlicher Faktor. Zudem, ist eine Überlastung, wenn sie eintritt sehr schwerwiegend in ihrer Auswirkung und wird daher extra genannt. Zur Kategorie Strukturen werden Verständigungsprobleme gezählt. Diese kommen zustande, wenn die Gebärende kein Deutsch und keine übersetzende Person oder professionelle\*r Dolmetscher\*in verfügbar ist. Dies wäre die Aufgabe des Gesundheitssystems. Desweiteren sind die durch die Struktur festgelegten Rollen, benannt durch die Ärzt\*innen als ‚Entscheider ohne Widerworte‘, ‚Ärzt\*innen als Täter\*innen‘, ‚Ärzt\*innen in machtvollster Position‘ und gleichzeitig die ‚zeitweise Unerreichbarkeit von Ärzt\*innen während der Geburt‘ als Ursachen von Gewalt benannt. B3 sagt dazu „der Assistenzarzt oder der Oberarzt [tendiert] eigentlich dazu [...], so zu handeln einfach sehr autoritär, „wir machen das jetzt so, fertig“ und dann glaube ich, dass wahrscheinlich der Arzt oder Oberarzt der Auslöser ist der ganzen Situation“ (Interview B3, Z. 305 f.). Daneben ordnen sich aus Sicht der Assistenzärztinnen die Hebammen als Mittler, Hebammen als wichtige Kontaktperson ein. Zu betonen ist, dass gewaltvolles Handeln laut den Interviewten vor allem durch

Notfallsituationen zustande kommt, bzw. sich alle Schilderungen von erlebter Gewalt auf Notfallsituationen beziehen. Ein ebenfalls der Struktur zugeordneter Code ist die ‚eigene Gewalterfahrung durch das System in der Ausbildung‘, der aus der Erzählung von B2 heraus gebildet wurde. Sie musste in Bulgarien als Assistenzärztin gegen ihren eigenen Willen Abtreibungen vornehmen, was sie nicht mit ihren moralischen Werten und ihrem Glauben vereinbaren konnte. Sie fühlt sich bis heute schlecht deswegen. Diesen Punkt habe ich in die Schlüsselkategorie Ursachen und die Kategorie Strukturen eingeordnet, um sichtbar zu machen, dass nicht nur Frauen, sondern auch das Gesundheitspersonal innerhalb eines Systems (auch, wenn es nicht das deutsche Gesundheitssystem ist) Gewalt erfahren können und mit dieser Erfahrung umgehen müssen.

Die Kategorie Sichtweise auf die Geburt spiegelt den ärztlichen Blick mit den Codes ‚Differenzen im Wertesystem/Prioritäten‘, was sich auf unterschiedliche Ansichten zwischen den beteiligten Ärzten bezieht. Zum einen werden schwierige Situationen von Oberärzten nur nach fachlicher Richtigkeit aber nicht nach emotionaler Bedeutsamkeit für die Assistenzärztinnen bewertet. B3 sagt dazu: „dann habe ich gesagt, es ist aber schrecklich gewesen für mich und ähm die Oberärzte haben gesagt „Du hast alles richtig gemacht“ (Interview B3, Z. 344). Zum anderen werden Interventionen von Oberärzten durchgeführt, die vorher nicht mit der Frau besprochen wurden und dieser daher auch nicht zustimmen konnte. Deutlich wird das, als B3 schildert, wie eine Oberärztin eine Episiotomie ohne Ankündigung schneidet, sie selbst würde das nicht machen und bewertet es als „grenzwertig“. Die weiteren Codes beschreiben die Unterordnung der Ansichten der Assistenzärztin und der Kommunikation unter das Notfallszenario, genauso wie den Willen der Frau, keine Berücksichtigung von moralischen Werten und der Stellung des Leben des Kindes über den Willen der Frau. Die vermeintliche (weil nicht nachprüfbar) Rettung des Kindes durch eine Intervention ist die Priorität der Ärzte und dafür werden die Aufklärung der Frau, sowie die unterschiedlichen Ansichten im Team zurückgestellt.

In der Kategorie Überlastung wird von B3 dargestellt, dass körperliche und psychische Erschöpfung durch Übermüdung, mehr als einen 24 Stunden-Dienst oder Stress (von B1 erwähnt) zu innerlicher Angespanntheit beiträgt, und so eher Gewalt ausübt: „wenn man wirklich übermüdet ist und zwei Mal hintereinander 24h Dienst hat und nach dem zweiten Dienst morgens noch eine Geburt hat, dann ist man natürlich angepisst, das ist dann schwierig dann neigt man natürlich dazu, dadurch dass man körperlich und psychisch auch erschöpft ist, das trägt definitiv dazu bei“ (Interview B3, Z. 403 f.). Andere Punkte werden von den Assistenzärztinnen nicht angebracht. Dennoch scheint dieser Punkt essentiell, da er sich stark auf die persönliche Arbeitsweise auswirkt.

Die Kategorie Berufsausübung und Arbeitsweise ist ebenso eine Ursache für die Entstehung von Gewalt. Ein wichtiger Code ist dabei die ‚Kommunikation als zentraler Aspekt von Interaktion‘ im Arbeitsalltag und somit die Codes ‚schlechte Kommunikation‘, ‚Kommunikationsprobleme‘, ‚Informationsverlust‘ und ‚Missverständnisse‘ sowie ‚unzureichender Informationsfluss‘ als Ursprung von Gewalt. Die Interviewte B3 macht das mit folgendem Satz deutlich: „ich meine fast alles hängt von der Kommunikation ab“ (Interview B3, Z. 102). Außerdem schließen die Codes ‚Zeitmangel‘, ‚Unerfahrenheit‘ und ‚unterschiedliche Wahrnehmungen im Team‘, ‚Machtgefälle/Hierarchie‘ nochmals an die Kategorie Strukturen an, werden aber als individuelle Arbeitsweise interpretiert, da diese Codes durch eine Veränderung der Arbeitsweise einzelner Beteiligter bzw. des Teams weniger schwer ins Gewicht fallen würden. Dazu zählt auch die von B3 beschriebene Situation im Team. Wenn es keine Kommunikation über die Gefühlsebene gibt, sie von Vorgesetzten nicht verstanden wird, keine Entscheidungsmacht hat und abweichende Wahrnehmungen innerhalb des Teams, die nicht besprochen und reflektiert werden. Außerdem sagt B3, dass es zu einer Übertragung eigener Probleme auf die Frau und damit zu gewaltvollen Handlungen kommen kann. Diese Erkenntnis hat sie aus der Supervision, die sie im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung besucht, gewonnen.

#### *Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt*

Diese Schlüsselkategorie bildet sich aus den vier Kategorien Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt auf die Frau, Fremdwahrnehmung der Frau durch das Personal, Verarbeitung von Gewalt durch die Frau aus ärztlicher Sicht und das Empfinden von Vätern. Diese Kategorie gliedert sich unter die Anhaltspunkte, da am geschilderten Empfinden der Väter in gewaltvollen Situationen noch ein anderer Blickwinkel beleuchtet werden kann.

Als Auswirkungen von geburtshilflicher Gewalt auf die Frauen werden Traumatisierung und (psychischer) Schock aufgezählt, welche die Frauen längerfristig beschäftigen können. Des Weiteren werden Unzufriedenheit der Frauen mit der Geburtssituation und ein daraus resultierend die Entscheidung für eine andere Klinik bei der nächsten Geburt von B1 und B2 genannt.

Die Kategorie Fremdwahrnehmung der Frau durch das Personal bildet sich aus fünf Codes. An diesen macht die Interviewte B3 fest, wie Frauen sich verhalten, die Gewalt erfahren haben. Die Codes ‚Nicht-Wahrnehmung‘, ‚Verzögerte Wahrnehmung‘ und ‚Wahrnehmung als Prozess‘ meinen, dass Frauen laut B3 oft nicht direkt in der Situation ihre Gewalt- oder Trauma-Erfahrung erkennen, sondern sich später, ggf. nach dem Krankenhausaufenthalt darüber klar werden und sie dann ihres (psychischen)Traumas

oder Schockverhaltens bewusst werden. Ob das immer ohne Hilfe von außenstehenden Personen funktioniert, ist in Frage zu stellen. An diese Kategorie schließt sich die nächste, die als Verarbeitung von erlebter Gewalt durch die Frau aus der Sicht von Assistenzärztinnen benannt ist, an. Die bessere Verarbeitung von gewaltvollen Situationen durch Nachbesprechung wird hier genannt, die Förderung des Kohärenzsинns der Frau mithilfe von nachträglichen Erklärungen, nachdem Interventionen ohne Aufklärung und Einverständnis stattgefunden haben. Die konkrete Meinung von B3 dazu: „wenn man das nachher der Frau erklärt, warum die Situation so war, dann ist es okay, dann ist es für sie besser, dann ist es keine Gewalt mehr“ (Interview B3, Z. 38 f.) zeigt auf, dass die Ärztinnen sich dafür einsetzen, dass Frauen gewaltvolle Situationen verarbeiten können. Ob die Aussage so auch von betroffenen Frauen bestätigt werden kann, ist fraglich. Die Interviewte B3 schildert das Befassen mit der Situation, mit dem erlebten Trauma oder Schock im Nachhinein als Prozess. Wenn dieser nicht beginnt, kann die Frau dieses Erlebnis nicht verarbeiten. B2 schildert hierzu beispielhaft die Entscheidung für einen anderen Geburtsmodus für die nächste Geburt am Fall einer Frau, die sich, nachdem sie geburtshilfliche Gewalt erfahren hat, einen Kaiserschnitt für die anstehende Geburt wünscht.

Die letzte Kategorie bildet das Empfinden der Väter in gewaltvollen Situationen. Die Kategorie bezieht sich nur auf Väter und nicht auf Partner\*innen oder andere Begleitpersonen im Kreißaal, da die Interviewte das Wort Vater verwendet. Das Empfinden stellt die Beforschte B3 an einer Situation, in der nach erfolglosem Kristellern und VE-Versuch ein Notkaiserschnitt durchgeführt werden musste dar. Der Vater war aus ärztlicher Sicht in einer Nebenrolle, ihm wurde in der Notfallsituation keine Beachtung geschenkt, obwohl er grundsätzlich mit seiner Stimmung Einfluss auf die Geburtssituation nehmen kann. Er hatte laut B3 in der Situation existentielle Ängste und äußerte diese in Hysterie, wurde evtl. auch traumatisiert. Das Empfinden der Väter und deren daraus resultierendes Verhalten kann also auch als Anhaltspunkt dafür, dass die Partnerin Gewalt erfährt, dienen.

#### *Auseinandersetzung von Assistenzärztinnen mit der Thematik Gewalt unter der Geburt*

Die Abfrage mittels Kurzfragebogens ergab, dass sich bis zum Zeitpunkt des Erhaltens der Anfragemail keine der Assistenzärztinnen mit dem Thema Gewalt unter der Geburt befasst hat. Weder in der Ausbildung, noch in Fortbildungen oder im Team des Krankenhauses kam die Thematik zur Sprache. Auch die in Kapitel 2.3 aufgelisteten Initiativen waren den Beforschten nicht bekannt. Die Kategorien sind bezeichnet als Sensibilisierung von außen, Lernen durch Erfahrung und Reflektion und Wahrnehmung bei der Auseinandersetzung mit geburtshilflicher Gewalt. Die Sensibilisierung von außen

hat also im Rahmen des Interviews bzw. durch die Forschungsarbeit zum ersten Mal wissentlich stattgefunden. Die Befragten haben sich schon mit Gewalt in der Geburtshilfe auseinandergesetzt, jedoch ohne diese Begrifflichkeit zu verwenden. In der Kategorie Sensibilisierung von außen beschreiben die Codes ‚keine Fortbildungen‘, ‚keine Auseinandersetzung im Studium‘ nochmal, was auch im Kurzfragebogen als Ergebnis aufgezeigt wurde. Bei der Auseinandersetzung mit dem Begriff erkennt die Befragte B3 geburtshilfliche Gewalt als Missstand an: „wenn man sowas hört, Gewalt in der Geburtshilfe, dann [...] stimmt [das] irgendwie nicht, da stimmt etwas nicht, wenn man das so hört“ (Interview B3, Z. 443 f.). Der Code ‚Gewalt in der Geburtshilfe als Missstand‘ findet sich auch in der folgenden Kategorie. Daher gliedert sich die Kategorie Wahrnehmungen bei Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt direkt an die Kategorie Sensibilisierung von außen an. Da durch mich als Forscherin der erste Schritt einer Sensibilisierung von außen getan wurde und die Auseinandersetzung damit ab erhalten der Anfragemail bis während des Interviews stattfand. Es zeigt sich, dass die Befragten nur ein teilweises Gewaltempfinden haben, nicht alle per Definition als Gewalt bezeichnete Geschehnisse als Gewalt einordnen (können). Gewaltvolle Situationen werden von Beteiligten unterschiedlich wahrgenommen und ggf. als normal eingeordnet. Die Bewertung von Gewalt als Gewalt hängt also von ausreichender Information über das Thema und der damit einhergehenden besseren Sensibilisierung von Ärzt\*innen für Gewalt in der Geburtshilfe einher.

Die Kategorie Lernen durch Erfahrung und Reflektion spiegelt wieder, dass die Ärztinnen sich mit ihrem Erleben auseinandersetzen, sich selbst reflektieren und daraus dann lernen, in kommende Situationen anders und besser zu reagieren. B3 macht das mit diesen Sätzen deutlich: „Ich glaube das kommt mit der Erfahrung, wenn man dann als Arzt, als Personal das mehrmals durchgemacht hat, diese Situation dann ist man auch selber ruhiger“ (Interview B3, Z. 61 f.) und „wenn man mit der Patientin spricht, was passiert ist und wie sie das empfunden hat, ist man dann sensibler in der nächsten Situation“ (Interview B3, Z. 80 f.). Außerdem kann von erfahrenen Kollegen, die als Vorbilder dienen, eine gute Arbeitsweise gelernt werden, insofern diese Dinge erklären und sich in ihrer Vorbildfunktion Mühe geben. Der Code ‚individuell unterschiedliche Arbeitsweisen‘ und ‚moralische Vorstellungen innerhalb des Teams‘ zeigt, dass die Ärztinnen sich deren bewusst sind und nach einer Bewertung daraus ihre eigenen Handlungsmaximen entwickeln. Der Code ‚Betreuungszeit ist wichtiger als Erfahrung‘, wird aus den Aussagen von B3 gebildet. Sie beschreibt, dass die Oberärzte, die erst in einer Notfallsituation zur Geburt dazukommen eher dazu tendieren gewaltvoll und unsensibel zu handeln, trotz ihres Erfahrungsschatzes. Sie bestätigt im Interview auf meine Nachfrage, dass eine längere Betreuungszeit der Gebärenden das

Gesundheitspersonal eher für Gewalt sensibel macht und eine Person, die die Situation nicht umfassend wahrnimmt und nur für eine Intervention den Kreißaal betritt eher Gewalt ausübt. Es zeigt sich also auf der einen Seite das Lernen durch Erfahrung und die Entwicklung von Sensibilität mit der Erfahrung und auf der anderen Seite das unsensible Verhalten in Notfallsituationen auch bei Ärzt\*innen mit längerer Berufserfahrung.

Die Kategorie Wahrnehmungen bei Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt entstand, da die Befragten sich, wie oben geschildert, erst durch das Interview mit dem Begriff und der Definition von geburtshilflicher Gewalt auseinandersetzten. Es zeigt sich durch die Aussagen der Befragten, dass sie nur teilweise ein Empfinden für gewaltvolle Situationen haben oder kein Gewaltempfinden, nicht (ausreichend) für die Thematik sensibilisiert wurden und individuelle Wahrnehmungen im Team bezüglich gewaltvoller Situationen bestehen, was die vorhergenannten Punkte unterstreicht. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass die Interviewte B3 teilweise explizit von „Gewaltsituationen die ich erlebe“ (Interview B3, Z. 31) spricht, über eine Episiotomie durch ihre Kollegin, bei der die Frau weder aufgeklärt noch um ihre Einwilligung gebeten wurde, aber sagt „wo ich das auch also so ein bisschen mindestens grenzwertig finde, was passiert ist in der Situation“ (Interview B3, Z. 92 f.). Das entspricht einer starken Herabsetzung der Tat durch die Adjektive ‚bisschen‘, ‚mindestens‘, und ‚grenzwertig‘. Während des Interviews zeigt sich, dass sich die Wahrnehmung von Gewalt als Gewalt durch die von mir gegebenen Informationen, also das Vorlesen der Definition von geburtshilflicher Gewalt, zu einer Beeinflussung der Wahrnehmung seitens der Befragten führte. Exemplarisch stellt sich das an der Aussage von B3 dar, die zu Beginn des Interviews angibt, ihr sei nicht gleich etwas zum Thema eingefallen, während des Interviews einige Situationen schildert, die definitiv gewaltvolles Handeln beinhalten und am Ende sagt, dass sie es wichtig findet, als Teil des Gesundheitspersonals über die Thematik informiert zu sein.

#### *Die Rolle der Assistenzärztinnen und ihr Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt*

Diese Schlüsselkategorie setzt sich aus den zwei Kategorien Emotionales Coping und Handlungszwang bzw. Dilemma zusammen. Dabei gliedert sich die Kategorie Emotionales Coping eher an den Umgang mit Situationen geburtshilflicher Gewalt und die Kategorie Handlungszwang/Dilemma eher an die Rolle der Assistenzärztinnen an. Emotionales Coping ist notwendig, da sich die Ärztinnen durchaus als Täterinnen verstehen. Als hilfreich sind das Reden über schwierige und gewaltvolle Situationen, Supervision und das Treffen von gemeinsamen Entscheidungen im ärztlichen Team genannt. Schlecht auf das Coping wirkt sich aus, wenn es keine klinikinterne Supervision gibt, die Nachbesprechungen im Team unzureichend sind oder der eigene Standpunkt



von den Kolleg\*innen nicht verstanden wird. Insgesamt ist ein gutes emotionales Coping wichtig, um psychisch gesund und somit berufsfähig zu bleiben.

Die Codes der Kategorie Handlungszwang und Dilemma zeigen das moralisch und medizinisch anspruchsvolle Handeln im ärztlichen Alltag auf und spiegeln gleichzeitig den ärztlichen Blick auf die Geburtshilfe und Notfallsituationen. Die Vorstellung der Frau bezüglich ihrer Geburt wird bei einer Notfallintervention, bei der die Intervention ambivalent zur Vorstellung der Frau ist, nicht berücksichtigt. Der Wille der Frau ist untergeordnet, das Ungeborene ist höher als der Wille der Frau eingeordnet, es wird über die Frau hinweg entschieden. Dies begründet sich laut den Befragten im Handlungs- und Interventionszwang in einer Notfallsituation. Im Zusammenhang mit Notfallinterventionen sprechen alle Befragten von einem „Muss/müssen“ was auch wörtlich den vermeintlichen Zwang darstellt. Trotzdem sehen die Beforschten das Einverständnis der Frau als notwendig an, setzen aber gleichzeitig auch voraus, dass die Frau Verständnis für die Situation bzw. Notfallintervention zeigt und einsichtig ist. Dadurch kommt es zu negativen Gefühlen in der Situation und im Nachhinein zu schlechtem Gewissen und ggf. schlechter Verarbeitung des Geschehenen durch die Ärztin.

#### *Lösungsansätze der Assistenzärztinnen zur Verhinderung geburtshilflicher Gewalt*

Die Schlüsselkategorie gliedert sich in die vier Kategorien Strukturelle Veränderungen, Arbeitsweise und Sichtweise ändern, Selbstfürsorge und Nachbesprechung. Die zwei erstgenannten Kategorien sind eng miteinander verwoben. Hierunter fällt der Code ‚guter Personalschlüssel‘, der dazu führt, dass keine Überlastung zustande kommt und die körperliche und psychische Fitness eher gewährleistet werden kann. Außerdem sehen die Ärztinnen in der Unterstützung der Wahlmöglichkeit, Entscheidungsfreiheit und Akzeptanz der Wünsche der Frau eine Möglichkeit zur Verbesserung. Daran gliedert sich an, im Arbeitsalltag genaue, deutliche und gute Erklärungen an die Frau zu geben und ihr zuzuhören, um ihr Kohärenzgefühl durch Information und Teilhabe zu stärken. Dafür braucht es laut den befragten Assistenzärztinnen Unterstützung durch Vorgesetzte, Vorgesetzte als Vorbilder, gemeinsame Besprechungen im Team und gutes Teamwork mit dem Fällen gemeinsamer Entscheidungen, um Differenzen innerhalb des Teams zu verringern oder zu verhindern. Außerdem benötigen die Interviewten Unterstützung zur Verarbeitung gewaltvoller oder belastender Situationen, zum Beispiel durch regelmäßige Supervision. Als zentraler und wichtiger Punkt zu bewerten ist der Code Informiert sein über geburtshilfliche Gewalt und ihre Folgen, der aus der resümierenden Aussage der Interviewten B3 gebildet wurde: „Also für mich ist es schwierig, das zu verstehen, was überhaupt die Definition der Gewalt ist, das es viel mehr ist, als das was man denkt [...]Also ist es wichtig, Bescheid zu wissen“ (Interview B3, Z. 452 f.). Wie sich auch schon

in der Kategorie Wahrnehmungen bei Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt innerhalb der Schlüsselkategorie Auseinandersetzung von Assistenzärztinnen mit der Thematik Gewalt unter der Geburt zeigt, ist das Wissen um das komplexe Thema der geburtshilflichen Gewalt notwendig, um gewaltvolles Handeln benennen, bewerten, einordnen und vorbeugen zu können.

Die Kategorie Selbstfürsorge wurde aus den Codes Nachbesprechung zur Überwindung des eigenen Traumas mit der Frau oder/und im Team sowie Supervision gebildet. Die Selbstfürsorge ist ein wichtiger Punkt bei der Verhinderung von Gewalt unter der Geburt, da diese die psychische (und körperliche) Gesundheit unterstützen kann. Für die Beforschte B3 kann eine Nachbesprechung im Team oder mit der Frau, die eine gewaltvolle Intervention in ihrem Beisein oder durch sie erfahren hat, helfen mit ihrer eigenen Traumatisierung umzugehen und diese zu überwinden. Außerdem ist die Möglichkeit eine Supervision durchzuführen für die Befragte heilsam und fördert ihre Selbstreflexion und stärkt sie für kommende anspruchsvolle Situationen.

Die Kategorie Nachbesprechung zeigt auf, dass diese aus Sicht der Ärztinnen auch für die Frau hilfreich sein kann. Das stellt sich in den Codes ‚Kohärenzsinn durch Nachbesprechung stärken‘, ‚Aufklärung nachholen‘, ‚unterschiedliche Wahrnehmungen von Frau und Ärzt\*innen berücksichtigen‘ dar. Die Befragte B3 fordert sogar verpflichtende Nachbesprechungen von Geburten als ärztliche Aufgabe, räumt aber gleichzeitig ein, dass der Zeitraum während die Frauen auf der Wochenbettstation sind, ggf. nicht ausreicht um eine gute Nachbesprechung zu vollziehen, da die Frauen ihrer Erfahrung nach die Gewalterfahrung oft noch nicht realisiert haben und sich noch im einem Prozess dahin befinden. Sie schlägt deshalb weiter vor, dass ein Angebot zur späteren Nachbesprechung realisiert werden könnte und sollte. Desweiteren hat sie einen Lerneffekt durch die Nachbesprechung, da sie aufmerksam zuhört und versucht die Rückmeldung der Frau in ihrem weiteren Handeln zu berücksichtigen. Zudem bezeichnet sie die Kommunikation über die Geburt als Mittel zur Lösung von Gewaltempfinden: „wenn man das nachher der Frau erklärt, warum die Situation so war, dann ist es okay, dann ist es für sie besser, dann ist es keine Gewalt mehr“ (Interview B3, Z. 37 f.). Sie sieht also eine große Chance in der gemeinsamen Nachbesprechung auf Augenhöhe. Ob die Situation aus Sicht der betroffenen Frau ebenso einfach bewältigt werden kann, sollte diskutiert werden.

## 5 Diskussion und Fazit

### 5.1 Einzeldiskussion werdende Hebammen

Da es in Deutschland keine einheitliche Definition von geburtshilflicher Gewalt gibt, kommt es durch das individuelle Verständnis von Gewalt unter der Geburt zu unterschiedlichen Wahrnehmungen des geburtshilflichen Personals, also auch der Berufsgruppierung der werdenden Hebammen, und zu einem häufigen Nicht-Erkennen von geburtshilflicher Gewalt seitens aller Beteiligten (Freedman et al. 2018: 10). Darin kann sich die fehlende Auseinandersetzung der werdenden Hebammen auf politischer Ebene erklären. Der Bundesrat werdender Hebammen sieht keine Notwendigkeit einer Stellungnahme und gibt auf meine Nachfrage selber an, sich noch nicht mit der Thematik auseinandergesetzt zu haben. Der in Kapitel 2 ausführlich dargelegte bestehende Forschungsdefizit bezüglich Prävalenz, Ursachen und Auswirkungen, aber vor allem auch der Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt durch das Gesundheitspersonal und somit auch durch die werdenden Hebammen, trägt dazu bei, der Thematik nur geringe Bedeutung beizumessen, obgleich die wenige vorhandene Forschung die Tragweite geburtshilflicher Gewalt deutlich macht. Da geburtshilfliche Gewalt ein weltweites Phänomen darstellt (Mundlos 2015: 32; WHO 2014: 2), können zumindest die Auswirkungen dieser auch auf Deutschland übertragen werden. Die befragten werdenden Hebammen beschreiben ihre Schwierigkeiten des emotionalen Umgangs mit der erlebten Gewalt. Dies bestätigt die, zwar nicht in Deutschland durchgeführte Studie von Mannava et al., dass geburtshilfliche Gewalt negative Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden aller Beteiligten haben kann (Mannava et al. 2015: 11). Auch die in Kapitel 2. 4 vorgestellte australische Onlineumfrage unterstreicht die Aussagen der interviewten werdenden Hebammen. Die Ergebnisse zeigen, dass Hebammen durch das Erleben geburtshilflicher Gewalt posttraumatischen Stress- und Schuldgefühlen ausgesetzt sind, sowie eine emotionale und moralische Herausforderung erleiden (Leinweber et al. 2017: 11 f.). Dass werdende Hebammen stark von hierarchischen Strukturen und dem Problem der Differenz von gelernter Theorie und gelebter Praxis in der Ausbildung beeinflusst sind (Mundlos 2015: 52 ff.), betonen die Interviewten mehrmals und nennen dies unter anderem als beeinflussenden Faktor für das Vorhandensein geburtshilflicher Gewalt. Die Forderungen des Positionspapiers des DHV (2018: 2 ff.) überschneiden sich mit denen der befragten werdenden Hebammen. Die Lösung struktureller Probleme, wie der Personalmangel, das Vorhandensein struktureller Hierarchien und einer mangelhaften Kommunikation mit den Gebärenden und untereinander werden dort als unausweichlich dargestellt. Auch eine Anleitung zur Selbstreflexion und ein Angebot zur Supervision seitens der Kliniken befinden die werdenden Hebammen als unabdingbar. Obwohl der DHV, als

Berufsvertretung der Hebammen und auch die befragten werdenden Hebammen die gleichen Aspekte nennen, fehlt trotzdem eine Durchsetzung angemessener Maßnahmenpläne für die Prävention geburtshilflicher Gewalt (Grieschat 2018). Dies zeigt sich auch deutlich in den geführten Interviews. B3 ist die einzige, die überhaupt von Seiten ihrer Hebammenschule gegenüber der Thematik sensibilisiert worden ist. Dessen ungeachtet beschreibt sie aber das Phänomen alltäglich stattfindender Gewalt. Die Auswertung der Kurzfragebögen belegt das Fehlen von Leitlinien zur Prävention und eine Sensibilisierung für geburtshilfliche Gewalt in den Kreißsälen der drei befragten werdenden Hebammen. Dies stellt einen Kontrast zu den bereits erstellten Maßnahmenplänen der WHO (2014: 1 f.) und dem gemeinsam erstellten Zwölf-Punkteplan der Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) und der International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCO) dar (vgl. FIGO/IMBCO 2019: 2 ff.). Die drei geführten Interviews demonstrieren zudem, wie unterschiedlich eine Sensibilisierung bezüglich Gewalt in der Geburtshilfe in den einzelnen Ausbildungsinstitutionen erfolgt. Der Umfang und Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit der Thematik ist von den Lehrenden der einzelnen Ausbildungsstätten abhängig und zeigt, dass diese drei Institutionen keinem gemeinsamen Lehrplan folgen. Mundlos (2015: 55), Franke (2007: 2 ff.) und Grieschat (2014) zufolge stellt der Aspekt der Ökonomisierung geburtshilflicher Einrichtungen eine große Bedeutung in der Kategorie der strukturelle Gewalt dar. In keinem der geführten Interviews findet dieser Aspekt jedoch eine Erwähnung. Die werdenden Hebammen reflektieren diesen Zustand (noch) nicht oder messen ihm keine Bedeutung bei. Insgesamt kritisieren die befragten werdenden Hebammen die in Kapitel 2.1 dargelegte vorherrschende medikalisierte und interventionsreiche Geburtshilfe und ihre Auswirkungen (Mundlos 2015: 39 ff.; Schwarz/Schücking 2014: 22 ff.; Wagner 2001: 25 f.). Durch das zahlreiche Beschreiben von erlebten Situationen und das Aufzählen hauptsächlich struktureller Ursachen benennen die werdenden Hebammen das System Geburtshilfe in seinen (politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen) Abhängigkeiten, Zwängen und Vorschriften indirekt als ursächlich für das Vorhandensein geburtshilflicher Gewalt. Die Ergebnisse der in Kapitel 2.4 beschriebenen qualitativen Forschung von Patterson et al. (2019: 29 ff.) zeigen, dass das Risiko von posttraumatischen Belastungsstörungen von Gewalt betroffenen Müttern gesenkt werden kann, wenn das Gesundheitspersonal einen würdevollen und respektvollen Umgang mit sich selbst und untereinander pflegt. Nur so kann ein solcher Umgang mit den Gebärenden gewährleistet sein. Die befragten werdenden Hebammen reflektieren zwar, dass ein achtsamer Umgang mit den Gebärenden geführt werden muss, jedoch nicht, dass der persönliche Umgang mit sich selbst und dem Personal untereinander genauso bedeutsam ist. Insgesamt konnte ich durch das starke Interesse der werdenden Hebammen (siehe

Kapitel 3.3) zu unserem Forschungsvorhaben und ihr engagiertes Verhalten feststellen, dass ihnen die Thematik sehr wichtig ist und sie das starke Bedürfnis nach Gesprächen über ihre Erlebnisse haben. Denn, wie in den Ergebnissen dargestellt, liegt ihnen einerseits das Wohlergehen der Gebärenden und ihren Familien am Herzen und andererseits sind sie selbst auch Betroffene geburtshilflicher Gewalt.

## 5.2 Einzeldiskussion Hebammen

Durch die Interviews wird ersichtlich, dass nicht nur die von Person zu Person verschiedenen Definitionen geburtshilflicher Gewalt ein Problem darstellen, sondern jede Hebamme für sich zwar ein sensibles Verständnis für die Thematik hat, aber Schwierigkeiten hat, für sich selbst eine klare Definition von Gewalt in der Geburtshilfe zu entwickeln. Daraus ergeben sich weitere Schwierigkeiten, wie zum Beispiel das konkrete Angeben von dem Erleben der Häufigkeit von Gewaltsituationen im Kreißaal. Hier reichen die Angaben von täglich bis öfters, was den internationalen Angaben von 20% bis 99% nahe kommt (Faneite et al. 2012: 5 ff.; Bohren et al. 2015: 8; Jardim/Modena 2018: 1 ff.). Die wenigen Studien zu den Wahrnehmungen des geburtshilflichen Personals bezüglich Gewalt in der Geburtshilfe, zeigen, dass ein Drittel des befragten Personals keine geburtshilfliche Gewalt erlebt beziehungsweise wahrgenommen hat, diese Tendenz hat sich bei den von mir befragten Hebammen nicht gezeigt, sie alle haben Gewalt in der Geburtshilfe erlebt und beschreiben, dass sie keine Ausnahmesituation sondern Alltag ist. Allerdings geben die Hebammen an, dass manche Kolleginnen diese Sensibilität nicht haben. Um dies zu ändern und um einen respektvollen Umgang mit den Frauen zu ermöglichen fordern die Hebammen vermehrte Forschung, aktuelle Leitlinien und politische Veränderungen wie das auch die großen Fachgesellschaften und die gesellschaftlichen Bewegungen und das Positionspapier des DHV fordern (DHV 2018: 1 ff.). Bereits vorhandene Maßnahmenpläne sind den Hebammen nicht bekannt, ihre Lösungsvorschläge stimmen jedoch zum großen Teil mit dem 12-Punkteplan für eine sichere und respektvolle Mutter-, Baby- und Familienversorgung (FIGO/ IMBCO 2019: 2 ff.) überein, so wird ersichtlich, dass von den Fachgesellschaften als auch von den einzelnen Hebammen die gleichen Wege zur Lösung gesehen werden. Neben der fachlichen Inkompetenz, dem fehlenden Bewusstsein und der mangelnden Selbstfürsorge sehen die Hebammen den Hauptgrund für geburtshilfliche Gewalt in den strukturellen Schwächen des deutschen Gesundheitssystems und der aktuellen Berufspolitik. Auch die von Wagner (2001: 25 ff.) und Schwarz/Schücking (2014: 22 ff.) beschriebene Ökonomisierung der Geburtshilfe und der daraus resultierenden Zentralisierung der Geburtsstationen sowie die Medikalisierung und Technisierung der Geburtshilfe in Deutschland ermöglichen aus Sicht der Hebammen das Auftreten von Gewalt. Die von

den Hebammen genannten Lösungen beziehen sich überwiegend auf die nötigen strukturellen Veränderungen und weniger auf das konkret medizinische Handeln, da sie geburtshilfliche Gewalt im Kleinen erleben, bei der Ursachenforschung jedoch immer auf das Große, den gesellschaftlich-politisch-fachlichen Rahmen kommen. Auch die individuelle Überlastung, meist aufgrund von strukturellen Problemen benennen die Hebammen als einen ursächlichen Faktor für Gewalt in der Geburtshilfe. Die Psychische Belastung durch das Erleben gewaltvoller Situationen wirkt sich nicht nur auf die Frau und ihre Familie aus, sondern auf alle Beteiligten und somit auch auf die Hebammen (Mannava et al. 2015: 11). Der Umgang mit solchen belastenden Erfahrungen stellt für die Hebammen eine große Herausforderung dar, als Lösung hierfür sehen sie neben fachlichen auch psychologische Supervisionen sowie genügend Zeit für Selbstreflektion. Auch der Austausch mit den Kolleg\*innen stellt eine wichtige Ressource für die Hebammen dar, um diese besser nutzen zu können, wünschen sich die Hebammen flachere Hierarchien und einen wertschätzenden Umgang untereinander sowie interdisziplinär. So könne eine fachlich qualitativere und respektvollere Geburtshilfe geleistet werden und das Personal hätte die Möglichkeit traumatische Erlebnisse besser zu verarbeiten. Die Hebammen erläutern, wie die Angst vor traumatischen Erfahrungen zu erneuter Gewalt führt, was es besonders wichtig macht, etwaige traumatische Erfahrungen, die in der Geburtshilfe häufig sind wie Leinweber et al. (2017: 11 f.) in ihrer Studie zeigen, in ihrer Prävalenz und in ihrer Auswirkung zu minimieren. Da auch Frauen durch die Geburt, insbesondere wenn Gewalt erlebt wurde, traumatisiert werden können, sehen die Hebammen es als obligat an, Nachgespräche nach der Geburt mit den Frauen zu führen. Denn wie die Frau die Situation erlebt hängt maßgeblich von dem Umgang zwischen Frau und Personal und dem Personal untereinander ab. Die Hebammen bestätigen und ergänzen Patterson et al. (2019: 29 ff.), dass eine Gewaltfreie Kommunikation und ein wertschätzender Umgang verhindern kann, dass die Frau trotz schmerzhafter Interventionen Gewalt erlebt (Patterson et al. 2019: 29 ff.). Zusätzlich zu den strukturellen Ursachen sehen die Hebammen eine Ursache der geburtshilflichen Gewalt in der geschlechtsspezifischen Unterdrückung der Frau wie auch Mundlos (2015: 32) und Borges (2018: 830, 862) aufzeigen. An dem großen Interesse der Interviewten kann ich den Leidensdruck, den die Thematik der geburtshilflichen Gewalt bei ihnen hervorruft, erkennen. Sie haben das Bedürfnis, sich mitzuteilen um an einer konstruktiven Veränderung der Geburtshilfe mitzuwirken und somit das Wohlergehen der Frauen und ihrer Familien als auch ihr eigenes angemessen zu schützen.

### **5.3 Einzeldiskussion Assistenzärztinnen**

#### *Reflektion der Datenerhebung*

Der Feldzugang über eine Person in der Klinik als Übermittler\*in des Forschungsvorhabens war zwar im Rahmen dieser Forschungsarbeit der geschickteste Weg, für weitere Forschung wäre jedoch ein direkter, persönlicher Zugang zur Zielgruppe besser geeignet. Durch direkten Kontakt könnte vermieden werden, dass die vermittelnde Person oder ein\*e Vorgesetzte\*r die Informationen zur Befragung nicht weiterleitet. Somit könnte das No-Response-Problem minimiert werden.

Aus den unterschiedlichen Längen der Interviews, rund 20 Minuten bei den im Krankenhaus durchgeführten, rund 50 Minuten bei dem bei der Assistenzärztin zu Hause durchgeführten Interview lässt sich im Nachhinein ableiten, dass sich ein stressfreies Umfeld, in dem die befragte Person nicht auf Abruf ist und ohne Druck erzählen kann, besser für die Interviewdurchführung eignet, als die Interviewdurchführung am Arbeitsplatz. Obwohl ich als Interviewende nicht den Eindruck hatte, dass die Situation im Krankenhaus weniger offen und erzählfreundlich ist, vermute ich, dass der Aspekt des Umfelds doch überwiegt. Grundsätzlich wäre es auch mein Wunsch gewesen das Interview außerhalb der Klinik durchzuführen, was jedoch aufgrund von zeitlichen Gegebenheiten nicht umgesetzt werden konnte.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass durch die geringe Zeitspanne, die mir im Rahmen der Bachelorarbeit zur Datenerhebung- und Interpretation zur Verfügung stand die gewünschte Tiefe des Grounded Theory Methodologie –Prozesses mit wiederholtem Feldzugang bis zur theoretischen Sättigung nicht erreicht werden konnte. Hierfür sollte in folgenden Forschungen mehr Zeit eingeplant und genutzt werden. Dazu zählt auch der Einbezug von männlichen Interviewpartnern, da für diese Forschungsarbeit keine männlichen Assistenzärzte für ein Interview gewonnen werden konnten. Da sich die Thematik der geburtshilflichen Gewalt aber auch im Spannungsfeld der geschlechterspezifischen Gewalt bewegt (vgl. Mundlos 2015: 32; Borges 2018: 830, 862) wäre das ein wichtiger Ansatz. Ebenso wie der Einbezug von weiteren Berufsgruppierungen innerhalb der Ärzteschaft: Ober- und Chefärzt\*innen.

Die Interpretation mittels der Grounded Theory Methodologie ist von Subjektivität geprägt. Es war mir aufgrund meiner Rolle als ehemalige werdende Hebamme, Hebamme und zugleich Forscherin wichtig, diese Subjektivität zu reflektieren, um die Bias zu verringern. Geholfen hat dabei auch die teilweise Interpretation in der Gruppe, sowie das wiederholte Interpretieren nach etwas zeitlichem Abstand. Hierin zeigt sich neben der oben aufgeführten nicht erreichten theoretischen Sättigung ein weiterer Punkt der Limitation dieser Arbeit.

*Diskussion der Ergebnisse*

Bereits in Kapitel 2.1 wird deutlich, dass eine uneinheitliche Definition von geburtshilflicher Gewalt ein Problem darstellt. Eine Vergleichbarkeit der Forschungen ist daher nur bedingt möglich und es ist unwahrscheinlicher, dass die Problematik von Fachgesellschaften aufgegriffen wird. Das wird dadurch deutlich, dass keine gynäkologische/geburtshilfliche (ärztliche) Fachgesellschaft in Deutschland das Thema der geburtshilflichen Gewalt aufgegriffen hat. Und es spiegelt sich auch darin, dass keine der befragten Assistenzärztinnen vor der Interviewanfrage von der Thematik gehört oder sich wissentlich mit ihr auseinandergesetzt hat. Dass es notwendig war, die Definition von geburtshilflicher Gewalt im Interviewverlauf vorzulesen, um eine Fortführung zu gewährleisten, unterstreicht das zusätzlich. Damit bestätigt sich in diesem Punkt unsere These nach welcher Veränderungen innerhalb des geburtshilflichen Handlungsfeldes gegen geburtshilfliche Gewalt nicht stattfinden, da sie vom zuständigen Personal nicht aufgegriffen werden. Durch unsere Anfrage dazu bei der DGGG (siehe Anhang Seite i), die uns eine Stellungnahme zur Thematik in Aussicht stellte, sehen wir Potential zur Aufklärung und Sensibilisierung in fachärztlichen Kreisen und damit Chancen für eine Verbesserung der Situation. Daran schließt sich an, dass es durch das Nicht-Wissen um geburtshilfliche Gewalt zur Nicht-Wahrnehmung von Gewalt als Gewalt kommt, was sich in der so benannten Kategorie zeigt. Auch die Codes der Kategorie Häufigkeit, die mit z.B. ‚keine Erfahrung‘ und ‚dreimal im Jahr‘ benannt wurden, sind ein Indikator dafür. Dieses Phänomen weißt auch die in Kapitel 2.2 beschriebene Studie von Freedman et al. (2018: 10) auf. Es wird dargelegt, wie es durch uneinheitliche Definitionen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen von Gewalt und somit auch zum Nicht-Erkennen von Gewalt kommen kann. Das wiederum sorgt dafür, dass gewaltvolles Handeln nicht erkannt und weiter fortgesetzt wird. Darin kann eine Bestätigung der These, dass keine positive Veränderung entgegen geburtshilflicher Gewalt stattfindet, gesehen werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage, von welchen Faktoren geburtshilfliche Gewalt aus der Sicht des Gesundheitspersonals abhängt, lassen sich verschieden Punkte diskutieren. Die Strukturen des Gesundheitssystems, die Überlastung produzieren und die Entstehung von Hierarchien und Machtgefällen unterstützen sind einer davon. Psychische und körperliche Erschöpfung durch 24-Stunden-Dienste und Personal- und Zeitmangel fördern gewaltvolles Handeln. Durch die Vernachlässigung der Kommunikation im Team und das Nicht-Einbeziehen der fachlichen Meinung von Assistenzärztinnen aufgrund ihrer niedrigeren Rangordnung, sowie das Missachten von Wünschen und Bedürfnissen Gebärender tragen zur Entstehung von Gewalt bei. Einen wichtigen Faktor stellt außerdem das Notfallmanagement dar. Alle Befragten sind sich darüber einig, dass es vor allem in Notfallsituationen zu gewaltvollen



Handlungen kommt. Das ist insbesondere deshalb problematisch, weil die Rate der interventionsfreien Geburten sinkt. Laut Sadler et al. verlaufen nur noch rund 6% der Geburten in Deutschland interventionsfrei (Sadler et al. 2016: 48), gleichzeitig bieten die steigenden Interventionsraten keinen Vorteil für die Gebärenden (Mundlos 2015: 39 ff.; Schwarz/Schücking 2004: 22 ff.; Wagner 2001: 25 f.). Daher ist zu vermuten, dass mit einer höheren Interventionsrate auch das Potential für geburtshilfliche Gewalt steigt. Neben einer Veränderung der Interventionsraten ist vor allem die Etablierung eines gewaltarmen Notfallmanagements notwendig. Damit könnte das medizinisch und moralisch anspruchsvolle Handeln der Assistenzärzt\*innen in Notfallsituationen verbessert und ein gewaltfreies Outcome für Mütter und Kinder erzielt werden. Dafür ist auch der Einsatz der Ober- und Chefärzt\*innen notwendig. Es zeigt sich in den Ergebnissen, dass diese auf der einen Seite als Vorbilder für die Assistenzärztinnen dienen, auf der anderen Seite aber, dass geburtshilfliche Gewalt auch von ihnen ausgeht. Ebenso stellen sich eine schlechte Kommunikationsweise und geringe Empathie gegenüber emotionalen Belastungszuständen der Assistenzärzt\*innen dar. Dadurch können gewaltvolle Handlungsweisen innerhalb des Systems tradiert werden. Sie stehen als Lehrende daher in besonderer Verantwortung. Insgesamt können also die strukturellen Gegebenheiten ein Faktor dafür, dass sich keine Änderung zur Beseitigung geburtshilflicher Gewalt ergibt, sein.

Dem dritten Forschungsinteresse, das Finden von Lösungsmöglichkeiten oder Faktoren die zu einer Verbesserung der Situation beitragen, konnte nachgekommen werden. Grundsätzlich sehen die Befragten es als notwendig an, über die Thematik Bescheid zu wissen, um sie in ihrem Umfang zu erfassen, im täglichen Handeln berücksichtigen und zu einer Verbesserung beitragen zu können. Kommunikation wird dabei als zentraler Aspekt anerkannt, auch wenn sich zeigt, dass im Praxisalltag häufig Gewalt durch schlechte Kommunikation ausgeübt wird. Das wirkt sich auch negativ auf das emotionale Coping und somit Wohlbefinden der Assistenzärztinnen aus. Die Studie unter Hebammen von Leinweber et al. weist darauf hin, dass das Erleben von geburtshilflicher Gewalt Hebammen vor eine emotionale und moralische Herausforderung stellt und ihre Art zu Arbeiten sowie Berufsentscheidungen beeinflussen kann (Leinweber et al. 2017: 11 f.). Die Ergebnisse von Leinweber et al. lassen sich laut meinen Ergebnissen im Bezug auf die moralischen und emotionalen Herausforderungen auch auf die Assistenzärztinnen übertragen. Daher stellt sich die Frage, ob dies auch in größerem Umfang für (Assistenz-)Ärzt\*innen zutrifft und es sollten dazu dringend Forschungsarbeiten auf den Weg gebracht werden. Als Möglichkeiten um das eigene emotionale Wohlbefinden zu verbessern, werden Supervision und Nachbesprechung der Geburt mit der Frau genannt. Die Etablierung

eines effektiven Systems zur Supervision wird auch vom DHV (2018) zur Prävention geburtshilflicher Gewalt gefordert. Als wichtige Möglichkeit das Gewaltempfinden von Frauen zu reduzieren und eine bessere Verarbeitung von Geschehenem zu erreichen, führen die Befragten die Nachbesprechung der Geburt mit der Frau an. So kann laut deren Aussage die Aufklärung über und Einwilligung in eine Intervention nachgeholt werden. Der Nachbesprechung wird durch eine Befragte ein sehr hoher Stellenwert zugesprochen, sie meint, dass dadurch das Gewaltempfinden aufgelöst werden kann und die Gewalt somit nicht mehr existiert. Diese Aussage ist sehr kritisch zu betrachten, da es grundsätzlich besser wäre, bereits anzusetzen bevor es zur gewaltvollen Handlungen kommt. Gewaltvolle Erlebnisse sind oft mit so tiefgreifenden Auswirkungen (siehe Kapitel 2.4) verbunden, dass diese mit einem einfachen Gespräch im Wochenbett wahrscheinlich nicht aufzulösen sind. Sinnvoll wäre es, gar nicht in die Situation zu kommen, geschehene Gewalt nachträglich recht zu fertigen und zu erklären, sondern von vorne herein gewaltfrei zu handeln. Trotzdem kann vermutet werden, dass es betroffenen Frauen und Familien helfen würde, ein Angebot zum Nachgespräch von ärztlicher Seite zu bekommen, da dies eine Anerkennung der Gewalterfahrung und somit respektvolles Gegenübertreten bedeutet. So kann eine Veränderung von Seiten des Gesundheitspersonals stattfinden.

## 5.4 Gesamtdiskussion

Nachdem die Ergebnisse der einzelnen Berufsgruppierung dargestellt und diskutiert wurden, folgt nun die gemeinsame Diskussion der Ergebnisse aller drei Berufsgruppierungen und die Darstellung des sich daraus ergebenden Zusammenhangs. Das Ziel des gleichartigen Aufbaus von Theorie und Methodik innerhalb unserer Forschungsgruppe war, im Anschluss der Einzelergebnisse die Thematik übergreifend zu diskutieren und somit zu einem konstruktiven Beitrag für die Debatte zur geburtshilflichen Gewalt zu gelangen. Hierbei gehen wir im Besonderen auf die Gemeinsamkeiten und Differenzen in den Ergebnissen der einzelnen Berufsgruppierungen ein.

Wie in Kapitel 2.1 herausgearbeitet, gibt es keine einheitliche Definition von geburtshilflicher Gewalt in Deutschland. In den verschiedenen Definitionen wird Gewalt sowohl als bewusste als auch unbewusste Handlung unterschiedlich beschrieben und auch die Subjektivität der Betroffenen (Franke 2007: 3; Grieschat 2014; Mundlos 2015: 35) verschiedenartig einbezogen. Im Gegensatz dazu gibt es im internationalen Kontext den feststehenden, gesetzlich verankerten Begriff der „obstetric violence“ dem zwar eine einheitliche, jedoch zu wenige Aspekte umfassende Definition zugrunde liegt. Die Notwendigkeit einer einheitlichen Definition für Deutschland wird auch durch die Ergebnisse unserer Forschungsarbeit bekräftigt, sowie die Geeignetheit der Definition

nach Grieschat. Aus unserer Sicht braucht es eine Einigung auf eine Definition, auch auf internationaler Ebene. Dabei wäre eine Präzisierung der Definition der obstetric violence durch die differenziertere Betrachtung von Grieschat hilfreich, zum Beispiel die Einbeziehung aller Beteiligten als Betroffene, sowie der systemische Blick auf die geburtshilfliche Gewalt. Denn beim Vergleich der befragten Berufsgruppierungen zeigt sich ein heterogenes Verständnis und individuelle Definitionen von geburtshilflicher Gewalt. Bei den befragten Ärztinnen musste die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition von Grieschat im Verlauf des Interviews vorgelesen werden, um eine weitere Grundlage für das Interview zu gewährleisten. Dadurch entstand auch eine Kategorie, die nur die Ärzteschaft betrifft. Sie ist beschrieben als Nicht-Benennung von Gewalt als Gewalt, da ohne das Wissen um das Vorhandensein von Gewalt die explizite Benennung und das Erleben als solche nicht sichergestellt werden kann. In diese Kategorie werden somit codierte Interviewanteile integriert, in denen gewaltvolle Situationen geschildert, diese aber nicht mit dem Begriff Gewalt in Verbindung gebracht werden. Als Grund dafür vermuten wir eine mangelnde Sensibilisierung in Aus- und Weiterbildung. Und somit bestätigen unsere Ergebnisse die, der in Kapitel 2.2 beschriebenen tansanischen Studie von Freedman et al. (2018: 10), dass individuelle Definitionen von Gewalt zu unterschiedlichen Wahrnehmungen seitens aller Beteiligten führen. Des Weiteren kann es zu einem Nicht-Erkennen von Gewalt oder sogar zu einem Hinnehmen von gewaltvollen Handlungen durch das Gesundheitspersonal und betroffene Frauen kommen. Dies kann verschiedenste Ursachen haben.

Daran schließt sich die Schlüsselkategorie Auseinandersetzung mit der Thematik an. Dabei fällt auf, dass die befragten Hebammen und werdenden Hebammen durch Sensibilisierung von außen z.B. durch Roses Revolution (Gerechte Geburt 2019) informiert sind. Die Ärztinnen dagegen wurden bis zum Kontakt mit unserem Forschungsvorhaben nicht von außen sensibilisiert. Durch Eigenreflektion sind alle Berufsgruppierungen sensibel für die Thematik, jedoch in berufsbedingt unterschiedlicher Ausprägung, stärker bei der Berufsgruppierung der Hebammen.

Da es für Deutschland keine validierten Angaben zur Prävalenz geburtshilflicher Gewalt gibt, sondern nur Schätzungen und sich stark unterscheidende Literaturangaben leiten wir daraus ein grundsätzliches Forschungsdefizit ab. Ähnlich gestaltet sich auch die Lage in anderen europäischen Ländern. Die einzige europäische Erhebung zum Thema wurde von Ravaldi et al. (2018) in Italien durchgeführt und bereits in Kapitel 2.2 beschrieben. Die von uns vorgestellten Elterninitiativen und gesellschaftspolitischen Aktionen wecken zwar mediales Interesse, dem Forschungsdefizit wird von politischer Seite dennoch nicht entgegengewirkt. Auch die Wahrnehmung geburtshilflicher Gewalt durch das zuständige Gesundheitspersonal wird in der nationalen und europäischen Forschung nicht

ausreichend beleuchtet, ebenso wie die Auswirkungen geburtshilflicher Gewalt auf alle Beteiligten. Internationale Studien können, wie bereits beschrieben immer nur bedingt auf die Situation in Deutschland übertragen werden, wodurch der Forschungsbedarf zusätzlich betont wird.

Werdende Hebammen und Hebammen benennen unnötige Eingriffe ohne medizinische Indikation als physische Gewalt. Von der Berufsgruppierung der Assistenzärztinnen wird dieser Punkt nicht aufgeführt. Wir vermuten, dass dies an der unterschiedlichen Auffassung bezüglich der Notwendigkeit von Interventionen liegt. Dass es sich bei Eingriffen ohne Aufklärung und Einwilligung der Frau um eine Form von Gewalt handelt, darüber sind sich alle Berufsgruppierungen einig. Als Beispiel dient hier die von allen bezeichnete Episiotomie ohne Vorwarnung. Kristellerhilfe wird von allen Befragten als physische Gewalt wahrgenommen. Die Berufsgruppierung der Hebammen ordnet zudem das standardmäßige Legen eines venösen Zugangs ebenfalls so ein. Alle Befragten bewerten das Missachten des Selbstbestimmungsrechts der Gebärenden und das Hinwegsetzen über ihre Rechte und Wünsche als psychische Gewalt. Hebammen und werdende Hebammen schildern konkrete Situationen verbaler Gewalt und erkennen diese auch als gewaltvoll an, während die Assistenzärztinnen zwar Situationen mit verbaler Gewalt schildern, diese aber nicht als solche identifizieren. Insgesamt fällt auf, dass der Begriff strukturelle Gewalt den Interviewten nicht bekannt ist und somit eine Zuordnung von einigen Codes zu dieser Kategorie durch uns Forschenden vorgenommen werden musste. Viele Aspekte, die in die Teildefinition von struktureller Gewalt fallen, wurden von den Befragten als Gewaltursachen angeführt. Das veranschaulichen wir an folgenden Beispielen: Das Fehlen von einheitlichen Leitlinien, Vorschriften und Standards benennen Hebammen und werdenden Hebammen neben Personalmangel sowie der Angst der Ärzte vor forensischen Konsequenzen und das daraus resultierende Durchführen unnötiger Interventionen als Ursache. Die Hebammen listen zusätzlich noch die Ökonomisierung der Geburt als Auslöser auf. Von ärztlicher Seite wird keiner dieser Punkte genannt. Ein hierarchisches Gefälle wird dagegen von allen Berufsgruppierungen wahrgenommen, sowohl interdisziplinär als auch in der Interaktion mit den Gebärenden. Dies wird durch das Abhängigkeitsverhältnis der Gebärenden zum Gesundheitspersonal gefördert (Mundlos, 2015: 50 f.; Grieschat 2014; Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generation 2001: 12 f.). Somit ist Gewalt ein Mittel um Rollen und Rangordnungen innerhalb eines Systems herzustellen und aufrechtzuerhalten, was von den werdenden Hebammen und Hebammen auch genauso gespiegelt wird. Des Weiteren schilderten die Beforschten einige Situationen, in denen Interventionen durchgeführt werden, diese aber nicht zu den gewünschten Ergebnissen führten. Uns fällt auf, dass die genannten Gründe für geburtshilfliche Gewalt fast ausschließlich strukturell und systemisch bedingt sind. Die

befragten Berufsgruppierungen, vor allem die werdenden Hebammen und Hebammen bestätigen in ihren Ausführungen (in)direkt die Problematik der in Kapitel 2.1 beschriebenen medikalisierten und technisierten Geburtshilfe in Deutschland (Sadler et al. 2016: 48; Mundlos 2015: 39 ff.; Schwarz/Schücking 2014: 22 ff.; Wagner 2001: 25 f.). Das vorherrschende System der Geburtshilfe fördert und bedingt somit das Auftreten geburtshilflicher Gewalt. In der Schlüsselkategorie der Ursachen und beeinflussenden Faktoren für geburtshilfliche Gewalt konnten für alle Berufsgruppierungen die gleichen Kategorien gebildet werden. Die Codes sind größtenteils konform, jedoch fällt auf, dass die werdenden Hebammen und Hebammen den Ärzt\*innen eine pathologische Sichtweise auf die Geburt vorwerfen. Diese reflektieren nicht, dass ihre professionsbezogene Sichtweise auf Geburt von der der Hebammen abweicht. So benennen außerdem die werdenden Hebammen und Hebammen die Degradierung der gesunden Gebärenden zur Patientin. Auch dies erwähnen die Ärztinnen nicht, was wahrscheinlich auf den allgemeinen Blickwinkel der Ärzteschaft zurückzuführen ist. Zudem kritisieren die Hebammen und werdenden Hebammen, dass die Gebärende aus dem Fokus des Handelns in der Geburtshilfe heraussrückt und bezeichnen dies als grundlegendes Problem der Geburtshilfe in Deutschland. Alle Befragten deklarieren sich selbst als Akteure gewaltvoller Handlungen während der Geburt, wobei uns jedoch auffällt, dass die befragten Ärztinnen ausschließlich sich selbst als Täter benennen und keine andere Berufsgruppe. Die Gründe dafür können von uns in dieser Arbeit nicht erschlossen werden. Die stark variierenden Nennungen, von ‚täglich‘ bis ‚noch nie erlebt‘ bezüglich der Häufigkeit von Gewalt in den Berufsgruppierungen führen wir auf das teils sehr unterschiedliche Verständnis und die abweichenden Wahrnehmungen von Gewalt in der Geburtshilfe zwischen den Befragten zurück. Hier schließen sich unsere Ergebnisse wieder an die der Studie von Freedman et al. (2018: 10) an, vor allem an den Punkt des Nicht-Erkennens von Gewalt bei unterschiedlichen Gewaltdefinitionen innerhalb der Berufsgruppen.

Beim Vergleich unserer Ergebnisauswertung der Schlüsselkategorie „Anhaltspunkte für das Erleben geburtshilflicher Gewalt“ zeigt sich, dass einzig bei der Berufsgruppierung der Ärztinnen die Kategorie Empfinden von Vätern gebildet wurde. An der Reaktion der Väter auf die Situation wird abgeleitet, dass sowohl die Gebärende als auch der Partner\*in die Situation als gewaltvoll erlebt. Alle befragten Berufsgruppierungen betonen die Gefahr einer (Re)Traumatisierung der betroffenen Frauen als Auswirkung von geburtshilflicher Gewalt und fordern in diesem Sinne ein systematisches Angebot zur Nachbesprechung der Geburt zur Förderung des Wohlbefindens und um eine bessere Verarbeitung möglich zu machen.

Beim Vergleich der verschiedenen Rollen des Gesundheitspersonals und ihrem persönlichen und emotionalen Umgang mit gewaltvollen Situationen zeichnet sich eine ähnliche Belastung in den einzelnen Berufsgruppierungen ab. Alle Befragten der Berufsgruppierungen sehen sich in einer Mittäterschaft und fühlen sich nach einer Reflektion machtlos. Die Interviewten fühlen sich während gewaltvoller Situationen überfordert, hilflos und betroffen. In der Gruppierung der Assistenzärztinnen wurde eine Kategorie, die so bei den Hebammengruppierungen nicht besteht, gebildet. Diese heißt Handlungszwang/Dilemma und stellt die Rolle der Ärzt\*in als Entscheidungstreffer\*in vor allem im notfallmäßigen Handlungsfeld dar, sowie gleichzeitig die Belastung durch die daraus entstehende Verantwortung und teilweise gewaltvolle Behandlung von Frauen durch von ihr nicht legitimierte Interventionen. Im konkreten Handeln in der Situation wird deutlich, dass alle Beforschten ein Bedürfnis danach haben, mit der betroffenen Frau in Kontakt zu treten und durch ein Gespräch eine Wiedergutmachung zu leisten. Sie nehmen wahr, dass sie das Erlebte und ihre Rolle verarbeiten müssen. Die Art der Verarbeitung läuft in den drei Gruppierungen sehr unterschiedlich ab. Die befragten Hebammen stellten im Laufe ihres Berufslebens fest, dass es wichtig ist, die Erfahrungen nicht im Privatleben zu verarbeiten und dieses somit zu beeinflussen. Man muss belastende Situationen im Kreißaal lassen und darf sie nicht „mit nach Hause nehmen“. Bei den werdenden Hebammen und Assistenzärztinnen stellen wir fest, dass die Verarbeitung zum Großteil im Privaten stattfindet und Einfluss auf den privaten Alltag nimmt. Es stellt sich im Vergleich der Ergebnisse der Berufsgruppierungen eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen des systematischen Reviews von Mannava et al. (2015: 11) heraus, welches besagt, dass sich gewaltvolles Handeln in geburtshilflichem Kontext negativ auf das Wohlbefinden des Gesundheitspersonals auswirkt. Die auch in Kapitel 2.4 beschriebene Online-Umfrage (Leinweber et al. 2017: 11 f.) trifft zwar nur Aussagen über die Berufsgruppierung der Hebammen, deckt sich jedoch mit unseren Ergebnissen aller drei Berufsgruppierungen. Situationen geburtshilflicher Gewalt stellen eine große emotionale Herausforderung dar und belasten das Gesundheitspersonal zusätzlich zu den allgemeinen Belastungen des Arbeitsalltags. Insgesamt können wir eine Traumatisierung des Gesundheitspersonals durch geburtshilfliche Gewalt feststellen. Somit stellt sich dar, dass geburtshilfliche Gewalt sich auf alle Beteiligten, Frauen, Gesundheitspersonal (und (ungeborenen) Kindern, Partner\*innen) auswirkt. Die dargestellten Ausmaße geburtshilflicher Gewalt verdeutlichen einen Handlungsbedarf nicht nur seitens der betroffenen Eltern, sondern auch von Seiten der (Berufs-, Gesundheits-) Politik.

Dies entspricht den Forderungen, die im Positionspapier des DHV gegen Gewalt in der Geburtshilfe von 2018 formuliert sind und Christina Mundlos (2017). Sie überschneiden

sich größtenteils mit den Ansichten bezüglich den Lösungsansätzen von werdenden Hebammen, Hebammen und Assistenzärztinnen. Die daraus folgenden Erfordernisse sind den Befragten jedoch in der festgeschriebenen Form nicht bekannt. Auffallend ist, dass die Forderungen des DHVs nicht verbindlich sind und niemand konkret angesprochen wird. Dies wird auch von Grieschat 2018 in ihrer Bundestagspetition kritisiert. Daran schließt sich die Kritik der werdenden Hebammen und Hebammen an, hinsichtlich der Tatsache, dass die Berufspolitik weder ausreichend über die Thematik informiert noch aktive Umsetzung von Präventionsmaßnahmen in den Kliniken fördert. Wir vermuten die fehlende gesetzliche Verbindlichkeit, wie sie zum Beispiel in Venezuela und Argentinien existiert, als Ursache für die mangelhafte Umsetzung. Somit kommt die Bundesregierung den Forderungen der WHO von 2014 zur Prävention von geburtshilflicher Gewalt durch eine strukturelle Verbesserung des Gesundheitssystems und einem eindringlichen Forschungsauftrag zum Thema nicht nach. Die WHO (2014: 14f) hat zwar einen Maßnahmenplan zur Prävention geburtshilflicher Gewalt erstellt und veröffentlicht, allerdings findet dieser in den Kliniken der Interviewten keine praktische Anwendung und Umsetzung. Sowohl der Maßnahmenplan der WHO als auch der aktuellere 12-Punkte-Plan der International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) und International MotherBaby Childbirth Organisation (IMBCO) (2019: 2 ff.) sind bei den Interviewten laut Auswertung unseres Kurzfragebogens nicht bekannt. Als einen weiteren Grund dafür vermuten wir eine unzureichende Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt seitens des Personals. Somit kann es nur schwerlich zu einer aussichtsreichen Eigeninitiative des Gesundheitspersonals zur Vorbeugung von geburtshilflicher Gewalt kommen. In den Interviews mit den werdenden Hebammen und Hebammen zeigt sich zwar die Reflektiertheit der Befragten und ihre deutliche Wahrnehmung von geburtshilflicher Gewalt als Problem, jedoch berichten sie gleichzeitig, dass Kolleg\*innen aller Berufsgruppierungen mit denen sie interagieren, nicht in notwendigem Umfang sensibilisiert sind. Die Interviews mit den Assistenzärztinnen bestätigen unsere Vermutungen. Dies zeigt sich durch die Kategorien Nicht-Erkennen von Gewalt als Gewalt oder der Tatsache, dass alle drei Befragten vor dem Interview noch nie von dem Thema Gewalt in der Geburtshilfe gehört haben. Alle Befragten kritisieren das Nicht-Vorhandensein von Präventionsmaßnahmen und entsprechen damit der Meinung von Mascha Grieschat (2018).

Auffällig ist, dass im Bereich der Pflege, anders als in der Geburtshilfe in Deutschland, eine aktive Umsetzung von gewaltpräventiven Maßnahmen mit der Einführung der Pflegecharta im Jahr 2005 geschaffen wurde (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2005b; Staudhammer 2018: 41). Eine Differenz unter den befragten Berufsgruppierungen wird in der Nennung der Eins-zu-Eins-Betreuung und

hebammengeleiteter Kreißsäle/Schwangerschaftsvorsorge als Lösungsansatz aufgezeigt. werdende Hebammen und Hebammen bezeichnen diese als unabdingbar, wobei dies für die Ärztinnen nicht relevant ist. In Kapitel 2.1. konnten wir zeigen, dass in Gesundheitssystemen mit hebammengeleiteter Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe die Interventionsraten deutlich niedriger sind (Schwarz/Schücking 2014: 22 ff.; Wagner 2001: 25 f.) als in ärztlich geleiteten Kreißsälen. Die Notwendigkeit und Berechtigung der Forderung der werdenden Hebammen und Hebammen wird so deutlich. Grund für die fehlende Erwähnung diesbezüglich seitens der befragten Assistenzärztinnen kann sein, dass diese die wichtige Rolle der Hebammen nur teilweise anerkennen. Sie sehen diese als Mittlerinnen, jedoch nicht als die entscheidend, verantwortlich handelnde Person um gewaltvoller Behandlung vorzubeugen und Gebärende angemessen zu betreuen. Dies bestätigt auch die in Kapitel 2.1 erläuterten Ergebnisse der Forschungsarbeiten von Schwarz/Schücking (2014) und Wagner (2001). In den Befragungen zeigen sich zudem unterschiedliche Lösungsansätze bezüglich der Auflösung der starren Hierarchien und eine Verbesserung der Kommunikation. Die Hebammen und werdenden Hebammen sehen vor allem eine Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation als wichtig an, während die Assistenzärztinnen nur eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb ihrer eigenen, ärztlichen Berufsgruppe fordern. Aus unserer Sicht bekräftigt dies das zum Teil unzureichende interdisziplinäre Arbeiten miteinander. Eine weitere Differenz zwischen den Berufsgruppierungen verdeutlicht sich in der Forderung von werdenden Hebammen und Hebammen nach dem Arbeiten nach neuesten wissenschaftlichen Leitlinien und Forschungsarbeiten als Präventionsansatz, während die Assistenzärztinnen dies nicht angeben. Dagegen erachten alle Berufsgruppierungen ein (verpflichtendes) Angebot zur Nachbesprechung von Geburten mit allen Frauen, die geboren haben, als notwendig, um Traumatisierungen zu bewältigen, Retraumatisierung vorzubeugen und sich dadurch selbst zu sensibilisieren. Alle Berufsgruppierungen sehen in der umfassenden Sensibilisierung des Gesundheitspersonals einen zentralen Lösungsansatz für die künftige Verhinderung geburtshilflicher Gewalt.

## **5.5 Fazit**

Durch unsere Forschung konnten wir zeigen, dass trotz Elterninitiativen und bereits vorhanden Maßnahmenplänen zur Prävention geburtshilflicher Gewalt keine aktive Verbesserung in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland stattfindet und somit geburtshilfliche Gewalt immer noch ein alltägliches Problem darstellt. Damit wurde unsere Vorannahme bestätigt. Es hat sich deutlich herauskristallisiert, dass die Ursachen für geburtshilfliche Gewalt in den Strukturen unseres Gesundheitssystems eingebunden in



den aktuellen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Kontext zu finden sind. Als Grundlage für jede Veränderung braucht es zunächst ein konformes Verständnis aller Beteiligten bezüglich geburtshilflicher Gewalt, die in einer, möglichst gesetzlich verankerten Definition mündet. Schon in der Ausbildung von Hebammen und Ärzt\*innen muss eine umfassende Sensibilisierung anhand dieser Definition stattfinden. Dasselbe gilt für Fort- und Weiterbildungen. Dies bildet die Grundlage für alle notwendigen strukturellen Veränderungen. Begründet ist dies in der immensen Ökonomisierung der Krankenhäuser und damit der klinischen Geburtshilfe, die durch das Gesundheitssystem eingefordert wird. Damit hängen sowohl eine zunehmende Medikalisierung und Pathologisierung der Geburt als auch steigende Interventionsraten aus Angst vor forensischen Konsequenzen zusammen. So kommt es wiederum zu einer Überbetonung der innerhalb einer Klinik herrschenden Hierarchien, die die Kompetenz der Hebammen zunehmend in den Hintergrund drängt. Ganz abgesehen davon steigt dadurch auch die Abhängigkeit der Gebärenden zum medizinischen Personal. Ein weiteres Ergebnis unserer Forschungsarbeit ist die Erkenntnis fehlender einheitlicher evidenzbasierter Standards in der Geburtshilfe sowie einheitlicher Ausbildungskriterien, die zu einer mangelnden fachlichen Expertise führen. Dies betrifft sowohl die Kommunikation mit den Gebärenden als auch das interdisziplinäre Miteinander. Deshalb ist umfassende interdisziplinäre Forschung im Bereich der Geburtshilfe im Allgemeinen und insbesondere zur Thematik geburtshilflicher Gewalt unabdingbar, deren Ergebnisse unmittelbar in die klinischen Arbeitsweisen einfließen müssen. Nur so kann sich die persönliche Arbeitsweise der betroffenen Berufsgruppen nachhaltig verbessern. Ebenfalls kann so das Berufsverständnis der Hebamme als helfende und beistehende Kraft wieder neu in den Fokus rücken und den Frauen die Fähigkeit selbstbestimmt zu gebären, zurückgegeben werden. Unsere Fragestellungen wurden ausführlich beantwortet, konnten jedoch nur einen sehr begrenzten Einblick in die komplexe Thematik der geburtshilflichen Gewalt ermöglichen, was die Notwendigkeit weiterführender, vertiefender, qualitativer und quantitativer Forschung verdeutlicht. Eine wichtige Erkenntnis unserer Forschungsarbeit ist, dass das geburtshilfliche Personal sowohl eine Täter- als auch Opferrolle hinsichtlich geburtshilflicher Gewalt einnimmt. So hat sich eindeutig gezeigt, dass die Situation der Frauen und ihrer Familien in der Geburtshilfe, sowie die des gesundheitlichen Personals langfristig nur durch umfassende Veränderungen im strukturellen System der Geburtshilfe verbessert werden kann. Nur so ist eine Qualitätssteigerung und eine menschenwürdige Geburtshilfe, die die Gesundheit der Frauen, deren Familien und aller in der Geburtshilfe Tätigen erhält und fördert, möglich. Unsere Forschungsarbeit hat anschaulich verdeutlicht, dass durch die derzeitige Sichtweise von Gesellschaft und Kliniken auf die Geburt mit dem Fokus „Hauptsache das Kind ist gesund“ geburtshilflicher Gewalt Vorschub geleistet

wird. Um diese Sichtweise nachhaltig zu verändern, braucht es neben den dargelegten strukturellen Veränderungen auch einen engagierten und umfassenden Diskurs und Dialog in der Gesellschaft zum Thema Schwangerschaft und Geburt.

## Literaturverzeichnis

- Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 7-70.
- Borges, M. (2018): A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal* 67: 827-862.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005a): Die Pflege-Charta. Online verfügbar unter: <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta/artikel-2.html> (letzter Zugriff am: 16.06.2019).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005b): Die Pflege-Charta. Online verfügbar unter: <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta/arbeitsmaterial.html> (letzter Zugriff am: 16.06.2019).
- Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001): Gewalt in der Familie. Rückblick und neue Herausforderungen. Wien.
- Deutscher Hebammen Verband (2018): Gewalt in der Geburtshilfe darf nicht sein. Positionspapier des Deutschen Hebammenverbandes e.V.
- Dresing, T.; Pehl, T. (2018): Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Aufl., Marburg: Eigenverlag.
- Faneite, J.; Feo, A.; Merlo, J.T. (2012): Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 72 (1): 4-12.
- Flick, U. (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U.; Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2017): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 12. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlts Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2013): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007): Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. República Bolivariana de Venezuela: 1–91.
- Franke, T. R. (2006): Das Schöne wurde mir genommen. Die Folgen von Gewalt, die während der Geburt erlebt wird, berühren oft alle Lebensbereiche von betroffenen

- Frauen: Körper, Seele, Gefühle, Sexualität und Partnerschaft. Deutsche Hebammenzeitschrift 10 (8): 8-12.
- Franke, T. R. (2007): Das Schöne wurde mir genommen – wie Gewalterfahrungen unter der Geburt sich auf Bonding und Stillen auswirken. Kongressband 6. Deutscher. Still- und Laktationskongress. Göppingen.
- Freedman, L.P.; Kujawski, S.A.; Mbuyita, S.; Kuwawenaruwa A.; Kruk, M.E.; Ramsey, K.; Mbaruku, G. (2018): Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth, Reproductive Health Matters 26 (53): 1-16.
- Galtung, J. (1975): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gerechte Geburt (2019): Rose Revolution. Hintergrund. Online verfügbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/home/roses-revolution/> (letzter Zugriff am: 06.04.19).
- Glaser, B.G.; Strauss, A.L. (2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.
- Grieschat, M. (2014): Gewalt in der Geburtshilfe. Online verfügbar unter: <http://www.gerechte-geburt.de/wissen/gewalt-in-der-geburtshilfe/> (letzter Zugriff am: 30.05.2019).
- Grieschat, M. (2018): Gewaltfreie Geburtshilfe: Begründung zur Petition 76417. <http://www.gerechte-geburt.de/petition-2018/petitionstext/> (letzter Zugriff am 16.06.19).
- Hopf, C. (2015): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2015): Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Mother-baby friendly birthing facilities. International Journal of Gynecology & Obstetrics 128 (2): 95–99.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics; International MotherBaby Childbirth Organization (2018): The International Childbirth Initiative; 12 Steps to Safe and Respectful MotherBaby-Family Maternity Care. 1-26 Online verfügbar unter: [https://www.internationalchildbirth.com/uploads/8/0/2/6/8026178/ici\\_initiative\\_bw.pdf](https://www.internationalchildbirth.com/uploads/8/0/2/6/8026178/ici_initiative_bw.pdf) (Letzter Zugriff am: 01.05.19).

- International Federation of Medical Students` Association (2017): IFMSA Policy Document; Obsteric Violence and Humanized Birth. 1-10 Online verfügbar unter: [https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/08/GS\\_2017MM\\_Policy\\_Obstetric-Violence-and-Humanised-Birth.pdf](https://ifmsa.org/wp-content/uploads/2017/08/GS_2017MM_Policy_Obstetric-Violence-and-Humanised-Birth.pdf) (letzter Zugriff am: 01.05.19).
- International MotherBaby Childbirth Initiative (2008): 10 Steps to optimal MotherBaby Maternity Services: 1-8.
- Jardim, D.M.B.; Modena, C.M. (2018): Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* 26: e 3069: 1-12.
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 5. Aufl., Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Lauria, L.; Lega, I.; Maraschini, A.; D'Aloja, P.; Farraro, C.; Donati, S. (2018): Methodological flaws in web surveys: Commentary to "Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey". *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 226: 73.
- Leinweber, J. (2013): Empathiemüdigkeit: Hat emotionale Zugewandtheit ihren Preis? *Die Hebamme* 26 (2): 124-127.
- Leinweber, J.; Rowe H.J. (2010): The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery* 26: 76–87.
- Leinweber, J.; Creedy, D.K.; Rowe, H.; Gamble, J. (2017): A socioecological model of posttraumatic stress among Australian midwives. *Midwifery* 45: 7–13.
- Lukasse, M.; Schroll, A-M.; Karro, H.; Schei, B.; Steingrimsdottir, T.; Van Parys, A-S.; Ryding, E.L.; Tabor, A. (2015): Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 94: 508–517.
- 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 Journal* 11: 1-17.
- Miethe, I. (2010): Forschungsethik. In: Friebertshäuser, B., Langer, A, & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa: 927-937.
- Mother Hood e.V. (2019): Für eine gesunde Schwangerschaft und eine selbstbestimmte Geburt. Online verfügbar unter: <https://www.mother-hood.de/ueber-uns/der-verein.html> (letzter Zugriff am: 06.04.19).

- Mundlos, C. (2015): Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. Marburg: Tectum Verlag.
- Mundlos, C. (2016): Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal. GfG Info Spezial: 25-27.
- Mundlos C. (2017): Gewalt unter der Geburt und ihre Auswirkungen. Die Hebamme 30: 312–318.
- Mundlos, C. (2019): Justiziable Patientenverfügung statt Geburtsplan – ein starkes Instrument der Selbstbestimmung. Online verfügbar unter: <http://christina-mundlos.de/justiziable-patientinnenverfuegung-statt-geburtsplan-ein-starkes-instrument-der-selbstbestimmung/> (letzter Zugriff am: 03.04.19).
- Patterson, J.; Hollins Martin, C.J.; Karatzias, T. (2019): Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth. *Midwifery* 76: 21–35.
- Pickles, C. (2017): Reflections on obstetric violence and the law: what remains to be done for women's rights in childbirth? Online verfügbar unter: <https://www.law.ox.ac.uk/research-and-subject-groups/international-womens-day/blog/2017/03/reflections-obstetric-violence-and> (letzter Zugriff am 08.07.19).
- Ravaldi, C.; Skoko, E.; Battisti, A.; Cericco, E.; Vannacci, A. (2018): Abuse and Disrespect in Childbirth Assistance in Italy: A CommunityBased Survey. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 224: 208-209.
- Ruppert, F.; Assel, B.; Broughton, V.; Brombach, D.; Denk, A.; Freund, C.; Hoppe, G. (2015): *Frühes Trauma: Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre*. 2. Aufl. Stuttgart. Klett-Cotta Verlag.
- Schwarz, C. M., Schücking, B. A. (2004): Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Dr. med. Mabuse* 148: 22-25.
- Staudhammer, M. (2018): *Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege*. Springer-Verlag GmbH.
- Sadler, M.; Santos, M.J.D.S.; Ruiz-Berdun, D.; Rojas, G.L.; Skoko, E.; Gillen, P.; Clausen, J. A. (2016): Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters* 24 (47): 47–55.
- Viora, E.; Cirese, V.; Chiantera, A. (2017): Oggetto: inchiesta DOXA sulla "violenza ostetrica" campagna "basta tacere" Vs documentazione diffusa. *Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani*: 1-4.

- Wagner, M. (2001): Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (1): 25-37.
- World Health Organization; UNICEF (1989): Promoting, protecting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Genf: 1-32.
- World Health Organization (2003): Weltbericht. Gewalt und Gesundheit. Kopenhagen.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 1(1): Art. 22.
- World Health Organization (2014): The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Genf: 1-4.