

Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Große Angst vor der Geburt  
Bedürfnisse und Wünsche schwangerer Frauen in Deutschland –  
eine rekonstruktive Studie**

Dissertation  
Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)  
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Sabine Striebich, geb. Rüggeberg, Dipl. Med. Päd.  
geboren am 15.11.1968 in Mannheim

Betreuerin: Prof. Dr. Gabriele Meyer  
Erstgutachterin: Prof. Dr. Mechthild Groß  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Ekkehard Schlußner

05.11.2019

11.05.2020

## **Referat**

Hintergrund: Schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt sind eine vulnerable Gruppe von Nutzerinnen im geburtshilflichen Versorgungssystem. Um die Wünsche und Bedürfnisse dieser Frauen in der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung berücksichtigen und eine Bewältigung der Angst unterstützen zu können, wird Wissen benötigt, welche Erlebnisse und Erfahrungen im geburtshilflichen Versorgungssystem für schwangere Frauen im Zusammenhang mit ihrer Angst hierzulande typisch sind und welche Ansichten und Einstellungen diese Frauen zur bevorstehenden Geburt haben.

Methode: In dieser Dissertation wurde zunächst eine systematische Übersichtsarbeit erstellt, um zu identifizieren, welche Interventionen zu einer Bewältigung der Angst und gleichzeitig einer Steigerung der Selbstwirksamkeit schwangerer Frauen beitragen können und wie diese theoretisch fundiert sind. Im darauffolgenden empirischen Teil wurden problemzentrierte Einzelinterviews mit zwölf schwangeren Frauen geführt, die angaben, von großer Angst vor der Geburt belastet zu sein. Mit Hilfe der Dokumentarischen Methode wurden kollektive Orientierungsmuster und handlungsleitende Orientierungen rekonstruiert. Die kollektiven Orientierungen der Befragten zur Entwicklung der Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft, zur Schwangerenvorsorge und Geburtsvorbereitung, ihre Orientierung zur Geburt und drei Typen von Bewältigungsressourcen wurden zu einer Basistypik „schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt“ zusammengefasst.

Ergebnisse: Die Befragten sehen weder im privaten noch im professionellen Umfeld Gelegenheit für bestärkende Gespräche über Geburt. Sie wünschen sich eine physiologische Geburt und benötigen eine engmaschige, vertrauensvolle Betreuung durch eine qualifizierte Hebamme, die Angst vor der Geburt beizeiten anspricht und Unterstützung anbietet. Einzel-/Gruppen-Psychoedukation mit Entspannung und ergänzende psychotherapeutische Gespräche sind effektive Interventionen für schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt. Evidenzbasierte Informationen über Geburt und die Versorgung in Kliniken, über Möglichkeiten der Schmerzbewältigung und Verfahren zur Schmerzlinderung, eine qualitätsgesicherte Geburtsvorbereitung mit körperbezogenen Atem- und Entspannungsübungen sowie eine Eins-zu-Eins-Betreuung durch eine vertraute Hebamme während der Geburt haben das Potenzial, zu einer positiven Geburtserfahrung beizutragen.

Schlussfolgerung: Um Angst vor der Geburt frühzeitig zu erkennen, wird ein deutschsprachiges, validiertes Assessment benötigt. Hebammen, die schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt betreuen, benötigen spezielle Kenntnisse und Kompetenzen, um den Betreuungsprozess angemessen, d.h. auch pädagogisch-didaktisch zielführend, zu gestalten. Diese Dissertation ermittelte Grundlagen, die zur Entwicklung eines Versorgungskonzepts für schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt herangezogen werden können.

Background: Pregnant women with severe fear of childbirth are a vulnerable group of users in the maternity care system. Knowledge is required regarding experiences in maternity care in this country typical to pregnant women with severe fear of childbirth and their opinions and attitudes regarding the impending birth in order to meet their wishes and needs for perinatal care and to help them cope with their fears.

Method: A systematic review was initially performed to identify interventions which could contribute towards overcoming fears and simultaneously increasing the self-efficacy of pregnant women and how these interventions are theoretically funded. In the subsequent empiric section, problem-centered interviews were conducted individually with twelve pregnant women who stated to be under mental strain because of their fear of childbirth. Collective frames of orientation and patterns of action orientation were reconstructed with the Documentary Method. A basic typology of 'pregnant women with severe fear of childbirth' was condensed, based on their collective orientations identified in the interviewees regarding the development of fear of childbirth in pregnancy, antenatal care, and birth preparation, the orientation towards birth and three types of coping mechanisms.

Results: The interviewees lack the opportunity to talk about labour and birth in an affirming way in either the private or professional setting. They wish for a physiological birth and need the care of a skilled midwife in a trusting relationship, who addresses fear of birth early in pregnancy and offers support. Single or group psychoeducation with relaxation and complementary therapeutic conversation are effective interventions for pregnant women with severe fear of childbirth. Evidence-based information about labour and birth and care in hospital, about coping with pain and methods of pain relief, quality assured birth preparation with breathing and relaxation exercises and one-to-one care by a trusted midwife during labour and birth, have the potential to contribute to a positive birth experience.

Conclusion: A valid German assessment tool is needed to identify fear of childbirth early in pregnancy. Midwives need specific knowledge and skills to provide an appropriate and didactically effective care for pregnant women with severe fear of childbirth. This dissertation established the fundamental principles to be considered when developing a concept of care for severe fear of childbirth during pregnancy.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung und Zielstellung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Theoretischer Hintergrund.....	1
1.1.1	Angstentstehung und -bewältigung.....	2
1.1.2	Die medizinische Versorgung von Schwangeren in Deutschland .....	4
1.2	Forschungsstand.....	5
1.2.1	Erfassung von Angst vor der Geburt.....	5
1.2.2	Entstehung und Folgen von gAvG in der Schwangerschaft.....	6
1.2.3	Behandlungsstrategien bei gAvG.....	6
1.3	Relevanz der Arbeit.....	7
1.4	Fragestellung und Ziele.....	9
1.5	Methodik und Ergebnisse.....	9
1.5.1	Interventionen bei gAvG und deren theoretische Fundierung Forschungsfrage 1 .....	10
1.5.2	Entwicklung der Angst im Verlauf der Schwangerschaft Forschungsfrage 3 .....	11
1.5.3	Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG in der Schwangerenvorsorge Forschungsfrage 3 .....	11
1.5.4	Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG auf die Geburtsvorbereitung Forschungsfrage 4 .....	12
1.5.5	Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG auf die Geburt Forschungsfrage 2 .....	12
1.5.6	Bewältigungsressourcen Forschungsfrage 2 .....	13
<b>2.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>14</b>
2.1	Zentrale Ergebnisse .....	14
2.2.	Methodische Überlegungen .....	16
2.3	Schlussfolgerungen.....	19
<b>3.</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>21</b>
<b>4.</b>	<b>Thesen</b> .....	<b>29</b>

# 1. Einleitung und Zielstellung

Der Forschung zur optimalen Gestaltung der Versorgung von Nutzerinnen mit besonderen Bedürfnissen (Kennedy et al., 2018) und die Identifikation von Bedürfnissen von speziellen Nutzerinnen in Deutschland (Ayerle und Mattern, 2017) wird heute eine sehr hohe Bedeutung zugeschrieben. Die aktuelle britische Leitlinie zur Versorgung von Schwangeren mit psychischen Problemen benennt im Rahmen eines fortschrittlichen, mehrstufigen Versorgungskonzeptes explizit Hebammen als verantwortlich für das Assessment und die Identifikation von Behandlungsbedürftigkeit sowie für die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Nat Inst of Clin Exc 2014).

## 1.1 Theoretischer Hintergrund

Schwanger zu sein und eine Geburt zu erleben, geht mit tiefgreifenden körperlichen, psychischen und sozio-emotionalen Veränderungen einher. Gefühle und Gedanken einer schwangeren Frau hinsichtlich ihrer bevorstehenden Geburt sind vor dem Hintergrund ihres soziokulturellen und gesellschaftlichen Umfelds und des medizinischen Versorgungssystems zu betrachten. Angstvolle und furchtsame Gedanken an die bevorstehende Geburt sind aus psychosomatischer Sicht grundsätzlich Teil des normalen Anpassungsprozesses (Neuhaus 1999; Stauber 1999), bei manchen Schwangeren nimmt jedoch die Angst vor der Geburt ein solches Ausmaß an, dass dadurch eine starke subjektive Belastung im Alltag und eine Einschränkung der Lebensqualität besteht, im folgenden „große Angst vor der Geburt“ (gAvG; „severe fear of childbirth“; FOC) genannt.

Als Tokophobie (engl. tokophobia) wird gAvG phobischen Ausmaßes bezeichnet, bei der ein Vermeidungsverhalten vorliegt, also etwa der Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt (Spice et al., 2009). In Studien wird gAvG heute üblicherweise operationalisiert mit  $\geq 85/165$  Punkten des weithin gebräuchlichen *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* (W-DEQ A) (O'Connell et al., 2017), manche Autorinnen und Autoren sehen klinisch relevante gAvG („high fear of childbirth“) bereits bei  $\geq 66/185$  Punkten erreicht (Fenwick et al., 2009; Hall et al., 2009). Bei Verwendung des *Fear of Birth Scale* (FOBS) wird bei  $>60$  auf einer Skala mit 100 als Maximalwert eine klinisch relevante Angst vor der Geburt angenommen (Ternström et al., 2015; Hildingsson et al., 2018).

Große Angst vor der Geburt ist assoziiert mit Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf und erhöhtem Risiko für Interventionen während der Geburt, etwa mit elektivem Kaiserschnitt sowohl bei Erstgebärenden (Ryding et al., 2015), mit Geburtseinleitung (Sydsjö et al., 2012), einer verlängerten Geburt (Laursen et al., 2009) und stärkeren Schmerzen (Junge et al., 2018; Nettelblatt et al., 1976) und/oder großer Angst während der Geburt, selbst wenn eine Regionalanästhesie in Anspruch genommen wird (Alehagen et al., 2006). Es kann zu einem negativen (Areskog et al., 1982) oder sogar traumatischen Geburtserlebnis kommen (Henriksen et al., 2017), mit möglichen nachteiligen Folgen, wie etwa einem beeinträchtigten Bindungsauf-

bau zum Kind (Areskog B et al., 1984) oder postpartaler Depression (Söderquist et al., 2009). GAvG kann auch als Folge unangemessener, grenzüberschreitender Behandlung im Gesundheitssystem auftreten (Lukasse et al., 2015). Insofern ist die Betreuung von schwangeren Frauen mit gAvG eine spezifische Herausforderung für klinisch tätige Hebammen, Ärztinnen und Ärzte.

### 1.1.1 Angstentstehung und -bewältigung

Angst ist ein Grundgefühl, das entsteht, wenn eine Situation als bedrohlich erlebt wird, ohne dass eine angemessene Reaktion möglich ist; abzugrenzen davon sind Furcht und Stress (Krohne, 2010). Eine objektbezogene Angst wird als Furcht bezeichnet, auf die – etwa durch Flucht – reagiert werden kann. Unter Stress wird der Belastungszustand eines Organismus verstanden, dessen Bewältigungsmöglichkeiten durch Anforderungen aus der Umwelt stark beansprucht werden (ebenda, S. 27). Bei gAvG sind Angst und Furcht oft nicht klar abgrenzbar. Neben realen Ängsten enthalten die Schilderungen Schwangerer oft auch teilweise-reale, verzerrte oder schwer nachvollziehbar erscheinende Ängste, die gelernte Fehlsteuerungen darstellen (früher als neurotisch bezeichnet; Stauber, 1999) (Schmidt, 2019). Als Folge von gAvG empfindet die schwangere Frau psychischen Stress.

In der gesundheitspsychologischen Betrachtung von Angst ist die Perspektive der heute weithin etablierten kognitiven Emotionstheorien („appraisal theories of emotion“), begonnen von Magda Arnold in den 1960er Jahren und weiterentwickelt von Richard Lazarus (Lazarus and Folkman, 1984; Folkman, 2013), hilfreich. Sie erklären, dass gedankliche Bewertungsprozesse bei der Qualität, Art und Stärke von Emotionen grundlegend sind. Eine Emotion ist unter dieser Perspektive das Resultat einer individuellen, teilweise unbewussten und fortdauernden Bewertung eines Ereignisses oder einer Situation, die relevant für die eigene Gesundheit sind (Moors, 2009; Schmitz-Atzert et al., 2014). Eine Person beurteilt die Anforderungen, die dieses Ereignis mit sich bringt, und gleicht diese mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Werden die eigenen Ressourcen aus persönlichen und umgebungsbedingten Faktoren als unzureichend beurteilt, wird das Ereignis als Bedrohung mit möglichem Schaden wahrgenommen – psychischer Stress, Beunruhigung und Angst sind die Folge.

Nach dem Transaktionalen Stressmodell von Richard Lazarus setzen dann intrapersonale Aktivitäten ein, um diesen psychischen Stress und die negativen Gefühle zu bewältigen („Coping“; Lazarus and Folkman, 1984; Folkman, 2013). Prinzipiell sind drei Arten von Coping zu unterscheiden: Problemorientiertes Coping beinhaltet die Suche nach Information und nach dem Rat und der Erfahrung anderer, um sich an die Situation anzupassen; emotionsorientiertes Coping setzt auf Selbstdistanzierung, Humor und soziale Unterstützung, um die eigene Erregung abzubauen; bewertungsorientiertes Coping besteht aus kognitiven Prozessen, bei denen durch eine Konzentration auf Glauben, Werte und Ziele die Situation gedanklich neu beurteilt wird. Kann eine Person diese Copingstrategien erfolgreich kombinieren, wird die Situation abschließend nicht mehr als Bedrohung mit möglichem Schaden, sondern als Herausforderung gesehen, die bewältigt werden kann. Es ist individuell verschieden und situationsabhängig, welche Art des Coping angewendet

wird; meist kommt es zu Aktivitäten auf verschiedenen parallelen Ebenen (Lazarus and Folkman, 1984; Folkman, 2013). Nach dem Salutogenese-Konzept (Antonovsky, 1979) ist die Fähigkeit einer Person, mit Belastungen umzugehen, von ihren individuellen Eigenschaften und Hilfsmitteln, den sogenannten „generalisierten Widerstandsressourcen“ („generalised resistance resources“, GRR) abhängig (Reimann et al., 2006).

Kognitive Bewertungsprozesse und die Überzeugung, die bevorstehenden Herausforderungen praktisch und emotional nicht bewältigen zu können, haben im Zusammenhang mit Stresserleben in der Peripartalzeit einen zentralen Stellenwert (Coo et al., 2015). Es ist davon auszugehen, dass sich eine Schwangere, die große Angst vor der bevorstehenden Geburt empfindet, in einem fortdauernden Prozess der Neubewertung des bevorstehenden Geburtseignisses befindet. Im besten Fall kommt es im Verlauf der Schwangerschaft zu einem Absinken des Angstniveaus, wenn die Schwangere eigene Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten erkennt. Die Bewältigung von gAvG ist innerhalb des heute in der Gesundheitsförderung etablierten *systemischen Anforderungs-Ressourcenmodell* („systemic demand-resource-model“, SAR-Modell, Peter Becker 1994) (Reimann et al., 2006; Blümel, 2015; Faltermaier und Hübner, 2019), in welchem die Erklärungsansätze des salutogenetischen Gesundheitsverständnis, der Stresstheorie und der Ressourcenorientierung enthalten sind, als ein prozesshaftes und dynamisches Geschehen anzusehen, welches mit einer Verschiebung in Richtung Gesundheit auf einem gedachten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einhergeht. Die professionelle Betreuung hat bei der Entstehung und Bewältigung von gAvG möglicherweise einen wichtigen Einfluss. Die zentrale Frage dabei ist, welche Interventionen in der fachärztlichen und Hebammenbetreuung bei schwangeren Frauen die Angst vor der Geburt befördern und welche eine Bewältigung unterstützen können.

Zur Betrachtung der Bewältigung von gAvG kann das kognitiv-verhaltensbezogene Konzept der Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) als Teil der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura (Bandura, 1977) herangezogen werden. Selbstwirksamkeit meint die subjektive Überzeugung einer Person, ein Ereignis oder eine Situation bewältigen zu können. Von der Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy expectancy“, SWE), also der Überzeugung, über eigene Ressourcen zu verfügen und eine antizipierte Situation erfolgreich bewältigen zu können, abzugrenzen ist die Handlungsergebniserwartung („outcome expectancy“), die der Überzeugung entspricht, dass das eigene Verhalten auch zum gewünschten Ergebnis führen wird (Maddux et al., 1982; Stangl, 2019). Nach Bandura gibt es vier Quellen der Selbstwirksamkeit. An erster Stelle stehen eigene Erfahrungen, an zweiter Stelle stellvertretende, also bei dritten beobachtete Erfahrungen, sowie drittens verbale Überzeugungen einer einflussreichen Person. An vierter Stelle steht die Interpretation eigener physiologischer Empfindungen, wie etwa Herzklopfen oder Schwitzen. Die Selbstwirksamkeit ist innerhalb des SAR-Modells eine innere Ressource, eine Steigerung der SWE einer Person geht mit einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einher (Renneberg und Lippke, 2006).

Die geburtsbezogene Selbstwirksamkeit („Childbirth Self-Efficacy“) wurde 1993 von Nancy Lowe für den Bereich der Geburtshilfe adaptiert, inklusive eines Assessments, dem *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI) (Lowe, 1993). Weiterentwicklungen in Folgejahren führten zu Kürzungen des Instruments (Ip et al., 2009; Carlsson et al., 2014). Der CBSEI ist heute weltweit verbreitet. Für den deutschsprachigen Raum wurde 2016 ein Abgleich mit einer schweizerischen Version durchgeführt, eine Validierung steht jedoch noch aus (Schmidt et al., 2016). Mit dem CBSEI steht ein Instrument zur Verfügung, mit dem die Bewältigung von gAvG erfasst werden kann.

### 1.1.2 Die medizinische Versorgung von Schwangeren in Deutschland

In der Schwangerschaft besteht nach § 24d Sozialgesetzbuch V ein Rechtsanspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (SGB V, 2017). Die gesetzliche Grundlage der Schwangerenvorsorge in Deutschland sind die Mutterschaftsrichtlinien (GBA, 2016), eine verbindliche Rechtsvorschrift, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet wird. Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist den Mutterschaftsrichtlinien folgend die „frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“ (GBA, 2016, S. 2).

Hebammen sind nach dem Hebammengesetz zur Beratung in der Schwangerschaft qualifiziert (Bundesamt für Justiz, 1985); die damit verbundenen Aufgaben und Pflichten sind subsidiär in den Berufsordnungen der Bundesländer niedergelegt. Hebammen üben ihre berufliche Tätigkeit, wie etwa Leistungen zur Vorbereitung auf die Geburt, selbstständig und eigenverantwortlich aus. Hebammen beraten und betreuen Frauen in der Schwangerschaft, wie etwa eine Untersuchung zur Hebammenversorgung in Bayern 2016 ergab: Etwa zwei Drittel aller Schwangeren wurden während der Schwangerschaft durch eine Hebamme betreut, mit regionalen Unterschieden zwischen 57,5 % und 67,7 % (Sander et al., 2018).

Aufgrund der regelmäßigen Inanspruchnahme frauenärztlicher Untersuchung und Beratung, etwa zu Fragen der Empfängnisverhütung oder der Krebsvorsorge, sind Frauen in Deutschland oft bereits langjährig an eine frauenärztliche Praxis angebunden, wenn sie schwanger werden; die Schwangerenvorsorge ist daher überwiegend in ärztlicher Hand. Regionale Erhebungen – etwa aus Thüringen – ermittelten, dass rund 70% der Schwangeren zwar Hebammenbetreuung und -beratung in Anspruch genommen hatten, die Schwangerenvorsorge fand bei knapp zwei Drittel der Frauen jedoch ausschließlich in der ärztlichen Praxis statt (IGES, 2015). Ähnliches ergab eine Befragung von Versicherten der hkk: rund 79 % der Befragten gaben an, in der Schwangerschaft ausschließlich oder überwiegend durch eine frauenärztliche Praxis betreut worden zu sein, nur bei etwa 20 % erfolgte die ärztliche und Hebammenbetreuung abwechselnd (Braun und Kolip, 2014).

Die Geburtskultur in Deutschland ist durch eine ausgeprägte Fokussierung auf eine medizinisch-technische ärztliche Überwachung und eine Risikoorientierung gekennzeichnet (Baumgärtner und Stahl, 2011). Heute ist in vielen hochentwickelten Ländern ein unverhältnismäßiger und nicht durch Evidenz gestützter Einsatz von Interventionen wie Ultraschall-Untersuchungen, routinemäßige fetale Herztonüberwachung per CTG



(Herzton-/Wehenaufzeichnung, Kardiotokografie), Kaiserschnittentbindungen oder Geburtseinleitungen zu beobachten (Miller et al., 2016). In Deutschland finden 98,5 % aller Geburten in Kliniken statt, im Jahr 2017 waren dies 761.176 Geburten (IQTIG 2018). Nahezu jede vierte Geburt (21 %) wurde eingeleitet, bei etwa 26 % der Geburten wurden während der Geburt Wehenmittel eingesetzt; die Rate an Kaiserschnittentbindungen betrug 32 % (IQTIG, 2018) und ist damit eine der höchsten in Europa.

In der aktuellen soziologischen Frauen- und Geschlechterforschung (Rose und Schmid-Knittel, 2011; Jung, 2017) wird der heutige soziokulturelle Rahmen von Schwangerschaft beleuchtet. Demnach hat das Vorhaben, ein Kind zu bekommen, für Paare in Deutschland heute oftmals den Charakter eines kostbaren und häufig einmaligen Projekts, das sorgsam geplant wird, nachdem berufliche und/oder wirtschaftliche Belange bedacht wurden; im Zuge dessen wird das Ereignis Geburt bedeutungsvoll aufgeladen, es gerät zu einem „*exklusiven Grandiositätserlebnis*“, mit dem eine „*berauschende Körpersensation für die Mutter, [...] ein transzendente[r] Höhepunkt*“ assoziiert wird (Rose und Schmid-Knittel, 2011, S. 89). Frauen und Paare erleben, dass einerseits – etwa in Ratgeberliteratur – die natürliche Geburt als Ideal propagiert wird, zu deren optimaler Gestaltung sie aktiv aufgefordert werden. Im medizinischen Alltag und im sozialen Umfeld wird Geburt dagegen als risikobehaftetes Ereignis, als potenzielle Gefährdungslage für Mutter und Kind behandelt. Die Fokussierung auf mögliche Risiken und Komplikationen bei der Geburt, z. B. in der Schwangerenvorsorge, kann bei schwangeren Frauen zu Unsicherheit und zu einem erhöhten Sicherheits- und Kontrollbedürfnis führen (Rose und Schmid-Knittel, 2011). Es wird konstatiert, dass es heute – parallel zu dem Geltungszuwachs der Patientinnenautonomie im Krankenhaus und der daraus resultierenden, eigentlich zu begrüßenden Zunahme an Selbstbestimmung für die schwangere Frau – durch den gleichzeitigen Mangel an somatisch-beziehungsorientierter Fürsorge/Care-Beziehung zwischen Hebamme und schwangerer/gebärender Frau zu einer Überantwortung des Gelingens der Geburt an die Frau kommt, welche eine Überforderung darstellt und mit einer Versagensangst einhergehen kann (Rose und Schmid-Knittel, 2011; Jung, 2017). Dies wirft die Frage auf, wie das Konzept der Selbstbestimmung in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland verantwortungsvoll umgesetzt werden kann, so dass sowohl die Autonomie der schwangeren Frau geachtet als auch ihrem Wunsch nach vertrauensvoller und individueller Begleitung nachgekommen wird. In diesem Zusammenhang kann die Exploration charakteristischer Erfahrungen und Orientierungen von schwangeren Frauen mit großer Angst vor der Geburt im geburtshilflichen Versorgungssystem Hinweise liefern, welche Veränderungen in der Versorgung für diese Gruppe von Nutzerinnen hilfreich sein könnten.

## **1.2 Forschungsstand**

### **1.2.1 Erfassung von Angst vor der Geburt**

Die Erfassung von Angst vor der Geburt kann anhand eines diagnostischen Interviews (Nerum et al., 2006) oder eines speziellen Assessments erfolgen. Die *Fear of Birth Scale* (FOBS) (Haines et al., 2011) stellt eine aus zwei Teilen bestehende visuelle Analogskala (VAS), basierend auf Vorarbeiten aus Finnland, dar

(Rouhe et al., 2009). Mit dem englischsprachigen, validierten *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire* (W-DEQ A) (Wijma et al., 1998) steht auch ein spezifischer Fragebogen zur Verfügung. Aktuelle Übersichtsarbeiten empfehlen, eines dieser drei Verfahren zu nutzen (Nilsson et al., 2018; Richens et al., 2018). Aufgrund der Länge von 33 Items des W-DEQ A ist der aus zwei Skalen bestehende FOBS einfacher anwendbar und hat daher eine höhere Praktikabilität im klinischen Alltag (Richens et al., 2018). In der deutschen S3-Leitlinie „Angststörungen“ wird empfohlen, zur Diagnostik „kurze Fragen“ (Bandelow et al., 2014: 14) zu stellen. Abgeleitet aus der Empfehlung der Leitliniengruppe zur Frageformulierung bei Verdacht auf eine spezifische Phobie, ist die dichotome Frage „Haben Sie große Angst vor der Geburt?“ aufgrund der begrenzten Antwortmöglichkeit und des suggestiven Charakters dieser Frage problematisch.

Laut einer Übersichtsarbeit beträgt die Prävalenz von Tokophobie in westlichen Ländern wie Europa, Australien Kanada und den USA zwischen 6,3 % und 14,8 % aller Schwangerschaften und weist damit signifikante Unterschiede auf; die globale Prävalenz wird mit 14 % (95 % CI 0.12–0.16) angegeben (O’Connell et al., 2017).

### 1.2.2 Entstehung und Folgen von gAvG in der Schwangerschaft

Erste Forschungsarbeiten zur Entstehung von gAvG und damit assoziierten ungünstigen Schwangerschaft-Outcomes wurden Anfang der 1980er Jahre in Schweden veröffentlicht (Areskog, 1981, 1982, 1983 und 1984). Diesen Arbeiten zufolge tritt GAvG in der Schwangerschaft gehäuft bei Erstgebärenden (Areskog, 1983) und belastenden Kindheitserfahrungen, wie einem sexualfeindlichen Elternhaus oder einer belasteten Beziehung zu den Eltern sowie bei emotionaler Dysbalance in der Schwangerschaft (Areskog et al., 1983) auf. Weitere Forschungsarbeiten ergaben, dass gAvG auch mit Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft (Ryding et al., 2007), geringer Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (Salomonsson et al., 2013) und belastenden psychosozialen Lebensumständen (Saisto et al., 2001) in Zusammenhang steht. Sexueller Missbrauch, sexuelle oder körperliche Gewalterfahrungen oder frühere psychische Erkrankungen sowie ein vorangegangenes traumatisches Geburtserlebnis erhöhen die Vulnerabilität (Saisto et al., 2001; Heimstad et al., 2006; Ryding et al., 2007; Rouhe et al., 2009; Nilsson et al., 2010 und 2012; Johnston and Brown 2013; Størksen et al., 2013). Berichte über Notfälle und Komplikationen bei Geburten in den Medien fördern, so das Ergebnis neuerer Studien von 2016, heute in der Gesellschaft das Bild einer Geburt als einem gefährlichen, risikobehafteten Geschehen (Luce et al., 2016; Thomson et al., 2016). Frauen, die aufgrund der gAvG eine Geburt per elektivem Kaiserschnitt wünschen, hatten oft schon vor der Schwangerschaft große Ängste hinsichtlich einer vaginalen Geburt (Handelzalts et al., 2012).

### 1.2.3 Behandlungsstrategien bei gAvG

Eine im Rahmen dieser Promotion publizierte Übersichtsarbeit zu Interventionen zur Bewältigung der gAvG (Striebich et al., 2018) hat ermittelt, dass sowohl Psychoedukation kombiniert mit Entspannungsübungen als auch psychotherapeutische Gespräche nach der Methode der kognitiven Therapie die Selbstwirksamkeitserwartung schwangerer Frauen stärken und dazu beitragen können, dass die Angst nachlässt. Wichtig

ist hierbei, dass hinsichtlich des Outcomes nicht allein der Rückgang an elektiven Kaiserschnittentbindungen betrachtet wird, sondern auch die rückblickende Zufriedenheit der Frauen mit ihrer Entscheidung in die Evaluation einbezogen wird. Schwangeren, die die erste Geburt vor sich haben, können sowohl Gruppen- als auch Einzelangebote empfohlen werden. Für Frauen, die bereits eine Geburt erlebt haben, bieten hingegen Einzelsitzungen einen geschützten Rahmen, um über ihre Vorerfahrungen zu sprechen, die häufig Quelle ihrer Angst sind.

Die Autorinnen der Übersichtsarbeit empfehlen, theoriebasierte Versorgungskonzepte für den ambulanten und stationären Bereich zu erarbeiten, zu pilotieren und zu evaluieren, die an das nationale Gesundheitssystem angepasst sind (Striebich et al., 2018). Diese Versorgungskonzepte sollten eine frühzeitige Erkennung von gAvG mithilfe eines validierten Assessments ermöglichen, um gAvG auch bei Schwangeren zu erkennen, die ihre Angst nicht von sich aus ansprechen. Regionale Versorgungsnetzwerke zwischen Hebammen, Frauenärztinnen und Frauenärzten und Psychologinnen und Psychologen sichern eine rechtzeitige und angemessene Unterstützung (Striebich et al., 2018).

Man weiß, dass zwischen GavG und der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) der Schwangeren ein negativer Zusammenhang besteht (Lowe, 2009; Carlsson et al., 2015; Schwartz et al., 2015) und eine hohe SWE zu einer größeren Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis beitragen kann (Tilden et al., 2016). Auch ist bekannt, dass geburtsbezogene SWE bei Erstgebärenden (n=17) mit gAvG folgende Domänen aufweist: Steuerung der gedanklichen Aufmerksamkeit, Unterstützung durch Ermutigung und Zuspruch, Selbstkontrolle, Bewegung und Entspannung, Selbst-Ermunterung und Einsatz der Atmung (Salomonsson et al., 2013). Daher ist die Zunahme der SWE bei einer Schwangeren ein wichtiges Ergebnismaß, das beispielsweise zur Evaluation von Angeboten zur Geburtsvorbereitung erfasst werden sollte. Die aktuelle britische klinische Behandlungsleitlinie des *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE) „Antenatal and Postnatal Mental Health“ empfiehlt bei gAvG psychoedukative Einzel- oder Gruppensitzungen in der Schwangerschaft (Nat I Clinic Excellence 2014); das US-amerikanische *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) rät bei Tokophobie schon früh in der Schwangerschaft Gespräche bei einer qualifizierten Fachkraft in Anspruch zu nehmen (RCOG 2015). Spezielle Versorgungskonzepte existieren bereits in Schweden, wo interdisziplinäre Abteilungen, sogenannte „Aurora“-Teams, eingerichtet wurden (Waldenström et al., 2006); Konzepte dazu sind jedoch nicht publiziert.

### **1.3 Relevanz der Arbeit**

Systematische Übersichtsarbeiten zeigen auf, dass schwangere Frauen sich grundsätzlich eine positive Schwangerschafts- und Geburtserfahrung und in der geburtshilflichen Versorgung die Berücksichtigung ihrer Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse wünschen (Downe et al., 2015 und 2018); zu letzterem gehören neben der Organisation der klinischen Betreuung eine zeitlich passende und angemessene Aufklärung und Information zu wichtigen Aspekten von Schwangerschaft und Geburt sowie eine angemessene soziale, kul-

turelle, emotionale und psychologische Unterstützung. In Deutschland ist die Empfehlung zur Anpassung der geburtshilflichen Betreuung an die besonderen Bedürfnisse von Nutzerinnen im Jahr 2017 im Rahmen des Nationalen Gesundheitsziels *Gesundheit rund um die Geburt* (BMG, 2017) formuliert worden; nutzerinnen-orientierte Versorgungskonzepte, die interdisziplinär und sektorenübergreifend eingesetzt werden, gibt es jedoch noch nicht.

Heutzutage geben viele junge, nicht-schwangere Frauen in Europa und in Staaten wie etwa Kanada, den USA und Australien an, im Fall einer Schwangerschaft aus Angst vor einer vaginalen Geburt einen elektiven Kaiserschnitt als Geburtsmethode zu bevorzugen (zwischen 7,6 % in Island und 18,4 % in Australien; in Deutschland 8,1 %, n= 3.616, 18 bis 25 Jahre) (Stoll et al., 2017), vor allem, wenn sie ihre Informationen aus den Medien beziehen (Stoll et al., 2014 und 2015). Dies macht deutlich, dass es wichtig ist, effektive Präventionsmöglichkeiten für zukünftige Generationen zu entwickeln, die auf den jeweiligen nationalen Kontext zugeschnitten sind.

Dass sich in systematischen quantitativen Übersichtsarbeiten signifikante Unterschiede in der Prävalenz von gAvG gezeigt haben, kann ein Resultat unterschiedlicher Erfassungsmethoden und -zeitpunkte sein, aber auch länderspezifische Unterschiede in der klinischen Versorgung können damit im Zusammenhang stehen (O'Connell et al., 2017); daher ist eine regionale Erforschung des Phänomens gAvG empfehlenswert, um den Einfluss strukturell-organisatorischer Einflüsse im jeweiligen Gesundheitsversorgungssystem beachten zu können.

Es stellt sich die Frage, wie Hebammen konkret zur Prävention und Behandlung von gAvG beitragen können (Lukasse, 2015), speziell bei Wunsch nach elektivem Kaiserschnitt (Ayers, 2014; Dehghani et al., 2014; Dweik and Sluijs, 2015). Das Thema hat auch deshalb besondere Relevanz, weil die *World Health Organisation* das Recht jeder Frau auf eine würdevolle und wertschätzende Behandlung bei der Geburt (World Health Organisation, 2018) postuliert hat. Außerdem wurde heute erkannt, dass die Anzahl an negativ und als traumatisch erlebten Geburten in Kliniken nicht nur aus Gründen der Achtung universeller Menschenrechte verringert werden sollte, sondern auch um postpartale Depressionen und langfristige Beeinträchtigungen der Identität der Frau und ihrer Beziehungen zu anderen sowie gAvG in einer Folgeschwangerschaft vorzubeugen (Fenech and Thomson 2014; Sipsen and Catling 2016; Henriksen et al., 2017; Hollander et al., 2017). Ärztinnen, Ärzte und Hebammen sind aufgefordert, ihr Verhalten zu reflektieren, um iatrogenen Traumatisierungen vorzubeugen (Reed et al., 2017). Besonders postpartale Depressionen haben aufgrund ihrer hohen Prävalenz und der großen Belastungen, die mit ihnen einhergehen, eine besondere Relevanz; eine Depression kann auch mit negativen Folgen für die Gesundheit und Entwicklung des Kindes einhergehen (Dunkel Schetter and Tanner, 2012; Glover, 2014). Einer US-amerikanischen Erhebung zufolge beträgt die Prävalenz postpartaler Depressionen vier bis sechs Wochen postpartum 14 % (Wisner et al., 2013). Bei etwa 33 % der erkrankten Frauen begann die Depression bereits in, bei weiteren 27 % schon vor der Schwangerschaft.

Das Thema *Hebammenhilfe bei psychischen Belastungen* wird in der Primärqualifizierung noch nicht ausreichend vermittelt. So findet sich das Thema Angst in einem Curriculum zur Hebammenausbildung an Fachschulen lediglich in Bezug auf die Betreuung bei der Geburt (Dörpinghaus et al., 2005). In einem beispielhaft ausgewählten Modulhandbuch für ein Fachhochschulstudium zum *Bachelor of Science Midwifery* sind zwar Inhalte zu Soziologie, Psychologie und Pädagogik im Umfang von 105 Stunden vorgesehen (Evangelische Hochschule Berlin, 2013), jedoch wird die Thematisierung von Hilfe bei gAvG nicht eigens ausgewiesen.

#### **1.4 Fragestellung und Ziele**

Um die Betreuung von schwangeren Frauen mit gAvG in Deutschland zu verbessern, wird Wissen benötigt, wie Schwangere hierzulande ihre Angst vor der Geburt erleben, welche Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung für sie im Zusammenhang mit ihrer Angst bedeutungsvoll sind und welche Aspekte für eine Bewältigung der Angst relevant sind. Diese Erkenntnisse können zur Gestaltung der geburtshilflichen Versorgung herangezogen werden, um schwangere Frauen mit gAvG bei der Bewältigung ihrer Angst gezielt zu unterstützen und ihnen so eine möglichst positive Geburtserfahrung zu ermöglichen.

Mit dieser Arbeit werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

1. Welche evaluierten und publizierten Interventionen sind wirksam, um schwangere Frauen bei der Bewältigung ihrer gAvG zu unterstützen und wie sind diese theoretisch fundiert?
2. Welche Ansichten und Einstellungen haben schwangere Frauen mit gAvG in Deutschland im Hinblick auf die bevorstehende Geburt und welche Aspekte sind für sie bei der Bewältigung ihrer Angst relevant?
3. Wie entwickelt sich die Angst vor der Geburt und welche Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung sind für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll für ihr Angsterleben?
4. Welche Bedürfnisse haben schwangere Frauen mit gAvG in der Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung sowie bezogen auf die Betreuung bei der Geburt?

#### **1.5 Methodik und Ergebnisse**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde in einem ersten Schritt eine systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Interventionen bei gAvG und deren theoretischer Fundierung erstellt (Striebich et al., 2018) (Publikation 1 im Anhang). Daran schloss sich ein empirischer Teil an, in dem problemzentrierte Einzelinterviews mit zwölf schwangeren Frauen mit gAvG geführt wurden (Striebich und Ayerle, 2019a; Striebich and Ayerle, 2019b) (Publikationen 2 und 3 im Anhang). Mithilfe der Dokumentarischen Methode nach Ralf Bohnsack wurden aus den transkribierten Gesprächstexten im Verfahren der sinngenetischen Typenbildung die Basistypik *Schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt* sowie drei Typen von Bewältigungsressourcen rekonstruiert.

Die Dokumentarische Methode nach Bohnsack basiert auf der Wissenssoziologie Karl Mannheims (1980) und stellt eine etablierte Auswertungsmethode mit einem transparenten, strukturierten Vorgehen dar. Durch die Analyse expliziter und impliziter Wissensbestände ermöglicht sie die Rekonstruktion kollektiver Erlebenshintergründe und handlungsleitender Orientierungen von Personen, die den gleichen Lebenszusammenhang haben und damit einen „*konjunktiven Erfahrungsraum*“ teilen (siehe ausführlich in Nentwig-Gesemann, 2018). Die Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt im heutigen geburtshilflichen Versorgungssystem ist solch ein konjunktiver Erfahrungsraum. Einem konjunktiven Erfahrungsraum oder einem Milieu anzugehören, geht mit der Aneignung sowohl begrifflich-theoretisch explizierbarem als auch handlungspraktisch-atheoretischem Wissens einher; letzteres ist den Personen nicht bewusst und kann demnach nicht erfragt, sondern nur rekonstruiert werden. Da dieses Wissen jedoch das Alltagshandeln der Personen in hohem Maße steuert und über die Selbstentwürfe der Person, über ihre Motive und Alltagstheorien Auskunft gibt, ist es in die Forschungsarbeit unbedingt einzubeziehen.

In den klar definierten Arbeitsschritten „formulierende Interpretation“, „reflektierende Interpretation“ und „komparative Analyse“ (Bohnsack, 2014 und 2017) wurde das Material sequenzanalytisch bearbeitet. Nach der Textsortendifferenzierung wurden zunächst Ober- und Unterthemen identifiziert, anschließend die übergreifenden Orientierungsrahmen expliziert bevor ein fallinterner und fallübergreifende Vergleich mit der Suche nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden folgte.

Um den lebensweltlichen Erfahrungshintergrund zu veranschaulichen, der allen befragten Frauen gemeinsam ist, wurde im Verfahren der minimalen Kontrastierung "*ein ihnen allen gemeinsamer Habitus oder Orientierungsrahmen*" (Bohnsack 2013, S. 194) identifiziert. Darunter sind „*inkorporierte, kohärente Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsschemata*“ (Lenger et al., 2013, S. 201) zu verstehen, die sich als grundlegende Typik (Basistypik) herauskristallisieren (Bohnsack 2013, S. 194).

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt:

#### 1.5.1 Interventionen bei gAvG und deren theoretische Fundierung

##### Forschungsfrage 1

Die Bewertung der Studien ergab, dass Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie geeignet sind, gAvG bei schwangeren Frauen statistisch signifikant zu verringern; dies ging mit einer Abnahme an elektiven Kaiserschnittentbindungen und einem höheren Anteil an Spontangeburt einher (Striebich et al., 2018). Während bei einer Psychoedukation die Aufklärung über die Art der Beschwerden im Vordergrund steht, zielt die kognitive Verhaltenstherapie darauf ab, dysfunktionale Denkmuster bewusst zu machen, neue Ansichten zu ermöglichen und damit die Einstellung und das Verhalten zu verändern. Neben psychologischen und geburtshilflichen Parametern ist auch die langfristige Zufriedenheit der Frau nach der Geburt ein wichtiges Ergebnismaß.

Die Interventionen in den Studien bestanden aus zwei psychoedukativen Gesprächen per Telefon mit einer Hebamme, aus fünf bzw. sechs Terminen à 120 Minuten Psychoedukation in der Gruppe mit jeweils 30

bzw. 45 Minuten Entspannungsübungen für maximal sechs schwangere Frauen, die das erste Kind erwarteten, bzw. aus Einzelsitzungen in kognitiver Verhaltenstherapie, die entweder als persönliches Gespräch oder als interaktives Internetangebot realisiert wurden. Ergänzend kamen evidenzbasierte schriftliche Informationen über die Geburt zum Einsatz und es wurde den Schwangeren das Angebot gemacht, täglich eine Hebamme anzurufen.

Zur theoretischen Fundierung wurden die *Theorie des geplanten Verhaltens* nach Icek Ajzen, das *Stressimpfungstraining* nach Donald Meichenbaum und die *krisenorientierte Beratung* nach Gerald Kaplan zugrunde gelegt. Diese Konzepte eignen sich dafür, die Frau darin zu unterstützen, hilfreiche kognitive Denkstrategien aufzubauen, ihr Verhalten während der Geburt zu planen und stressreduzierende Techniken zum Umgang mit ihrer Angst einzusetzen.

Die Leitung der therapeutischen Interventionen lag in der Hand einer Psychologin oder eines Psychologen, psychoedukative Sitzungen wurden teilweise durch eine Hebamme geleitet. Die Sicherung der Qualifikation der Hebammen stellte dabei ein wesentliches Element der Wirksamkeit von Psychoedukation und Beratung dar. Anzahl und Umfang der Gespräche wurden an die individuellen Bedürfnisse angepasst.

#### 1.5.2 Entwicklung der Angst im Verlauf der Schwangerschaft

##### Forschungsfrage 3

Die in der empirischen Untersuchung Befragten wollen in der Schwangerschaft möglichst keine Fehler machen. Tagtäglich sehen sie sich mit gesellschaftlichen Common-Sense-Normen konfrontiert, etwa zur Lebensführung in der Schwangerschaft, und oft erleben sie die an sie herangetragenen Ansprüche als dilemmatisch und uneinlösbar.

Die Befragten hatten und haben im Alltag kaum Gelegenheit, eine physiologisch verlaufende Lebensphase des Mutter-Werdens im eigenen Umfeld zu beobachten und Gespräche über das Erleben einer natürlichen Geburt zu führen. Dadurch werden Berichte über Komplikationen und Notfälle, von denen sie erfahren oder die ihnen unaufgefordert zugetragen werden, als sehr belastend erlebt. Die Befragten berichten, dass solche Schilderungen im Gedächtnis haften bleiben und später immer wieder auftauchen, etwa in einer Ruhezeit am Tag oder bei nächtlichem Wachliegen.

Die Befragten möchten sich über das Thema Geburt informieren, haben aber keine Vorstellung davon, wie die Qualität von Quellen zu beurteilen ist und wie sie verlässliche Quellen finden können. (Striebich und Ayerle, 2019a)

#### 1.5.3 Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG in der Schwangerenvorsorge

##### Forschungsfrage 3

Die Befragten befinden sich in einem ärztlich geprägten Versorgungssystem in einer – meist schon länger bekannten – frauenärztlichen Praxis. Dort stehen medizinische Untersuchungen im Vordergrund, ihr Informationsbedürfnis wird hier jedoch oft nicht befriedigt. Die Befragten haben ein großes Bedürfnis nach ver-

trauensvoller, individueller Betreuung; eine kontinuierliche Betreuung durch eine Beleghebamme – ein Versorgungsmodell bei welchem eine Betreuung in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt durch eine Person erfolgt – stellt in ihren Augen ein Ideal dar. Die Befragten wünschen sich ein ausführliches Gespräch über die bevorstehende Geburt, sehen für sich aber keine Gelegenheit und zeigen keine Eigeninitiative, ein Gespräch zu suchen. Die Befragten zeigen eine hohe Bereitschaft, professionellem Rat zu folgen, vermissen jedoch eine bestätigende, zuversichtliche Haltung in der Schwangerenvorsorge. Sie sind sehr aufmerksam, was die Wortwahl von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen angeht, und leiten aus den erhaltenen Informationen Rückschlüsse auf die Geburt ab. Fragmentierte oder inkohärente Informationen über geburtsrelevante Aspekte sind für die Befragten verunsichernd und möglicherweise angstgenerierend. (Striebich und Ayerle, 2019a)

#### 1.5.4 Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG auf die Geburtsvorbereitung Forschungsfrage 4

Ein Geburtsvorbereitungskurs ist in den Augen der Befragten der zentrale Ort, um umfassende Informationen zu erhalten, wie eine physiologische Geburt abläuft und was sie selbst für einen normalen Geburtsverlauf tun können. Sie möchten Empfehlungen zu erleichternden Atem- und Entspannungsverfahren erhalten, die sie auch über den Kurs hinaus einüben können. Sie möchten wissen, welche routinemäßigen oder häufig eingesetzten, allgemeinen Maßnahmen in Kliniken üblich sind. Über Komplikationen möchten die Befragten jedoch nur informiert werden, wenn Handlungsmöglichkeiten der Frau bestehen. Leistungsdruck und Konkurrenz mit anderen schwangeren Frauen, etwa bezüglich einer vermeintlich besten Art der Geburtsvorbereitung, belasten sie. (Striebich und Ayerle, 2019a)

#### 1.5.5 Orientierungen schwangerer Frauen mit gAvG auf die Geburt Forschungsfrage 2

Die Befragten möchten eine natürliche Geburt erleben, da diese einen hohen normativen Wert für sie hat. Sie haben jedoch kaum Gelegenheit, mit anderen über Geburtserfahrungen zu sprechen; das Thema wird geradezu tabuisiert. Aufgrund der vielfältigen Berichte über mögliche geburtshilfliche Notfälle und Komplikationen, die den Befragten zugetragen werden, gerät die bevorstehende Geburt zu einem risikobehafteten Ereignis.

Die Geburt erscheint den Befragten in erster Linie als ein körperlich-technischer Akt, bei dem von ihrem Körper eine gute Funktionsfähigkeit erwartet wird. Die Aussagen anderer interpretieren sie dahingehend, eine Geburt verlaufe schicksalhaft und die Rolle einer Gebärenden sei passiv. Sie haben keine Vorstellung davon, was eine Gebärende selbst zu einem guten Verlauf der Geburt beitragen kann oder welche Faktoren einen physiologischen Verlauf der Geburt unterstützen.

Die gAvG der Befragten erscheint daher als eine logische Folge der Selbsteinschätzung, über keine ausreichenden Kompetenzen für die Bewältigung der Geburt zu verfügen. Zusätzlich sehen sich die Befragten in



der Hauptverantwortung für die Gesundheit ihres Kindes, sollte es bei der Geburt zu Komplikationen kommen. Die Befragten verbinden mit der medizinisch-technischen Überwachung Sicherheit, wünschen sich aber gleichzeitig eine führende und leitende Betreuung bei der Geburt. Der derzeit bestehende Hebammenmangel in Kliniken verstärkt ihre Angst, da sie befürchten, dass sie nicht ausreichend unterstützt werden und dadurch Probleme im Verlauf der Geburt auftreten, die Eingriffe und Komplikationen nach sich ziehen. Die rekonstruierte basistypische Orientierung im Hinblick auf die Geburt wurde überschrieben mit „Die Geburt: zwischen Natürlichkeit und Verstechnisierung“, mit den drei Differenzierungen „Natürlichkeit als Ideal“, „Belastungsprobe mit unklaren Anforderungen“ sowie „Sicherheit durch Technologie und Fürsorge“. (Striebich and Ayerle, 2019b)

### 1.5.6 Bewältigungsressourcen

#### Forschungsfrage 2

Aus den Aussagen der Befragten ließen sich drei Bewältigungsressourcen (Handlungsorientierungen) rekonstruieren:

- 1) Informierende Unterstützung: Faktenwissen aus Wunsch nach Kontrolle und Angst vor Kontrollverlust

Die befragten Schwangeren möchten fortlaufend vor der Geburt und während den Wehen wissen, was auf sie zukommt und wie sie sich dann verhalten können. Sie erhoffen sich dadurch Sicherheit und Kontrolle über das Geschehen. Sie möchten nachvollziehen können, welche Routinen und Interventionen in der gewählten Klinik üblich sind, und in der Lage sein, verschiedene Optionen abzuwägen. Sie möchten rechtzeitig darüber aufgeklärt werden, welche Schmerzmittel verfügbar sind.

- 2) Körperbezogene Unterstützung: zum Umgang mit dem Schmerz

Aus der Annahme, eine Geburt sei in erster Linie ein körperlich-technischer Vorgang, schließen die Frauen, dass es dafür keiner besonderen Vorbereitung bedarf. Die Befragten haben die hohe Erwartung an sich selbst, den Schmerz bei den Wehen absolut unter Kontrolle halten zu müssen. Den Befragten ist nicht bekannt, dass das Einüben von Atmungs- und Entspannungstechniken schon in der Schwangerschaft für die Geburt nützlich sein kann. Die Vorstellung, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers hilfreich bei der Bewältigung der Wehen sein kann, erscheint ihnen fremd.

- 3) Sozioemotionale Unterstützung: als Entlastung vom Druck, selbst alles wissen zu müssen

Die Aussicht auf einen guten psychosozialen und emotionalen Beistand während der Geburt ist für die Befragten die Voraussetzung, sich auf das Wagnis Geburt einzulassen. Sie wünschen sich, dass die Betreuungspersonen und auch die Begleitperson Vertrauen in den natürlichen Verlauf der Geburt ausstrahlen, an ihre Kraft glauben und sie motivieren. Mit der Möglichkeit, sich dem Wissen und der Erfahrung der Hebamme anzuvertrauen und Kontrolle abgeben zu können, tritt eine Entlastung ein, alles selbst wissen und

kontrollieren zu müssen. Neben dem Wunsch nach einer engmaschigen und führenden Betreuung während der Geburt, haben die Befragten das Bedürfnis, von anderen Frauen zu erfahren, wie sie die Geburt gemeistert haben. Das gäbe ihnen gegebenenfalls die Möglichkeit, Rückschlüsse auf ihre eigenen Fähigkeiten zu ziehen. (Striebich and Ayerle, 2019b)

## 2. Diskussion

### 2.1 Zentrale Ergebnisse

In dieser Studie wird das Postulat soziologischer Forschung, dass die heute zu beobachtende Geburtskultur mit einer Bedeutungsaufladung des Ereignisses Geburt einhergeht und zu Erfolgsdruck und Versagensängsten bei schwangeren Frauen führen kann (Rose und Schmied-Knittel, 2011; Jung, 2017), empirisch bestätigt (vgl. Abschnitt 1.1.2). Ein wichtiges und neues Ergebnis ist, dass die Befragten grundsätzlich ihr Informations- und Gesprächsbedürfnis über die Geburt nicht zufriedenstellend befriedigen können, was einen Mangel an Austausch und Wissen über Geburt (Eriksson et al., 2006) – auch in einem vertrauten Umfeld – deutlich macht. Das fehlende kulturelle Wissen, wie die natürliche Geburt eines Kindes erlebt wird und dass Wehen und Geburt bewältigbar sind, steht demnach mit gAvG in engem Zusammenhang.

Dass die Befragten über die bio-psycho-sozialen Aspekte einer Geburt nichts wissen, erklärt, warum „*Horrorstories*“, die den Befragten zugetragen werden (Fenwick et al., 2015), einen besonders nachhaltigen Eindruck auf die Erwartungen an die Geburt hinterlassen, was dazu beiträgt, dass ihre Angst zunimmt bzw. sich verfestigt. Das macht deutlich, dass heutzutage der Planung, Bereitstellung und Qualitätssicherung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen über die physiologische Geburt und den Umgang mit Wehen, über geburtshilfliche Interventionen und über Versorgungsstandards in Geburtskliniken in Deutschland eine hohe Bedeutung zukommt. Hebammen sind aufgefordert, pädagogisch-didaktische Konzepte zu entwickeln, um positive Erfahrungen einer physiologischen Geburt verfügbar zu machen. Einen besonderen Aspekt stellt die theoriebasierte und pädagogisch-didaktisch fundierte Entwicklung und Qualitätssicherung von Angeboten zur Geburtsvorbereitung dar, mithilfe derer die physiologischen Abläufe bei der Geburt vermittelt werden. Diesbezüglich relevante Inhalte sind: Physiologie der Wehen und Dynamik zwischen Mutter und Kind im Rahmen der Geburtsmechanik, Körperhaltung und Bewegung, Atmung und Entspannung, Empfindungen und Schmerzwahrnehmung und nicht-medikamentöse und medikamentöse Verfahren der Schmerzlinderung.

Es ist bekannt, dass Schamgefühle dazu führen können, dass sich schwangere Frauen mit gAvG minderwertig und schwach im Vergleich mit anderen Schwangeren erleben (Eriksson et al., 2006). Ein neues Ergebnis dieser Studie ist, dass die Frauen auch Leistungs- und Konkurrenzdruck erleben, etwa in Kursen zur Geburtsvorbereitung.

Ebenfalls neu ist, dass die Befragten in der Schwangerenvorsorge dem genauen Wortlaut, mit dem Ärztinnen, Ärzte und Hebammen ihnen Erklärungen geben, eine große Aufmerksamkeit zukommen lassen, etwa im Rahmen des geburtshilflichen Risiko-Assessments; Aussagen werden oft wörtlich erinnert. Das macht deutlich, dass es wichtig ist, dass alle an der Versorgung Beteiligten ihre Gesprächsführung mit Schwangeren überprüfen, um Aussagen zu Geburtsrisiken mit ihnen angemessen zu reflektieren und das Schüren von Beunruhigung und Sorge zu vermeiden.

Es ist bereits bekannt, dass schwangere Frauen mit gAvG große Bedenken gegenüber den Fähigkeiten des eigenen Körpers bei der Geburt empfinden (Saisto und Halmesmäki, 2003). Ein neues Ergebnis ist, dass bereits bei gering auffälligen Laborwerten Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu Schuldgefühlen im Hinblick auf mögliche Folgen einer so empfundenen Mangelfunktion ihres Körpers für das ungeborene Kind auftauchen können. Auch hier sind kommunikative Kompetenzen von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen herausgefordert, die Bedeutung von Untersuchungsergebnissen so zu vermitteln, dass Selbstvorwürfen bei der Frau vorgebeugt wird.

Aus einer schwedischen Studie mit zwanzig Müttern mit gAvG ist bekannt, dass es diesen Frauen schwerfällt, ihre Angst gegenüber Hebammen oder in der ärztlichen Betreuung anzusprechen. Die Strategien, mit der gAvG umzugehen, wurden von den Autorinnen in den Kategorien „*der Angst aus dem Weg gehen*“, „*die Angst bearbeiten*“ und „*sich Hilfe suchen*“ beschrieben; welche Strategie die Frauen einsetzten, richtete sich danach, was ihnen in der jeweiligen Situation als hilfreich erschien (Eriksson et al., 2006). Ein Gespräch mit anderen Schwangeren oder Müttern zu suchen, verlangt Überwindung, da die Sorge besteht, dass ihre Schilderungen bei anderen erst Angst auslösen könnten. Ein Gespräch mit der Hebamme zu suchen erweckt bei ihnen die Befürchtung, dass ihnen nicht zugehört und sie nicht ernst genommen werden. Daher betonen die Autorinnen, es sei wesentlich, dass die Hebamme eine wirkliche Gesprächsbereitschaft und Offenheit signalisiert (Eriksson et al., 2006). Eine Herausforderung für Hebammen ist, damit umzugehen, dass ein Gespräch über die Angst für eine Schwangere unangenehm sein kann, da ihr die Angst dadurch bewusster wird (Eriksson et al., 2005).

Die hier rekonstruierte basistypische Orientierung Schwangerer mit gAvG auf die Geburt stellt ein neues Ergebnis dar und veranschaulicht ganzheitlich und prägnant die Kernelemente des Phänomens „Angst vor der Geburt“. Hierdurch wird ein Perspektivwechsel möglich, der den Blick weg von individual-psychologischen Beschreibungen von Risikofaktoren und Objekten der Angst hin zu einer systemischen und bewältigungsorientierten Betrachtung beinhaltet. Diese Studie zeigt auf, dass gAvG bei schwangeren Frauen in Deutschland in hohem Maße mit sozio-kulturellen – und damit beeinflussbaren – Faktoren in Zusammenhang steht. „Angst vor der Geburt“ bei schwangeren Frauen stellt demnach eine pädagogische Herausforderung für die Berufsgruppe der Hebammen dar; zudem sind strukturell-organisationale Änderungen in der geburtshilflichen Versorgung ein Instrument, schwangere Frauen bei der Bewältigung ihrer Angst zu unterstützen – insbesondere, da zahlreiche frühere Studien bereits ermittelt hatten, dass die Befürchtung

schwangerer Frauen mit gAvG, bei der Geburt nicht angemessen behandelt zu werden oder auf Entscheidungen keinen Einfluss zu haben (Melender, 2002; Geissbühler et al., 2005; Eriksson et al., 2006; Ryding et al., 2007; Nilsson and Lundgren, 2009; Rilby et al., 2012; Sheen and Slade, 2018), ein zentraler Aspekt ihrer Angst vor der Geburt ist.

Elf von 12 in dieser Studie Befragten haben sich für eine Geburt in einer Klinik entschieden, da ihnen die dort verfügbare Überwachung große Sicherheit gibt. Aus einer irischen Studie von 2014, in der Tiefeninterviews mit 19 Schwangeren mit gAvG und deren Partnern geführt wurden, ist bekannt, dass bei gAvG auch eine positive Einstellung zu Interventionen wie Geburtseinleitung, CTG-Überwachung, PDA (Periduralanästhesie) und geplanter Kaiserschnittentbindung vorliegen kann (Greer et al., 2014). Die hier Befragten sehen die Unterstützung der Hebamme bei der Geburt aber ebenfalls als sehr wichtig an. Das ist eine Ressource, da sich die positiven Auswirkungen einer beziehungsorientierten kontinuierlichen Betreuung („midwife-led continuity-model“) auf die Rate an physiologischen Spontangeburt und die Zufriedenheit von Frauen bereits durch große systematische Übersichtsarbeiten gezeigt haben (Bohren et al., 2017; Sandall et al., 2016); in kleinen Studien zeigten sich hier auch für Frauen mit großer Geburtsangst Vorteile (Hildingsson et al., 2018; Sydsjö et al., 2015).

Die Ergebnisse dieser Studie machen außerdem deutlich, dass die Art des Betreuungsstils während der Geburt wichtig ist, damit sich die Gebärende einerseits sicher und individuell angenommen fühlt, andererseits aber auch der Führung und Leitung der Hebamme hingeben kann. Dies ergänzt Ergebnisse einer norwegischen Studie mit 13 Frauen, die nach einem speziellen Modell betreut wurden (Lyberg and Severinsson, 2010a und 2010b); diese Studie zeigte darüber hinaus auf, dass Hebammen erweiterte Kompetenzen benötigen, um einen angemessenen Überwachungs- und Führungsstil bei der Geburtsbetreuung von Frauen mit gAvG praktizieren zu können und eine Traumatisierung zu vermeiden. Eine besondere Herausforderung könnte hier die Führung der Gebärenden während der Übergangsphase der Geburt darstellen, da diese Phase des Kontrollverlusts ein Schlüsselmoment darstellen kann, der als krisenhaft und gegebenenfalls traumatisierend erlebt werden kann (Hollander et al., 2017).

## **2.2. Methodische Überlegungen**

### Wahl der Forschungsmethode

Die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit unter Anwendung maßgeblicher Qualitätskriterien ermöglichte zu Beginn der Promotionsarbeit, einen gründlichen Überblick über den Forschungsstand zur Wirksamkeit von Interventionen für schwangere Frauen mit gAvG und deren theoretischer Fundierung zu gewinnen. Der empirische Teil dieser Promotionsarbeit stellt die erste interpretativ-hermeneutische Studie mit schwangeren Frauen mit gAvG in Deutschland dar. Der Einsatz problemzentrierter Interviews ermöglichte es, dass Teilnehmerinnen aus ihrer unmittelbaren Lebenssituation heraus berichteten, was mit einem geringeren Recall-Bias gegenüber einer Befragung nach der Geburt verbunden ist.

Aufgrund der besonderen Eignung der Dokumentarischen Methode, kollektive Orientierungen von Gruppen zu rekonstruieren, kommen in entsprechenden Studien häufig Gruppendiskussionen zum Einsatz (Bohnsack et al., 2010). In dieser Studie wurde aus ethischen Gründen Einzelinterviews der Vorzug gegeben, um bei dem sehr persönlichen, potenziell stigmatisierenden Thema gAvG einen Raum für vertrauliche Äußerungen zu schaffen. Außerdem bieten Einzelinterviews den Befragten die Möglichkeit zu detaillierterer Erzählung und Beschreibung ihrer individuellen Sichtweise (Bohnsack, 2017). Die problemzentrierten Interviews (Witzel, 1985) führten zu einem hohen Anteil narrativer Passagen, in denen sich die Orientierung der Sprechenden am besten zeigt (Nohl 2009; Bohnsack 2017). Außerdem konnte die Forscherin mit immanenten und exmanenten Nachfragen (Witzel, 1985) die Teilnehmerinnen zu einer ausführlichen Darstellung ihrer Sichtweise anregen. Durch eine vorbereitende Reflexion der eigenen Rolle als Forscherin und Hebamme kam der Gesprächsfluss in den Interviews sehr gut in Gang. Durch eine im Vorfeld angebaute Kooperation mit Psychotherapeutinnen konnte den Studienteilnehmerinnen das Angebot gemacht werden, im Bedarfsfall weitere Gespräche mit einer der Therapeutinnen zu führen. Dieses Angebot wurde nicht in Anspruch genommen.

Gemäß ihrem erkenntnistheoretischen Ansatz ermöglichte die Dokumentarische Methode ein vertieftes Verstehen der kollektiven, strukturidentischen Erlebenszusammenhänge schwangerer Frauen mit gAvG in Deutschland. Die Ausarbeitung der milieu-spezifischen Orientierung, des Habitus, schwangerer Frauen mit gAvG – also die Beschreibung der mehrdimensionalen, inkorporierten Handlungspraxis (Bohnsack, 2017) – entspricht der sinngenetischen Typenbildung erster Ordnung (Nentwig-Gesemann, 2013). Eine weitergehende, soziogenetische Typenbildung mit Einbezug unterschiedlicher Erfahrungshintergründe der befragten Frauen, war in dieser Studie nicht vorgesehen.

Durch die fortgesetzte Reflexion des Datenmaterials im kontrastierenden Vergleich und durch die wiederholte Präsentation wesentlicher Interpretationen in einer Forschungswerkstatt zur Dokumentarischen Methode, in einem Promotionskolleg und in Einzelgesprächen mit erfahrenen Forscherinnen wurde im Sinne einer kollegialen Validierung die Gültigkeit der Ergebnisse gestärkt. Abschließend kann festgestellt werden, dass die Wahl der Übersichtsarbeit und der interpretativ-hermeneutischen Arbeit methodisch angemessen war, um die Forschungsfragen der Arbeit zu beantworten.

#### Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Zur Beurteilung der Gültigkeit von Ergebnissen interpretativ-hermeneutischer Studien ist „weniger die Anzahl der jeweiligen Fälle ausschlaggebend, sondern die mögliche Varianz, anhand derer sich die Reichweite und die Art der jeweiligen Gültigkeit ermitteln lässt“ (Schittenhelm, 2012, S. 413f.). Eine fundierte Reflexion des Samplings einer Studie ist demnach erforderlich, da die Auswahl der Forschungsteilnehmenden über die Aussagekraft einer empirischen Studie mitentscheidet (Kelle und Kluge, 2010).

In die Studie wurden sowohl schwangere Frauen in der ersten Schwangerschaft als auch schwangere Frauen mit Geburtserfahrung eingeschlossen. Zwar unterscheidet sich Angst vor der Geburt bei Schwan-

geren, die die erste Geburt vor sich haben, von der Angst, wenn Frauen bereits eine oder mehrere Geburten erlebt haben (Fenwick et al., 2015; Dencker et al., 2018), diese Studie hatte jedoch das Ziel, zunächst grundlegend zu explorieren, welche Erfahrungen im Allgemeinen und welche Interaktionen im gesundheitlichen Versorgungssystem im Besonderen für schwangere Frauen mit gAvG charakteristisch sind. Es sollten die Sichtweisen aller Frauen einbezogen werden, die das Merkmal erfüllen, zum Zeitpunkt der Befragung schwanger zu sein und große Angst zu haben, wobei die Parität eine untergeordnete Rolle spielte. Die rekonstruierte Basistypik beinhaltet die Gemeinsamkeiten, die über alle Fälle hinweg zu erkennen waren.

Die Suche nach Teilnehmerinnen und die Datenerhebung fanden aus pragmatischen Gründen in Berlin statt. Da sich die Lebenswelt schwangerer Frauen – und damit auch ihre Erfahrungen in der geburtshilflichen Versorgung – in einer Großstadt, von der in einer kleinstädtischen oder ländlichen Umgebung unterscheidet, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Frauen in einem Lebensraum außerhalb einer Großstadt als eingeschränkt anzusehen.

In Aufrufen in Form von schriftlichen Aushängen und Veröffentlichungen im Internet und im Informationsschreiben wurde eine persönliche Ansprache gewählt, um Vertrauen zu schaffen, was als wichtig angesehen wird, um die Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zu erhöhen (Schreier, 2010). Mit einer breit angelegten Rekrutierungsstrategie sollte sichergestellt werden, dass die Studienteilnehmerinnen die Varianz des Phänomens „große Angst vor der Geburt in der Schwangerschaft“ möglichst gut abbilden und ihre Mitteilungen eine hohe Repräsentanz aufweisen, um Ergebnisse mit hoher Reichweite und Gültigkeit zu erzielen. Die zwölf Interviewteilnehmerinnen wiesen heterogene demografische und geburtshilfliche Merkmale auf, so dass sie in dieser Hinsicht die Varianz des Phänomens gAvG in der Schwangerschaft hinreichend abbildeten, also eine gute Repräsentanz aufwiesen.

Das Ziel, einen „*Mittelschichts-Bias*“ (Esser, 1986) zu vermeiden und auch vulnerable Schwangere, etwa mit geringem Bildungsstand oder problematischen Lebenslagen für die Studie zu gewinnen, konnte nicht erreicht werden. Daher ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Frauen mit geringem Bildungsgrad ebenfalls als eingeschränkt anzusehen.

#### Auswahl der Studienteilnehmerinnen

Da zur Erfassung von gAvG kein geeignetes spezifisches Assessment in deutscher Sprache zur Verfügung stand, das für eine valide und reliable Abklärung der Einschlusskriterien hätte verwendet werden können, und da Angst ein Konstrukt ist, über das eine Person selbst hinreichend Auskunft geben kann, ist der Entschluss als angemessen zu betrachten, die Selbstangabe einer schwangeren Frau, im Alltag von gAvG belastet zu sein, als hinreichende Bedingung zur Studienteilnahme anzusehen. Der Einsatz eines validen Assessments hätte die Objektivität des Einschlusskriteriums gAvG jedoch verbessert.

Nachdem bei der Analyse des Interviews mit der zwölften Teilnehmerin keine neuen inhaltlichen Aspekte mehr auftauchten, also eine theoretische Sättigung (Kelle und Kluge, 2010) anzunehmen war, wurde die Datensammlung beendet.

## 2.3 Schlussfolgerungen

Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich Empfehlungen ableiten, dass die speziellen Bedürfnisse von schwangeren Frauen mit gAvG in der geburtshilflichen Versorgung eine bessere Berücksichtigung finden. Analog zum *systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell* (vgl. Abschnitt 1.1.1) könnten sie dazu beitragen, große Angst vor der Geburt bei Schwangeren unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen zu lindern und die Gesundheit und Lebensqualität der Frauen zu verbessern bzw. einer Verschlechterung vorzubeugen. So könnten potenziell invasive und potenziell traumatisierende Interventionen, negative bis traumatische Geburtserfahrungen und nachteilige gesundheitliche Spätfolgen für die Gesundheit von Mutter und Kind vermieden (vgl. Abschnitt 1.1.2) und Frauen eher eine positive Schwangerschafts- und Geburtserfahrung ermöglicht werden.

### Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung von Schwangeren mit gAvG

Hebammen, Ärztinnen und Ärzte sollten schwangere Frauen auf ihre Gefühle hinsichtlich der bevorstehenden Geburt in der Schwangerenvorsorge ansprechen. Der routinemäßige Einsatz des validen und aussagekräftigen Assessments W-DEQ in der Schwangerenvorsorge ist zu empfehlen.

Schwangere mit gAvG sollten möglichst eine kontinuierliche Hebammenbetreuung erhalten. Falls keine Betreuung durch eine Beleghebamme realisiert werden kann, sollten Schwangere mit gAvG die geburtsbetreuende Hebamme in der Klinik vorab kennenlernen. Ein zeitlich angemessenes Vorgespräch in der Geburtsklinik dient dem Gespräch über ihre Wünsche und der Beantwortung von Fragen. Psychotherapeutische Einzelgespräche ergänzen das Gesprächsangebot.

Schwangere mit gAvG sollten Zugang zu qualitätsgesicherten Angeboten zur Geburtsvorbereitung mit körperbezogenen Übungen zur Atmung und Entspannung erhalten, gegebenenfalls mittels einer ärztlichen Verschreibung zur Einzelgeburtsvorbereitung; diese sollten zeitlich und örtlich flexibel sein.

Für die Betreuung bei Überschreitung des errechneten Geburtstermins sowie für die Latenzphase sollte für Schwangere mit gAvG ein Versorgungsangebot in der Klinik vorhanden sein.

Nach der Geburt sollte Frauen, bei denen in der Schwangerschaft gAvG vorlag, ein Gespräch über ihre Erfahrungen bei der Geburt angeboten werden.

### Empfehlungen für die Forschung

Qualitätsgesicherte Angebote für Einzel- und Gruppengeburtsvorbereitung sollten literaturbasiert und unter Partizipation der Zielgruppe konzipiert werden. Sie könnten in klinischen Studien pilotiert und ihre Wirksamkeit (Efficacy) unter Berücksichtigung patienten-relevanter Outcomes, wie der Zunahme der SWE, evaluiert werden.

Zukünftige qualitative Forschungsprojekte sollten weiterführendes Wissen zu gAvG bezogen auf besondere Erfahrungshintergründe erbringen, wie etwa gAvG bei Frauen mit niedrigem sozialem Status oder nach

künstlicher Befruchtung; auch gAvG bei Partnern und Partnerinnen oder Angehörigen sollte weiterführend in qualitativen Studien untersucht werden. Sowohl das Assessment W-DEQ als auch der CBSEI sollten in deutscher Sprache validiert werden.

#### Empfehlungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die theoretischen psychologischen Grundlagen zu Angst vor der Geburt sollten bereits in der Primärqualifikation der relevanten Berufsgruppen Berücksichtigung finden. Es sollte eine interprofessionelle Weiterbildung zu Kommunikation und Beziehungsgestaltung bei gAvG konzipiert, überregional verfügbar gemacht und evaluiert werden.

#### Empfehlungen für gesundheitspolitische Stakeholder

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen über die Physiologie der Geburt und den Umgang mit Wehen sowie Entscheidungshilfen zu geburtshilflichen Interventionen wie Geburtseinleitung, Kaiserschnittbindung, fetaler Herztonüberwachung und PDA sollten unter Partizipation der Zielgruppe entwickelt, niedrigschwellig und in mehreren Sprachen bereitgestellt und evaluiert werden. Die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzepts zur Betreuung schwangerer Frauen mit gAvG sollte durch öffentliche Förderung unterstützt werden.

Zusammenfassend informiert diese Arbeit sowohl Hebammen, Ärztinnen und Ärzte als auch gesundheitspolitische Stakeholder in Deutschland über die besonderen Bedürfnisse und Ressourcen von schwangeren Frauen mit gAvG und die Relevanz einer nutzerinnen-orientierten Ausrichtung der geburtshilflichen Versorgung. Sie gibt Empfehlungen, wie die geburtshilfliche Versorgung nutzerinnen-orientiert angepasst werden kann. Die Arbeit gibt den klinisch tätigen Hebammen, Ärztinnen und Ärzten Anregungen, wie sie eine schwangere Frau mit gAvG konkret bei der Bewältigung ihrer Angst unterstützen können. Die Empfehlungen für die zukünftige Forschung sollen dazu beitragen, das Wissen über gAvG weiterzuentwickeln.

Um während der Erstellung der Promotionsarbeit bereits dazu beizutragen, schwangere Frauen zum Umgang mit Gefühlen der Angst vor der Geburt zu informieren, erstellte die Autorin – gemeinsam mit der Kollegin aus dem gemeinsamen Promotionsprojekt – eine *Elterninfo „Geburtsangst“* (Striebich und Mattern, 2017), die beim Staude Verlag erschienen ist.



### 3. Literatur

- Alehagen S, Wijma B and Wijma K (2006) Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(1): 56-62.
- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen 1997
- Areskog B, Kjessler B and Uddenberg N (1982) Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic and obstetric investigation* 13(2): 98-107.
- Areskog B, Uddenberg N and Kjessler B (1981) Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic & Obstetric Investigation* 12(5): 262-6.
- Areskog B, Uddeberg N and Kjessler B (1983) Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2(2): 102-108.
- Areskog B, Uddenberg N and Kjessler B (1984) Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research* 28(3): 213-20.
- Ayerle GM und Mattern E (2017) Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. *ZHWi* 5(2): 62-65
- Ayers S (2014) Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 30(2): 145-8.
- Bandura A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2): 191-215.
- Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, Benecke C, Deckert J, Eckhardt-Henn A, Ehrig C, Engel E, Falkai P, Geiser F, Gerlach AL, Harst T, Hau S, Joraschky P, Kellner M, Köllner V, Kopp I, Langs G, Lichte T, Liebeck H, Matzat J, Reitt M, Rüdell HP, Rudolf S, Schick G, Schweiger U, Simon R, Springer A, Staats H, Ströhle A, Ströhm W, Waldherr B, Watzke B, Wedekind D, Zottl C, Zwanzger P, Beutel ME: Deutsche S3 Leitlinie Behandlung von Angststörungen. AWMF 2014
- Baumgärtner B und Stahl K: Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge, Frankfurt: Mabuse 2011.
- Evangelische Hochschule Berlin: Modulhandbuch für den Bachelorstudiengang "Hebammenkunde "Bachelor of Science Midwifery", 2013.
- BMG: Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt 2017
- Bohnsack R, Przyborski A und Schäffer B: Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. Budrich Opladen & Farmington Hills 2010.
- Bohnsack R: Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Lenger A, Schneikert C und Schumacher F (Hrsg): Pierre Bordieus Konzeption des Habitus. Springer VS Wiesbaden: 2013, S. 175-200.
- Bohnsack R: Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 9. Auflage. Budrich, Opladen 2014.
- Bohnsack R: Praxeologische Wissenssoziologie. Budrich, Opladen 2017.
- Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK and Cuthbert A (2017) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 7: Cd003766.

- Braun B und Kolip P (2014) hkk Gesundheitsreport - Schwangerschaft und Geburt. Ergebnisse einer Befragung von Müttern. hkk Erste Gesundheit Bremen.
- Blühmel S (2015) Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bundesamt für Justiz (1985) Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.
- Carlsson IM, Ziegert K and Nissen E (2014) Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(1): 2-11
- Carlsson IM, Ziegert K and Nissen E (2015) The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* 31(10): 1000-7.
- Coo S, Milgrom J, Kuppens P, Trinder, J (2015) Perinatal distress, an appraisal perspective. *J Rep Inf Psych* 33:2, 190-204
- Dehghani M, Sharpe L and Khatibi A (2014), Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain* 18(4): 582-9.
- Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Wigert H, Hessman E, Sjöblom H and Sparud-Lundin C (2018) Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth* 32(2): 99-111
- Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM (2018) What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*,. 13(4): e0194906.
- Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö and Metin Gülmezoglu A (2015) What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG an Int J Obstet Gynaecol*: 529-539
- Dunkel Schetter C and Tanner L (2012) Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 25(2): 141-8.
- Dörpinghaus S, Schröter B und Weidner B (2005) Empfehlende Ausbildungsrichtlinien für staatlich anerkannte Hebammenschulen in Nordrhein-Westfalen.
- Dweik D and Sluijs AM (2015) What is underneath the cesarean request? *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(11): 1153-5.
- Eriksson C, Westman G and Hamberg K (2005) Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: A population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26(1): 63-72.
- Eriksson C, Jansson L and Hamberg K (2006) Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery* 22(3): 240-8.
- Eriksson C, Westman G and Hamberg K (2006) Content of childbirth-related fear in Swedish women and men-analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 51(2): 112-8.
- Esser H (1986) Über die Teilnahme an Befragungen. *ZUMA Nachrichten* 10(18): 38-47.
- Faltermaier T and Hübner I (2019) Anforderungs-Ressourcen-Modell. Dorsch - Lexikon der Psychologie 22.04.2019; Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/anforderungs-ressourcen-modell/>.
- Fenech G and Thomson G (2014) Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery* 30(2): 185-93.

- Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J and Gamble J (2015) Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 31(1): 239-246.
- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S and Hauck Yvonne (2009) Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 18(5): 667-77.
- Folkman S: *Stress: Appraisal and Coping*. In: Gellman MD and Turner JR (eds.) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, Springer New York: 2013, pp. 1913-1915.
- Geissbühler V, Zimmermann K und Eberhard J (2005) Geburtsängste in der Schwangerschaft - Frauenfelder Geburtenstudie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 65(9): 873-880.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung "Mutterschafts-Richtlinien" *Bundesanzeiger B*(4).
- Glover V (2014) Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 28(1): 25-35.
- Greer J, Lazenblatt A and Dunne L (2014) Fear of childbirth' and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery* 12(3): 95-100.
- Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A and Sadan O (2012) Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1): 16-21.
- Haines H, Pallant JF, Karlström A and Hildingsson I (2011) Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 27(4): 560-7.
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J and Stoll K (2009) Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38(5): 567-76.
- Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E and Schei B (2006) Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 85(4): 435-40.
- Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M on behalf of the Bidens Study Group (2017) Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery* 51: 33-39.
- Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A and Haines H (2018) Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Healthc* 16: 50-55.
- Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A and Haines H (2018) Exploring the Fear of Birth Scale in a mixed population of women of childbearing age-A Swedish pilot study. *Women Birth* 31(5): 407-413.
- Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E and Stramrood CAI (2017) Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health* 20(4): 515-523.
- IGES Institut GmbH, Abschlussbericht Hebammenversorgung Thüringen (2015)
- Ip WY, Tang CSK, Goggins WB (2009) An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* 18(15): 2125-35.
- IQTIG (2018), Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Berlin
- Jung T: Die "gute Geburt" - Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund des Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In:

- Bauschke-Urban K, Grenz S, Holzleithner E, Kortendiek B, Lengersdorf D, Metz-Göckel S, Nieberle S, Schlüter A (2017) GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit: zwischen individueller Gestaltung, gesellschaftlichen Normierungen und professionellen Ansprüchen, Budrich, Opladen 2: S. 30-45.
- Junge C, von Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S (2018) Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth* 45(4): 469-77.
- Johnston RG and Brown AE (2013) Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery* 29(11): 1244-50.
- Kelle U und Kluge S (2010) Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, 2. überarb. Auflage, VS Verlag Wiesbaden.
- Kennedy HP, Cheyney M, Dahlen H, Downe S, Foureur MJ, Homer CSE, Jefford E, McFadden A, Michel-Schuldt M, Sandall J, Soltani H, Speciale AM, Stevens J, Vedam S and Renfrew MJ (2018) Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3): 222-231.
- Krohne HW (2010) *Psychologie der Angst. Ein Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Laursen M, Johansen C and Hedegaard M (2009) Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 116(10): 1350-5.
- Lazarus RS, and Folkman S (1984) *Stress, Appraisal, and Coping.* New York: Springer.
- Lenger A, Schneikert C und Schumacher F: Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus: Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 2013.
- Lowe NK (1993) Maternal Confidence for Labour: Development of the Childbirth Self Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health* 16: 141-149.
- Lowe NK (2009) Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 21(4): 219-224.
- Luce A, Cash M, Hundley V, Cheyne H, van Teijlingen E and Angell C (2016) "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 40.
- Lukasse M, Schroll AM, Karo H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, Ryding EL, Tabor A on behalf of the Bidens Study Group (2015) Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(5): 508-17.
- Lyberg A and Severinsson E (2010a) Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth. *J Nurs Manag* 18(4): 391-9.
- Lyberg A and Severinsson E (2010b) Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *J Nurs Manag* 18(4): 383-90.
- Maddux J, Scherer M and Rogers R (1982) Self-Efficacy Expectancy and Outcome Expectancy: Their Relationship and Their Effects on Behavioral Intentions *Cognitive Therapy and Research* 6(2): 207-11.
- Mannheim K: *Strukturen des Denkens.*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch, 1980.
- Melender H (2002) Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth* 29(2): 101-110.

- Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhason-Bello I, Pileggi Castro C, Nogueira Pileggi V, Robinson N, Skaer M, Souza JP, Vogel JP, Althabe F (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*,. 388(10056): 2176-2192.
- Moors A (2009) Theories of emotion causation: A review. *Cognition & Emotion* 23(4): 625-662.
- National Institute of Clinical Excellence (2014) Antenatal and postnatal Mental Health, in *Clinical Management and Service Guidance*., The British Psychological Society.
- Nentwig-Gesemann I: Konjunktiver Erfahrungsraum. In: Bohnsack R, Geimer A and Meuser M. *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung*, Budrich, Opladen, 2018, S. 131-3.
- Nerum H, Halvorsen L, Sørli T and Øian P (2006) Maternal Request for a Cesarean Section due to fear of birth - Can it be changed through crisis orientated counseling? *Birth* 33(3): 221-228.
- Nettelbladt P, Fagerström CF and Uddenberg N (1976) The Significance Of Reported Childbirth Pain *Journal of Psychosomatic Research* 20: 215-221.
- Neuhaus W: Theorie und Praxis der Geburtsvorbereitung, Entwicklung spezieller Methoden, Umgang mit dem Geburtsschmerz. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*, Springer, Berlin, 1999: S. 265-271.
- Nilsson C, Bondas T, Lundgren I (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39(3): 298-309.
- Nilsson C, Lundgren I, Karlström A and Hildingsson I (2012) Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 25(3): 114-21.
- Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C, Wigert H and Begley C (2018) Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 28.
- Nilsson C and Lundgren I (2009) Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25(2): e1-9.
- Nohl AM: *Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis*. Vol. 3. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009.
- Nentwig-Gesemann I: Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I und Nohl AM *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis*, Springer VS, Wiesbaden, 2013, S. 294-323.
- O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM (2017) Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 96(8): 907-920.
- RCOG (2015) *Patient information: choosing to have a c section*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists London
- Reed R, Sharman R and Inglis C (2017) Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(1): 21.
- Reimann S, Pohl J und Hammelstein P: *Ressourcenorientierte Ansätze*. In: Renneberg B und Hammelstein P *Gesundheitspsychologie*, Springer: Berlin, 2006, S. 13-28.

- Renneberg B und Lippke B: Lebensqualität. In: Renneberg B und Hammelstein P Gesundheitspsychologie, Springer, Berlin, 2006, S. 29-34.
- Richens Y, Smith DM and Lavender DT (2018) Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16: 98-112.
- Rilby L, Jansson S, Lindblom B and Mårtensson LB (2012) A qualitative study of women's feelings about future childbirth: dread and delight. *J Midwifery Womens Health* 57(2): 120-5.
- Rose L und Schmied-Knittel I: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa PI, Moebius S und Thiessen B *Soziologie der Geburt - Diskurse, Praktiken und Perspektiven*, Campus: Frankfurt, 2011, S. 75-100.
- Rouhe H, Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T (2009) Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116(1): 67-73.
- Ryding EL, Lukasse M, Van Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjánsdóttir, Schroll AM and Schei B (2015) Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth* 42(1): 48-55.
- Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B, Edman G (2007) Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86(7): 814-20.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E (2001) Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 108: 492-498.
- Saisto T and Halmesmäki E (2003) Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82: 201-208.
- Salomonsson B, Bertero C, Alehagen S (2013) Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 42(2): 191-202.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A and Devane D (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD004667.
- Sander M, Albrecht M, Loos S und Stengel V (2018) Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern, IGES Berlin
- Schittenhelm K: *Qualitative Bildungs- und Arbeitsmarktforschung. Grundlagen, Perspektiven, Methoden.* Springer VS, Wiesbaden, 2012.
- Schmidt L (2019) Neurose. Dorsch - Lexikon der Psychologie 20.04.2019; Available from: <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/neurose-1/>
- Schmidt G, Stoll K, Jäger B, Gross MM (2016) Deutsche Version des Childbirth Self-Efficacy Inventory und dessen Kurzform – ein Fragebogen zur Selbstwirksamkeit. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 220(1): 28-34.
- Schmitz-Atzert L, Peper M, Stemmler G: *Emotionspsychologie: Ein Lehrbuch. Vol. 2., vollst. Überarb. u. erw. Aufl.,* Stuttgart, Kohlhammer, 2014.
- Schreier M: Fallauswahl. In: Mey G und Mruck K (Hrsg.) *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie,* VS Verlag, Wiesbaden, 2010: S. 238-51.
- Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J and Fenwick J (2015) Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth* 15: 29.
- SGB V § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (2017) *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung.* Bundesgesetzblatt Berlin.

- Sheen K and Slade P (2018) Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs* 27(13-14): 2523-2535.
- Simpson M and Catling C (2016) Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 29(3): 203-7.
- Söderquist J, Wijma B, Thorbert G and Wijma K (2009) Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116(5): 672-80.
- Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos H, Kowalyk K, Steward SH (2009), Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 30(3): 168-74.
- Stangl, W (2019) Kognitive Verhaltenstherapie. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/3928/kognitive-verhaltenstherapie/> (05.08.2019)
- Stangl, W (2019) Psychoedukation. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/7629/psychoedukation/> (05.08.2019)
- Stangl W (2019) Selbstwirksamkeit. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung/> (05.08.2019)
- Stauber M: Psychosomatische Forderungen an die Betreuung in der Schwangerschaft. In: Stauber M, Kentenich H, Richter D (Hrsg.) *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. Springer, Berlin, 1999: S. 259-263.
- Stoll KH, Hall W, Janssen P and Carty E (2014) Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery* 30(2): 220-6.
- Stoll KH, Edmonds JK and Hall WA (2015), Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth* 42(3): 270-6.
- Stoll KH, Hauck YL, Downe S, Payne D, Hall WA and ICAPP Study Team (2017) Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education. *Reprod Health* 14(1): 116.
- Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S and Eberhard-Gran M (2013) The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(3): 318-24.
- Striebich S und Mattern E: *Elterninfo 42 Geburtsangst*, Elwin Staude Verlag, Hannover, 2017.
- Striebich S, Mattern E and Ayerle GM (2018) Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 61: 97-115.
- Striebich S und Ayerle GM (2019a) Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung - eine rekonstruktive Studie. *ZHWi* 7(1): 34-43.
- Striebich S and Ayerle GM (2019b) Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources – a reconstructive study. *JPOG* 2019. Doi: 10.1080/0167482X.2019.1657822.
- Sydsjö G, Sydsjö A, Gunnervik C, Bladh M and Josefsson A (2012) Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1): 44-9.
- Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M and Josefsson A (2015) Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 15: 115.

- Ternström E, Hildingsson I, Haines H and Rubertsson C (2015) Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women - findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 31(4): 445-50.
- Tilden EL, Coughy AB, Lee CS and Emals C (2016) The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 45(4): 465-80.
- Thomson G, Stoll K, Downe S, Hall W (2016) Negative impressions of childbirth in a North-West England student population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 38(1): 37-44
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL (2006) Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 113(6): 638-46.
- World Health Organisation: WHO Recommendations on respectful maternity care during labour and childbirth, 2018.
- Wijma K, Wijma B and Zar M (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 19: 84-97.
- Wisner KL, Sit D KY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Huges CL, Eng HF, Luther JF, Wisniewski SR, Costantino ML, Confer AL, Moses-Kolko EL, Famy CS and Hanusa BH (2013) Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry* 70(5): 490-498.
- Witzel A: Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann GE (Hrsg.) *Qualitative Forschung in der Psychologie - Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Beltz Weinheim, 1985: S. 227-255.



## 4. Thesen

1. Die Vorstellungen, die schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt von ihrer Geburt haben, stellt Hebammen vor besondere pädagogisch-didaktische Herausforderungen.
2. Schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt sollten regelhaft Zugang zu einer kontinuierlichen Hebammenbetreuung erhalten, die früh in der Schwangerschaft beginnt und die Begleitung bei der Geburt einschließt.
3. Angebote zur Geburtsvorbereitung für schwangere Frauen mit großer Angst vor der Geburt sollten qualitätsgesichert entwickelt und evaluiert werden.
4. Schwangere mit großer Angst vor der Geburt verfügen über bestimmte Bewältigungsressourcen, die bei der Vorbereitung auf die Geburt hilfreich sein können.
5. Für die Betreuung von Frauen mit großer Geburtsangst während der Geburt benötigen Hebammen besondere personale und sozial-kommunikative Kompetenzen.
6. In Deutschland besteht Bedarf an evidenzbasierten Gesundheitsinformationen über die Physiologie der Geburt und den Umgang mit Wehen.

## Publikationen

Striebich S, Mattern E and Ayerle GM (2018) Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 61: 97-115.

Striebich S und Ayerle GM (2019a) Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung - eine rekonstruktive Studie. *ZHWi* 7(1): 34-43.

Striebich S and Ayerle GM (2019b) Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources – a reconstructive study. *JPOG* 2019. Doi: 10.1080/0167482X.2019.1657822.

Striebich S, Mattern E and Ayerle GM (2018) Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 61: 97-115. Doi: 10.1016/j.midw.2018.02.013

**Background:** providing appropriate care for pregnant women with high or severe fear of childbirth (FOC) is a challenge in midwifery care today. FOC is associated with predisposing anamnestic factors, various sociodemographic and psychosocial characteristics, and may result in serious healthrelated consequences. It is therefore important to establish which interventions may increase a woman's faith in her own ability to cope with labour and birth.

**Aim:** to systematically identify and review studies examining interventions for relief of severe fear of childbirth in pregnancy and their underlying conceptual foundation.  
**Methods:** a systematic literature search was performed following Cochrane Collaboration and PRISMA Statement recommendations. Inclusion criteria were: studies including pregnant women diagnosed with high or severe FOC or who requested a caesarean section due to severe FOC, studies (regardless of design) observing the effect of an intervention addressing FOC, and studies published in English. Publications addressing anxiety or stress were excluded. 377 references were screened by title and abstract. The risk of bias was assessed.

**Findings:** 19 articles referring to 15 research projects were included in the analysis. The studies show heterogeneity regarding assessment methods, type, conceptualisation and application of interventions. There is evidence that both cognitive therapy sessions and a theory-based group psychoeducation with relaxation are effective interventions.  
**Key conclusions:** despite methodological limitations, single or group psychoeducation sessions for nulliparous women or therapeutic conversation during pregnancy (in group or individual sessions) have the potential to strengthen women's self-efficacy and decrease the number of caesarean sections due to FOC. The theoretical validation of an intervention deepens the understanding of psychological processes in women coping with severe FOC.

**Implications for practice:** theory-based concepts of care for both antenatal and intrapartum support of pregnant women with high or severe FOC should be developed, piloted, tested, evaluated and implemented within the given healthcare system. Midwives need to be competent to address pregnant women's fears regarding labour and birth in antenatal care. The use of a valid assessment tool to identify the level of FOC in women, even if they do not raise the issue, is recommended in routine antenatal care so that appropriate expert support can be offered. A one-on-one conversation may be feasible for those women unwilling to fill in a questionnaire. Cooperative local networks between midwives, psychologists and obstetricians qualified in psychotherapy should be established to ensure timely and effective care for women with high or severe FOC.

**Keywords:** Fear of childbirth, Tokophobia, Pregnancy, Support, Elective caesarean section, Concepts of care









































Striebich S und Ayerle GM (2019a) Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierungen in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung - eine rekonstruktive Studie. *ZHWi* 7(1): 34-43. Doi.org/10.3205/zhwi000015

**Hintergrund:** Da Schwangere mit großer Angst vor der Geburt (gAvG)/Tokophobie eine vulnerable Gruppe sind, wird Wissen benötigt, wie ihre gesundheitliche Versorgung ein positives Schwangerschafts- und Geburtserlebnis ermöglichen kann. Diese Studie exploriert, wie sich Angst vor der Geburt entwickelt und welche Erlebnisse und Erfahrungen in sozialen Interaktionen für schwangere Frauen mit gAvG bedeutungsvoll sind im Hinblick auf ihre Angst.

**Methodik:** Zwölf Schwangerem mit gAvG nahmen an problem-zentrierten Interviews teil. Die rekonstruktive Analyse erfolgte mit der Dokumentarischen Methode nach Bohnsack mit dem Ziel, kollektive Orientierungsmuster (sinngenetische Typenbildung des Habitus) herauszuarbeiten.

**Ergebnisse:** Schwangere mit gAvG sehen weder im privaten noch im professionellen Umfeld ausreichend Gelegenheit für bestärkende Gespräche über die Geburt. Berichte von Notfällen und Komplikationen empfinden sie als sehr belastend. Sie wünschen sich eine Hebamme mit der Kompetenz, mit ihrer Angst umzugehen, Informationen über die Geburt konstruktiv zu vermitteln und die Geburtsvorbereitung und -betreuung unterstützend und bestärkend zu gestalten.

**Schlussfolgerung:** Hebammen benötigen spezielle Kenntnisse, um die Betreuung von Schwangeren mit gAvG didaktisch zielführend zu gestalten. Um sie frühzeitig zu erkennen, wird ein deutschsprachiges validiertes Assessmentinstrument benötigt. In zukünftiger Forschung könnte der Kenntnisstand durch eine soziogenetische Typenbildung von Schwangeren mit gAvG erweitert werden.

**Schlagwörter:** Angst vor der Geburt / Hebamme / Versorgungswünsche / Schwangerschaft / klinische Geburtshilfe

























Striebich S and Ayerle GM (2019b) Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources – a reconstructive study. *JPOG* 2019. Doi: 10.1080/0167482X.2019.1657822

**Background:** To provide obstetric care which meets the needs of pregnant women with fear of childbirth (FOC), a deeper understanding is required of the beliefs of these women regarding their impending birth and the coping resources they possess to cope with their fear.

**Methods:** Problem-centred interviews were carried out with 12 pregnant women who self-reported high FOC. Data analysis was performed using Bohnsack's Documentary Method to reconstruct collective frames of orientation and implicit and explicit orientations in daily practice and interaction.

**Results:** The interviewees see birth as a field of tension between the poles of naturalness and medicalisation. Their need for information displays a need to be in control and fear of losing control. Medical and technological monitoring and one-to-one care promote security. Pregnant women with FOC want to know how they can contribute to a physiological birth.

**Conclusions:** Structural, organisational and conceptual changes in obstetric care are needed to cater to the needs of pregnant women with FOC. Alongside the need for evidence-based information about non-medical and medical pain-relief as well as decision-making aids, the provision of a continuity model of midwifery care is important.

**Keywords:** Fear of childbirth / preferences of pregnant women / maternity care / hospital birth / Documentary Method





















## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter oder die Benutzung anderer als angegebener Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken, Daten und Konzepte sind unter Angabe der Autoren gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit keine entgeltliche Hilfe in Anspruch genommen habe.

A handwritten signature in cursive script, reading "Sahi Stoeckel".

Berlin, September 2019

## Erklärung über frühere Promotionsversuche

Weiterhin versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift in keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht habe.

Ich stelle den Antrag auf Eröffnung des Promotionsverfahrens erstmalig an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Einen früheren Promotionsversuch meinerseits gab es nicht.

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Sahi Steloid'. The letters are connected, with a prominent loop at the end of the last name.

Berlin, September 2019

## Lebenslauf

Sabine Striebich, geb. Rüggeberg

Elisabeth-Feller-Weg 10

12205 Berlin

## BERUFLICHER WERDEGANG

---

- Seit 10/2017      **Wissenschaftliche Mitarbeiterin**  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, IGPW, Be-Up-Studie
- Seit 11/2016      **Mitglied der Fachredaktion** des Portals Familienplanung  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- 2013 – 2016      **Lehrerin für Hebammenwesen / Dozentin für Hebammenwissenschaft**  
Charité, Berlin und Evangelische Hochschule, Berlin
- 1997 – 2008      **Hebamme**  
DRK Klinikum Westend, Berlin

## AUSBILDUNG

---

- 2015 – 2018      Promotionsstudiengang „Partizipation als Ziel von Pflege und Therapie“, InGrA  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
- 2008 – 2013      Studium Dipl. Medizinpädagogik  
Charité Universitätsmedizin Berlin
- 1994 – 1997      Ausbildung zur Hebamme  
Krankenhaus Neukölln, Berlin

## MITGLIEDSCHAFTEN

---

*Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNebM e.V.)*

*Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi e.V.)*

*Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFPG e.V.)*

*Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.)*

*Deutscher Hebammenverband (DHV e.V.)*



## Danksagung

Ich bedanke mich bei Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer und bei Frau Dr. Gertrud M. Ayerle für ihre vorbildliche Betreuung und die konstruktive Unterstützung bei der Planung, Umsetzung und Fertigstellung der Arbeit und der Publikation der Ergebnisse. Frau Elke Mattern M.Sc. danke ich für Ihr hilfreiches Feedback und ihre Anregungen zu meiner Arbeit.

Mein Dank gilt der *Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe* (DGPF), die durch die Vergabe eines Forschungsstipendiums zu einer stärkeren Beachtung des Themas in der Fachwelt beitrug sowie der *Hebammengemeinschaftshilfe*, die die praktische Durchführung der Dissertation unterstützte.

Herrn Prof. Heribert Kentenich danke ich dafür, mich als Hebamme für eine psychosomatisch orientierte Geburtshilfe begeistert zu haben. Das hat mein Berufsverständnis geprägt und letztlich den Grundstein für diese Arbeit gelegt.

Ich danke meiner Mutter, Frau Siegrun Loher, für ihre Bestärkung, meine berufliche Entwicklung voranzutreiben und für ihre Unterstützung auf diesem Weg. Meinem Mann, Herrn Dipl. Psych. Andreas Striebich, gebührt mein großer Dank für seine kontinuierliche Aufmerksamkeit und seinen Zuspruch. Auch unseren Söhnen Julian, Aron und Elias danke ich für den Rückhalt, den sie mir gegeben haben.