

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie

Direktor Prof. Dr. med. Peer Briken

Aktivität und Passivität während der Geburt: Akzente in der Leitbild gebenden Fachliteratur

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Simone Hoffmann-Kuhnt aus Friedberg

Hamburg 2013

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 20.11.2013**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. H. Richter-Appelt

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Bullinger

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: PD Dr. I. Witzel

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Überblick über das wissenschaftliche Umfeld	7
1.1.1 Die Geburtserfahrung - methodische Überlegungen	8
1.1.2 Relevanz der Geburtserfahrung	9
1.1.3 Prädiktoren der Geburtserfahrung	14
1.1.4 Kontrolle	18
1.2 Ärzte und Hebammen: Unterschiedliche berufliche Kulturen?	25
1.2.1 Einstellungen von Hebammen und Ärzten	26
1.2.2 Einstellungen gegenüber geburtshilflichen Maßnahmen	29
1.2.3 Hebammen in den Hebammen-wissenschaften	34
1.3 Charakteristika von Lehrmedien	36
1.3.1 Lehrmedien: Relevant und richtig	37
1.4 Hypothesen und Fragestellung	41
2 Material und Methoden	42
2.1 Material: Ermittlung der Medienwirkung von Lehrmedien der Geburtshilfe	42
2.1.1 Umfrage bei Lehrenden der Geburtshilfe	43
2.1.2 Medienwirkungsanalyse 1: Fragebogen	46
2.1.3 Medienwirkungsanalyse 2: Verkaufszahlen	51
2.1.4. Ergebnisse: Abgleich der ermittelten Werke mit Verkaufskennzahlen	52
2.1.5 Charakteristika der als Leitbildgebend ausgewählten Werke	53
2.2 Methoden: Medieninhaltsanalyse	56
2.2.1 Medieninhaltsanalyse 1: Texteinheit und Einschlusskriterien	57
2.2.2 Medieninhaltsanalyse 2: Operationalisierung der Fragestellung und Codierhandbuch	62
2.2.3 Auswertung des erhobenen Datenmaterials zur Inhaltsanalyse	77
3 Ergebnisse	79
3.1 Medieninhaltsanalyse: Grobanalyse	79
3.1.1 Gewichtung von Inhalten	79
3.1.2 Orientierende Analyse: Verhandlung psychosozialer Inhalte	83

3.2 Quantitative Medieninhaltsanalyse: Feinanalyse	85
3.2.1 Eingeschlossene Texteinheiten	85
3.2.2 Verteilung der Texteinheiten auf die Kategorien 1. Grades	86
3.3 Die Darstellung von Aktivität und Passivität als biologische Gegebenheiten	88
3.3.1 Der Uterus als Organ zwischen Aktivität und Passivität	88
3.3.2 Die Verteilung der Geburtsarbeit zwischen Mutter und Kind	90
3.4 Die Darstellung von Aktivität und Passivität in psychologischen Konstellationen	93
3.4.1 Die selbstbestimmte und die nicht selbstbestimmte Gebärende	94
3.4.2 Die Wahl der Körperhaltung	96
3.4.3 Der Umgang der Gebärenden mit den Wehen	99
3.5.4 Strategien der Schmerzbehandlung	101
3.5.5 Der Partner als Geburtsbegleiter	102
3.5 Aktivität und Passivität in den dargestellten sozialen Rollen	103
3.6 Zur Aktualität der Daten	107
4 Diskussion	112
4.1. Selbstbestimmung: Erlebte Diskrepanz und nicht existentes Thema	112
4.2 Gebärdposition: Die Lagerung als Normalfall	113
4.3 Der Umgang mit den Wehen	116
4.4 Die Abwesenheit des Vaters	117
4.5 Die Gebärende - passiv und leidend oder aktiv und gesund?	118
4.6 Limitierungen	120
4.7 Folgerungen und Ausblick	121
5 Zusammenfassung	124
6 Bibliographie: Die untersuchten Lehrbücher	126
7 Bibliographie	127
8 Danksagung	138
9 Lebenslauf	139
10 Eidesstattliche Erklärung	140
Anhang 1: Fragebögen und Codierhandbuch	141
Codierhandbuch	145
Anhang 2: Bilder	153

1 Einleitung

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat die Geburtsmedizin radikale Wandlungen erlebt. War es bis in die 1960er Jahre hinein im deutschsprachigen Raum ebenso wie im restlichen Europa üblich, Kinder im Beisein einer Hebamme zu Hause zu gebären, etablierte sich nun die Klinikgeburt für den Großteil der Bevölkerung. Heute werden in Deutschland nur noch ca. 1-2% der Kinder in außerklinischen Settings geboren (Loytved 2010). Diese Entwicklung bedeutete auch den Übergang der Verantwortung aus den Händen der Hebammen in die der Ärzt/innen. Geburtshilfe war nicht länger ein regelmäßig praktiziertes Handwerk, es wurde zu einer akademischen Disziplin, die fast jede Familie betraf. Und Geburt war für die werdenden Eltern nicht länger ein privates häusliches Ereignis, sondern wurde zu einer medizinischen Herausforderung.

Die Medikalisierung und Hospitalisierung hatte weitreichende Auswirkungen auf die Gebärsituation: Einer Reihe von Komplikationen konnte nun weitaus wirksamer begegnet werden, diagnostische Möglichkeiten und operative Fertigkeiten entwickelten sich rasch zu suffizienten Mitteln, die perinatale Mortalität und Morbidität zu senken (Helms und Perl 2004, Schücking und Schwarz 2004). Doch der Maßnahmenkatalog der frühen Klinikgeburt fand bald seine Kritiker. Insbesondere für physiologisch verlaufende Geburten wurden die einzelnen Bedingungen der Klinikgeburt als unnötig bis schädlich eingeschätzt. Im Gefolge der Veröffentlichungen von Lamaze (Lamaze 1970) und Leboyer (Leboyer 1974) entstand die Bewegung der „sanften“ oder „gewaltfreien“ Geburt. Weitreichende Modifikationen der Klinikgeburt resultierten, nicht zuletzt im Umfeld eines stetig steigenden Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt.

Konkurrierende Sichtweisen darüber, was „Geburt“ ist und entsprechend darüber, wie die Geburtshilfe dieser Situation angemessen begegnen kann, dauern bis heute an. Eine Kluft verläuft zwischen dem tradierten Berufsverständnis von Hebammen und ärztlichen Geburtshelfer/innen. Es

wird zu zeigen sein, in wie weit Hebammen Geburt als ein zunächst normales Ereignis sehen, das nur in Sonderfällen medizinischer Interventionen bedarf; und in welchem Maße ärztliche Geburtshelfer/innen dazu tendieren, Geburt als „Hochrisikomoment“ zu klassifizieren, der eine engmaschige - apparative - Kontrolle und permanente Bereitschaft zum medizinischen Eingreifen erfordert. In der Konsequenz ergeben sich daraus unterschiedliche und detaillierte Entscheidungs- und Handlungsgrundlagen, die das jeweilige Berufsverständnis prägen.

Als zentraler Bestandteil dieser Rollenmodelle können die Zuschreibungen darüber gelten, wer sich während einer Geburt zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise aktiver oder passiver verhält oder verhalten sollte. Dies betrifft insbesondere die Interaktion mit der Gebärenden, bestimmt aber auch über Entscheidungen und Handlungen der professionellen Disziplinen. Aktivität und Passivität können bei Geburten in biologischen, psychologischen und soziokulturellen Dimensionen identifiziert werden. Es soll gezeigt werden, dass ihre jeweilige Bewertung die „berufliche Kultur“ von Hebammen bzw. ärztlichen Geburtshelfer/innen kodiert. Dazu gehört auch die Produktion und Reproduktion tradierter Vorstellungen, wie sie - und das wird Objekt dieser Arbeit sein - auch in der aktuellen Fachliteratur gepflegt werden.

Das Verhalten des geburtshilflichen Teams ist zentrales Kriterium dafür, ob der Übergang zur Elternschaft für den Vater und insbesondere für die Mutter problembehaftet ist oder nicht. Die Geburtserfahrung kann nicht nur für die Mutter gesundheitliche Konsequenzen haben, sondern auch biographische Entscheidungen prägen. Dabei kann die Qualität der Geburtserfahrung maßgeblich von den Interaktionen der an der Geburt beteiligten Personen bestimmt sein.

Bedingungen und Konsequenzen einer gelungenen oder weniger gelungenen Geburtssituation werden im Folgenden anhand der aktuellen Forschungsliteratur diskutiert.

1.1 Überblick über das wissenschaftliche Umfeld

Die für diese Arbeit relevante Forschungsliteratur ist inhomogen und vielerorts nur skizzenhaft. Unterschiedliche Disziplinen haben Beiträge zur Verfügung gestellt, das Spektrum reicht von der ärztlich-geburtshilflichen Forschung bis zu Arbeiten der (in anglikanischen Ländern gut etablierten) Hebammen- und Pflegewissenschaften, Untersuchungen der Psychosomatik, der Sozialmedizin, der empirischen Kulturwissenschaften und der feministischen Forschung. Aufgrund dieser Vielfalt wird für die folgenden Abschnitte eine thematische Vorgehensweise gewählt, die jeweils fachübergreifend inhaltliche Aspekte systematisch diskutiert.

Zunächst wird der aktuelle Stand der Forschung zur Geburtserfahrung dargestellt. Das Methodeninventar wird problematisiert, um die Einschränkungen und Interdependenzen der einzelnen Forschungsansätze zu zeigen. Im Anschluss daran wird die Relevanz dieses Forschungsgebietes dargestellt. Eine Übersicht stellt die wichtigsten Faktoren für eine positive oder negative Bewertung der Geburtserfahrung dar. Die wichtigste Faktorengruppe - die Interaktionen der Beteiligten - erscheint gleichzeitig auch für diese Arbeit besonders relevant und wird in dem Abschnitt über Kontrolle detaillierter thematisiert. Ein weiteres Forschungsfeld, die Ausprägung von physiologischer und pathologischer Geburtsangst, ist ebenfalls aufschlussreich.

Anschließend an die Darstellung dieser Forschungsarbeiten, die den Fokus auf das Erleben der Gebärenden richten, wird auf Arbeiten verwiesen, die Einstellungen von Ärzten und Hebammen untersucht haben. Diese Arbeiten sind zwar aufgrund unterschiedlicher nationaler Gegebenheiten besonders schwer auf die deutsche Situation übertragbar, zeigen jedoch Tendenzen, die international zu sein scheinen.

1.1.1 Die Geburtserfahrung - methodische Überlegungen

Die Erfahrungen, über die Frauen nach der Geburt berichten, werden seit 1958 beforscht (Kartchner 1958), seit mindestens zwei Jahrzehnten erfreut sich das Thema eines regen Interesses (Hodnett 2002a). Im angloamerikanischen Raum wird dafür der Terminus „birth experience“ benutzt, in Anlehnung an Groß wird hier unter „Geburtserfahrung“ subsumiert, was auch als „Geburtserlebnis“ oder „Geburtserleben“ bezeichnet wird (Gross 2003). Üblicherweise wird die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung als ein postpartal gemessener Outcome-Parameter im Sinne einer Zufriedenheitsmessung erhoben, von dem angenommen wird, er reflektiere die intrapartalen Umstände und Befindlichkeiten. Je nach Design werden Subkategorien erhoben, etwa die Zufriedenheit mit den geburtshilflichen Umständen, der intrapartalen Betreuung oder mit Erlebnisdimensionen der Geburt, etwa dem Geburtsschmerz oder dem Umgang mit den Wehen (Brown und Lumley 1994, Green et al. 1990, Brown und Lumley 1998, McCrea und Wright 1999, Dickinson et al. 2003, Goodman et al. 2004, Green et al. 2004, Christiaens und Bracke 2007, Haines et al. 2012).

Die Zufriedenheit mit dem Geburtseignis ist allerdings ein schwer zu fassender Parameter. In die bipolare Skala der Geburtszufriedenheit geht eine kognitive Zusammenfassung verschiedenster Erlebnisdimensionen und -inhalte, die antepartal unterschiedlich erwartet, intrapartal verschieden häufig und verschieden intensiv wahrgenommen, postpartal unterschiedlich erinnert und schließlich bei der Befragung durch ein individuelles Bewertungsmuster gefiltert werden. Zusätzlich gestört werden Skalen, die nicht multidimensional messen, durch das unabhängige Auftreten positiver und negativer Erlebnisbereiche (Salmon et al. 1990, Hodnett 2002a, Gross 2003, Larkin et al. 2009).

Darüber hinaus erschweren verschiedene methodische Variablen die Messung der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung systematisch. Dies betrifft insbesondere Zeitpunkt, Ort und Methode der Befragung. Die Frage nach einem geeigneten Befragungszeitpunkt wird immer wieder kontrovers diskutiert, einige Arbeiten beschäftigen sich aus diesem Grund mit dem zeitlichen Verlauf der erinnerten Geburtserfahrung (Waldenström 2003, Bergant 1998). Diese Frage scheint allerdings nicht ausreichend geklärt,

Studien zur Geburtserfahrung messen somit nach wie vor im gesamten Spektrum zwischen wenigen Stunden und ein- bis zwei Jahren postpartal. In diesem Zusammenhang wäre es aufschlussreich, eine intrapartale Zufriedenheitsmessung durchzuführen und diese mit verschiedenen postpartalen Werten zu korrelieren. Derartige Untersuchungen konnten in den gängigen Recherchesystemen nicht gefunden werden.

Auch der Ort der Befragung könnte eine Rolle spielen, ist als Einflussfaktor bisher allerdings nicht untersucht. Es wäre denkbar, dass Frauen, die in demjenigen Setting befragt werden, in dem sie geboren haben, andere Antworten geben als Frauen, die sich nicht mehr in diesem Zusammenhang befinden. So ist bekannt, dass Mütter dazu tendieren, gegenüber ihrem Geburtssetting „loyal“ zu sein (Hodnett 2002b).

Quantifiziert wird die Zufriedenheit üblicherweise auf einer siebenstufigen Likert-Skala. Dabei tendieren die Befragten dazu, positive Antworten zu geben (Brown und Lumley 1998, Hodnett 2002a). Dies betrifft insbesondere die Zufriedenheit mit dem zuvor erfahrenen Geburtsmanagement (Gross 2003). Als Konsequenz wird in der statistischen Auswertung in der Regel nur das Antwortäquivalent der höchsten Zufriedenheit als positive Antwort gewertet. Seit der Studie von Gottvall und Waldenström im Jahr 2002 scheint sich die Tendenz herauszubilden, negative Geburtserfahrungen als Antwortäquivalente der beiden untersten Werte zu klassifizieren (Gottvall und Waldenström, 2002, Waldenström et al. 2004).

Die Vorgaben eines Fragebogens, der in den üblichen Designs explizit nach der Zufriedenheit fragt, nicht etwa nach den Änderungsbedarfen, ist darüber hinaus eher dazu geeignet, höhere Zufriedenheitswerte zu produzieren; dies gilt auch für standardisierte Antwortmöglichkeiten versus offene Fragen (Gross 2003, Fowles 1998a). Zur Zeit bemühen sich einige Forscherteams, Instrumente für die weitere Forschung zu Geburtserfahrungen zu etablieren (Dencker et al. 2010, Camacho et al. 2012, Stevens et al. 2012).

1.1.2 Relevanz der Geburtserfahrung

Neben der ökonomischen und gesundheitspolitischen Bedeutung steht die Wahrnehmung und Bewertung der Geburtserfahrung mit langfristigen und kurzfristigen psychischen und biographischen Variablen der betroffenen Frauen in Zusammenhang.

Den längsten Zeitraum bildet eine qualitative amerikanische Studie ab, die die Geburtserfahrung knapp nach der Geburt des ersten Kindes und 15 - 20 Jahre später bei 20 Müttern vergleicht. Frauen, die eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Geburtserfahrung angegeben hatten, erinnerten sich auch Jahrzehnte später positiv an die eigenen Fähigkeiten und berichteten eine Stärkung ihres Selbstbewusstseins. Frauen die weniger zufrieden waren, gaben an, die Erfahrung der Geburt habe ihr Selbstbewusstsein geschwächt, insbesondere, wenn sie meinten, den schwierigen Bedingungen der erlebten Geburt nicht gewachsen gewesen zu sein (Simkin 1991). In einer anderen Studie fühlten sich Schwangere sicherer, wenn sie bereits über positive Geburtserfahrungen verfügten (Melender 2002).

Eine prospektive britische Studie untersuchte 825 Frauen präpartal und sechs Wochen nach der Geburt. Zu diesem Zeitpunkt erreichten Studienteilnehmerinnen mit hoher Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung auch höhere Werte in der Kategorie „Emotionales Wohlbefinden“ (Green et al. 1990).

Während die Forschung Korrelationen einer positiven Geburtserfahrung mit Variablen des weiteren Verlaufs kaum verfolgt hat, liegen einige Studien vor, die die Folgen negativer und traumatischer Geburtserfahrungen quantifizieren.

KONSEQUENZEN EINER NEGATIVEN GEBURTSERFABUNG

Die Prävalenz einer negativ bewerteten Geburtserfahrung scheint stark von den Messmethoden abhängig und schwankt zwischen 5 - 7% (Waldenström et al.2004). Für einen Teil der betroffenen Frauen resultieren gesundheitliche und psychosoziale Konsequenzen. Hierzu gehören insbesondere das Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD), anderen psychischen Symptomen und Modifikationen des weiteren Reproduktionsverhaltens.

Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen einer negativen Geburtserfahrung und Variablen der weiteren Gesundheit bzw. des weiteren Verhaltens messen, haben allerdings eine methodische Schwierigkeit: Es ist bekannt, dass unter anderen persönlichkeitsabhängige Faktoren, z.B. pränatal erhöhte Werte in der üblicherweise angewendeten Depressivitätsskala EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) mit negativen Geburtserfahrungen korrelieren.

Diese Risikofaktoren gelten gleichzeitig aber auch als Risikofaktoren für postpartale psychische Erkrankungen wie PTSD oder Postpartale Depressionen. Dieses Dilemma kontrollieren die meisten Studien, indem sie präpartale Risikofaktoren erheben.

GEBURTSASSOZIIERTE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Dass eine negative Geburtserfahrung zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) führen kann, wurde erstmalig Mitte der 1990er Jahre gezeigt (Ballard et al. 1995, Reynolds 1997).

Die Prävalenz des Vollbildes einer geburtsbezogenen PTSD wird mit 1,7 - 9% angegeben, während einzelne Symptome einer PTSD in 16 - 30% auftreten können. Diese große Schwankungsbreite erklärt sich teilweise aus den unterschiedlichen Anforderungen der symptombezogenen Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV sowie offenbar nationalen Besonderheiten (Czarnocka und Slade 2000, Pantlen 2000, Soet et al. 2003, Adewuya et al. 2006, Beck 2011). Söderquists prospektive Untersuchung an schwedischen Frauen erhob einen Anteil von 3% an 1224 Frauen, die an wenigstens einem von vier Befragungszeitpunkten innerhalb des ersten Jahres postpartal an einer PTSD litten (Söderquist et al. 2006). Als Prädiktoren für die Entwicklung einer PTSD wurden neben anderen Faktoren die relevanten Erlebnis-Charakteristika identifiziert. Hier stehen im Vordergrund: Vorbestehende psychische Probleme, hier insbesondere Depressionen in der Frühschwangerschaft und Geburtsangst sowie „prätraumatischer“ Stress in der Spätschwangerschaft, sexuelle Traumata, geburtshilfliche Interventionen, negative Erlebnisse mit dem Geburtshilfe-Team, Kontrollverlust, Hilflosigkeit, mangelnde Unterstützung durch den Partner, subjektiv erlebte Bedrohlichkeit der Situation und die ungenügende Bewältigung der durchgemachten Erlebnisse (Pantlen 2000, Olde et al. 2006, Adewuya et al. 2006, Zaers et al. 2008, Söderquist et al. 2009, Susan et al. 2009, Ford und Ayers 2011).

Der zeitliche Verlauf - auch der subsymptomatisch Betroffenen - weist auf die Bedeutung für die Mütter und Familien hin: Die Summenwerte für posttraumatischen Stress der betroffenen Frauen gingen innerhalb des ersten Jahres nicht zurück, die erlebte soziale Unterstützung der Betroffenen hingegen sank innerhalb dieses Zeitraumes ab (Soderquist et al. 2006). Beck untersuchte in einem qualitativen Design typische Äußerungen betroffener Frauen. Die Palette von Symptomen umfasst unwillkürliche Erinnerungs-sequenzen (Flashbacks), psychische und physische

Erschöpfung, die permanente Suche nach Antworten und ausuferndes Kommunikationsbedürfnis, einen emotionalen Teufelskreis aus Zorn, Angst und Niedergeschlagenheit, sowie das Gefühl, weit davon entfernt zu sein, den eigenen Vorstellungen von Mutterschaft zu genügen (Beck 2004).

REPRODUKTIONSVERHALTEN

Ein Teil der Frauen, die eine negative Geburtserfahrung angeben, zeigen daraufhin ein klassisches Vermeidungsverhalten. In einer schwedischen Querschnittsuntersuchung gingen Frauen mit einer negativen Geburtserfahrung (Werte 1 - 2 auf einer 7 - teiligen Likertskala: 1= sehr negativ, 7= sehr positiv) über einen Zeitraum von 8 - 10 Jahren entweder seltener eine weitere Schwangerschaft ein (38% ohne weiteres Kind, Kontrollgruppe 17%). Oder sie zeigten ein verlängertes Intervall bis zur nächsten Schwangerschaft (4,2 Jahre, Kontrollgruppe 2,4 Jahre) (Gottvall und Waldenström 2002). Larkin et al. bestätigten dies in einer qualitativen Studie (Larkin et al. 2012).

Hildingsson zeigte, dass der Wunsch nach einer Sectio, geäußert in der Frühschwangerschaft, statistisch assoziiert ist mit einem vorausgegangenen negativen Geburtserlebnis (Hildingsson et al. 2002). In einer älteren Studie gaben 11 von 28 Frauen, die eine elektive Sectio verlangten, eine vorausgegangene negative Geburtserfahrung an (Ryding 1993). Unabhängig von dem Wunsch nach einer Sectio kann eine vorausgegangene negative Geburtserfahrung die Angst vor einer nächsten Geburt stark triggern (Sjogren 1997).

POSTPARTALE DEPRESSIONEN

Dass postpartale Depressivität in einem kausalen Zusammenhang mit den Ereignischarakteristika oder dem Erleben der Geburt stehen könnte, scheint vernachlässigbar (Riecher-Rossler 1997). Die Gruppe um Saisto untersuchte 211 Frauen und identifizierte präpartale Depressivität als stärksten Prädiktor für eine enttäuschende Geburtserfahrung wie auch für eine postpartale Depressionsneigung (Saisto et al. 2001). Allerdings zeigen neuere Arbeiten durchaus Hinweise darauf, dass diese Argumentation zu kurz greift. Eine Studie, die einen erweiterten Rahmen möglicher Prädiktoren für postpartale Depressionen abfragte, kam zu anderen Ergebnissen. Sie zeigte bei 570

Frauen immerhin eine Prävalenz für postpartale Depressivität von 10,2% und identifizierte eine statistisch signifikante Korrelation mit Multiparität, traumatisierenden Lebensereignissen in der Anamnese, präpartalen depressiven Verstimmungen, früher Mutter-Kind-Trennung und einer negativen Geburtserfahrung (Righetti-Veltema et al. 1998). Rubertsson schließlich zeigte, dass „stressfull life events“ vor oder während einer Schwangerschaft sowohl als Prädiktoren für erhöhte präpartale EPDS-Werte, als auch für postpartale depressive Symptome gelten müssen (Rubertsson et al. 2005). Insofern man also anerkennt, dass traumatisierende Geburtserfahrungen einen Einfluss auf das Erleben zukünftiger Schwangerschaften haben (z.B. negative Erwartungen, Angst, PTSD-Symptome), ist anzunehmen, dass betroffene Frauen künftig ein erhöhtes Risiko für postpartale Depressivität haben.

GEBURTSANGST BEI WEITEREN SCHWANGERSCHAFTEN

Nilsson und Lundgren befragten 8 bzw. 9 Schwangere, die wegen ausgeprägter Geburtsangst ambulante Hilfe in Anspruch nahmen. 6 von ihnen waren Multipara, die als zentrales Problem negative Geburtserfahrungen angaben, insbesondere in Bezug auf die Betreuung und die Geburtsschmerzen. Angstinhalte waren Bedrohung durch Gefahr, sich gefangen fühlen, das Gefühl mangelnder Präsenz/ mangelnden Einflusses auf das Geschehen, sich als schlechte Mutter und alleingelassen zu fühlen (Nilsson und Lundgren 2009, Nilsson et al. 2010).

Hildingsson et al. untersuchten an einem schwedischen Kollektiv den Verlauf von Geburtsangst und Faktoren, die eine erfolgreiche Therapie begünstigen. Zunächst fiel auf, dass ein Jahr postpartal häufiger (15,1%) über Geburtsangst geklagt wird, als zuvor während der Schwangerschaft (12,4%). Die Frauen, die erfolgreich eine Therapie absolvierten, waren diejenigen mit einem besseren Geburtserlebnis. Auch ein Gefühl von Kontrolle während der Geburt sowie das Gefühl, gut informiert worden zu sein, erhöhten die Heilungschance (Hildingsson et al. 2011).

1.1.3 Prädiktoren der Geburtserfahrung

Werden Mütter nach ihrer Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten ihrer Geburtserfahrung befragt, so stehen als entscheidende Faktoren für die Gesamtzufriedenheit eine Vielzahl von Variablen im Raum, die sich in vier Gruppen einteilen lassen:

1. Beziehungsfaktoren: Kontrolle, Verhalten des Personals, Entscheidungsprozesse, Informationsfluss
2. Erlebnisdimensionen: Gefühle, Schmerzen, Analgesie
3. Geburtshilfliche Umstände: Geburtsdauer, Interventionen, Betreuungsform
4. Präpartale Bedingungen: Erwartungen, Einstellung zur Schwangerschaft, Parität, Demographische Variablen

BEZIEHUNGSFAKTOREN

Beziehungsfaktoren erreichen in den vorliegenden Untersuchungen regelmäßig den prominentesten Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (Drew et al. 1989 Green et al. 1990, Simkin 1991, Green 1993, Brown und Lumley 1994, Brown und Lumley 1998, Hodnett 2002a, Green und Baston 2003, Goodman et al. 2004, Waldenström et al. 2004, Larkin 2012). Dies gilt sowohl für hohe Werte an Zufriedenheit, als auch für das Auftreten einer negativen Geburtserfahrung. Eine detaillierte Darstellung der Beziehungsfaktoren findet sich im Kapitel „Kontrolle“ weiter unten.

ERLEBNISDIMENSIONEN

Die Rolle des Geburtsschmerzes und der Schmerzlinderung für die Bewertung der Geburtserfahrung werden nach wie vor kontrovers diskutiert (Morgan et al. 1982, Brown und Lumley 1994, Brown und Lumley 1998, Saisto et al. 2001, Green und Baston 2003, Waldenström et al. 2004, Carlton et al. 2005). Morgan et al. hatten bereits 1982 darauf hingewiesen, dass sich hoher Geburtsschmerz und die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung nicht

ausschließen (Morgan et al. 1982). Hodnett kommt in ihrem systematischen Review der Forschungsarbeiten bis 2002 zu dem Schluss, dass die „Einflüsse von Schmerz, Schmerzbefreiung und intrapartalen medizinischen Interventionen auf die Zufriedenheit weder so offensichtlich, noch so direkt, noch so wirksam sind wie der Einfluss der Einstellungen und Verhaltensweisen des Personals“ (Übersetzung d. Verf.) (Hodnett 2002a). Eine neuere Studie zeigt, dass der negative Einfluss des erlebten Schmerzes auf die Geburtserfahrung abgemildert wird, wenn die Frauen angeben, sich in der Kontrolle gefühlt zu haben (Christiaens und Bracke 2007).

Hinweise zu dieser Fragestellung bietet das aktuelle Cochrane-Review, das die intrapartale Epidural-Analgesie mit anderen analgetischen Verfahren vergleicht. Das Review wertet 38 randomisierte, kontrollierte Studien systematisch aus. In diesem Design werden Störfaktoren möglichst eliminiert, die sonst die Ergebnisse konfundieren könnten - z.B., dass ängstliche Frauen eher Schmerzmittel erfragen, gleichzeitig aber auch häufiger negative Geburtserfahrungen berichten (Waldenström et al. 2004). Obwohl sich die analgetische Potenz der Epidural-Analgesie den anderen Verfahren deutlich überlegen zeigt, lässt sich kein signifikanter Unterschied in der Zufriedenheit mit der Schmerzbekämpfung und der Geburtserfahrung zwischen der Epidural- und der Kontrollgruppe feststellen (Anim-Somuah et al. 2011).

Waldenström zeigte 2009, dass die Erinnerungen an Schmerzen über den Zeitraum von 2 Monaten, 1 und 5 Jahren nach einer Geburt verblassen. Dies ist allerdings nicht der Fall, wenn eine negative Geburtserfahrung berichtet wird. Auch geben Frauen, die eine Epidural-Anästhesie bekommen hatten, zu allen Befragungszeitpunkten höhere erinnerte Schmerzwerte an. Die Autoren folgern, dass diese Frauen insbesondere die Schmerzpeaks erinnern (Waldenström 2009). Möglicherweise ist das postpartale Berichten von Schmerzen - insbesondere nach Ablauf einiger Monate - abhängig von der Geburtserfahrung und nicht andersherum. Diese Frage lässt sich allerdings anhand der gefundenen Literatur nicht befriedigend klären.

GEBURTSHILFLICHE UMSTÄNDE

Die Rolle der Geburtsdauer für die Geburtserfahrung ist unklar. Einige Arbeiten finden geringe bis keine Effekte auf die Zufriedenheit (Saisto et al. 2001, Hodnett 2002a, Green und Baston 2003), andere schon (Mackey 1995, Brown und Lumley 1998). Die Geburtsdauer ist als Variable allerdings unzuverlässig, allgemein gültige Kriterien für die Diagnose des

Geburtsbeginns fehlen (Helms und Perl 2004, Enkin 1998), auch sind längere Geburten häufig schmerzhafter und interventionsreicher. Inwiefern medizinische Interventionen die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung beeinflussen, ist ebenfalls unklar. Für eine positive Geburtserfahrung scheinen Interventionen nicht notwendigerweise einen Störfaktor darzustellen (Brown und Lumley 1998). Eine negative Geburtserfahrung hingegen kann sehr wohl mit Interventionen korreliert sein, insbesondere mit Notfall-Sectiones (Saisto et al. 2001, Waldenström et al. 2004). Eine andere Studie, die die Frage nach Interventionen mit der Möglichkeit der Gebärenden, die Kontrolle zu behalten, verknüpfte, fand eine Kumulation der Effekte: Je mehr Interventionen stattfanden, desto weniger hatte die Gebärende das Gefühl, die Kontrolle behalten zu können und desto schlechter war die Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung (Green und Baston 2003).

Allgemein anerkannt ist die Betreuungsform als Einflussvariable der Geburtserfahrung. Insbesondere Modifikationen des Schichtdienst-Systems erregten das Interesse der Forschung (Hodnett 2002b, Homer et al. 2002, Hicks et al. 2003, Hatem et al. 2008, McLachlan et al. 2012). Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit Aspekten der kontinuierlichen Betreuung während der Geburt, in der Regel durch eine Hebamme bzw. ein überschaubar kleines Hebammenteam. Diese Hebammen sind der Gebärenden vor der Geburt bekannt, verlassen die Gebärende während der Geburt nur für kurze Intervalle und betreuen die Gebärende bis zur Postplazentarphase. Diese Betreuungsform reduziert die Wahrscheinlichkeit einer antenatalen Hospitalisation, von Analgetikagebrauch, reduziert die Rate an vaginal-operativen und Schnittentbindungen, die Episiotomie-Rate, die Hospitalisationsdauer des Neugeborenen und hat keinen negativen Einfluss auf das Outcome. Die Geburtserfahrung wird regelmäßig positiver bewertet, insbesondere, da die Frauen angeben, mehr Kontrolle gehabt zu haben als in den Kontrollgruppen (Hodnett 2002b, Homer et al. 2002, Hicks et al. 2003, MacKinnon et al. 2005, Hatem et al. 2008, Christiaens und Bracke 2009, Iida et al. 2012, Mc Lachlan et al. 2012 Overgaard et al. 2012).

PRÄPARTALE BEDINGUNGEN

Eine Reihe demographischer Faktoren kann mit der Bewertung der Geburtserfahrung korrelieren. So bewerten junge, arbeitslose, alleinstehende, fremdsprachige und häufig auch erstgebärende Frauen ihre Geburtserfahrung eher schlechter. Allerdings können diese Risikofaktoren die

Varianz der Geburtserfahrung nicht erklären. (Brown und Lumley 1998, Waldenström et al. 2004)

Einige der älteren Studien zur Geburtserfahrung haben sich bemüht, die präpartalen Erwartungen einzubeziehen (Manning und Wright 1983, Green et al. 1990, Salmon und Drew 1992, Green 1993, Slade et al. 1993, Lowe 2000 Hodnett 2002b,). In der Regel bewerten Frauen mit guten Erwartungen auch ihre Geburtserfahrung positiver, wobei sehr hohe Erwartungen häufig nicht erfüllt werden. Auch negative Erwartungen korrelieren mit negativen Geburtserfahrungen (Green et al. 1990, Green 1993, Slade et al. 1993). Während Green et al. die ausgeprägte Angst vor Geburtsschmerzen als Prädiktor für eine negative Geburtserfahrung identifizierten (Green et al. 1990, Green 1993), erreichen negative Erwartungen in einer neueren Studie ein höheres Signifikanzniveau. Die Effekte der Erwartungen auf die Bewertung der Geburtserfahrung halten der Regressionsanalyse allerdings nicht stand, sind also eher als Risikofaktoren zu klassifizieren (Saisto et al. 2001, Waldenström et al. 2004).

In einer schwedisch-australischen Studie wurden anhand eines Fragebogens zu Einstellungen zur Geburt bzw. zur Geburtsangst 509 Schwangere in der 18.-20. SSW und 2 Monate postpartal in Cluster eingeteilt: „Self determiners“ mit klaren Einstellungen zur Geburt insbesondere als natürlichem Prozess und wenig Geburtsangst; „Take it as it comes“ mit wenig festgelegten Einstellungen und wenig Geburtsangst; „Fearful“ mit Sorgen bezüglich Schmerzen, Kontrolle, Sicherheit, wenig Zustimmung zur Geburt als natürlichem Prozess und ausgeprägter Geburtsangst. Frauen aus dem letzten Cluster erlebten häufiger negative Gefühle in der Schwangerschaft, hatten häufiger elektive Sectiones, Epiduralanästhesien und gaben stärkere Geburtsschmerzen an. Auch berichteten die Frauen dieses Clusters häufiger ein negatives Geburtserlebnis, die Odds Ratio hierfür gewichtet allerdings nur schwach. Die Studie ist sicher limitiert dadurch, dass die Clusteranalyse die prä- und postpartalen Daten gemeinsam verwertet. Durch diese Methode lassen sich die Effekte der präpartalen Einstellungen nur unscharf darstellen (Haines 2012).

Zasloff et al. konnten in einer großen schwedischen Studie (n=1302) zeigen, dass erstgebärende sehr junge Frauen im Vergleich zu älteren Erstgebärenden zwar die negativsten Erwartungen hatten und während der Schwangerschaft stärker besorgt und häufiger depressiv gestimmt waren. Auch erinnerten sie postpartal mehr Angst, Schmerz und Kontrollverlust. Die globale Geburtserfahrung aber unterschied sich nicht von der der anderen Teilnehmerinnen (Zasloff et al. 2007).

Eine belgisch-niederländische Studie zeigte, dass das in Erfüllung gehen von präpartalen Erwartungen mit einer positiven Geburtserfahrung korreliert (Christiaens und Bracke 2007).

Dies trifft offenbar in bestimmten Konstellationen nicht zu. Karlström et al. zeigt, dass Frauen, die eine elektive Sectio ohne medizinische Indikation wünschen und tatsächlich bekommen, dennoch ein negativeres Geburtserlebnis angeben als die Vergleichsgruppe (Karlström et al. 2011). Eine amerikanische Studie aus dem gleichen Jahr kommt allerdings zu entgegengesetzten Ergebnissen (Blomquist et al. 2011).

1.1.4 Kontrolle

In diesem Abschnitt werden Forschungsarbeiten subsumiert, die sich im weiteren Sinne mit Variablen der Kontrolle befassen. Hier werden auch diejenigen Arbeiten vorgestellt, die die Interaktion mit dem Personal untersuchen, beispielsweise anhand der Variable „Beteiligung an Entscheidungsprozessen“. Dies erscheint statthaft, da das abstrakte Konstrukt „Kontrolle“ in der Forschungsliteratur zur Geburtserfahrung auf verschiedene Weisen konzeptualisiert wurde, um es für die Studiendesigns zu operationalisieren. Andererseits wird die erlebte Interaktion mit dem Personal häufig im Vokabular von Kontrolle gefasst. Aufgrund dieser Unschärfe sollen zunächst die Konzepte von Kontrolle, wie sie in der Forschungsliteratur zur Geburtserfahrung vorgestellt werden, näher beleuchtet werden, bevor auf die Bedeutung der einzelnen Variablen eingegangen wird, die sich unter „Kontrolle“ subsumieren lassen.

KONZEPTUALISIERUNGEN VON KONTROLLE

Häufig ist die Operationalisierung von Kontrolle als „Eingebundensein in Entscheidungsprozesse“ (Drew et al. 1989, Brown und Lumley 1994, Hart und Foster 1997 Carlton et al. 2005). Waldenström konzeptualisiert Kontrolle ähnlich, nämlich als das empfundene Involviertsein in den Geburtsprozess, das Gefühl, ein Subjekt, nicht nur ein Objekt zu sein (Waldenström 1999). Die Frage nach der Beteiligung an Entscheidungsprozessen ist nicht unproblematisch: Eine Frau, die Entscheidungen über sich bewusst an eine

Person ihres Vertrauens delegiert, hat unter Umständen einen stärkeren Eindruck von Kontrolle, auch wenn sie in die einzelnen Entscheidungsprozesse nicht einbezogen wird (Green und Baston 2003).

Andere Autoren erheben den Parameter „Persönliche Kontrolle“ (Slade et al. 1993, McCrea und Wright 1999, Wright et al. 2000, Goodman et al. 2004). Diese relativ unscharfe Konzeptualisierung wird zum Beispiel dann benutzt, wenn verschiedene mögliche Faktoren gemessen werden, die die Bewertung der Geburtserfahrung beeinflussen könnten, z.B. bei Goodman (Goodman et al. 2004), oder wenn ein bestimmter Aspekt der Geburtserfahrung, beispielsweise das Schmerzerleben, erhoben wird (McCrea und Wright, 1999, Wright et al. 2000). Unscharf bleibt auch die Konzeptualisierung von Kontrolle unter spezifischen Gesichtspunkten bei weiteren Autoren mit z.T. sehr inhomogenen Konzepten (Annandale 1987, Seguin et al. 1989, Parratt 2002, Parratt und Fahy 2003).

Die Fähigkeit, mit Panik umzugehen und Kontrolle über Körperbewegungen als Dimensionen erlebter Kontrolle erheben Slade (Slade et al. 1993). Letztere werden auch von Fowles kategorisiert (Fowles 1998b).

Green et al. untersuchten bereits 1990 sechs Dimensionen von Kontrolle, die aufgrund theoretischer Überlegungen inhaltlich deutlich von den Dimensionen des Konzeptes des „locus of control“ abweichen. Diese speziell für die Geburtssituation operationalisierten Kontrolldimensionen werden eingeteilt in „externale“ (Kontrolle über das, was das Personal mit einem macht, Beteiligung an Nicht-Notfall-Entscheidungen, Beteiligung an Notfall-Entscheidungen) und „internale“ Kontrolldimensionen (Kontrolle über das eigene Verhalten, Kontrolle während der Wehen, Kontrolle darüber, selbst geräuschvoll zu sein). Alle außer der letzten dieser Dimensionen erwiesen sich als wichtig für die Geburtserfahrung der untersuchten Frauen (Green et al. 1990) und wurden 2003 von der Forschergruppe erneut erhoben (Green und Baston 2003). Die Ergebnisse weisen u.a. auf die vielfältigen Beziehungen zwischen externalen und internalen Kontrolldimensionen hin, die bisher lückenhaft untersucht sind. Zum Beispiel ist das Verhalten des Personals implizit für die externale Kontrolle, kann aber Funktionen der internalen Kontrolle, etwa die Wahl von Körperpositionen oder die Bewältigung des Wehenschmerzes, indirekt und direkt beeinflussen. Außerdem kann das Verhalten des Personals die Perzeption von Kontrolle fördern oder behindern und so das Ergebnis der Befragung konfundieren (Green et al. 1990, Green und Baston 2003). Eine neuere Übersichtsarbeit über Konzepte von Kontrolle bei Geburten bestätigt die Dimensionen

„Entscheidungen treffen“, „Zugang zu Informationen“, „persönliche Sicherheit“ und „körperliche Funktionen“ als bedeutsame Variablen in internationalen Studien von 1970-2011 (Meyer 2012). Neuere Publikationen zum Thema bemühen sich, Instrumente für weitere Forschung zu entwickeln (z.B. Namey und Lyerly 2010, Stevens et al. 2012).

ERLEBTE KONTROLLE

Die Frage danach, wo Frauen unter welchen Umständen Kontrolle lokalisieren, ist bisher nur sparsam untersucht. Eine prospektiv angelegte britische Untersuchung befragte 1146 Frauen sechs Wochen nach der Geburt zu ihrer erlebten Kontrolle während der Entbindung. Die Arbeit zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen der Parität und der erlebten Kontrolle: Multiparae fühlten sich in allen Dimensionen häufiger als Trägerinnen der Kontrolle als Primiparae, weitere demographische Variablen erreichten keine Signifikanz.

Insgesamt gaben in dieser Erhebung 39,5% der Frauen an, während der Geburt die Kontrolle über das, was das Personal mit ihnen tat, gehabt zu haben, während 61% Kontrolle über das eigene Verhalten berichteten. Nur jeweils ein Fünftel der Befragten erlebte sich als entweder in Kontrolle in allen, bzw. in keiner der Dimensionen. Alle Dimensionen waren unabhängig voneinander mit der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung verknüpft, Kontrolle über das Personal jedoch am deutlichsten signifikant (Green und Baston 2003).

EXTERNALE KONTROLLDIMENSIONEN

Angelehnt an die Arbeiten um Green werden im folgenden die weiter oben charakterisierten Dimensionen von Kontrolle übernommen. „Externale“ und „internale“ Kontrolle entsprechen also nicht den identischen Begriffen des „Locus of Control“ - Konzeptes.

Die herausragende Rolle für die Geburtszufriedenheit derjenigen Variablen, die das Verhältnis zwischen Personal und Gebärender betreffen, wird immer wieder thematisiert (Brown und Lumley 1994, Mackey 1995, Hart und Foster 1997, Fowles 1998a, Brown und Lumley 1998, Hodnett 2002a, Green und Baston 2003, Goodman et al. 2004, Waldenström et al. 2004, Tanassi 2004, Larkin 2012).

Dies betrifft offenbar nicht nur die Geburtszufriedenheit inklusive ihrer Auswirkungen, sondern scheint auch direkt mit emotionalem Wohlbefinden und postnataler Depressivität korreliert zu sein, wie sie mithilfe der EPDS-Skala gemessen wird (Green et al. 1990, Green und Baston 2003).

Die Beteiligung der Gebärenden an Entscheidungen über ihre Behandlung wird als externale Kontrollvariable häufig erhoben und ihr Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Geburt bestätigt (Drew et al. 1989, Brown und Lumley 1994, Hart und Foster 1997, Brown und Lumley 1998, Bowers 2002, Waldenström et al. 2004). In den zwei australischen Querschnittstudien von Brown und Lumley mit insgesamt 2126 Frauen geben 96% der Befragten an, ein Mitspracherecht zu dem, was während Wehen und Geburt passiert, gewünscht zu haben. Das Ausmaß, in dem die Frauen meinten, dieses tatsächlich gehabt zu haben, stand in direkter Relation zu ihrer Zufriedenheit (Brown und Lumley 1994, Brown und Lumley 1998). Waldenström et al. identifizierten „mangelnde Möglichkeit, an Entscheidungen über die Behandlung teilzuhaben“ als signifikanten Risikofaktor für eine negative Geburtserfahrung, unabhängig von anderen Variablen oder Voraussetzungen (Waldenström et al. 2004).

Inwiefern allerdings die Partizipation an Entscheidungen als Übernahme von Kontrolle wahrgenommen wird, lässt sich nicht hinreichend belegen. Bereits 1990 vermuteten Green et al., mit externaler Kontrolle sei u.U. weniger gemeint, das Personal tatsächlich kontrollieren zu können, als die Haltung des Personals der Gebärenden gegenüber (Green et al. 1990). Negative Geburtserfahrungen korrelieren häufig mit Variablen wie „fehlende Unterstützung durch die Geburtshelfer“ (Waldenström et al. 2004, Larkin 2012) oder „Personal nicht hilfreich“ (Brown und Lumley 1994, Brown und Lumley 1998). Andersherum kann sich eine positive Geburtserfahrung auf die erfahrene Hilfe beziehen (Fowles 1998a) bzw. auf die „Unterstützung durch die Hebamme“ (Waldenström 1999).

Die bisher einzige Arbeit, die nicht auf die Bewertung der Geburtserfahrung korreliert, sondern auf die erlebte Kontrolle, findet eine deutliche Korrelation mit „mit Respekt behandelt zu werden“ - „Partizipation an Entscheidungen“ ist hingegen für die erlebte Kontrolle weit weniger relevant (Green und Baston 2003). Für Primiparae konnte in der gleichen Studie ein fünffaches Absinken in den Odds Ratios der erlebten Kontrolle beobachtet werden, wenn sie angaben, während der Geburt allein gelassen worden zu sein. Analog dazu geben Frauen, die in einem Setting mit kontinuierlicher Hebammenbetreuung geboren haben, ein signifikant höheres „Gefühl von

Kontrolle während Wehen und Geburt“ an (Homer et al. 2002). Es bedarf weiterer Klärung, was genau Gebärende unter Kontrolle verstehen und wie das, was Inhalt der jeweiligen Fragestellung ist, suffizient operationalisiert werden kann.

Es gibt vielfältige Mittel und Wege, externale Kontrolle während der Geburt auszuüben. Bisher liegen nur Forschungsarbeiten vor, die dies indirekt, retrospektiv und subjektiv beleuchten. Subtilere Spielarten der Kontrollausübung sind somit häufig nicht messbar. Gewisse Annäherungen an für die Gebärende relevante Mechanismen der Kontrollausübung bietet eine qualitative Studie, die Frauen untersuchte, die während der Geburt von ihrem präpartal erstellten Geburtsplan abgewichen sind. Frauen, die präpartal eine nicht medikalisierte Geburt anvisiert hatten, gaben als Gründe dafür neben starken Schmerzen das Verhalten des Personals an. Insbesondere die Hebamme wurde von einer Reihe von Frauen für die Revision ihrer Entscheidung verantwortlich gemacht: Verweigerung menschlicher Zuwendung, suggestive Handlungen und Nachfragen, entmutigende Äußerungen über die Fähigkeit der Frau, die Geburt ohne Analgesie zu schaffen usw. (Carlton et al. 2005).

Die Haltung der Hebamme scheint wichtiger als die des Arztes/der Ärztin. Mütter, die das Personal als wenig hilfreich bezeichnet hatten, meinten damit in der zweiten australischen Studie zu 23% die Hilfe durch Hebammen, zu 39,5% die Hilfe durch ärztliche Geburtshelfer/innen. In der logistischen Regression mit „Unzufriedenheit“ als Outcome-Variable waren Hebammen, die geringer als „sehr hilfreich“ bewertet wurden, mit einem 11-fachen Anstieg der Odds Ratio für Unzufriedenheit assoziiert, bei Ärzten mit einem 7-fachen Anstieg. Das heißt, ärztliche Geburtshelfer/innen wurden zwar häufiger als Hebammen als wenig hilfreich wahrgenommen, dieser Eindruck prägte aber weniger stark die Geburtserfahrung als das gleiche Defizit bei Hebammen (Brown und Lumley 1998).

INTERNALE KONTROLLDIMENSIONEN

Internale Kontrolldimensionen während der Geburt sind bisher nur spärlich explizit erhoben worden. „Persönliche Kontrolle“ etwa kann externale wie internale Dimensionen umfassen. Gleichzeitig scheint es nicht möglich, internale Kontrolle während der Geburt zu erfassen, ohne die Interdependenzen mit externalen Dimensionen zu messen, insbesondere den Einfluss von Verhaltensvariablen des Personals, der medizinischen

Routinen und Gerätschaften sowie von Wehenschmerz und Analgesie. Aufgrund der spärlichen Datenlage sind bisher nur Annäherungen an diese Inhalte möglich.

Eine internale Kontrolldimension, die sich verhältnismäßig gut operationalisieren lässt, ist die Kontrolle über die Körperhaltung. Dennoch wird diese Dimension üblicherweise in der Forschung zur Geburtserfahrung nicht erhoben (Brown und Lumley 1994, Brown & Lumley 1998, Waldenström et al. 2004, Goodman et al. 2004). Dies ist auffällig, stellt doch die Gebärposition einen Faktor dar, dessen Einfluss auf Schmerzen, Geburtsdauer und spontane vs. assistierte Geburten bekannt ist und dessen freie Wahl eine fundamentale Dimension der Selbstbestimmung unter der Geburt darstellt. Andersherum messen von den 19 Arbeiten, die im Cochrane-Review zur Gebärposition während der Austreibungsperiode analysiert werden, nur jeweils eine Studie „Unerfreuliche Geburtserfahrung“ und „Fühlte sich nicht in Kontrolle“, bzw. „Nicht zufrieden mit der Austreibungsphase“; die Ergebnisse der beiden Arbeiten sind widersprüchlich, die Stichproben klein (Gupta und Nikodem 2000). Die 21 Studien im Cochrane-Review zur Gebärposition während der Eröffnungsphase lassen keine Korrelation zwischen bestimmten Gebärpositionen und Variablen der Geburtserfahrung erkennen (Lawrence et al. 2011). Green et al. nahmen sich der Fragestellung an. Von den 1146 Frauen gaben 29% der Primiparae und 16% der Multiparae an, sie hätten niemals oder fast niemals während ihrer Geburt die komfortabelste Position einnehmen können. Nur 16,9% der Primiparae hätten dies die ganze Zeit gekonnt, bei den Multiparae immerhin 34,3%. Frauen, die wenigstens einen Teil der Zeit dazu imstande gewesen waren, gaben höhere Werte in der Dimension „Kontrolle während der Wehen“ an.

Diese Zahlen sind allerdings nur mit Vorsicht interpretierbar. Einerseits lässt ein Blick auf die Interventionsraten in dieser Studie zu, die eingeschränkte Wahl der Körperposition zumindest teilweise als Folge der Interventionen zu interpretieren: Primiparae erlebten in 43% instrumentelle Entbindungen oder nicht-elektive Sectiones, 59% hatten eine Epiduralanästhesie, 80% bekamen ein 50%-iges Lachgas-Gemisch (Green und Baston, 2003). Alle diese Maßnahmen können die Bewegungsfreiheit mehr oder weniger stark einschränken. Gleichzeitig senken sie die Kontrollmöglichkeiten während der Wehen. Insofern ist die Korrelation zwischen Körperposition und Kontrolle während der Wehen zumindest wenig überraschend. Insbesondere im Falle von Interventionen ist die Wahl der Körperposition ohnehin eher eine Frage der externalen Kontrolle.

Eine neuere Arbeit griff die Frage nach der Körperposition auf, hier wurden Frauen verglichen, die während der Austreibungsphase in aufrechter Position spontan und unterstützt pressten mit Frauen, die im Liegen unterstützt wurden. Frauen in aufrechter Position zeigten neben anderen Benefits auch bessere Werte der erhobenen Geburtserfahrung. Dimensionen von Kontrolle wurden leider nicht erhoben (Chang et al. 2011).

Die Beziehung von Wehenschmerz, Schmerzverarbeitung, Analgesie und Geburtserfahrung ist multidimensional. Das Ausmaß des Schmerzes als primär negativem Erlebnis kann - bei erfolgreicher Verarbeitung - mit höherer Zufriedenheit mit der eigenen Leistung als mit der Zufriedenheit mit der Geburtserfahrung korrelieren (Goodman et al. 2004). Forschungsarbeiten, die Schmerz nur auf die Gesamtzufriedenheit beziehen, müssen daher als insuffizient gelten. Gleichzeitig kann „persönliche Kontrolle“ die Zufriedenheit mit der Schmerzbekämpfung positiv beeinflussen (McCrea und Wright 1999). Der Zusammenhang von internaler Kontrolle und Geburtsschmerz muss bisher allerdings eher als hypothetisch gelten: In einer anderen Studie waren die Faktoren „Denkbar schlimmste Schmerzen“ (worst imaginable pain) und „Fehlende Kontrolle“ (lack of control) zwar jeweils hochsignifikant für ein negatives Geburtserlebnis, korrelierten aber untereinander kaum, sodass weitere Einflussfaktoren angenommen werden müssen (Waldenström et al. 2004). Green und Baston kommen zu einem anderen Ergebnis. Verglichen mit niedrigeren Schmerzleveln, ist der höchste Schmerzlevel mit einem sechsfachen Anstieg der Odds Ratio der fehlenden Kontrolle über das eigene Verhalten korreliert. Antenatale Sorgen vergrößern diesen Effekt und stellen bei Primiparae Prädiktoren für fehlende erlebte Kontrolle dar (Green und Baston 2003).

Eine differenzierte Klärung der Interdependenzen von verschiedenen Erlebnisdimensionen, Kontrolldimensionen sowie unterschiedlichen Qualitäten der Geburtserfahrung bedarf weiterer Forschung.

1.2 Ärzte und Hebammen: Unterschiedliche berufliche Kulturen?

Zu der Frage, ob Ärzte und Hebammen unterschiedliche professionelle Kulturen etabliert haben, konnten nur wenige belastbare Daten gefunden werden. Zunächst erscheint es plausibel, dass zwei Professionen in unterschiedlichen Traditionen auch unterschiedliche Überzeugungen und Praktiken etabliert haben - auch, wenn es letztlich um die Begleitung des gleichen Lebensereignisses, der Geburt, geht. Entsprechend gehen Forscher, die sich dem Thema widmen, in der Regel von Unterschieden aus: "This can lead to levels of conflict or co-operation depending on the culture of the working environment. It is widely accepted that each discipline has a unique body of expertise and ideology" (Reime et al. 2004).

Im Folgenden werden Forschungsarbeiten vorgestellt, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede beruflicher Kulturen der verschiedenen Professionen zum Inhalt haben. Die Übertragung dieser Daten auf Deutschland ist allerdings bei diesen Inhalten besonders limitiert. Hauptsächlich deswegen, weil Berufsbezeichnungen, Abgrenzungen und Hierarchien der beteiligten Berufe stark national geprägt sind. Aber auch, weil öffentlich finanzierte Geburtssettings (verschiedene Level von Geburtskliniken, verschiedene Formen ausserklinischer Geburtshilfe) international stark variieren.

So finden sich im folgenden Abschnitt eine ganze Reihe von Arbeiten, die im Zusammenhang mit der Legalisierung des Hebammen-Berufes in Quebec, Kanada in den 1990er Jahren stehen. Dieser Prozess der Legalisierung wurde wissenschaftlich begleitet: Zunächst stand die Feststellung eines Bedarfes an Hebammengeburtshilfe sowie Einstellungen der Inhaber etablierter Berufe gegenüber Hebammen im Vordergrund; später wurden Arbeiten publiziert, die die Konsequenzen der Legalisierung untersuchen.

1.2.1 Einstellungen von Hebammen und Ärzten

Mehrere Arbeiten wurden aus einem 1991 in Quebec, Kanada erhobenen Datensatz publiziert. An der Erhebung nahmen 597 ärztliche Geburtshelfer (71% Responder der primär angeschriebenen Ärzte) teil. Diese Gruppe wurde in zwei Subgruppen unterteilt, je nachdem, ob sie dem Hebammenberuf gegenüber offen/ positiv eingestellt sind oder nicht. Diese Subgruppen wurden nun charakterisiert: Diejenigen Ärzte, die Hebammen gegenüber eine positive Einstellung haben, geben ein stärker klientenzentriertes Herangehen an die Geburtshilfe an. Diese Ärzte haben vermehrt Auslandserfahrung und bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Hebammen. Ihre Ansprüche an eine Hebammenausbildung sind weniger fordernd. Auch stimmen diese Ärzte zu, dass das Hebammenwesen eigenständig („selfregulating“) organisiert sein sollte (Blais et al. 1999).

Zwei weitere Arbeiten enthalten Daten aus dem 1991er Datensatz, allerdings erweitert um die Angaben von 723 Geburtsschwestern (Krankenschwestern mit Zusatzausbildung, direkt den ärztlichen Kollegen unterstellt) und 92 Hebammen. Nun ging es um die Frage, welche Formen der Ausbildung und praktischen Berufsausübung für Hebammen diese drei Berufsgruppen präferieren. Dabei waren sich alle Studienteilnehmer einig, dass ein Universitätsabschluss wichtig wäre. Auch herrschte Einigkeit darüber, dass Hebammen die medizinische Grundversorgung für Frauen mit normal verlaufender Schwangerschaft und Geburt übernehmen sollten, außerdem die pränatale und postnatale Betreuung in Krankenhäusern und Community Health Centers. Konsens bestand darüber, dass Hebammengeburten in Kliniken stattfinden sollten, in enger Zusammenarbeit mit den anderen Disziplinen.

Allerdings gab es unterschiedliche Ansichten über den Grad des benötigten Universitäts-Abschlusses und inwiefern vor dem Universitätsstudium eine Krankenpflege-Ausbildung obligat wäre. Auch divergierten die Meinungen darüber, welche medizinischen Interventionen von Hebammen durchgeführt werden sollten und unter welchen Rahmenbedingungen ausserklinische Geburten unterstützt werden könnten. Eine eigenständige Berufsausübung von Hebammen sahen Ärzte und Geburtsschwestern kritisch, sie präferierten die Kontrolle des Hebammenberufes durch die ärztliche Geburtshilfe (Blais et al. 1994 A).

Aus der gleichen Stichprobe wurden außerdem Einstellungen zu geburtshilflichen Verfahren extrahiert. Hierbei zeigte sich, dass die befragten Ärzte der Interventions-Routine bei Geburten teilweise durchaus kritisch gegenüber stehen, trotzdem aber nur 20-30% von ihnen Vorteile in der Legalisierung von Hebammen sehen. Die befragten Hebammen zeigen sich als deutlich klientenorientierter als die anderen Berufsgruppen. Sie stehen den abgefragten Interventionen kritischer gegenüber. Im Gegensatz zu den befragten Ärzten zeigen sich die Geburtsschwestern offener gegenüber der Legalisierung von Hebammen. Sowohl Ärzte als auch Geburtsschwestern sehen Hebammen eher als Bedrohung für die jeweils andere Berufsgruppe (Blais et al.1994 B).

Auch in den USA wurden im Jahr 2000 Einstellungen der an Geburten beteiligten Professionen untersucht. In Oklahoma wurden dazu Fachärzte und Allgemeinärzte (family physicians) über die Kompetenz verschiedener geburtshilflicher Einrichtungen sowie zu Einstellungen gegenüber den entsprechenden Berufsgruppen (Fachärzte, die auf Hochrisikogeburten spezialisiert sind, Fachärzte, Allgemeinärzte die Geburten leiten, CNMs - Certified Nurse Midwives) befragt. Ein Fragebogen mit 20 Items wurde an je 3000 Allgemein- und Fachärzte versandt. Bei einer recht dürftigen Responder-Rate von 14,5% wurde Fachärzten eine hohe Sicherheit bei Niedrig-Risiko-Geburten zugesprochen. Allgemeinärzte mit Geburtserfahrung werden als weniger kompetent wahrgenommen, fühlen sich selbst aber sicherer in der Leitung von Geburten als die Fachärzte (71% vs. 44%). CNMs werden von den Befragten als kompetent wahrgenommen, die Einführung von Privilegien für CNMs bei vaginalen Krankenhausgeburten wird befürwortet (Cooper und Lawler 2001).

In Australien wiederum sind Studien aus der Frage heraus entstanden, ob es zweckmäßig sein könnte, angehende Ärzte und angehende Hebammen gemeinsam durch Dozenten beider Professionen auszubilden, insbesondere zum Thema physiologische Geburt. Entsprechend wurde gefragt, wie Medizinstudierende und Hebammenstudentinnen ihre Rolle als Lernende im Kreissaal sehen. Die Teilnehmer (130 Medizinstudierende, 52 Hebammenstudentinnen) hatten zum Befragungszeitpunkt gerade einen mehrwöchigen bis mehrmonatigen Einsatz im Kreissaal absolviert. Die Mehrzahl der angehenden Ärzte meinten, Hebammen seien weniger wichtig als sie selbst. Ein Teil von ihnen fand nicht, dass Hebammenstudentinnen normale Geburten beobachten (8%) oder leiten (10%) sollten und waren nicht der Meinung, ihre zukünftigen Kolleginnen sollten die neonatale

Untersuchung durchführen (23%). Andersherum fand ein Teil der Hebammenstudentinnen nicht, dass Medizinstudierende eine normale Geburt beobachten (7%) oder leiten (22%) sollten, auch sollten zukünftige Ärzte nicht die neonatale Untersuchung durchführen (26%) oder eine Stillberatung geben (85%). Die Autoren begründen diese Ergebnisse mit den stark wettbewerbsorientierten Rahmenbedingungen des Universitätskrankenhauses (Quinlivan et al. 2002).

Das Konfliktpotential in der Ausbildungssituation wurde auch in Alberta, Kanada untersucht. Hier wurden Geburtshelferinnen nach ihren Einstellungen gegenüber Medizinstudierenden im dritten Jahrgang befragt. 89 Geburtsschwestern beantworteten den Fragebogen, sie äußerten sich insgesamt positiv über die anwesenden Studenten im Kreissaal, 96% fanden die studentischen Anamnesen, die Untersuchung der Patientinnen durch Studenten, ihre Anwesenheit und Assistenz bei Geburten und die postpartale Begleitung angemessen.

Geteilte Meinungen gab es über die genitale Untersuchung während der Geburt durch Studenten, 70% der Geburtsschwestern fanden die Durchführung von Blasensprengungen, die Applikation von fetalen Skalp-Elektroden und Episiotomien nicht angemessen. Die Geburtsschwestern gaben an, die häufigsten Gründe für eine ablehnende Haltung der Gebärenden gegenüber seien unangemessenes Verhalten und schlechte Erfahrungen der Frauen; Attraktivität, Geschlecht und die Meinung der Schwester fielen dabei kaum ins Gewicht. 71% meinten, sie würden Gebärende bei Bedarf vor Studenten abschirmen. Immerhin gaben 87% der Geburtsschwestern an, dass es Teil ihrer Aufgabe sei, den Studenten Erfahrungen zu ermöglichen (Capstick und Harley 2004).

Larsson et al. interessieren sich für das berufliche Selbstverständnis und die berufliche Identität der erfahrenen schwedischen Hebammen im Licht der Umwälzungen, die die Geburtshilfe in den letzten 20 Jahren erfahren hat. In einer qualitativen Studie befragten sie 20 Hebammen einer schwedischen Universitätsklinik. Dabei gaben die Teilnehmerinnen an, dass sich die Bedeutung der Hebammen zugunsten anderer Professionen verringert hätte. Dabei sei der Dialog mit Ärzten und Krankenschwestern besser geworden, auch die gemeinsame Entscheidungsfindung.

Die Hebammen äußerten großes Selbstbewusstsein über ihre professionelle Identität, ihre Erfahrung und ihr handwerkliches Können. Dies alles werde aber im Zuge zunehmender Medizintechnologie und organisatorischer Veränderungen immer weniger wert geschätzt. Sie beklagten einen

Kontrollverlust. Dies obwohl die Geburtshilfe humanitärer und die Zusammenarbeit mit den Paaren besser geworden sei. Die Hebammen berichteten von einem Verlust von Vertrauen in die natürlichen Geburtsprozesse bei den werdenden Eltern und von der eigenen gestiegenen Angst vor Schadensersatzansprüchen (Larsson et al. 2009).

1.2.2 Einstellungen gegenüber geburtshilflichen Maßnahmen

Die systematische Bewertung einzelner geburtshilflicher Maßnahmen nach der aktuellen Evidenzlage kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein. Vielmehr soll hier mithilfe entsprechender quantitativer Daten beleuchtet werden, welche Professionen welche Einstellungen gegenüber den möglichen Maßnahmen oder Verhaltensweisen haben und welche davon sie für sinnvoll oder schädlich halten.

Dabei werden zunächst Studien vorgestellt, die jeweils nach unterschiedlichen Maßnahmen fragen, danach dann Forschungsarbeiten, die auf einzelne Maßnahmen fokussieren. Es wurden nur Arbeiten berücksichtigt, in denen es in erster Linie um Einstellungen geht.

Seitdem 1998 schließlich der Hebammenberuf in Kanada legalisiert wurde, dürfen Hebammen Klinik- und Hausgeburten selbständig leiten. Beides wird öffentlich unterstützt und finanziert. Vor diesem Hintergrund wurden die Mitglieder der geburtshilflichen Disziplinen (Fachärzte mit ca. 30% der Geburten, Familienärzte mit ca. 64% der Geburten und Hebammen mit ca. 6% der Geburten) in einer kanadischen Provinz, British Columbia, nach ihren beruflichen Einstellungen befragt. Ein Fragebogen wurde entwickelt, der Überzeugungen über Praktiken und deren tatsächliche Anwendung abfragt. Der Fragebogen wurde von 50 Hebammen (91% der in der Provinz registrierten Hebammen), 97 Familienärzten (69% Responder) und 34 Fachärzten (89% Responder) beantwortet. Per Clusteranalyse wurden drei Gruppen gebildet, „Hebammen“ (100% Hebammen, 26% Familienärzte), „Fachärzte“ (79% Fachärzte, 16% Familienärzte) und „Familienärzte“ (58% Familienärzte, 21% Fachärzte).

Teilnehmer des „Facharzt“-Clusters glaubten im Kontrast zu den anderen Gruppen, dass Frauen das Recht auf eine Wunschsectio haben, dass eine epidurale Anästhesie zu einem frühen Zeitpunkt das Risiko für Einstellungs-Anomalien nicht erhöht und dass die steigenden Sectioraten ein Zeichen für

die Verbesserung der Geburtshilfe sei. Sie gaben an, nach 41+3 SSW so bald als möglich die Geburt einzuleiten und waren der Meinung, dass der routinemäßige Gebrauch von Oxytocin die Sectiorate aufgrund von Wehendystokien senken kann. Dass sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte einen Einfluss auf den Verlauf der Geburt hat, glaubten im Familienarzt-Cluster 71%, im Facharzt-Cluster 77% und im Hebammen-Cluster 98% der Befragten. Und dass die Geburt allenfalls in der Retrospektive etwas Normales sei, glaubten im Familienarzt-Cluster 65%, im Facharzt-Cluster 60%, im Hebammencluster hingegen nur 2% der Befragten (Reime et al. 2004).

Eine neuere ebenfalls kanadische Studie befragte ein breiteres Spektrum an Personen, die beruflich mit Geburten zu tun haben. Befragt wurden 549 Fachärzte, 897 Allgemeinärzte (davon 497 geburtshilflich tätige Allgemeinärzte), 545 Geburtsschwestern, 400 Hebammen und 192 Doulas (Geburtsbegleiterinnen). Neben vielen Gemeinsamkeiten zwischen diesen Gruppen fanden sich folgende Unterschiede: Die Fachärzte waren Technologien gegenüber positiv eingestellt, im Gegensatz zu Hebammen und Doulas. Allgemeinärzte und Geburtsschwestern äußerten sich neutral. Dieses Muster zeigte sich auch bei den anderen Themen: Die Fachärzte hatten von allen Befragten die am wenigsten positive Einstellung zu Hausgeburten, fanden die Rolle der Gebärenden weniger wichtig, waren Doulas gegenüber negativ eingestellt, äußerten am meisten Sorge vor den Konsequenzen der vaginalen Geburt und äußerten sich zu 89% kontra Hausgeburt. Hebammen und Doulas äußerten zu diesen Punkten gegensätzliche Meinungen, Allgemeinärzte und Geburtsschwestern nahmen jeweils mittlere Positionen ein (Klein et al. 2009). Eine neuere kanadische Studie bestätigte diese Ergebnisse in Hinblick auf Einstellungen zu Hausgeburten: Während Hebammen Hausgeburten für Niedrigrisikogeburten auch auf Basis der Evidenzbasierten Medizin als eine sichere und empfehlenswerte Option beschrieben, gaben die befragten Haus- und Spezialärzte an, Hausgeburten seien unsicherer als Klinikgeburten. Auch sie begründeten dies mit Befunden der Evidenzbasierten Medizin (Vedam et al. 2012). Eine weitere kanadische Studie zeigt, dass unterschiedliche Einstellungen von Hebammen, Haus- und Spezialärzten auch für Schwangere wahrnehmbar sind (Klein 2011). Wiederum eine andere kanadische Studie befasst sich mit den Überlegungen der einzelnen Berufsgruppen zu Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Hierbei empfanden Hebammen „unterschiedliche Philosophien“ als hauptsächliche Hürde der Zusammenarbeit, während Haus- und Spezialärzte „Verlässlichkeit und Probleme mit der Versicherung“ als Haupthürde beschrieben (Smith 2009).

Anhand einer Liste von perinatalen Maßnahmen, die das Outcome verbessern sollten, wurden 1992 in San Diego, USA die Meinungen und Praktiken von CNMs (Certified Nurse Midwives) und Fachärzten abgefragt, die alle klinisch tätig waren. 20 CNMs und 57 Fachärzte nahmen Teil. Im Gegensatz zu den Fachärzten betonten die CNMs die Wichtigkeit für die Gebärenden, soziale und psychologische Unterstützung zu bekommen. Anders als die ärztlichen Kollegen unterstützen sie alternative Geburtspositionen, lehnen die Aufforderung zum forcierten Pressen ab und haben eine kritische Haltung zu elektronischem Fetalmonitoring, zur Episiotomie (Dammschnitt) und zum aktiven Management der Plazentarperiode. Daneben haben CNMs und Fachärzte ähnliche Einstellungen zu präventiven Interventionen vor der Geburt (Fullerton et al. 1996).

Wiederum eine kanadische Studiengruppe beschäftigte sich mit der Frage, ob die Einstellungen von Ärzten gegenüber dem Dammschnitt damit zusammenhängen, wie häufig sie diese Maßnahme durchführen und/oder davon, wie das Outcome der von ihnen geleiteten Geburten ist. In der Post-hoc Analyse von Ärzten und Müttern, die an einer randomisierten Studie zur Episiotomie teilgenommen hatten, wurden 447 Frauen befragt, die präpartal als Schwangere mit niedrigem Geburtsrisiko klassifiziert worden waren, sowie die 43 Ärzte, die sie betreuten. Bei Ärzten, die angaben, „sehr ungern“ eine Episiotomie zu schneiden, blieb das Perineum ihrer Patientinnen in 23% intakt (im Gegensatz zu 11-13% bei den Ärzten, die eine Episiotomie favorisierten). Allerdings waren die Eröffnungsphasen um 2,3-3,5 Stunden länger, auch weil in dieser Gruppe weniger häufig die Wehen medikamentös stimuliert wurden. Bei den Ärzten, die eine Episiotomie favorisierten, entbanden die Frauen häufiger in Steinschnittlage, die Diagnosen „Fetaler Distress“ und „Inadäquates Perineum“ wurden häufiger gestellt, die Patientinnen hatten häufiger postpartal perineale Schmerzen und waren häufiger unzufrieden mit dem Geburtserlebnis. Die Autoren der Studie bewerten diese Ergebnisse als Beweis dafür, dass Überzeugungen der Ärzte das Patienten-Outcome beeinflussen können (Klein et al. 1995).

Mit einem kreativen Ansatz kommen Mead et al. zu einer ähnlichen Schlussfolgerung: Sie erforschten, ob die Arbeitsumgebung/ die Klinikkultur die Risikowahrnehmung von Hebammen beeinflusst. Dafür entwarfen sie verschiedene Geburtsszenarien und legten diese den Hebammen von 11 verschiedenen geburtshilflichen Einrichtungen mit der Frage vor, ob Interventionen nötig seien. Diese Einrichtungen wiederum klassifizierten sie

nach den Interventionsraten von knapp 1000 Spontangeburt in Einrichtungen mit wenigen und Einrichtungen mit vielen intrapartalen Interventionen. Erwartungsgemäß bewerteten Hebammen aus interventionsreichen Einrichtungen das intrapartale Risiko in den vorgelegten Szenarien häufiger höher ein und sahen häufiger die Notwendigkeit für eine Intervention. Die Autoren ziehen daraus den Schluss, dass sich Variationen in der intrapartalen Versorgung nicht nur mit den Charakteristika der Gebärenden, sondern auch mit dem Einfluss der Arbeitsplatz-Kultur erklären lassen (Mead und Kornbrot 2004).

In Nordirland wurden über 400 Hebammen nach ihrer Einstellung, ihren Erfahrungen und ihrem Kompetenzgefühl mit Technologien im Kreissaal befragt. Hierbei stand die Cardiotokographie im Vordergrund. Obwohl die Mehrzahl der Hebammen angab, der Technik grundsätzlich zu vertrauen, präferierten die meisten Hebammen eine Geburt ohne technische Unterstützung. Sie sorgten sich, Fehlinterpretationen zu unterliegen, hatten Angst vor Fehlern und gaben an, zu wenig in der richtigen Anwendung ausgebildet worden zu sein (Sinclair und Gardner 2001). In einer kanadischen Studie zeigte sich, zusammengefasst, dass die befragten Hebammen im Gegensatz zu den befragten ärztlichen Geburtshelfern ein routinemäßiges aktives Management der Plazentaperiode eher zugunsten eines abwartenden Verhaltens ablehnen (Tan 2008).

Eine verhältnismäßig umfangreiche Forschungsliteratur liegt zu Einstellungen gegenüber verschiedenen Geburtsmodi vor. Einige aktuellere Arbeiten sollen hier vorgestellt werden, die die Perspektive von Hebammen und Ärzten beleuchten.

2008 wurde in Modena, Italien eine Befragung zu Einstellungen bei Ärzten und Hebammen zur Sectiorate, die zu diesem Zeitpunkt im gesamten Italien über 35% betrug, durchgeführt. An dem strukturierten Interview nahmen 148 Hebammen und 100 Ärzte Teil. Die teilnehmenden Hebammen fanden zu 65% die Sectiorate zu hoch, von den teilnehmenden Ärzten teilten nur 34% diese Meinung. Zwischen weiblichen und männlichen Ärzten gab es keine Unterschiede (Monari et al. 2008). Den gleichen Trend, allerdings mit deutlich anderen Zahlen, fanden Joseffson et al. 2009 in Schweden. Sie befragten 330 Hebammen und 1280 ärztliche Geburtshelfer danach, welche Sectiorate angemessen („reasonable“) sei. Die Hebammen hielten im Mittel eine Sectiorate von 11,5% für angemessen, die Fachärzte von 13,8% (Joseffson et al. 2010). Spannend ist in diesem Zusammenhang eine norwegische Studie, in der die Sectioraten von 1969-1998 nach Berufen gruppiert

untersucht wurden: Sowohl Ärztinnen als auch Hebammen hatten eine höhere Sectiorate als Frauen aus vergleichbaren Berufen (Lehmann et al. 2007). Eine finnische Studie allerdings kommt zu einem gegenteiligen Ergebnis, hier hatten Hebammen, Krankenschwestern und Ärztinnen niedrige Sectioraten und seltenere vaginal-operative Geburten als die Vergleichsgruppen (Hemminki 2009).

Die liberalere Einstellung von Ärzten gegenüber Kaiserschnittgeburten versuchen Walker et al. aus den Sicherheitsansprüchen von Ärzten zu erklären. Sie befragten 600 Hochschwangere und 294 Fachärzte, Zuweiser, Hebammen und Medizinstudenten danach, welches Risiko für schwere kindliche Behinderungen oder fetalen Tod sie akzeptabel fänden, wenn statt eines Kaiserschnittes eine vaginale Geburt durchgeführt würde. Während das geburtshilfliche Personal ein fetales Risiko von im Mittel 13/10.000 Geburten angab, gaben Schwangere aus weniger interventionsreichen Geburtssettings (Hebammengeführte Geburten) ein akzeptables Risiko von 20/10.000 an. Die Studie folgert, es sei schwer, unter so hohen Sicherheitsansprüchen Interventionen bei Geburten zu sparen. Leider wurde hier nicht mit erhoben, inwieweit die Probanden meinten, durch Interventionen die Sicherheit von Geburten erhöhen zu können (Walker et al. 2007).

Während Walker et al. keine Subgruppen nach geburtshilflichen Professionen bildeten, stellten Turner et al. 2008 eine Studie ähnlichen Designs vor. Sie befragten 122 Nulliparae, 84 Hebammen, 166 ärztliche Geburtshelfer, 12 Urogynäkologen und 79 Kolorektal-Chirurgen, welche Risiken einer vaginalen Geburt sie maximal in Kauf nehmen würden, bevor sie sich für eine elektive Sektio entscheiden würden. Den Probanden wurden dafür 17 potentielle Risiken einer vaginalen Geburt vorgelegt. Im Ergebnis waren die befragten Frauen bereit, ein höheres Komplikationsrisiko für jede der 17 Komplikationen in Kauf zu nehmen als die Kliniker. Am wenigsten tolerant waren die Frauen gegenüber den Komplikationen (in absteigender Reihenfolge) „schwere Stuhlinkontinenz“, „Notfallsectio“, „moderate Stuhlinkontinenz“, „schwere Urininkontinenz“, „Dammriss Grad III“. Die Einschätzungen der befragten Hebammen waren denen der Frauen am nächsten, während Urogynäkologen und Kolorektal-Chirurgen deutlich geringere Komplikationsrisiken akzeptabel fanden. Sie gaben zu rund 40% an, für sich selbst oder ihre Partnerin eine Sektio zu wählen (Turner et al. 2008).

Gunnervik et al. publizierten 2008 aus der oben bereits genannten schwedischen Stichprobe aus der Befragung von 1280 ärztlichen Geburtshelfern und Gynäkologen. Die Daten zeigen, dass ältere und beruflich erfahrenere Ärzte eine positivere Einstellung zu Wunschsectiones für Frauen mit Geburtsangst hatten. Diese Ärzte bejahten eher die Aussage, eine elektive Sectio sei genauso sicher für Mutter und Kind wie eine vaginale Geburt. Die befragten männlichen Ärzte bewerteten dabei Wunschsectiones deutlich positiver als die befragten Ärztinnen (Gunnervik et al. 2008). Ebenfalls 2006 befragten Gunnervik et al. alle Hebammen in zwei Provinzen Schwedens. Keine der befragten Hebammen war der Meinung, die schwedische Sectiorate sei zu niedrig. Besonders die unter 50jährigen fanden die Sectiorate im Mittel zu hoch. Auch die Kreissaal-Hebammen werteten die Sectiorate als zu hoch - im Kontrast zu Hebammen, die vor allem Vorsorgeuntersuchungen durchführten und signifikant seltener angaben, die Sectiorate in Schweden sei höher als nötig. Vorsorgehebammen stimmten denn auch im Mittel häufiger als die anderen Hebammen zu, dass Sectiones auf Wunsch der Schwangeren durchgeführt werden sollten und dass eine Sectio die beste Wahl für eine Frau mit Geburtsangst sei (Gunnervik et al. 2010).

Eine qualitative Studie aus Schweden zeigt allerdings, dass sowohl Ärzte als auch Hebammen den Wunsch der Schwangeren nach einer nicht medizinisch indizierten „Wunschsectio“ problematisch finden. In dieser Studie werden die Gemeinsamkeiten von Ärzten und Hebammen betont. Sie beschreiben sich in einem Balanceakt zwischen Widerstand und Respekt gegenüber diesem Wunsch, verorten die „Schuld“ für den Sectiowunsch bei den Schwangeren und meinen, dass bessere Information der Schwangeren helfen könnte (Karlström 2009).

1.2.3 Hebammen in den Hebammenwissenschaften

Publikationen aus den Hebammenwissenschaften sind inhomogen. Während an einer Reihe der oben dargestellten Arbeiten Hebammen (teilweise maßgeblich) beteiligt waren, existieren auch eine Reihe von Arbeiten, die Einstellungen von Hebammen thematisieren und dafür qualitative Ansätze wählen (Davis-Floyd und Sargent 1996, Fahy 2002, James et al. 2003, Lundgren 2004, Hyde und Roche-reid 2004). Dies offenbar besonders, wenn es sich um Arbeiten handelt, die die spezifische Arbeitsweise von Hebammen

in nicht-klinischen Kontexten oder den Leidensdruck von Hebammen in klinischen Institutionen beschreiben. Diese Arbeiten vergleichen in der Regel nicht die Arbeitsweisen verschiedener Professionen sondern verstehen sich eher als Reflektionen über Spezifika des Hebammenberufes im Kontext moderner Geburtshilfe. Dabei scheint es weniger spannend, diese Arbeiten im Rahmen von Übertragbarkeit (auf Hebammen aus anderen Geburtssettings/ auf Hebammen anderer Nationen) zu lesen. Interessant scheint eher, dass diese Arbeiten Aspekte thematisieren, die von den Wissenschaftlerinnen als einerseits zentral für den Hebammenberuf, andererseits als besonders geeignet für einen qualitativen Forschungsansatz gewertet werden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen hier einige markante Studien exemplarisch dargestellt werden.

Mehrere Arbeiten beschäftigen sich mit der Intuition als wichtigem „Werkzeug“ von Hebammen. Laut der Untersuchung von Davis-Floyd mit 22 amerikanischen Hebammen ist die Intuition ein wichtiges Instrument für Handlungen und Entscheidungen bei Hausgeburten. Die Hebammen thematisieren, dass sie in ihrer Arbeit zwar stark auf ihre intuitiven Impulse vertrauen, sich aber dessen bewusst sind, dass sie damit ein kulturelles und juristisches Risiko eingehen, da sie im Zweifelsfall rationale Gründe anzugeben imstande sein müssen (Davis-Floyd und Sargent 1996). Auch für James et al. war in Gesprächen mit 54 Hebammen der Aspekt der Intuition in Zusammenhang mit Erfahrung ein zentrales Thema zur Charakterisierung des Hebammenberufes. Weitere wichtige Schwerpunkte waren, die Gebärende zu kennen und sich von ihrem Körper leiten zu lassen, die Anwaltschaft für die Gebärende und die Eigenständigkeit von hebammengeleiteten Geburtssettings (James et al. 2003).

Auch die Schwierigkeit von Klinikhebammen, innerhalb der Klinikhierarchie einerseits und innerhalb der modernen geburtshilflichen Möglichkeiten andererseits eine eigene Rolle zu finden und umzusetzen, ist Thema von wissenschaftlichen Arbeiten. Hyde und Roche-Raid führten Tiefeninterviews mit 12 irischen Klinikhebammen. Diese berichten von den Spannungen, die durch einerseits propagierte Wahlmöglichkeiten für Paare und andererseits strategische Kommunikationsformen gegenüber Gebärenden und gegenüber Mitarbeitern ausgehen. Die Hebammen sehen ihre Rolle weitgehend durch geburtshilfliche Praktiken und Protokolle der ärztlichen Geburtshelfer determiniert und beobachten, dass dies die Klienten in eine passive Rolle bringt. Dies sehen sie in Zusammenhang mit einer auf Wirtschaftlichkeit hin orientierten Geburtshilfe (Hyde und Roche-Reid 2004). Auch Fahy hat das Thema Machtausübung im klinischen Kontext der Geburt aufgegriffen. Sie

hat Geburtssituationen beobachtet und beschreibt, wie „Medizinische Macht“ unsichtbar bleibt, bis ihr Widerstand geleistet wird. Dann werde mit Warnungen, Herausforderungen und Bestrafungen reagiert. Entscheidend sei dann, dass die Hebamme die Gebärende kenne, medizinisch kompetent sei und über die Rechte der Frau genug Informationen hätte, um als ihre Anwältin aufzutreten (Fahy 2002).

1.3 Charakteristika von Lehrmedien

Um zu untersuchen, inwieweit sich berufliche Kulturen von Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern in Bezug auf Aktivität und Passivität im physiologischen Geburtsverlauf aufsuchen und differenzieren lassen, sollen für diese Arbeit relevante Lehrmedien einer Analyse unterzogen werden. Lehrmedien bilden zwar nicht die „klinische Realität“ ab, sind also kein Abbild dafür, was in welcher Häufigkeit und Intensität tatsächlich in der Praxis geschieht. Gleichwohl vermitteln Lehrmedien Leitbilder medizinischer Entscheidungsfindung und Handlung, indem sie einerseits von Praktikern verantwortet werden (Herausgeber und Autoren) und andererseits der Ausbildung von Praktikern dienen. Denn als theoretische Grundlage für Studium, Ausbildung, Prüfungsvorbereitung und meist auch als suffizientes Nachschlagewerk sind Lehrmedien sowohl für ärztliche Geburtshelfer als auch für Hebammen ein essentielles und „unausweichliches“ Informationsmittel.

Lehrmedien stellen sich dabei als einen an Inhalten orientierten Wissenspool dar, der den Rezipienten möglichst objektive Fakten präsentiert. Nicht nur innerhalb dieser vordergründigen Vermittlung von als relevant bewertetem Wissen produzieren Lehrmedien allerdings auch eine berufliche Kultur, indem sie Wissensinhalte hierarchisch anordnen (z.B. durch inhaltliche Gewichtung) und auf bestimmte Weise darstellen. Die „Beweiskraft“ der Inhalte nimmt dabei durch Wiederholung zu (McLuhan 1970 (Original 1964)). Dies wird vor allem dann deutlich, wenn man unterschiedliche Werke daraufhin untersucht und vergleicht, wie sie z.B. medizinische, psychologische oder soziologische Normalität definieren und darstellen, wo und wie Handlungsbedarfe und -intentionen konstruiert werden, inwiefern die aktuelle Forschung einbezogen oder ignoriert wird, an welchen Stellen welche Metaphern benutzt werden, welche Auslassungen festzustellen sind

usw. Diese komplexen und nicht immer offen liegenden Aspekte von Lehrmedien sind es, die hier in den Fokus der Untersuchung rücken sollen: „It may not go too far to say that the most interesting aspects of media content are not the overt messages, but the many more or less concealed and uncertain meanings that are present in media texts“ (McQuail 2002).

Die berufliche Kultur lässt sich mit Kuhn - zumindest für wissenschaftliche Fächer - auch als Ausdruck des Paradigmas beschreiben; eine Sammlung fundamentaler Theorien inklusive des sprachlichen Begriffssystems, in dem sie formuliert sind: Hintergrundannahmen, Erwartungen, Methoden, Rationalitätskriterien, Argumentationsformen, Zielvorstellungen, Ideale wissenschaftlicher Erkenntnis. Laut Kuhn seien nur relativ zu einem Paradigma gewisse Begründungen, Erklärungen etc. möglich, da es keine paradigmeneutralen Kriterien, keine „Außensicht“ gäbe, die vermittelbar wäre (Kuhn 1963, Kutschera 2000). Innerhalb dieser Argumentation lassen sich Lehrmedien als Vermittlungsorgane verstehen, die formal wie inhaltlich die Kernannahmen eines Paradigmas an die nächste Generation weitergeben.

1.3.1 Lehrmedien: Relevant und richtig

DER EINDRUCK DES FAKTISCHEN

In Lehrmedien tritt dem zu belehrenden Rezipienten ein etablierter Experte gegenüber, der, meist in Kombination mit einem Fachbuchverlag als Vermittlungs- und Kontrollinstanz, Kraft seiner Position die Relevanz und Qualität der dargestellten Informationen absichert. Damit präsentiert sich der Inhalt eines Lehrmediums zunächst als „faktisches Material“, das aufgrund seiner formalen Erscheinungsweise einen objektiven Anspruch hat, der vom Rezipienten kaum in Frage gestellt werden kann. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass es sich für medizinische Lehrmedien zunehmend etabliert, in Anlehnung an wissenschaftliche Publikationen auch die jeweilige Forschungsliteratur offen einzubeziehen und zu zitieren. Auf diese Weise wird der Eindruck des wissenschaftlich gut gesicherten Faktischen unterstützt.

Lehrmedien konkretisieren das hierarchische Verhältnis von Experte und Rezipient, das ohnehin als ein Merkmal von Fachmedien betrachtet werden kann. So äußerte sich Lyotard über die Stellung der Didaktik innerhalb der Reproduktion von Wissen: „Um abzukürzen, ihre erste Voraussetzung ist,

dass der Empfänger, der Student, nicht weiß, was der Sender weiß; tatsächlich ist dies der Grund, weshalb er etwas zu lernen hat. Ihre zweite Voraussetzung ist, dass er es lernen und ein Experte von derselben Kompetenz wie sein Lehrer werden kann. Dieser doppelte Anspruch setzt einen dritten voraus: Es gibt Aussagen, für die der Austausch von Argumenten und die Verwaltung der Beweise, die die Pragmatik der Forschung bilden, als bereits ausreichend angesehen werden, und die daher so, wie sie sind, als nicht weiter zu diskutierende Wahrheiten in der Ausbildung übermittelt werden können. Anders gesagt, man lehrt, was man weiß: So ist der Experte“ (Lyotard 1994 (Original 1979)).

Dies betrifft nicht nur die eigentlichen Inhalte als „wissenschaftliche Fakten“, sondern auch die sprachliche Umsetzung. Mit Bourdieu argumentiert, ermöglichen Lehrmedien dem Rezipienten das Inkorporieren von symbolischem Kapital. Hierzu gehört nicht nur Bildungs-Kapital, sondern auch „sprachliches Kapital“, also die sprachliche Kompetenz, die zu dem jeweiligen „Feld“, also zum entsprechenden sozialen Handlungsgebiet, gehört. Damit kann der Rezipient an demjenigen „sprachlichen Markt“ teilhaben, der den Zugang zur jeweiligen Disziplin öffnet: „Konkret ist er (der sprachliche Markt) eine - mehr oder weniger offizielle und ritualisierte - soziale Situation, ein bestimmtes Ensemble von - in der sozialen Situation mehr oder weniger hoch angesiedelten - Gesprächspartnern: dies alles Merkmale, die noch unterhalb der Schwelle des Bewusstseins wahrgenommen und bewertet werden und unbewusst die sprachliche Produktion lenken.“ Hinzu kommt, dass das Erwerben symbolischen Kapitals laut Bourdieu in der Lesart Flaigs nur dann zu leisten sei, wenn diese Tätigkeit vom „Glauben“ gedeckt sei: „Um zu investieren, muss man glauben. Man muss an den Sinn des Spiels glauben, an den Sinn des Erfolgs auf einem bestimmten Feld“ (Bourdieu 1993, Bourdieu 1998, Flaig 2000).

Somit entfalten Lehrmedien doppelte Autorität: Zum einen als Medium, durch das der Experte seine fachliche „Wahrheit“ an Unwissende übermittelt. Und zum anderen als (Lehr-) Beispiel für die Art und Weise, wie innerhalb der dargestellten Disziplin Expertise versprachlicht, verbildlicht, metaphorisiert wird. Dabei kommt dem Lehrmedium der Glaube des Rezipienten entgegen, dass sich die Investition - also die physische und intellektuelle Aneignung der Lehrinhalte - lohnt.

Allerdings sind die Hierarchisierung des Verhältnisses zwischen Autoren/ Herausgebern und Rezipienten sowie der Gebrauch wissenschaftlicher Argumentationsstrukturen nicht der einzige Grund dafür, dass Lehrbücher bedeutende Übermittler der beruflichen Kultur sind. Ein anderer, nicht zu

vernachlässigender Aspekt betrifft weniger die Überzeugungskraft, als vielmehr die Verbreitung eines Lehrmediums. Es versteht sich von selbst, dass ein weit verbreitetes Lehrmedium die berufliche Kultur stärker zu prägen imstande ist. Die Verbreitung, und auch die tatsächliche Wirksamkeit, hängt also von Selektionsprozessen ab.

Lehrmedien stellen, wie andere Medien auch, ein Medium dar, über das Kommunikatoren (also Autoren, Herausgeber, Verlage, Fachgesellschaften etc.) in Kontakt mit Rezipienten treten. Bestimmte Selektionsmechanismen auf Seiten der Kommunikatoren (Behandelte Themen, ausgewählte Autoren etc.) und Selektionsmechanismen der Rezipienten (Soll ein Medium genutzt werden? Welches Medium? Welches konkrete Produkt? Welche Informationen nehme ich wahr? Welche integriere ich in Erinnerung, Handlung etc.?) bestimmen über den konkreten Informationstransfer (Suckfüll 2004).

Die Selektionsmechanismen auf Seiten der Kommunikatoren führen dazu, dass Lehrmedien ein Konglomerat aus Informationen sind, die zunächst inhaltlich von einem Autor und/oder Herausgeber verantwortet werden, meist redaktionell überarbeitet sind und im laufenden Forschungsbetrieb regelmäßig von einem der Beteiligten aktualisiert werden. Dabei werden sie den vermeintlichen oder tatsächlichen Bedürfnissen der Rezipienten angepasst, die wiederum zumeist von einer Marktforschungseinrichtung eingeschätzt werden. Dieser Prozess führt notwendigerweise dazu, dass besonders streitbare Inhalte oder Umsetzungen abgeschliffen werden, um die Marktgängigkeit des Lehrmediums zu gewährleisten. Auf diese Weise können Rezipienten relativ sicher sein, dass das ihnen vermittelte Wissen tatsächlich im Sinne der beruflichen Leitbilder konform ist, also einerseits „relevant“ und andererseits „richtig“.

LEHRMEDIEN ALS VERSTÄRKER VON PROFESSIONELLEN LEITBILDERN

Um erfolgreich zu sein, muss ein Lehrmedium die wesentlichen Leitbilder des entsprechenden Fachgebietes thematisieren und die dargestellten Inhalte im Sinne der maßgeblichen Institutionen dieses Fachgebietes aufbereiten. Ein Lehrbuch der ärztlichen Geburtshilfe etwa, das deutlich strengere

Anforderungen an die Indikation einer operativen Geburtsbeendigung stellt als die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, hätte sich damit gegenüber dem Fachpublikum als fehlerhaft, vielleicht sogar als gefährlich diskreditiert.

Dies betrifft letztlich sämtliche Darstellungen von Entscheidungsprozessen und Handlungsanweisungen, zu denen es in der entsprechenden Fachöffentlichkeit einen gewissen Konsens, ein Leitbild, gibt. Ohne diesen Konsens aufzugreifen und zu teilen hat ein Lehrmedium nur eine kleine Chance, von einer breiten Fachöffentlichkeit wahrgenommen, als Lehrmedium empfohlen zu werden und schließlich Folgeauflagen zu erleben. Oder, wie es Lyotard für Teilnehmer wissenschaftlicher Diskurse und Didaktik formuliert, „Die Wahrheit der Aussage und die Kompetenz des Aussagenden sind also der Billigung durch die Gemeinschaft der an Kompetenz Gleichen unterworfen. Man muss also Gleiche ausbilden. Die Didaktik sichert diese Reproduktion“ (Lyotard 1994 (Original 1979)).

Je konkreter der Konsens über das Relevante und das Richtige ist, desto höher sind die Anforderungen an die Passgenauigkeit des Lehrmediums. Inhalte, die neu oder bisher nur unscharf in der Fachöffentlichkeit behandelt wurden, lassen mehr Freiraum für individuelle Darstellungen: Hier sind die Leitbilder noch im Umbruch oder erst ungenau gezeichnet.

Ein Beispiel aus der Geburtshilfe ist die Behandlung der Psychosomatik in den gängigen Lehrbüchern. Weder die Einordnung eines entsprechenden Kapitels in ein Werk ist bisher einheitlich: in manchen Werken nicht vorhanden (vgl. Dudenhausen und Pschyrembel 2001), in anderen als eines der ersten Kapitel (vgl. Stauber und Weyerstahl 2005) oder als eines der letzten Kapitel weit hinten eingeordnet (vgl. Schneider et al. 2006); noch ist der Inhalt bisher kanonisiert. Dies gilt für parallel käufliche Werke aber auch für einzelne Auflagen desselben Werkes, vgl. z.B. 2., 3. und 4. Auflage des letztgenannten Werkes.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Lehrmedien aufgrund komplexer Mechanismen Autorität entfalten und damit Leitbilder an die Rezipienten weitergeben. Sie sind damit an der Reproduktion beruflicher Leitbilder beteiligt, besonders, wenn ihre Rezeption für die Rezipienten geradezu zwingend ist. Gleichzeitig repräsentieren Lehrmedien die bestehenden Leitbilder, indem sie das thematisieren, was von der entsprechenden Fachöffentlichkeit als relevant und richtig eingestuft wird.

Diese zwei Mechanismen - die Reproduktion und die Repräsentanz beruflicher Leitbilder durch Lehrmedien - verstärken insbesondere diejenigen Leitbilder, die auf einem breit gefassten und weit ausformulierten Konsens innerhalb des maßgeblichen sozialen Handlungskontextes der entsprechenden Disziplin beruhen.

1.4 Hypothesen und Fragestellung

Im Zentrum der geburtshilflichen Berufsausübung stehen zwei Berufsgruppen, die Hebammen/Entbindungspfleger und die ärztlichen Geburtshelfer/innen. Diese beiden Berufe unterscheiden sich essentiell in Ausbildung, Bedingungen der Berufsausübung und formal gefassten Entscheidungskompetenzen. Dies - so die Arbeitshypothese der vorliegenden Arbeit - hat Auswirkungen auf die Berufsausübung:

Hypothese 1: Ärzt/innen und Hebammen folgen unterschiedlichen Rollenmodellen und Sichtweisen auf die Gebärende.

Im Zentrum der Betrachtung sollen dabei diejenigen Auswirkungen dieser unterschiedlichen Rollenmodelle stehen, die Konsequenzen für die Gebärende und damit möglicherweise für den Geburtsverlauf haben. Als ein grundlegender Aspekt der beruflichen „Kultur“ wird hier der Umgang mit Aktivität und Passivität bei der Geburt beleuchtet:

Hypothese 2: Die berufsbedingten Rollenmodelle von Ärzt/innen bzw. Hebammen bestimmen auch den Umgang mit Aktivität und Passivität.

Dabei wird angenommen, dass der Umgang mit Aktivität und Passivität in vielfältigen Dimensionen in den unterschiedlichen Berufskulturen prägend ist. Diese Kulturen und ihre Inhalte können als „Leitbilder“ bezeichnet werden und lassen sich insbesondere in den für die jeweilige Kultur spezifischen Fachmedien auffinden:

Hypothese 3: Die Fachliteratur produziert und reproduziert die „Leitbilder“ dieser Personengruppen.

Aus diesem Grund sollen Lehrmedien im Sinne der Fragestellung analysiert werden, da angenommen werden kann, dass hier die „Trennschärfe“ der unterschiedlichen beruflichen Kulturen besonders sichtbar wird.

2 Material und Methoden

Als Gegenstand der Untersuchung wurden Lehrmedien gewählt, die sich einerseits an ärztliche Geburtshelfer, andererseits an Hebammen-schülerinnen/Entbindungspfleger richten. Im ersten Schritt wurden die zu analysierenden Medien in einem mehrstufigen Verfahren (Medienwirkungsanalyse) identifiziert. Dieses Verfahren inklusive der entsprechenden Ergebnisse wird in diesem Kapitel näher beschrieben. Denn es handelt sich dabei um Verfahren und Ergebnisse zur Identifikation des „Materials“, das dann Gegenstand der eigentlichen Untersuchung (Medieninhaltsanalyse) ist.

2.1 Material: Ermittlung der Medienwirkung von Lehrmedien der Geburtshilfe

Die Medienwirkungsforschung befasst sich mit der Frage, in welchem Umfang Medien einerseits verbreitet sind und unter welchen Umständen und wie sie andererseits rezipiert werden. Dabei konzentriert sich die medienwissenschaftliche Literatur in erster Linie auf die Verbreitung von Massenmedien (Printmedien, Hörfunk, TV usw.) (Jäckel 2008, Heinz 2004, Bonfadelli 1999, Bonfadelli 2001). Um die Medienwirkung von Lehrmedien eines überschaubaren Fachgebietes zu ermitteln, eignen sich diese Instrumente daher kaum.

Die Verbreitung von Medien hängt naturgemäß damit zusammen, in welcher Auflage sie hergestellt werden und in welchem Umfang diese Auflage dann tatsächlich verkauft oder anderweitig verbreitet (im Internet frei verfügbare

Medien beispielsweise heruntergeladen) werden. Bei Medien, die besonders kostenintensiv sind und keinen Kopierschutz aufweisen, sind zusätzlich eventuell nicht autorisierte Kopien im Umlauf.

Die tatsächliche Rezeption von erworbenen Medien lässt sich weniger konkret erfassen. Wie weiter oben ausgeführt, kann man jedoch gerade bei Lehrmedien im medizinischen Bereich davon ausgehen, dass erworbene Medien dann auch genutzt werden, außer, sie werden als irrelevant oder fehlerhaft erkannt. Die tatsächliche Rezeption von Lehrmedien hat allerdings noch die Besonderheit, dass üblicherweise Empfehlungen von Personen ausgesprochen werden, die als Lehr- und Prüfungspersonal auftreten. Empfiehlt eine potentielle Prüfungsperson ein Lehrmedium, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass dieses Lehrmedium nicht nur erworben, sondern auch rezipiert wird.

Diese Überlegungen haben für die vorliegende Arbeit zu einem zweistufigen Konzept geführt, mit der die Medienwirkung der verfügbaren Lehrmedien zum Thema „Geburtshilfe“ bewertet wurde. Dabei wurde nicht nur die physische Verbreitung der in Frage stehenden Medien einbezogen, sondern auch eine Einschätzung der rezipientenbezogenen Relevanz, wie sie durch die mehr oder weniger dringliche Empfehlung durch Lehr- und Prüfungspersonal angenommen werden kann.

So wurde zunächst eine Umfrage bei Lehrenden der ärztlichen Geburtshilfe und Lehrenden der Hebammenkunde durchgeführt, in der von diesen Personen priorisierte Lehrmedien erhoben wurden. Erst im zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse mit Verkaufszahlen korreliert.

2.1.1 Umfrage bei Lehrenden der Geburtshilfe

Ziel der Befragung war es, zu erheben, welche Lehrmedien von Lehrenden der ärztlichen Geburtshilfe und der Hebammenkunde im deutschen Ausbildungs-Setting vornehmlich für das Selbststudium empfohlen werden. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, der an die entsprechenden Empfänger versandt wurde. Aus dem gesamten Vorgang war für die Empfänger nicht ersichtlich, dass es in der weiterführenden Analyse um vermittelte Leitbilder der genannten Lehrmedien gehen würde.

INHALT DES FRAGEBOGENS

Der Fragebogen (Original siehe Anhang) ist in zwei Abschnitte unterteilt. Während der erste Abschnitt in zwei Versionen versandt wurde, ist der zweite Teil sprachlich an die jeweilige Berufsgruppe (Ärzte/ Hebammen) bzw. die jeweiligen Auszubildenden angepasst. Im ersten Teil werden demographische Daten sowie Angaben zur beruflichen Laufbahn der Befragten erhoben. Die Fragebögen für die Dozent/innen der ärztlichen Geburtshilfe unterscheiden sich von den Fragebögen für Hebammenlehrerinnen, da sie jeweils an die spezifischen Ausbildungspfade und Tätigkeitsbereiche sowie, daraus folgend, persönliche Erfahrungsfelder gerichtet sind. Dies erschien wichtig, um bestimmte Ergebnisse zu kontrollieren. Zum Beispiel wäre es theoretisch denkbar, dass Lehrende mit wenig Lehrerfahrung oder wenig klinischer Erfahrung andere Lehrmedien empfehlen, als entsprechend erfahrenere Lehrende.

Der zweite Teil des Fragebogens zielt darauf, empfohlene Lehrmedien unter bestimmten Aspekten zu ermitteln. Zunächst wird in einer offenen Fragestellung nach Lehrmedien gefragt, die die Befragten ihrem Lehrpublikum zur Information über die wichtigsten Kompetenzen empfehlen (s.u.). Fünf nummerierte Leerzeilen stehen zur Beantwortung zur Verfügung. Es folgt die Bitte, aus dieser Liste dasjenige Werk anzugeben, das die persönliche Meinung zum Thema „Geburt“ besonders gut darstellt und diese Wahl mit einer kurzen Erläuterung zu begründen.

Von dieser Frage konnte erwartet werden, dass sie andere Lehrmedien priorisiert als die Frage zuvor. Abschließend wurde danach gefragt, welche Medien (nicht mehr: Lehrmedien) von dem Befragten selbst zur Information herangezogen werden. Dies interessierte besonders in Hinblick darauf, welche der zuvor thematisierten Medien auch noch für Lehrende interessante Informationen enthalten können, wie sich die Informationsquellen also eventuell mit zunehmender Professionalisierung verschieben oder gleich bleiben.

UNTERSUCHUNGSSTICHPROBE

Die Ausbildung der zwei geburtshilflichen Professionen - also ärztlicher Geburtshelfer und Hebammen - ist im deutschsprachigen Raum institutionalisiert:

Ärztliche Geburtshelfer werden zunächst an Universitäten zu praktischen Ärzten ausgebildet und spezialisieren sich dann im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung zu Fachärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe, optional ist zusätzlich die „Fachkunde Geburtsmedizin“ zu erwerben. Während an Universitäten die Lehre von Personen mit einer Lehrqualifikation verantwortet wird, die den akademischen Grad „Privatdozent“ oder „Professor“ erreicht haben, ist die Facharzt-Weiterbildung an eine Weiterbildungsbefugnis gebunden, die in der Regel von der Leitung der weiterbildenden Einrichtung gehalten wird. An Universitätskliniken sind dies wiederum ganz überwiegend Inhaber eines Professoren-Titels, was an anderen Ausbildungsstätten nicht unbedingt der Fall ist.

Aufgrund dieses Ausbildungspfades erscheint es konsequent, Universitätsangehörigen mit Lehrbefugnis den Fragebogen vorzulegen. Eine Internetrecherche auf den Websites sämtlicher medizinischer Fakultäten in Deutschland ermöglichte zunächst eine Übersicht über alle Privatdozenten und Professoren, die an gynäkologisch-geburtshilflichen oder geburtshilflichen Abteilungen angestellt sind. Sofern dies ersichtlich war, wurden diejenigen Personen als Empfänger des Fragebogens bestimmt, die erkennbar im geburtshilflichen Bereich tätig sind bzw. hier ihren klinischen, wissenschaftlichen und/oder Lehrschwerpunkt haben. Wo dies aufgrund unklarer Informationen nicht gelang, wurde eine telefonische Anfrage im Instituts- oder Chefsekretariat durchgeführt. Die so ermittelten Personen und ihre Kontaktdaten wurden für den Versand des Fragebogens notiert.

Hebammen werden in Deutschland in Hebammenschulen ausgebildet, die häufig, aber nicht notwendigerweise, an universitäre Einrichtungen gekoppelt sind. Die dreijährige Ausbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Nach dem Erhalt der Anerkennung zur Hebamme können Hebammen direkt in ein Angestellten-verhältnis treten oder freiberuflich tätig werden. An Hebammenschulen wird der Unterricht in erster Linie von „Lehrerinnen für Hebammenwesen“ bzw. „Lehrhebammen“ durchgeführt. Dies sind Hebammen, die in der Regel über eine mindestens 2 - 3jährige

Berufserfahrung verfügen und eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben. Dies kann an von der Landesgesundheitsbehörde anerkannten Weiterbildungsstätten erfolgen oder im Rahmen eines Studienganges (z.B. Pflegepädagogik). In der DDR gab es außerdem die Möglichkeit, berufsbegleitend ein Studium zur Diplom-Medizinpädagogin zu absolvieren.

Über eine Internet-Recherche konnten sämtliche Hebammenschulen Deutschlands ausfindig gemacht werden. Die jeweiligen Leiterinnen der Hebammenschulen, sofern es sich dabei um Lehrhebammen handelte, bzw. die leitenden Lehrhebammen wurden im Rahmen dieser Recherche oder mittels telefonischer Anfragen ermittelt und zusammen mit den entsprechenden Kontaktdaten für den Versand des Fragebogens notiert. Sämtliche Empfänger bekamen von Juni bis Juli 2006 einen Fragebogen zusammen mit einem Anschreiben und der Bitte um Beantwortung zugestellt. Von August bis September 2006 wurden die Empfänger, soweit möglich, noch einmal persönlich telefonisch um die Rücksendung des Fragebogens gebeten.

2.1.2 Medienwirkungsanalyse 1: Fragebogen

RÜCKLAUFQUOTEN

Insgesamt wurden 52 Fragebögen zur Erhebung der empfohlenen und selbst benutzten Lehr- und Fachmedien an Dozentinnen und Dozenten der ärztlichen Geburtshilfe verschickt. Von den Empfängerinnen und Empfängern - die zum Zeitpunkt der Medienwirkungsanalyse den akademischen Grad „Privatdozent“ oder „Professor“ innehatten, beantworteten 18 Personen den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 34,6% entspricht. Von diesen 18 beantworteten Fragebögen waren 15 im Sinne der Medienwirkungsanalyse auswertbar, allgemeine Daten konnten von 17 Fragebögen komplett, von 18 Fragebögen teilweise ausgewertet werden.

45 Fragebögen wurden an Hebammenlehrerinnen, die in der Regel zum Analyse-Zeitpunkt den Status von Hebammenschulleiterinnen innehatten, versandt. 27 Fragebögen wurden beantwortet und zurück gesandt, was einer Rücklaufquote von 60 % entspricht. Diese 27 Fragebögen waren durchgängig auswertbar.

ALLGEMEINE DATEN

Von den ärztlichen Lehrpersonen, die den Fragebogen beantworteten, waren 17 männlich, eine weiblich. Das Lebensalter rangiert zwischen 33 und 62 Jahren, mit einem Mittelwert bei 46,5 Jahren bei einer Standardabweichung von 10,2 Jahren. Im Mittel verfügen die Dozentinnen und Dozenten über 21,4 (SD 9,1 Range 7-37) Jahre Berufserfahrung in der Geburtshilfe und unterrichten das Fach „Geburtshilfe“ seit 16,5 (SD 9,62 Range 1,5-29) Jahren. Auf die offen formulierte Frage, welche Personengruppen die Dozentinnen und Dozenten unterrichten, gaben alle an, Studierende der Medizin zu unterrichten, 17 gaben an, Assistenzärztinnen und -Ärzte zu unterrichten, 8 gaben an, auch Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu unterrichten. In keinem Fragebogen wird Hebammen-Unterricht genannt. In 5 Fragebögen kamen unleserliche Antworten vor.

Sämtliche Personen, die den Fragebogen für Hebammenlehrer/Innen ausfüllten, gaben ein weibliches Geschlecht an. Das Lebensalter rangiert zwischen 37 und 63 Jahren, im Mittel haben die Hebammenlehrerinnen ein Lebensalter von 47,5 (SD 7,6) Jahren. Im Mittel sind sie seit 25,6 (SD 7,53 Range 10-42) Jahren in der Geburtshilfe tätig. Sie unterrichten im Mittel seit 15,6 (SD 7,56 Range 3-31) Jahren Hebammenschülerinnen. 51,9%(n=14) von ihnen betreuen Geburten gemeinsam mit Schülerinnen, also in der Funktion als Lehrhebamme. 18,5% (n=5) betreuen Geburten im Rahmen von Examina. 7,4% (n=3) betreuen keine Geburten, während 7,4% (n=2) neben ihrer Tätigkeit als Hebammenlehrerin auch im Kreißaal Geburten betreuen. 7,4% (n=2) haben keine persönlichen Angaben gemacht, nicht lesbar war eine Antwort.

LEHRMEDIEN, DIE VON DEN BEFRAGTEN EMPFOHLEN WERDEN

Die Lehrbuch-Empfehlungen wurden per Hand ausgewertet. Für die Auswertung wurden Antworten auf die Fragen herangezogen, welche Lehrmedien Schlüsselkompetenzen des Faches „Geburtshilfe“ besonders gut vermitteln, welche dieser Lehrmedien die eigene Einstellung zu „Geburt“ repräsentieren, und welche Medien zur eigenen Information herangezogen werden (s. Kap. 3.2.1). In der Auswertung wurde auch die Reihenfolge der genannten Werke berücksichtigt.

Bei den Dozentinnen und Dozenten der ärztlichen Geburtshilfe wurde das Werk Schneider, Husslein, Schneider. Die Geburtshilfe. Springer, 2006 (Schneider et al. 2006) mit 16 Nennungen am häufigsten genannt. 5 Personen nannten dieses Buch an erster Stelle, wenn nach der Vermittlung von Schlüsselkompetenzen gefragt war, bei dieser Frage wurde es insgesamt von 8 Personen als empfehlenswert genannt. Für insgesamt 4 Personen repräsentiert dieses Buch die eigene Einstellung zu „Geburt“ besonders gut, für 3 Personen steht es hier an erster Stelle. Insgesamt vier Dozent/innen benutzen es auch zur eigenen Information.

Mit 13 Nennungen ist das Werk Dudenhausen, Pschyrembel. Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen. De Gruyter, 2001 (Dudenhausen und Pschyrembel 2001) unter Lehrenden der ärztlichen Geburtshilfe ebenfalls beliebt. 7 der befragten Personen nennen es, wenn es um die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen geht, 5 davon an erster Stelle. Die eigene Einstellung zu „Geburt“ sehen 5 Personen gut repräsentiert, 4 davon nennen es hier an erster Stelle. Hingegen wird es nur einmal als Quelle für eigene Information genannt.

Mit insgesamt 9 Nennungen wird das Werk Pfeleiderer, Breckwoldt, Martius. Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme, 2001 (Pfeleiderer et al. 2001) gewählt. Insgesamt 5 der befragten Dozentinnen und Dozenten ist der Meinung, dieses Buch vermittele gut die nötigen Schlüsselkompetenzen, 2 von ihnen nennen es hier an erster Stelle. 3 dieser Personen sehen die eigene Einstellung zu „Geburt“ gut repräsentiert, 2 von ihnen nennen es dabei an erster Stelle. Eine Person gibt an, dieses Buch auch zur eigenen Information zu nutzen.

Mit 8 Nennungen liegt das Werk Kainer (Hrsg.) Facharzt Geburtsmedizin. Elsevier Urban und Fischer, 2005 (Kainer 2005) knapp dahinter. 4 Dozent/innen finden, es vermittele gut die nötigen Schlüsselkompetenzen, eine/r davon nennt dieses Buch an erster Stelle. 2 Personen sehen ihre Meinung zu „Geburt“ gut repräsentiert und nennen es hier an erster Stelle. Zwei Teilnehmer/innen benutzen es auch zur eigenen Information.

Insgesamt 6 Nennungen erhält das Werk Stauber, Weyerstahl. Gynäkologie und Geburtshilfe (Duale Reihe). Thieme, 2005 (Stauber und Weyerstahl 2005). 3 Teilnehmer/innen finden es empfehlenswert, wenn es um die Vermittlung von Schlüsselkompetenzen geht, an erster Stelle werden allerdings stets andere Bücher genannt. Zwei Personen finden ihre eigene

Einstellung zu „Geburt“ repräsentiert, nennen dieses Buch allerdings auch hier nicht an erster Stelle. Eine Person benutzt es auch zur eigenen Information.

25 Nennungen verteilen sich auf insgesamt 16 weitere Lehrbücher, die hier nicht im einzelnen aufgeführt werden. In erster Linie zur Selbstinformation werden auch eine Reihe englischsprachiger Lehrbücher aufgeführt, elektronische Lehrmedien spielen für die Dozentinnen und Dozenten mit insgesamt 5 Nennungen, die sich auf 3 einzelne Medien beziehen, kaum eine Rolle. Fachzeitschriften werden ganz überwiegend nur zur eigenen Information genannt, ebenso verhält es sich mit Online-Ressourcen.

Die Auswertung der Fragebögen, die von Hebammenlehrerinnen beantwortet wurden, zeigt eine deutliche Konzentration auf zwei Lehrbücher. Darüber hinaus wird deutlich, dass werdende Hebammen durchaus auch Lehrbücher empfohlen bekommen, die sich eigentlich in erster Linie an ärztliche Geburtshelfer richten:

Das Buch Geist, Harder, Stiefel. Hebammenkunde. Hippokrates, 2005 (Geist et al. 2005) ist mit 41 Nennungen deutlich favorisiert. 16 Hebammenlehrerinnen nennen es an erster Stelle, wenn es um die Vermittlung nötiger Schlüsselkompetenzen gehen, eine erst an zweiter Stelle. Die eigene Einstellung zu „Geburt“ finden insgesamt 14 Personen wieder, 11 davon nennen hier das Werk an erster Stelle. Insgesamt 10 Personen nutzen das Buch auch zur eigenen Information, 7 von ihnen haben es hier an erster Stelle aufgeführt.

Mit 26 Nennungen rangiert Mändle, Opitz-Kreuter. Das Hebammenbuch. Schattauer, 2007 (Mändle und Opitz-Kreuter 2007) deutlich an zweiter Stelle, erreicht dabei aber ebenfalls hohe Werte. 14 Hebammenlehrerinnen finden, es könne die nötigen Schlüsselkompetenzen gut vermitteln, 1 Person nennt es an erster Stelle, 9 an zweiter Stelle (zumeist hinter dem vorgenannten Werk). Die eigene Einstellung zu „Geburt“ finden insgesamt 7 Hebammenlehrerinnen repräsentiert, eine davon nennt das Werk an erster Stelle. Zur eigenen Information nutzen es 6 Personen, eine davon listet das Buch an erster Stelle.

Andere Lehrbücher der Hebammenkunde schneiden mit max. 6 Nennungen auf den hinteren Plätzen deutlich schlechter ab.

Hebammenlehrerinnen geben an, auch Lehrbücher zu empfehlen, die sich primär an ärztliche Geburtshelfer richten. Das Buch Schneider, Husslein, Schneider. Die Geburtshilfe. Springer, 2006 (Schneider 2006) erhielt insgesamt 11 Nennungen. 4 Hebammenlehrerinnen empfehlen es zur Vermittlung der nötigen Schlüsselkompetenzen, listen es allerdings auf Platz 3 (n=1) bzw. weiter hinten. Die eigene Einstellung zu „Geburt“ sehen 2 Hebammenlehrerinnen gut repräsentiert, eine davon sieht es hier vor allen anderen Werken auf Platz 1. Zur eigenen Information benutzen es 5 Personen, eine davon nennt das Buch hier an erster Stelle, die anderen auf den Plätzen 4 oder 5.

Auch das Buch Dudenhausen, Pschyrembel. Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen. De Gruyter, 2001 (Dudenhausen und Pschyrembel 2001) wird offenbar von Hebammen gelesen und empfohlen. Es erhält bei den Hebammenlehrerinnen 10 Nennungen. 5 Hebammenlehrerinnen empfehlen es ihren Schülerinnen, zur Erlangung der nötigen Schlüsselkompetenzen - eine Person listet es hier an erster Stelle. Die eigene Einstellung zu „Geburt“ sehen 3 Personen repräsentiert, eine davon listet es auch hier ganz vorne. Zur eigenen Information benutzen es 2 Hebammenlehrerinnen, diese listen das Buch auf den Plätzen 3 und 4.

Englische Lehrbücher werden nur spärlich genannt. Elektronische Medien werden von Hebammenlehrerinnen kaum empfohlen (eine gewisse Ausnahme stellt der Film von Karin Berghammer dar, Gebären und geboren werden, der immerhin 4 Nennungen erhält, 2 davon an erster Stelle, wenn es um die Repräsentanz der eigenen Einstellung zu „Geburt“ geht). Fachzeitschriften werden von den Hebammenlehrerinnen fast ausschließlich zur eigenen Information herangezogen. Online-Ressourcen wurden kaum genannt. Einige Medien wurden unspezifisch angegeben (z.B. „Alle relevanten Datenbanken“) oder ließen sich aufgrund z.B. unvollständiger Angaben nicht auffinden.

2.1.3 Medienwirkungsanalyse 2: Verkaufszahlen

Nach der oben geschilderten Befragung war deutlich, dass Lehrbücher gegenüber anderen Lehrmedien zumindest von Seiten der Lehrenden überwältigend im Vordergrund stehen. Daraus kann geschlossen werden, dass sowohl für die ärztliche, als auch für die Hebammen- Geburtshilfe die Rezeption von Lehrbüchern für ein erfolgreiches Absolvieren der Ausbildung essentiell ist. Dies reduzierte den zweiten Schritt der Medienwirkungsanalyse auf die Recherche von Auflagen- und/oder Verkaufszahlen; Instrumente zur Quantifizierung von Software bzw. Internetanwendungen mussten nicht herangezogen werden.

Wiederholte Versuche, Auflagenkennzahlen der entsprechenden Lehrbücher bei den publizierenden Verlagen zu recherchieren, scheiterten daran, dass diese Daten als betriebswirtschaftliches Geheimnis gelten und nicht für Forschungsarbeiten weitergegeben werden. Eine Anfrage bei dem Marktforschungsinstitut Media Control, das sämtliche Verkaufszahlen von Printmedien und Büchern erhebt, wie sie von den üblicherweise eingesetzten Bar-Code-Scannern erfasst werden, wäre zu kostspielig gewesen. Eine kostenlose Auskunft wurde leider nicht zur Verfügung gestellt. Schließlich gelang es, die Verkaufsindices der in Frage stehenden Gynäkologie- und Geburtshilfe sowie Hebammen- Lehrbücher der umsatzstärksten deutschen medizinischen Fachbuchhandlung in Erfahrung zu bringen. Lehmanns Fachbuchhandlung erreicht mit rund 30 Buchhandlungen in 22 Universitätsstädten (Stand Juli 2006) und einem umfangreichen Internet-Portal nach eigener Auskunft ca. 70% aller Medizinstudenten und gilt im Fachgebiet Medizin als klarer Marktführer in Deutschland. Es kann angenommen werden, dass dies auch für Hebammen gilt.

Die Listung als Verkaufsindex ist relational, absolute Verkaufszahlen lassen sich daraus nicht ableiten. Bei diesem Verfahren wird aus einer Reihe abgefragter Lehrbücher das am häufigsten verkaufte Werk ermittelt und die entsprechende absolute Verkaufszahl wird als 100% definiert. Der Verkaufsindex der anderen Bücher stellt dann jeweils einen bestimmten Anteil des als 100% definierten Wertes dar. Auf diese Weise wird ersichtlich, wie viel häufiger ein Werk im Gegensatz zu einem anderen verkauft wird.

2.1.4. Ergebnisse: Abgleich der ermittelten Werke mit Verkaufszahlen

Von allen Büchern, die in der Fragebogenbefragung häufiger als ein einziges Mal genannt wurden, konnten die Verkaufszahlen der überregionalen medizinischen Fachbuchhandlung „Lehmanns“ erfragt werden.

Freundlicherweise wurden die Verkaufsindices - zum einen der Werke aus der Befragung der Dozent/innen, zum anderen der Hebammenlehrerinnen - für die Auswahl der als relevant geltenden Lehrmedien zur Verfügung gestellt. Diese Daten lassen keine Rückschlüsse auf absolute Verkaufszahlen der Werke zu, da sie nur die Verkaufsrelationen angefragter Bücher abbildet. Die Verkaufsindices zu beiden Anfragen liegen der Verfasserin vor, gelten jedoch als vertraulich und können hier nicht veröffentlicht werden.

Für die ärztlichen Lehrbücher zeigte sich, dass zum einen Bücher dann einen höheren Absatz erreichen, wenn sie neben dem Thema „Geburtshilfe“ auch das Thema „Gynäkologie“ beinhalten. Zum anderen zeigt sich, dass die von Dozent/innen priorisierten Bücher, die das Thema „Geburtshilfe“ eher auf Facharzt-Niveau behandeln, nicht häufiger verkauft werden als seltener genannte Bücher dieser Kategorie. Ein Titel, der in der Befragung eher seltener genannt wurde, erwies sich als Spitzenkandidat unter den verkauften Exemplaren: Offenbar ein Buch, das von Studierenden häufig gekauft, von den Lehrenden aber eher zurückhaltend empfohlen wird.

Bei den Hebammen-Lehrbüchern wurde deutlich, dass die zwei Werke, die von Hebammenlehrerinnen ganz überwiegend genannt wurden, auch am häufigsten gekauft werden. Diese werden insgesamt seltener gekauft, als die mit abgefragten, primär an Ärzt/innen gerichteten Bücher. Dies war zu erwarten, da die Anzahl der Medizinstudent/innen deutlich höher ist als die Anzahl der Hebammenschülerinnen und „Lehmanns“ aus nahe liegenden Gründen nicht erhebt, wer welche Bücher kauft.

Der Vergleich der Ergebnisse der Fragebogenaktion mit den Verkaufszahlen ermöglichte eine klare Auswahl derjenigen Werke, die als maßgeblich für

aktuelle Leitbilder gelten können: Zum einen Werke, die von Lehrenden priorisiert und gleichzeitig gut verkauft werden. Und andererseits Werke, die von Lehrenden einigermaßen häufig empfohlen werden und die gleichzeitig Spitzenpositionen im Verkauf erreichen. Auf diese Weise konnte eine Liste mit Büchern erstellt werden, die für die weitere Inhaltsanalyse ausgewählt wurden. Diese Bücher werden im Folgenden charakterisiert.

2.1.5 Charakteristika der als Leitbildgebend ausgewählten Werke

Die nach den oben genannten Kriterien ausgewählten Werke sollen im Folgenden kurz in ihren Eckdaten vorgestellt werden. Detailliertere Informationen finden sich dann in den weiteren Darstellungen. Die Reihenfolge der vorgestellten Werke ist nicht als Wertung zu verstehen, sie resultiert aus den Angaben der Befragung sowie aus der - ebenfalls nicht als Wertung gemeinten - Hintereinanderreihung von ärztlichen Lehrbüchern und Hebammenlehrbüchern.

SCHNEIDER, HUSSLEIN, SCHNEIDER. DIE
GEBURTSHILFE, 3. AUFLAGE SPRINGER 2006

Bei diesem - von den Lehrenden der Geburtshilfe am häufigsten empfohlenen Werk - handelt es sich um ein umfangreiches Lehrbuch, das auf 1090 Seiten (Lehrbuchteil) in 7 übergeordneten Kapiteln detailliert die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen der Geburtshilfe verhandelt. Dieses verhältnismäßig hochpreisige Buch richtet sich damit eher an Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte. Vielfältige Abbildungen und ausführliche Quellenangaben ergänzen die von verschiedenen Autoren verfassten Kapitel.

Das Layout ist zweispaltig, durchschnittlich 55 Zeilen von im Durchschnitt 61 Zeichen füllen je eine Spalte.

DUDENHAUSEN, PSCHYREMBEL. PRAKTISCHE
GEBURTSHILFE, 19. AUFLAGE, DE GRUYTER 2001

Bei diesem Werk handelt es sich um einen „Klassiker“ der Geburtshilfe. Auf 452 Seiten werden in 13 übergeordneten Kapiteln die Grundlagen der somatischen Geburtshilfe vermittelt. Dieses nicht sehr preisgünstige Buch richtet sich an Medizinstudierende mit eingehenderem Interesse an der Geburtshilfe sowie an Ärzte in Weiterbildung. Auch Fachärzte werden Interesse an diesem Standardwerk haben. Das Buch beinhaltet viele schematische Zeichnungen, auf Quellenangaben für die vermittelten Standards wird verzichtet.

Das eher kleinformatige Werk ist zweispaltig aufgebaut, pro Spalte finden sich durchschnittlich 42 Zeilen mit durchschnittlich 48 Zeichen.

PFLEIDERER, BRECKWOLDT, MARTIUS. GYNÄKOLOGIE
UND GEBURTSHILFE, 4. AUFLAGE, THIEME 2002

Dieses Lehrbuch verhandelt neben der Geburtshilfe auch das Gebiet der Gynäkologie. Mit einem Lehrbuchteil von 220 Seiten wird die Geburtshilfe in 14 übergeordneten Kapitel thematisiert. Dieses im mittleren Preissegment einzuordnende Lehrbuch richtet sich eher an Medizinstudierende und Ärzte zu Beginn der Facharzt-Weiterbildung. Vielfältige bunte Illustrationen ergänzen den Text, Quellenangaben für die inhaltlichen Informationen finden sich jeweils am Ende des Kapitels.

Die einzelne Lehrbuchseite ist zweispaltig aufgebaut, eine Spalte enthält durchschnittlich 52 Zeilen mit durchschnittlich 51 Zeichen.

KAINER. FACHARZT GEBURTSMEDIZIN, 1. AUFLAGE,
ELSEVIER URBAN UND FISCHER 2006

Dieses als „Kitteltaschenbuch“ konzipierte Nachschlagewerk verhandelt die Geburtshilfe auf 1140 Seiten, geordnet in 29 übergeordneten Kapiteln. Dieses nicht sehr preisgünstige Werk richtet sich an den in der Geburtshilfe tätigen Praktiker, die Inhalte werden kompakt und sehr detailliert dargestellt.

Eher sparsam eingesetzte Illustrationen ergänzen den Text, Literaturangaben finden sich textnah.

Das kleinformatige Buch ist einspaltig gedruckt, pro Spalte finden sich durchschnittlich 42 Zeilen mit 48 Zeichen.

STAUBER, WEYERSTAHL. GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE, 2. AUFLAGE, THIEME/MLP 2005

Dieses Lehrbuch aus der sog. „Dualen Reihe“ verhandelt auf 330 Seiten in 3 übergeordneten Kapiteln den geburtshilflichen Anteil. Das recht preisgünstige Buch richtet sich - wie die ganze Buchreihe - in erster Linie an Medizinstudierende, was sicher für die relativ hohen Verkaufszahlen verantwortlich ist. Auch Ärzte in Weiterbildung finden hier detaillierte Basisinformationen. Viele farbige Bilder, Illustrationen, Kasuistiken und andere grafisch abgesetzte Elemente ergänzen den Text. Auf Quellenangaben wird, abgesehen von einem Abbildungsverzeichnis, verzichtet. Neben einer relativ breiten Spalte werden herausgestellte Informationen jeweils außen in einer zweiten Spalte kompakt wiederholt. Die Hauptspalte gliedert sich in durchschnittlich 57 Zeilen mit je durchschnittlich 74 Zeichen.

GEIST, HARDER, STIEFEL. HEBAMMENKUNDE, 3. AUFLAGE, HIPPOKRATES 2005

Dieses von den Hebammenlehrerinnen knapp am höchsten geschätzte Lehrbuch verhandelt die Hebammenkunde auf 788 Lehrbuchseiten in 13 übergeordneten Kapiteln. Allerdings sind hier auch Inhalte mit einbezogen, die sich nicht unmittelbar auf die Geburtshilfe, sondern auf verwandte Themen beziehen. Das Buch richtet sich in erster Linie an Hebammenschülerinnen/ Entbindungspflegeschüler, auch für ausübende Hebammen/Entbindungspfleger eignet es sich als Nachschlagewerk. Illustrationen und grafische Elemente der Textgestaltung ergänzen den Text. Quellenangaben sind vorhanden.

Die Lehrbuchseiten sind zweispaltig aufgebaut, eine Spalte gliedert sich in durchschnittlich 47 Zeilen mit durchschnittlich 48 Zeichen.

MÄNDLE, OPITZ-KREUTER. DAS HEBAMMENBUCH, 5. AUFLAGE, SCHATTAUER 2007

Dieses ebenfalls von Hebammenlehrerinnen sehr geschätzte Lehrbuch schneidet auch bei den Verkaufszahlen ganz ähnlich wie das vorhergehende Buch ab. Es verhandelt die Hebammenkunde auf 895 Lehrbuchseiten in 7 übergeordneten Kapiteln. Auch hier sind Inhalte einbezogen, die dem Thema Geburtshilfe benachbart sind. Das Buch richtet sich zunächst an Hebammenschülerinnen/Entbindungspflegeschüler, es eignet sich aber auch für Hebammen/Entbindungshelfer zum Nachlesen spezieller Inhalte. Illustrationen und grafische Elemente unterstützen die Rezeption der Texte, Quellen werden genannt. Die einzelne Seite ist zweispaltig organisiert, dabei enthält eine Spalte durchschnittlich 51 Zeilen, diese wiederum durchschnittlich 46 Zeichen.

2.2 Methoden: Medieninhaltsanalyse

Eine Medieninhaltsanalyse untersucht Inhalte eines Mediums nach bestimmten Gesichtspunkten. Grundsätzlich lässt sich dies als quantitative, eher deskriptive oder als qualitative, eher interpretierende Analyse bewerkstelligen (McQuail,2002). In diesem Fall sollte ein Instrument zur Anwendung kommen, das einerseits quantifizierbare Ergebnisse produziert, um die Vergleichbarkeit zwischen den Werken zu objektivieren. Andererseits sollte es sensibel genug sein, um auch nicht-offenkundige Inhalte zu erfassen.

Die traditionelle Inhaltsanalyse geht davon aus, dass der Sinn des Textes einigermaßen eindeutig wissenschaftlich „gelesen“ und quantitativ ausgedrückt werden kann. Sie unterstellt, dass die numerische Balance von Textelementen - wie etwa die Anzahl von Worten oder der in Anspruch genommene Platz - eine reliable Information über den Sinn bzw. die zugrunde liegende Ansicht (engl. „meaning“) offenbart. Dieser inhaltsanalytische Ansatz ist die am längsten etablierte, zentrale und bis heute am häufigsten praktizierte Methodik (McQuail 2002).

Die klassische Inhaltsanalyse folgt einer Basissequenz, die zwar als Abfolge definiert wird, in der Praxis aber nicht chronologisch abgearbeitet wird - vielmehr ist es üblich, während der Bearbeitung der späteren Schritte immer wieder vorherige Schritte zu modifizieren. Die Basissequenz besteht aus folgenden Teilen (McQuail 2002):

- Auswahl des zu untersuchenden Materials.
- Etablierung eines Codierhandbuches (Kategoriensystems) mit Codes (Kategorien), die für die Fragestellung relevant sind und auf das sich das Untersuchungsmaterial beziehen lässt.
- Auswahl und Definition einer Analyse-Einheit.
- Zuordnung der Analyse-Einheiten zu den Items des Kategoriensystems, Auszählen nach der ausgewählten Analyse-Einheit.

Die Auswahl des zu untersuchenden Materials wurde bereits oben dargestellt. Da es sich ausschließlich um Lehrbücher handelt, musste die Methodik der Inhaltsanalyse nicht auf verschiedene Genres justiert werden. Aus diesem Grund war klar, dass Text im Zentrum der Analyse stehen würde, wobei das Vorhandensein von Bildern oder Grafiken mitnotiert wurde. Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im folgenden zunächst die Definition der Analyse-Einheit dargestellt, erst dann das etablierte Kategoriensystem.

Alle Auszüge aus dem hier verwendeten Codierhandbuch, die im folgenden dargestellt werden, finden sich im Anhang als vollständiges Codierhandbuch. Die in diesem Kapitel eingefügten Ausschnitte aus dem Codierhandbuch sollen die Möglichkeit bieten, das Gesagte komfortabel nachzuvollziehen.

2.2.1 Medieninhaltsanalyse 1: Texteinheit und Einschlusskriterien

DIE TEXTEINHEIT: DEFINITION UND KRITERIEN

Als Texteinheit wird ein Textteil bezeichnet, der sich - im Sinne des Codierhandbuchs - eindeutig einer Codierung zuordnen lässt (McQuail 2002). Damit kann eine Texteinheit mehrere Worte bis zu mehreren Seiten umfassen. Maßgeblich für eine Texteinheit ist, dass sie zum einen die

Einschlusskriterien erfüllt und sich zum anderen eindeutig zuordnen lässt. Bei einer mehrdimensionalen Codierung bedeutet dies, dass in jeder Dimension eine eindeutige Zuordnung möglich sein muss. Ob dies gelingt, hängt nicht zuletzt davon ab, ob das Codierhandbuch eine eindeutige Codierung ermöglicht oder, wo dies nicht möglich ist, zumindest die Codierung hierarchisiert (s. unten).

Für eine gute Analysequalität muss also ggf. ein Satz in mehrere Texteinheiten untergliedert werden, um diese Satzteile dann eindeutig codieren zu können. Dabei kann es Fälle geben, in denen ein Textabschnitt für eindeutige Codierungen zu zwei Texteinheiten geteilt werden muss, sich dann aber Satzteile der einen Texteinheit auch auf die andere Texteinheit beziehen. Zur Illustration ein Beispiel: „Funktional lässt sich der Uterus in einen aktiven Teil und einen passiven Teil gliedern“ In diesem Satz bezieht sich der erste Teil („Funktional lässt sich der Uterus in“) auf beide dann folgenden Satzteile, müsste somit für sowohl eine Codierung von aktiv als auch eine Codierung von passiv einbezogen werden. Eine doppelte Codierung darf aber, um die quantitative Vergleichbarkeit zu erhalten, nicht vorgenommen werden. In diesen Fällen wurde der gemeinsame Satzteil jeweils hälftig zu beiden Texteinheiten zugerechnet.

Als Analyse-Einheit, das heißt als quantitatives Maß, wurde der prozentuale Anteil am jeweils gesamten Werk definiert. Dieser wurde durch den Mittelwert einer zehnfachen Auszählung der in einer Spalte vorhandenen Textzeilen sowie Bezugnahme auf den gesamten Lehrbuchteil (ohne Vorworte, Inhaltsverzeichnisse, Register) abgeschätzt. Die Genauigkeit entspricht dabei ca. einer Drittel Textzeile. Werke, die nicht nur die Geburtshilfe, sondern auch die Gynäkologie beinhalten, wurden nur in ihrem geburtshilflichen Lehrbuchteil berücksichtigt.

E I N S C H L U S S K R I T E R I E N

Die Einschlusskriterien für Texteinheiten sichern, dass die Analyse nur diejenigen Textteile erfasst und misst, die für die Fragestellung tatsächlich relevant sind. Für die vorliegende Arbeit sollten Akzente von Passivität und Aktivität in der Darstellung der physiologischen Geburt untersucht werden. Somit wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

1. Die Texteinheit verhandelt die physiologische Spontangeburt, wie sie im jeweiligen Medium definiert ist
2. Die Texteinheit enthält Begrifflichkeiten von Aktivität und Passivität

Als maßgeblich für das erste Einschlusskriterium gilt hier der Kontext: Ist eine klare Einordnung der Texteinheit bei normaler, physiologischer oder regelhafter Geburt festzustellen, so erfüllt eine Texteinheit dieses Einschlusskriterium - auch, wenn im engeren Sinne evtl. von einem Übergang zu einer Pathologie oder von einer Pathologie die Rede ist. Findet man beispielsweise in einem Lehrbuchkapitel, das den Namen „Die physiologische Geburt“ trägt, den Hinweis auf die Notwendigkeit einer operativen Geburtsbeendigung im Falle bestimmter diagnostischer Auffälligkeiten, so wurde dieser Textabschnitt nicht automatisch von der Analyse ausgeschlossen. Denn die Markierung des Kapitels als Text, in dem eine physiologische Geburt beschrieben wird, impliziert, dass die hier beschriebenen Eventualitäten von den Autoren als zur physiologischen Geburt zugehörig eingeschätzt werden. Ein weiterer Grund für dieses Vorgehen besteht darin, dass die genauen Grenzen zwischen noch-physiologischen und schon- pathologischen Zuständen während der Geburt weder einheitlich definiert werden, noch explizit in den Lehrbuchtexten voneinander abgegrenzt werden - was dann wiederum die Zuordnung in die Verantwortung der Autoren und Autorinnen legt.

Das zweite Einschlusskriterium bezieht sich auf die mittelbare oder unmittelbare Darstellung von Aktivität und Passivität, die nicht ausschließlich auf grammatikalischen bzw. syntaktischen Verhältnissen beruhen. Um dieses Einschlusskriterium zu objektivieren, wurde während einer ersten Durchsicht des Textmaterials eine Liste von Worten erstellt, die mehr oder weniger stark eine Aktivität oder Passivität implizieren. Als zusätzliches Kriterium galt eine offensichtliche inhaltliche Darstellung von Aktivität oder Passivität in einem Textabschnitt.

Zunächst wurde dieses Einschlusskriterium nur bipolar (Kriterium erfüllt bzw. nicht erfüllt) erfasst. Im Laufe der Codierung schien dies jedoch nicht ausreichend, da auf diese Weise in der Auswertung nicht mehr ersichtlich war, ob eine Texteinheit sehr knapp das Einschlusskriterium erfüllt oder eine besonders eindeutige Darstellung von Aktivität und Passivität enthält. Es schien jedoch wichtig, diese Information besser zu operationalisieren, um eine quantitative Aussage zu ermöglichen. Dies insbesondere, da die Eindeutigkeit - der „Schweregrad“ - mit dem ein aktiv/passives Verhältnis dargestellt wird, auch über die Aussagekraft im Sinne der Ausgangsfrage

bestimmt. Beispielsweise wäre ein Buchkapitel, in dem das Verhältnis von Hebamme und Gebärender explizit in Formulierungen von Aktivität und Passivität beschrieben wird, für die Auswertung der dabei thematisierten Kontexte relevanter als ein Buchkapitel, in dem die Texteinheiten kaum aktive und passive Formulierungen benutzen.

Aus diesem Grund wurde eine fünfstufige Skala etabliert, die eine Bewertung der Relevanz der einzelnen Texteinheit für die Frage nach der Darstellungen von Aktivität und Passivität ermöglicht (siehe Tab. 2.1). Alle Texteinheiten wurden, zum Teil nachträglich, nach dieser Relevanz-Skala bewertet.

Relevanz	vorhandene Begriffe		Hauptinhalt	gramm. Konstruktionen	Einschlußkriterium erfüllt?
0	in Bezug auf Skala neutral	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	nein
1	ein Begriff ist leicht akzentuiert	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	ja
2	mind. 2 Begriffe akzentuieren leicht	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	ja
3	ein Begriff ist deutlich akzentuiert	UND	in Bezug auf Skala neutral oder nicht eindeutig	nicht relevant	ja
4	mind. 2 Begriffe, mind. 1 davon deutlich akzentuiert	ODE R	thematisiert ein aktiv-passiv Verhältnis explizit oder nicht eindeutig	nicht relevant	ja
5	mehrere Begriffe (leicht oder deutlich akzentuiert)	UND	thematisiert explizit ein aktiv-passiv Verhältnis	nicht relevant	ja

Tab. 2.1 Bewertung der Relevanz einer Texteinheit

Inwiefern die Texteinheiten Begriffe verwenden, die leicht oder deutlich das Thema Aktivität/Passivität akzentuieren, wurde anhand einer Wortliste festgelegt (s.u.). Diese Liste wurde bei einer ersten Durchsicht aller zu analysierenden Lehrbuchtexte erstellt. Sie deckt fast alle codierten Texteinheiten ab, enthält allerdings nicht sämtliche grammatikalische Formen (s. unten). Seltene Begriffe wurden nicht ausnahmslos in die Liste aufgenommen, wenn sie sich, orientierend an der vorhandenen Liste, gut zuordnen ließen. Die Unterscheidung in „Leicht akzentuierte Begriffe“ und „Deutlich akzentuierte Begriffe“ bleibt dabei notwendigerweise eine subjektive Zuordnung. Dennoch erscheint eine solche Liste wichtig, um Texteinheiten nach der oben geschilderten Methode in ihrer Relevanz einschätzen und bewerten zu können. Denn sie sichert zumindest, dass die Relevanz-Werte 1 - 3 und 4 - 5 relativ homogen vergeben werden. Die Liste ist nicht nach aktiven und passiven Begriffen aufgeschlüsselt, da es hierbei um die Relevanz, also das Vorhandensein und die „Stärke“ von aktiven und passiven Akzenten geht. Welche Situation dann tatsächlich in einer Texteinheit wie dargestellt wird, war Inhalt der nächsten Analyseschritte.

Akkommodation	eintreten (zB i.d. Beckenraum)	messen
anpassen, Anpassung	empfehlen, Empfehlung	nachlassen
anspannen, Anspannung	entspannen, Entspannung	passieren (zB den Beckenraum)
arbeiten, Arbeit	entzogen sein	reagieren
aufnehmen (etwas in sich)	erfassen	registrieren, Registrierung
aufzeichnen	erfordern	rigide
auslösen	erhalten	Spannung
ausweichen	erleichtern, Erleichterung	stimulieren
auswirken	ermöglichen	trennen, sich trennen
beeinflussen	eröffnen, Eröffnung	umschnürt werden
behilflich sein	Erweiterung	unterliegen (einer Bedingung)
beobachten, Beobachtung	geboren werden	unterstützen
Bereitschaft	gedrückt werden (hindurch)	untersuchen, Untersuchung
beteiligen	geschoben werden	veranlassen
betreuen, Betreuung	helfen	verfolgen (einen Vorgang)
biegen	informieren	vermitteln
Druck aufbauen (zB i.d. Wehe)	kontrahieren, Kontraktion	verzögern

Tab. 2.2 Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang): Als „leicht akzentuierende Begriffe“ eingeordnete Bezeichnungen von Aktivität und Passivität

ablehnen	einschränken	regulieren
aktiv, aktiviert	entscheiden, Entscheidung	Retraktion
angewiesen werden, Anweisung	ergreifen (zB Maßnahmen)	Schmerzbekämpfung
auffordern, Aufforderung	erlauben	Schrittmacher
aufweiten, Aufweitung	erzielen (etwas)	Schwierigkeiten machen
ausstossen	folgen, Folge leisten	spastisch
austreiben, Austreibung	in Gang setzen	spreizen
auswalzen	hindern	tiefer treten
begrenzen	kontrollieren, Kontrolle	triggern, Triggerung
bekämpfen	Lage wechseln, Lagewechsel	überwachen, Überwachung
Besitz ergreifen	leiten	umgelagert werden, Umlagerung
bestimmen (etwas, zB Vorgehen)	operativ beenden	verarbeiten (zB Wehen)
beurteilen, Beurteilung	passiv	verformen
dehnen, Dehnung	Position einnehmen	verhindern
drängen	pressen	verlangen
eingreifen, Eingriff	produzieren	vorschreiben

Tab. 2.3 Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang): Als „deutlich akzentuierende Begriffe“ eingeordnete Bezeichnungen von Aktivität und Passivität

2.2.2 Medieninhaltsanalyse 2: Operationalisierung der Fragestellung und Codierhandbuch

Ausgangspunkt für die Analyse der Einzelwerke war die Fragestellung, in welcher Situation und wie die Gebärende als eher aktiv oder eher passiv dargestellt werden. Um die Texteinheiten differenzieren und schließlich quantifizieren zu können, wurde die Fragestellung soweit operationalisiert, dass ein Codierhandbuch erstellt werden konnte. Beide Schritte werden hier gemeinsam dargestellt.

ZUORDNUNG DER TEXTEINHEITEN ZU GEBURTSPHASEN

Während einer Geburt werden verschiedene Phasen durchlaufen. Jede Phase lässt sich biologisch/diagnostisch definieren und stellt darüber hinaus besondere Anforderungen an die Beteiligten. Somit war es nötig, für jede codierte Texteinheit unter Anderem zu erfassen, welche Geburtsphase sie thematisiert.

Um eine besonders detaillierte Differenzierung der dargestellten Geburtsphasen zu erhalten, wurden folgende Phasen definiert (siehe Tab. 2.4).

a)	Vor dem Eintritt in die geburtshilfliche Institution/ vor Ankunft der Hausgeburtshebamme
b)	Eintritt in die Institution/ Ankunft der Hebamme
c)	Eröffnungsperiode (first stage), Latenzphase
d)	Eröffnungsperiode (first stage), aktive Eröffnungsphase (MM>3 cm)
e)	Austreibungsperiode (second stage), nicht-aktive Phase, Übergangsphase (MM=10cm, kein Pressdrang)
f)	Austreibungsperiode (second stage), aktive Phase (kindl. Kopf auf BB, Pressdrang)
g)	Plazentarperiode (third stage)
h)	Postplazentarperiode (bis zur stabilen Uterusretraktion)
i)	Gesamte Geburt
j)	Sonstiges

Tab. 2.4 Kriterien zur Zuordnung zu den Geburtsphasen. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Phase a) trägt dem Umstand Rechnung, dass manche Lehrbücher den noch nicht professionell begleiteten Beginn von Geburten darstellen, etwa, wenn sie Kriterien zum Aufsuchen einer Entbindungsinstitution für die Schwangere festlegen. Phase b) schließlich ist für die Codierung von Texteinheiten vorgesehen, die die eigentliche Aufnahme, bzw. bei Hausgeburten die Erstuntersuchung, thematisieren. Denn erst diese Routine ermöglicht die Einteilung in die tatsächliche Geburtsphase, in der sich die Gebärende - in der Praxis wie auch in der Theorie/im Text - befindet.

DARGESTELLTE FUNKTION, SITUATION UND KONTEXTUALISIERUNG VON AKTIVITÄT UND PASSIVITÄT

Eine Lektüre der ausgewählten Lehrbücher machte deutlich, dass Akzente von Aktivität und Passivität in mehreren Dimensionen kontextualisiert werden. Diese lassen sich darstellen als

1. Biologische Dimensionen: Uterusfunktionen, Geburtskanal, biochemische und physiologische Mechanismen, Geburtsmechanik (Codes 1.x)
2. Psychologische Dimensionen: Interaktion der Gebärenden mit dem Personal und den institutionellen Rahmenbedingungen, Kontrolle über Gebärposition, Wehen- und Schmerzverarbeitung, Interaktion mit dem Partner (Codes 2.x)
3. Dimensionen, die soziale Rollen beschreiben: Bedarfe der Gebärenden an Untersuchung, Überwachung, Modifikation; Rollen-Charakterisierungen von Arzt/Ärztin und Hebamme (Codes 3.x)

Ausgehend von diesen drei Grunddimensionen wurde ein Kategoriensystem erstellt, das es ermöglichen sollte, alle ausgewählten Texteinheiten eindeutig zuzuordnen und gleichzeitig sinnvolle Aussagen über das untersuchte Lehrbuchmaterial zu generieren.

Dabei wurden die drei oben beschriebenen Dimensionen als Kategorien 1. Grades definiert, die jeweils in mehrere Kategorien 2. Grades differenziert wurden, die sich ggf. weiter in Kategorien 3. und 4. Grades unterteilen. Dieses Vorgehen ermöglicht es, detailliert zu codieren, wo dies thematisch nötig erscheint.

Inwiefern Aktivität und Passivität in einer Texteinheit beschrieben und zugeordnet werden, wird innerhalb dieses Auswertungsschrittes erfasst. Dies erschien essentiell, da Aktivität und Passivität - insbesondere die Bewertung verschiedener Ausgestaltungsmöglichkeiten von Aktivität und Passivität - untrennbar mit der dargestellten Funktion oder Situation in Zusammenhang stehen. Aus diesem Grund wurde das Kategoriensystem so zugeschnitten, dass es die Codierung von dargestellten aktiven bzw. passiven Aspekten direkt ermöglicht.

Im Folgenden wird dargestellt, welche untergeordneten Kategorien die drei Kategorien 1. Grades enthalten und welche spezifischen Codierrichtlinien festgelegt wurden.

KATEGORIEN DER BIOLOGISCHEN DIMENSIONEN

Die biologischen Dimensionen erfassen alle Texteinheiten, in denen die Biologie der Geburt dargestellt wird. Die Möglichkeiten der Codierung schließen also alle Texteinheiten ein, in denen anatomische, biochemische und physiologische Gegebenheiten oder Vorgänge beschrieben werden.

1.1	Uterus, Bauchwandmuskulatur, Geburts-/Weichteilkanal
1.1.1	Uterus als aktives Element
1.1.1.1	Kontraktion
1.1.1.2	Wehe (vs. Wehenpause)
1.1.1.3	Sonstiges
1.1.2	Uterus als passives Element
1.1.2.1	Dehnung
1.1.2.2	Wehenpause
1.1.2.3	Sonstiges
1.1.3	Sonstiges
1.1.4	Bauchwandmuskulatur als aktives Element
1.1.4.1	das reflektorisch arbeitet
1.1.4.2	das von der Frau willentlich eingesetzt wird
1.1.4.3	Sonstiges
1.1.5	Weichteilkanal als passives Element
1.1.5.1	das sich "bereitwillig" dehnen lässt
1.1.5.2	das Widerstand entgegen setzt

Tab. 2.5 Kategorien 1.1.x.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die erste Subkategorie (1.1.x.x Uterus, Bauchwandmuskulatur, Geburts-/Weichteilkanal) operationalisiert die biologischen mütterlichen Funktionen und Vorgänge so, dass eine Differenzierung zwischen biologischer Aktivität und biologischer Passivität möglich wäre. Hier wurden alle Texteinheiten codiert, in denen die mütterlichen Funktionen und Vorgänge unabhängig von Dritten (Kind, Untersucher, Betreuerin etc.) dargestellt werden. Die Kategorien 1.1.x.x wurden nach der Codierung zweier Werke modifiziert und in diesen Werken nachcodiert, da zunächst die Darstellungen der Bauchwand und des Geburts-/Weichteilkanals nicht explizit codierbar waren. Aus diesem Grund blieb die Kategorie „Sonstiges“ hier als Code 1.1.3 bestehen, anstatt am Ende der Gruppe aufgeführt zu werden.

1.2 Geburtsmechanik: Mütterliche und kindliche Arbeit (Mütterl. Funktionen nur hier codieren, wenn Kind ebenfalls thematisiert wird, sonst unter 1.1)

1.2.1 Die Mutter verhält sich produktiv für die Geburt (schiebt, treibt heraus, presst, unterstützt etc.), das Kind verhält sich produktiv für die Geburt (schiebt sich heraus, dreht sich, unterstützt etc.)

1.2.1.1 Mutter aktiv, Kind aktiv

1.2.1.2 Mutter aktiv, Kind passiv

1.2.1.3 Mutter passiv, Kind aktiv

1.2.1.4 Mutter passiv, Kind passiv

1.2.1.5 nicht kategorisierbar

die 1.2.2 Die Mutter verhält sich produktiv für die Geburt, das Kind verhält sich nicht produktiv für Geburt (Bietet Widerstand, streckt, flektiert, dreht sich nicht etc.)

1.2.2.1 Mutter aktiv, Kind aktiv

1.2.2.2 Mutter aktiv, Kind passiv

1.2.2.3 Mutter passiv, Kind aktiv

1.2.2.4 Mutter passiv, Kind passiv

1.2.2.5 nicht kategorisierbar

das 1.2.3 Die Mutter verhält sich nicht produktiv für die Geburt (bietet Widerstand, ist rigide, zwingt Kind etc.), das Kind verhält sich produktiv für die Geburt (überwindet den Widerstand etc.)

1.2.3.1 Mutter aktiv, Kind aktiv

1.2.3.2 Mutter aktiv, Kind passiv

1.2.3.3 Mutter passiv, Kind aktiv

1.2.3.4 Mutter passiv, Kind passiv

1.2.3.5 nicht kategorisierbar

für die 1.2.4 Die Mutter verhält sich nicht produktiv für die Geburt, das Kind verhält sich nicht produktiv für die Geburt

1.2.4.1 Mutter aktiv, Kind aktiv

1.2.4.2 Mutter aktiv, Kind passiv

1.2.4.3 Mutter passiv, Kind aktiv

1.2.4.4 Mutter passiv, Kind passiv

Tab. 2.6 Kategorien 1.2.x.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die zweite Gruppe Subkategorien (1.2.x.x Geburtsmechanik) erfasst die biologische Interaktion zwischen Mutter und Kind, die in der Lehrbuchliteratur üblicherweise als „Geburtsmechanik“ thematisiert wird. Der verschwindend kleine Anteil der Darstellungen biochemischer Interaktionen wurde hier, sofern überhaupt möglich, mit codiert. Dies ermöglicht, die Darstellung und Gewichtung der kindlichen versus der mütterlichen „Geburtsarbeit“ zu analysieren. Mithilfe der Kategorien aus 1.1.x.x lässt sich dargestellte mütterliche Aktivität und Passivität in den biologischen Dimensionen einerseits übergreifend analysieren, andererseits - unter Ausschluss der Kategorien 1.1.x.x - ausschließlich in der Interaktion mit dem Kind.

Auch diese Gruppe von Kategorien wurde im Laufe der Codierarbeit modifiziert und die bereits untersuchten Werke entsprechend nachcodiert. Schließlich resultierte ein gut handhabbares System, das zwei Grundfragen beantwortet: 1. Sind Mutter und/oder Kind im Sinne des Geburtsfortschritts produktiv oder kontraproduktiv? 2. Sind sie dies auf aktive oder passive Art und Weise?

Die letzte Gruppe der biologischen Kategorien differenziert den Code 1.3, „Sonstiges“. Darstellungen biochemischer Vorgänge sind selten eindeutig aktiv oder passiv konnotiert, die Kategorien „auf sonstige Weise aktiv“ bzw. „auf sonstige Weise passiv“ sortieren die wenigen Texteinheiten, die sich nicht spezifischer codieren lassen, nach dem Kriterium aktiv/passiv. Es konnte davon ausgegangen werden, dass die Kategorien der Gruppe 1.3.x insgesamt nur selten codiert werden müssen.

1.3	Andere Darstellungen der biologischen Vorgänge
1.3.1	Mutter ist biochemisch aktiv
1.3.2	Mutter ist biochemisch passiv
1.3.3	Mutter ist auf sonstige Weise aktiv
1.3.4	Mutter ist auf sonstige Weise passiv
1.3.5	Nicht kategorisierbar

Tab. 2.7 Kategorien 1.3.x Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

KATEGORIEN DER PSYCHOLOGISCHEN DIMENSIONEN

Die Kategoriengruppen der als „psychologische Dimensionen“ gekennzeichneten Codes 2.x orientieren sich an den in Kap. 1 dargestellten Forschungen zur Kontrolle während der Geburt. Entsprechend wurden zunächst Subkategorien gebildet, die verschiedene Dimensionen von Kontrolle während der Geburt codieren lassen. Dabei steht zum einen die Anwesenheit oder Abwesenheit von Kontrolle der Gebärenden im Vordergrund, zum anderen (sofern vorhanden) die Bewertung dieser Situation, wie sie in der jeweiligen Texteinheit vorgenommen wird.

Ergänzend wurden Texteinheiten codiert, in denen der Partner oder, selten, eine andere Begleitperson der Gebärenden charakterisiert werden. Denn in einer ersten Lektüre der ausgewählten Lehrbücher fiel auf, dass diese Textstellen teilweise sehr spärlich vorhanden sind und darüber hinaus

unterschiedliche Akzente setzen. Insbesondere die Ambivalenz, ob der Partner einen eher hilfreichen oder eher störenden Einfluss nimmt, wird thematisiert. Entsprechend wurden Kategorien für diese interessante Fragestellung mitcodiert - auch, wenn sie streng genommen nur schwer den Skalen von Aktivität und Passivität zuzuordnen sind.

1. Kontrolle der Gebärenden in Bezug auf das Personal, die Institution (Codes 2.1.x)
2. Kontrolle der Gebärenden in Bezug auf sich selbst; Körperposition, Umgang mit Wehen, Umgang mit Schmerzen (Codes 2.2.x)
3. Die Funktion des Partners gegenüber der Gebärenden (Codes 2.3.x)
4. Sonstiges (Codes 2.4.x)

Die Codes 2.1.x lassen die Verschlüsselung von Texteinheiten zu, in denen die aktive oder passive Interaktion der Gebärenden mit ihrer Umgebung thematisiert werden. Hier sollen Texteinheiten codiert werden, in denen die Gebärende entweder als selbstbestimmte Trägerin von Entscheidungen dargestellt wird, die ihre Umgebung (also z.B. Ärzt/innen, Hebammen, Routinen etc.) beeinflussen kann oder ob dies nicht der Fall ist. Dabei werden in dieser Gruppe nur Texteinheiten codiert, in denen es um die Kontrolle im Verhältnis der Gebärenden mit ihrer Umgebung geht - die Fähigkeit, über sich selbst Kontrolle zu haben, wird erst in den Kategorien 2.2.x codiert.

Zusätzlich zu dieser „Verortung“ von Kontrolle (bei der Gebärenden oder bei der Umgebung) findet sich in den meisten entsprechenden Texteinheiten auch eine Bewertung der Situation: Zum Beispiel kann es positiv bewertet werden, dass die Gebärende eine bestimmte Entscheidung selbst trifft - oder dies kann als störend bewertet werden. Um diese Bewertungen mit erfassen zu können, wurden entsprechende Unterkategorien gebildet. Auf diese Weise wird nicht nur die Kontrolle zwischen der Gebärenden und ihrer Umgebung, wie sie im jeweiligen Lehrbuch beschrieben ist, lokalisiert, sondern auch die entsprechende Bewertung erfasst.

In den 2.2.x Kategorien sind alle Kategorien enthalten, die Texteinheiten codieren, in denen die Kontrolle der Gebärenden über sich selbst thematisiert werden. Dies betrifft für die Geburtssituation insbesondere die Kontrolle über die eigene Körperposition sowie den Umgang mit Wehen und Schmerzen.

2.1	Kontrolle der Gebärenden in der Interaktion mit dem Personal
2.1.1	Selbstbestimmt mit Personal interagierend
2.1.1.1	Wird als gut, förderlich, erstrebenswert kommuniziert
2.1.1.2	Wird neutral kommuniziert
2.1.1.3	Wird als problematisch kommuniziert
2.1.1.4	Sonstiges
2.1.2	nicht selbstbestimmt mit Personal interagierend
2.1.2.1	Wird als gut, förderlich, erstrebenswert kommuniziert
2.1.2.2	Wird neutral kommuniziert
2.1.2.3	Wird als problematisch kommuniziert
2.1.2.4	Sonstiges
2.1.3	Sonstiges

Tab. 2.8 Kategorien 2.1.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die Codes 2.2.1.x lassen die Codierung von Textstellen zu, in denen es um die Wahl der Körperposition (Gebärposition) geht. Zwar unterscheiden verschiedene Lehrbücher „aktive“ aufrechte von „passiven“ liegenden Körperpositionen. Im Rahmen dieser Arbeit war es nicht handhabbar, Textstellen danach zu codieren, ob die beschriebene Position an sich eher aktiv oder passiv ist. Für eine solche Unterscheidung fehlen genaue Kriterien. Vielmehr schien es sinnvoll, den Aspekt der Kontrolle über die Auswahl der Körperposition zu untersuchen. So entstand eine Code-Gruppe, die eine eindeutige Codierung für fast alle Texteinheiten zulässt. Die spätere Ergänzung mit entsprechender Nachcodierung des Codes 2.2.1.4 machte auch den Übergang zwischen einer vorgegebenen und einer frei gewählten Körperposition codierbar, ein Inhalt, der sehr häufig in der analysierten Lehrbuchliteratur vorzufinden ist.

Als schwieriger erwies es sich, die Kategorie „Umgang der Gebärenden mit den Wehen“ so zu operationalisieren, dass die entsprechenden Texteinheiten eindeutig codierbar wurden. Eine ins Detail ausdifferenzierte Code-Gruppe ermöglichte schließlich eine sichere Zuordnung der Texteinheiten und eröffnete so die

Möglichkeit, die codierten Texteinheiten einerseits hoch differenziert darzustellen und andererseits zu thematischen Gruppen zusammen zu fassen.

2.2	Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper
2.2.1	Geburtsposition
2.2.1.1	Wählt Position selbst, bzw. dies wird befürwortet
2.2.1.2	Position wird vorgegeben (wird gelagert etc.), bzw. dies wird befürwortet
2.2.1.3	Sonstiges
2.2.1.4	Position wird vorgeschlagen, die Gebärende entscheidet

Tab. 2.9 Kategorien 2.2.1.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die Gruppe 2.2.2.1.x codiert Texteinheiten, in denen die Gebärende selbstständig aktiv mit der Wehe umgeht - indem sie der Wehe beispielsweise aktiv begegnet, sie „verarbeitet“ (2.2.2.1.1) oder indem sie z.B. „presst“ (2.2.2.1.2). Die nächste Gruppe, 2.2.2.2.x codiert Texteinheiten, in denen die Gebärende von sich aus passiv mit der Wehe umgeht. Dies kann durch „hingeben“ (2.2.2.2.1) geschehen oder dadurch, von der Wehe „überwältigt“ (2.2.2.2.2) zu werden.

2.2	Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper
2.2.2	Umgang mit Wehen
2.2.2.1	Gebärende geht aktiv mit Wehe um
2.2.2.1.1	veratmet, verarbeitet (aktives Geschehenlassen)
2.2.2.1.2	presst, schiebt, drückt
2.2.2.1.3	Sonstiges
2.2.2.2	Gebärende geht passiv mit Wehe um
2.2.2.2.1	gibt sich hin, öffnet sich
2.2.2.2.2	leidet unter der Wehe
2.2.2.2.3	Sonstiges

Tab. 2.10 Kategorien 2.2.2.2.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Insbesondere die Unterscheidung zwischen den Codes 2.2.2.1.1 und 2.2.2.2.1 ist im Einzelfall diffizil, handelt es sich doch in beiden Fällen darum, dass die Gebärende die Wehe geschehen lässt. Für den Code 2.2.2.1.1 ist dabei allerdings maßgeblich, dass die Gebärende dieses Geschehenlassen mit einer Aktivität begleitet (z.B. mittels einer bestimmten Atemtechnik) - während dies für die Codierung 2.2.2.2.1 ausbleibt.

Die dritte Gruppe, die Codes 2.2.2.3.x sind vorgesehen für Texteinheiten, in denen die Gebärende zu einem bestimmten Umgang mit der Wehe angeleitet wird. Diese Gruppe ist mit wenig Aufwand eindeutig zu codieren.

2.2	Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper
2.2.2	Umgang mit Wehen
2.2.2.3	Gebärende wird angeleitet
2.2.2.3.1	zum aktiven Umgang (zB mitdrücken)
2.2.2.3.2	zum passiven Umgang (zB warten)
2.2.2.3.3	Sonstiges
2.2.2.4	Gebärende nimmt die Wehe wahr, spürt sie (kommuniziert dies evtl.)
2.2.2.5	Die Wehe wird reguliert
2.2.2.5.1	stimuliert (angerieben, Oxy etc.)
2.2.2.5.2	gehemmt (Tokolyse etc.)
2.2.2.5.3	manuell "unterstützt" (zB kristallert)
2.2.2.5.4	Sonstiges
2.2.2.6	Sonstiges

Tab. 2.11 Kategorien 2.2.2.3.x bis 2.2.2.6 Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Der Code 2.2.2.4 steht zur Verfügung für alle Texteinheiten, in denen die Gebärende weder aktiv noch passiv mit der Wehe umgeht. Hier können alle Texteinheiten codiert werden, in denen die Gebärende eine Wehe wahrnimmt aber nicht weiter darauf reagiert - außer, dass sie evtl. diese Wahrnehmung kommuniziert.

Die Codes 2.2.2.5.x schließlich lassen die Codierung von Texteinheiten zu, in denen Wehen durch Dritte reguliert werden. Dies umfasst insbesondere eine Reihe von Behandlungen, die entweder die Wehentätigkeit stimulieren oder hemmen sollen.

Die Codes 2.2.3.x wurden zur Verschlüsselung derjenigen Texteinheiten entwickelt, die den Umgang der Gebärenden mit dem Geburtsschmerz zum Inhalt haben. Diese Kategoriengruppe ist - im Rahmen der Fragestellung nach Aktivität und Passivität - kompliziert zu operationalisieren. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass der Umgang mit Schmerzen in mehreren Dimensionen aktiv oder passiv sein kann: Eine Gebärende kann sich für oder gegen eine Schmerzbehandlung entscheiden; diese Entscheidung kann mehr oder weniger stark gelenkt sein; die Schmerzbehandlung selbst kann die Gebärende mehr oder weniger stark in eine aktive oder passive

körperliche oder kognitive Kontrolle bringen. Im Extrembeispiel sollte ein ideales Codesystem die Codierung einer Textstelle erlauben, in der eine Gebärende sich selbständig für eine Vollnarkose entscheidet, diese auch bekommt und somit aktiv gewollt in eine vollständig passive Situation gerät. Eine Kategoriengruppe, die solch komplexe Muster abbilden konnte, erwies sich allerdings als nicht praktikabel und wurde darum schließlich wieder verworfen. Der Hauptgrund dafür ist, dass die Textstellen der analysierten Lehrbücher, in denen Geburtsschmerz thematisiert wird, in allererster Linie die Behandlungsmöglichkeiten, nicht aber den Entscheidungskontext thematisieren. Die Textstruktur dieser Kapitel folgt einheitlich dem Schema, verschiedene therapeutische Möglichkeiten zu diskutieren.

2.2	Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper
2.2.3	Umgang mit Schmerz
2.2.3.1	Schmerz wird medikamentös bekämpft
2.2.3.1.1	auf expliziten Wunsch der Gebärenden
2.2.3.1.2	aus medizinischen Gründen
2.2.3.1.3	aus Gründen der Einstellung d. Personals
2.2.3.1.4	aus nicht explizierten Gründen
2.2.3.1.5	Sonstiges
2.2.3.2	Schmerz wird mit alternativen Methoden gemildert (Aromath., Akupunktur etc.)
NICHT:	Zwischenmenschliche Methoden
2.2.3.2.x	Subkategorien s. 2.2.3.1
2.2.3.3.	Schmerz wird auf andere Weise gemildert (Berührung, Zuwendung etc.)
2.2.3.3.x	Subkategorien siehe 2.2.3.1
2.2.3.4	Schmerz wird von der Gebärenden "allein" gemeistert
2.2.3.4.1	auf expliziten Wunsch der Gebärenden
2.2.3.4.2	aus medizinischen Gründen (Schmerzmittel verweigert)
2.2.3.4.3	aus Gründen der Einstellung des Personals
2.2.3.4.4	Sonstiges

Tab. 2.12 Kategorien 2.2.3.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Schließlich wurde diesem Problem mit einem neuen operationalen Ansatz begegnet. So wurden Kategorien gebildet, die verschiedene analgetische Ansätze voneinander differenzieren. In jeweils einer Untergruppe werden Codierungen ermöglicht, die den beschriebenen Grund für die jeweilige Analgesie zum Inhalt haben. So lassen sich zum einen die einzelnen Maßnahmen in ihrer Gewichtung innerhalb eines Werkes darstellen, zum anderen aber auch die jeweilige angegebene Begründung dafür, dass analgetische Maßnahmen ergriffen oder nicht ergriffen werden.

Die übersichtliche Kategoriengruppe 2.3.x lässt die Codierung von Texteinheiten zu, in denen der Partner der Gebärenden oder eine andere Begleitperson charakterisiert wird. Wie oben bereits beschrieben, differenziert diese Kategoriengruppe nicht sauber zwischen aktiven und passiven Haltungen. Da selbstverständlich aber auch hier die üblichen Einschlusskriterien gelten, lassen sich auch hier nur Texteinheiten darstellen, in denen aktive oder passive Haltungen thematisiert werden. Die Codierungen lassen nur keine Rückschlüsse darauf zu, wer wann und wie als aktiver oder passiver beschrieben wird. Eine solche Differenzierung schien aufgrund der überwiegend spärlichen Texteinheiten nicht sinnvoll. Statt dessen wurde die Kategoriengruppe 2.3.x auf die interessante Frage reduziert, ob der Partner der Gebärenden bzw. eine andere Begleitperson eher als störend oder als hilfreich thematisiert wird. Für eine Analyse der jeweils beschriebenen Umstände waren die Texteinheiten leider zu spärlich. Die letzte Kategorie der psychologischen Dimensionen schließlich ermöglicht die Codierung aller Texteinheiten, die psychologische Umstände beschreiben, sich aber nicht in die anderen Kategoriengruppen einordnen lassen.

2.3	Die Funktion des Partners (bzw. der Begleitperson) ggü. der Gebärenden
2.3.1	Partner als Hilfe (z.B. für Selbstbestimmung) der Gebärenden
2.3.2	Partner als Problem (z.B. für Selbstbestimmung) der Gebärenden
2.3.3	Sonstiges

Tab. 2.13 Kategorien 2.3.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

2.4	Sonstige Psychologische Dimension
2.4.1	Gebärende ggü. Geburt aktiv
2.4.2	Gebärende ggü. Geburt passiv
2.4.3	Sonstiges

Tab.2.14 Kategorien 2.4.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

KATEGORIEN, DIE SOZIALE ROLLEN BESCHREIBEN

Bei der ersten Durchsicht der zu analysierenden Werke fiel auf, dass viele Textstellen die Bedarfe der Gebärenden darstellen, ohne dabei einen direkten Zusammenhang zu den Vorstellungen der Gebärenden herzustellen. Beispielsweise werden Routineuntersuchungen erläutert, ohne dass dabei die Gebärende explizit als Kommunikationspartnerin in Erscheinung tritt. Aus diesem Grund lassen sich die betreffenden Textstellen nicht als „psychologische“ Kategorien erfassen.

Um diese Textstellen betrachten zu können, wurde darum eine soziologische Perspektive gewählt, die danach fragt, wie die Rollen der Beteiligten charakterisiert werden. Aus dieser Perspektive ist es möglich, Textstellen danach zu differenzieren, welche Bedarfe an Betreuung, Untersuchung, Überwachung oder Modifikation sie der Gebärenden zuschreiben. Dies lässt eine Analyse zu, die graduelle Unterschiede von Texteinheiten und Werken reflektiert. Diese graduellen Unterschiede in den beschriebenen Bedarfen implizieren den Grad an Aktivität oder Passivität, der der Gebärenden zugeschrieben wird. So implizieren Texteinheiten, in denen die Gebärende „unterstützt“ und „begleitet“ wird ein weniger passives Rollenmuster, als Texteinheiten, in denen die Gebärende „kontrolliert“ oder „überwacht“ wird.

Ein zweiter Bereich innerhalb derjenigen Kategorien, die soziale Rollen beschreiben, lässt Codierungen von Texteinheiten zu, in denen Rollenmuster von Ärzt/innen und Hebammen charakterisiert werden. Dies geschieht in erster Linie über die Beschreibung von Handlungsintentionen.

Um dem Problem zu begegnen, dass Texteinheiten sowohl Kriterien aus den „psychologischen“ Kategorien erfüllen, als auch aus den hier beschriebenen Kategorien, wurde im Codierhandbuch die Regel eingeführt, dass die „psychologischen“ Kategorien immer Vorrang haben. Denn die „psychologischen“ Kategorien erfassen die beschriebenen Umstände, Einschränkungen und Interaktionen deutlich genauer, als das Raster der Rollenzuschreibungen. Außerdem lässt das Kategoriensystem Rückschlüsse gut zu: Wird beispielsweise die medikamentöse Hemmung der Wehentätigkeit (Tokolyse) als 2.2.2.5.2 (Psychologische Kategorien/ Kontrolle der Gebärenden über sich und ihre Körperfunktionen/ Umgang mit

Wehen/ Die Wehe wird reguliert/ gehemmt) codiert, so lässt sich dieser Code später in der Analyse ohne Informationsverlust zu dem Code 3.1.2.3.2 (Soziale Rollen/ Gesunde Frau, deren Funktionen modifiziert werden/ medikamentös) zurechnen.

3.1	Soziale Rollen der Gebärenden (nur codieren, wenn nicht aus 2. codiert werden kann)	
3.1.1	Gesunde Frau	
3.1.2	Gesunde Frau, die oder deren Funktionen vom geburtshilflichen Team	
3.1.2.1	betreut, untersucht, unterstützt, vorbereitet etc. werden	
3.1.2.1.1	betreut, unterstützt, begleitet etc. werden	
3.1.2.1.2	angeleitet, überzeugt, unterwiesen etc. werden	
3.1.2.1.3	untersucht, registriert, aufgezeichnet wird	
	3.1.2.1.3.1	von außen
	3.1.2.1.3.2	vaginal
	3.1.2.1.3.3	invasiv
	3.1.2.1.3.4	Sonstiges
	3.1.2.1.4 Sonstiges	
3.1.2.2	kontrolliert, geprüft, beurteilt, überwacht etc. werden	
3.1.2.2.1	durch Beobachtung	
3.1.2.2.2	durch Untersuchung	
	3.1.2.2.2.1	von außen
	3.1.2.2.2.2	vaginal
	3.1.2.2.2.3	invasiv
	3.1.2.2.2.4	Sonstiges
	3.1.2.2.3 Sonstiges	
3.1.2.3	modifiziert, beeinflusst, geregelt werden	
	3.1.2.3.1 manuell	
	3.1.2.3.2 medikamentös	
	3.1.2.3.3 chirurgisch	
	3.1.2.3.4 Sonstiges	

Tab. 2.15 Kategorien 3.1.x. Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die Kategorien der Gruppe 3.1.x ermöglichen die Codierung aller Texteinheiten, die die Rolle der Gebärenden explizit oder implizit beschreiben und die nicht in den Kategorien 2.x codiert werden können. Die Gruppe 3.1.x ist so angelegt, dass das Rollenspektrum von der gesunden Frau bis hin zur behandlungsbedürftigen Patientin aufgefächert wird. Um später in der Analyse eine weitere Differenzierung zu ermöglichen, wurden diejenigen

Kategorien, die Untersuchungen, Überwachungsmaßnahmen und Behandlungen codieren, weiter nach bestimmten Maßnahmengruppen unterteilt. Dies sollte in erster Linie die „Invasivität“ der beschriebenen Maßnahmen bestimmbar machen. Die später eingefügte Verschlüsselung 3.1.5 ist für Texteinheiten reserviert, in denen die Gebärende als eine Person charakterisiert wird, vor der das Kind geschützt werden muss.

3.2	Rolle und Status der Hebamme (nur codieren, wenn nicht mit 2. oder 3.1 codiert werden kann)
3.2	Die Hebamme handelt und begrenzt ihr Handeln
3.2.1	aus eigener Initiative, eigenem Ermessen
3.2.2	auf Initiative der Gebärenden
3.2.3	auf Initiative des Arztes/ der Ärztin
3.2.4	aufgrund von Normen (Routinen, Leitlinien etc.)
3.2.5	aus juristischen Gründen
3.2.6	Sonstiges
3.3	Rolle und Status des Arztes/ der Ärztin (nur codieren, wenn nicht mit 2. oder 3.1 codiert werden kann)
3.3	Der Arzt/ die Ärztin handelt und begrenzt ihr/ sein Handeln
3.3.1	aus eigener Initiative
3.3.2	auf Initiative der Gebärenden
3.3.3	auf Initiative der Hebamme
3.3.4	aufgrund von Normen (Routinen, Leitlinien etc.)
3.3.5	aus juristischen Gründen

Tab. 2.16 Kategorien 3.2.x. und 3.3.x Auszug aus dem Codierhandbuch (s. Anhang)

Die Kategorien 3.2.x ermöglichen die Codierung von Texteinheiten, in denen das Rollenverständnis des Arztes/der Ärztin bzw. der Hebamme thematisiert werden. Diese Kategoriengruppen sind den Kategorien aus 3.1.x nachrangig - sie dürfen nur codiert werden, wenn nicht aus 3.1.x codiert werden kann. Denn im Fokus dieser Arbeit stand der Blick auf die Gebärende; Texteinheiten, in denen die Gebärende beschrieben wird, wurden somit in den Kategorien codiert, die sich auf sie beziehen.

Die Kategorien 3.2.x werden so organisiert, dass der Grund für Handlungen oder Unterlassungen codierbar wird. Denn die beruflichen Rollenmuster

werden durch spezifische Rahmenbedingungen (z.B. hierarchische Strukturen, juristische Risiken etc.) mitbestimmt. Es wird angenommen, dass diese Rahmenbedingungen in den zu analysierenden Werken unterschiedlich akzentuiert werden.

2.2.3 Auswertung des erhobenen Datenmaterials zur Inhaltsanalyse

Sämtliche in die Analyse aufgenommenen Texteinheiten wurden in ein Tabellenkalkulationsprogramm eingegeben. Dabei wurde für jede Texteinheit ein eigener Datensatz generiert, der folgende Dimensionen darstellt:

- Werk, aus dem die Texteinheit stammt
- Berufsgruppe, an die sich das Buch richtet
- Relevanz der Texteinheit (nach oben beschriebener Skala)
- Von der Texteinheit beanspruchte Zeilen bzw. Spalten bzw. Seiten
- Von der Texteinheit beanspruchter Platz als prozentualer Anteil des Werkes
- Vorhandensein oder Abwesenheit besonderer grafischer Merkmale
- In der Texteinheit dargestellte Phase der Geburt
- Code nach Kategoriensystem
- Bemerkungen (für offene Texteinträge)

Diese Datensätze wurden nach der vollständigen Codierung aller zu analysierenden Werke einer quantitativen Analyse unterzogen. Dafür wurden zunächst die einzelnen Werke dargestellt, d.h. sämtliche zu einem Werk zugehörigen Texteinheiten wurden jeweils in einer einzelnen Tabelle zusammen gezogen, die dann näher untersucht wurde.

Für die quantitative Analyse wurden nun sämtliche Texteinheiten eines Werkes so sortiert, dass die Zuordnungen zum Kategoriensystem Gruppen ergaben, die wiederum nach Geburtsphasen und Relevanz geordnet waren. Nun war es möglich, Summen zu rechnen - etwa den prozentualen Anteil eines Buches, in dem eine bestimmte Situation innerhalb der Einschlusskriterien thematisiert wird. Dies ließ sich weiter differenzieren in bestimmte Geburtsphasen und/ oder durch Ausschliessen oder Einbeziehen verschiedener Relevanz-Niveaus.

Auf diese Weise lassen sich Gewichtungen innerhalb der Werke quantitativ darstellen. Dabei lassen sich für die einzelnen in den Büchern beschriebenen Sachverhalte oder Situationen Werte errechnen, die vergleichbare Aussagen darüber zulassen, in welchem Umfang welches Werk diese Sachverhalte oder Situationen thematisiert. Dies lässt sich insbesondere auf die Stärke, mit der dies als aktive oder passive Haltung akzentuiert wird, beziehen. Gleichzeitig lassen sich für bestimmte Inhalte auch die für die Aussagequalität entscheidenden Relationen innerhalb eines Werkes darstellen: Möglicherweise beschreibt ein Werk einen bestimmten Sachverhalt nur sehr spärlich als aktiv - enthält aber kaum (oder sehr häufig) Anteile, in denen dieser Sachverhalt als passiv dargestellt wird.

Auf diese Weise liessen sich die analysierten Werke für die zugrunde liegende Fragestellung differenziert quantitativ charakterisieren und untereinander vergleichen. Ein Vergleich derjenigen Bücher, die für die ärztliche Ausbildung gebraucht werden mit der Gruppe der Hebammen-Lehrbücher wurde auf diese Weise möglich.

3 Ergebnisse

3.1 Medieninhaltsanalyse: Grobanalyse

Die Medieninhaltsanalyse wurde in zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wurden die einzelnen Werke einer groben Analyse unterzogen, für die die Fragestellung nach Aktivität oder Passivität noch nicht entscheidend war. Vielmehr ging es hierbei um die Feststellung, in welchem Maße die untersuchten Bücher die physiologische vs. pathologische Geburt behandeln, inwiefern psychosoziale und psychosomatische Inhalte berücksichtigt werden und dergleichen. Die Ergebnisse dieser Grobanalyse werden im Folgenden dargestellt.

Im zweiten Schritt wurden die Texteinheiten nach den im Kapitel „Material und Methoden“ dargestellten Prinzipien ausgewählt, klassifiziert, codiert und vergleichend dargestellt. Die Ergebnisse dieser Inhaltsanalyse finden sich ab Kapitel 3.2.2.

3.1.1 Gewichtung von Inhalten

Zunächst wurden die Inhaltsverzeichnisse der einzelnen Werke einer quantitativen Analyse unterzogen. Dabei wurde die Anzahl der Seiten, die sich einem Thema widmen, jeweils in Beziehung gesetzt zu dem Gesamtwerk bzw. zum geburtshilflichen Teil des Gesamtwerkes. Auf diese Weise lässt sich darstellen, welche Gewichtung welche Themen bekommen. Eine solche Analyse wurde für jedes Werk nach zwei Gesichtspunkten durchgeführt: Zum einen wurde der gesamte geburtshilfliche Teil gewertet, zum anderen nur diejenigen Kapitel, in denen es explizit um die Geburt geht;

nicht berücksichtigt wurden hier Abschnitte, in denen es um präpartale, postpartale oder andere, übergeordnete Themen (z.B. Medikamente in Schwangerschaft und Geburt) geht.

Anschließend wurde ausgewertet, in welchem Masse und an welcher Stelle die Werke explizit psychosoziale und psychosomatische Inhalte verhandeln. Hierfür wurden zunächst die Inhaltsverzeichnisse herangezogen, eine orientierende Textrezeption folgte.

Die Ergebnisse dieser Grobanalyse werden im Folgenden für die Werke im Vergleich dargestellt. Dabei wird die oben etablierte Reihenfolge der Werke beibehalten.

GEBURTSHILFE GESAMT

In den hier untersuchten Werke werden die Inhalte unterschiedlich gewichtet. Durch eine quantitative Analyse der Inhaltsverzeichnisse und anschließende Darstellung lässt sich dies abbilden (siehe Abb. 3.1).

Während das Lehrbuch von Geist mit 24,11% den höchsten Anteil an Inhalten der physiologischen Vorgänge zeigt, bildet das Buch von Kainer mit 0,63% den kleinsten Anteil ab. Von den ärztlichen Lehrbüchern beschreibt das Buch von Stauber mit 23,94% ähnlich extensiv wie die Hebammenlehrbücher Inhalte der Physiologie.

In 85,54% des Textes widmet sich das Buch von Kainer Inhalten, die pathologische Verläufe thematisieren. Während die anderen ärztlichen Lehrbücher im Bereich 52-63% rangieren, thematisieren die Hebammenlehrbücher pathologische Verläufe auf 30,61% (Mändle) bis 36,68% (Geist) des zur Verfügung stehenden Raumes.

Diagnostische Maßnahmen werden besonders ausführlich bei Pfeleiderer thematisiert (18,64%), die Werke von Dudenhausen (16,25%), Schneider (14,86%), Stauber (12,42%) und Mändle (10,61%) liegen in ähnlichen Bereichen. Weniger Raum nehmen diagnostische Methoden bei Kainer (7,32%) und Geist (4,44%) ein.

Die Betreuung der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerin und des Neugeborenen - und hier sind auch so inhomogene Inhalte wie Psychosomatik, geburtserleichternde Maßnahmen oder die Beratung der Wöchnerin kategorisiert, wird in den Hebammenlehrbüchern mit 21,9% (Mändle) und 12,94% (Geist) stärker thematisiert als in den ärztlichen

Lehrbüchern. Hier nehmen Inhalte, die sich weit gefasst unter Betreuung subsumieren lassen bei Dudenhausen mit 6,64% am meisten Raum ein. Mit 1,82% werden Betreuungsinhalte bei Stauber und Pfeleiderer verhältnismäßig knapp verhandelt.

In die Kategorie „Sonstiges“ sind hier alle Inhalte aufgenommen worden, die sich nicht auf die Schwangere/ Gebärende/ Wöchnerin/ das Neugeborene beziehen. Hierbei handelt es sich um berufskundliche Darstellungen, Normwertetabellen, juristische Aspekte und ähnliches.

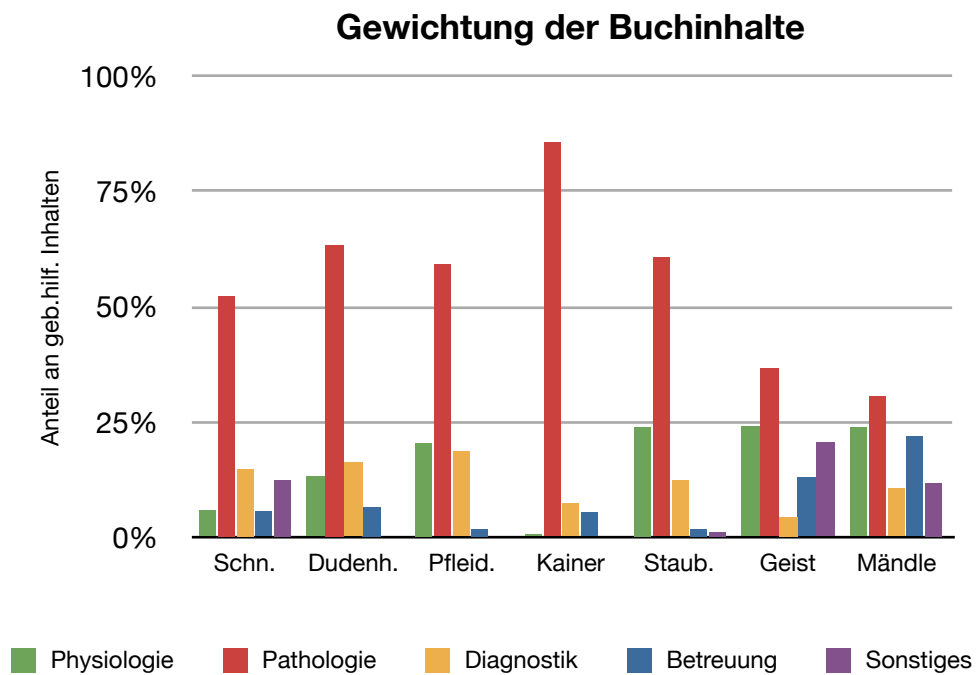


Abb. 3.1 Gewichtung der Buchinhalte nach Inhaltsverzeichnissen im Teil „Geburtshilfe“

ABSCHNITTE ZU „GEBURT“

In einer nächsten grobanalytischen Übersicht wurde die Gewichtung bestimmter Inhalte von Abschnitten untersucht, die das Thema „Geburt“ zum Inhalt haben. Auch hier wurden die Inhaltsverzeichnisse der Werke quantitativ ausgewertet, um eine Darstellung des jeweils beanspruchten Raumes zu ermöglichen.

Für diese Analyse wurden Inhalte zusammengefasst, die später, in der Feinanalyse noch im Detail betrachtet werden. So wurden Erörterungen der Gebärposition hier unter „Physiologische Geburt“ subsumiert, da sie ohnehin nur für Frauen infrage kommen, bei denen kein pathologischer Verlauf

befürchtet wird. Inhalte, die operative Behandlungen thematisieren, wurden dementsprechend zur pathologisch verlaufenden Geburt gezählt. Analgetische und andere geburtserleichternde Verfahren wurden dem Thema „Betreuung“ zugerechnet.

Mit 26,8% (Geist) und 17,99% (Mändle) räumen die Hebammenlehrbücher der physiologisch verlaufenden Geburt relativ am meisten Platz ein. Unter den ärztlichen Lehrbüchern widmet sich Stauber mit 18,32% diesem Themenkomplex verhältnismäßig eingehend, während bei Kainer kein entsprechender Abschnitt im Inhaltsverzeichnis zu finden ist.

Die pathologisch verlaufende Geburt bzw. geburtshilflich-operative Maßnahmen nehmen in allen untersuchten Lehrbüchern mehr als die Hälfte des Raumes zum Inhalt „Geburt“ ein, besonders ausgeprägt bei Kainer (78,84%), gefolgt von Stauber (74,84%). Diese Inhalte sind in den Hebammenlehrbüchern mit 52,01% (Mändle) und 59,75% (Geist) relativ weniger stark repräsentiert.

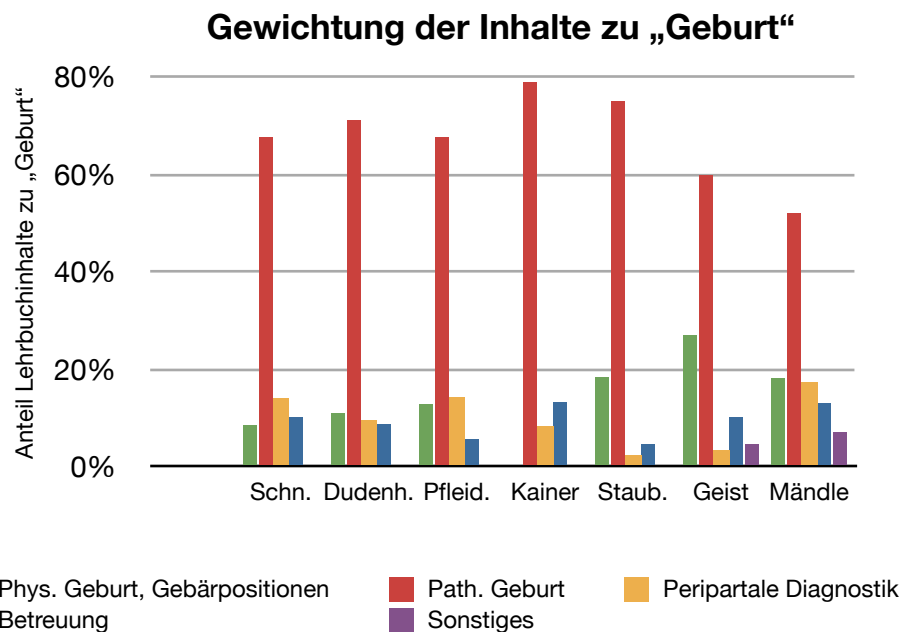


Abb. 3.2 Gewichtung der Inhalte der Abschnitte zu „Geburt“ nach Inhaltsverzeichnissen

Inhalte zur peripartalen Diagnostik nehmen in den analysierten Werken unterschiedlich viel Raum ein, wenn man zur Analyse die Inhaltsverzeichnisse orientierend quantifiziert. Die Anteile rangieren von 17,22% (Mändle) bis 2,29% (Stauber).

Den Themen Betreuung, geburtserleichternde Maßnahmen und Analgesie wird in den Werken 4,58% (Stauber) bis 13,13% (Kainer) des Platzes zum Thema „Geburt“ eingeräumt. Die Kategorie „Sonstiges“ musste nur für die Hebammenbücher kategorisiert werden, hier ließ sich das Thema „Hausgeburtshilfe“ nicht an anderer Stelle sinnvoll einordnen.

3.1.2 Orientierende Analyse: Verhandlung psychosozialer Inhalte

Um einen belastbaren Eindruck davon zu bekommen, wie - das heißt in welcher Quantität und an welcher Lokalisation - psychosoziale und psychosomatische Inhalte in den ausgewählten Werken verhandelt werden, wurden zunächst die Inhaltsverzeichnisse analysiert.

Zwei der untersuchten Werke (Dudenhausen, Kainer) haben keinen Hinweis im Inhaltsverzeichnis, der auf psychosoziale Inhalte schließen lässt. Bei der Durchsicht der Bücher finden sich nur äußerst spärliche Textteile, die im weitesten Sinne psychosoziale Inhalte verhandeln. So etwa, wenn der Angst-Spannung-Schmerz-Teufelskreis kurz angesprochen wird (Dudenhausen) oder wenn es um den Umgang mit Schwangeren nach intrauterinem Fruchttod geht (Kainer). Bei einer orientierenden Durchsicht des Buches von Kainer hinsichtlich Themen, die häufig in psychosozialen Zusammenhängen dargestellt werden, fanden sich insgesamt drei Textstellen, die tatsächlich - wenn auch in jeweils kaum mehr als einem Satz - psychosoziale Zusammenhänge zumindest benennen. Dies ist der Fall bei den Themen Schwangerschaftsabbruch, Intrauteriner Fruchttod und Stillen.

Die anderen analysierten Werke lassen sich in zwei Gruppen einteilen: In der einen Gruppe wird die Psychosomatik in gesonderten Kapiteln zu Beginn (Stauber) oder am Ende (Schneider) des Lehrbuchteils verhandelt. Für die übrigen Kapitel lässt das Inhaltsverzeichnis nicht auf weitere psychosoziale Inhalte schließen (Stauber) oder enthält noch Kapitel, in denen Beratungsinhalte vermittelt werden (Schneider). Beispielhaft für diese Gruppe Lehrbücher sei hier die Aufteilung in dem Buch von Stauber grafisch wiedergegeben (s. Abb. 3.3). Eine orientierende Durchsicht der Texte zeigt für diese Lehrbücher, dass im Text - abgesehen natürlich von den entsprechend gekennzeichneten Kapiteln - allenfalls spärliche Anmerkungen zu psychosozialen Zusammenhängen zu finden sind. Die zweite Gruppe

Lehrbücher charakterisiert diejenigen Werke, die psychosoziale Inhalte über den Textkorpus verteilt beinhalten. Hier sind psychosoziale Inhalte zumeist bestimmten Abschnitten zugeordnet (z.B. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) und werden auch innerhalb dieser Abschnitte verhandelt. Auch gesonderte Kapitel zu besonderen Themen können in diesen Werken gefunden werden (z.B. „Trauerarbeit“ bei Mändle). Eine solche Struktur trifft für die Werke von Geist und Mändle in besonderem Maße zu, auch die Lehrbücher von Schneider und Pfeleiderer lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Als Beispiel ist die Integration psychosozialer Inhalte, wie sie aus dem Inhaltsverzeichnis ersichtlich sind, bei Geist grafisch illustriert (s. Abb. 3.4).

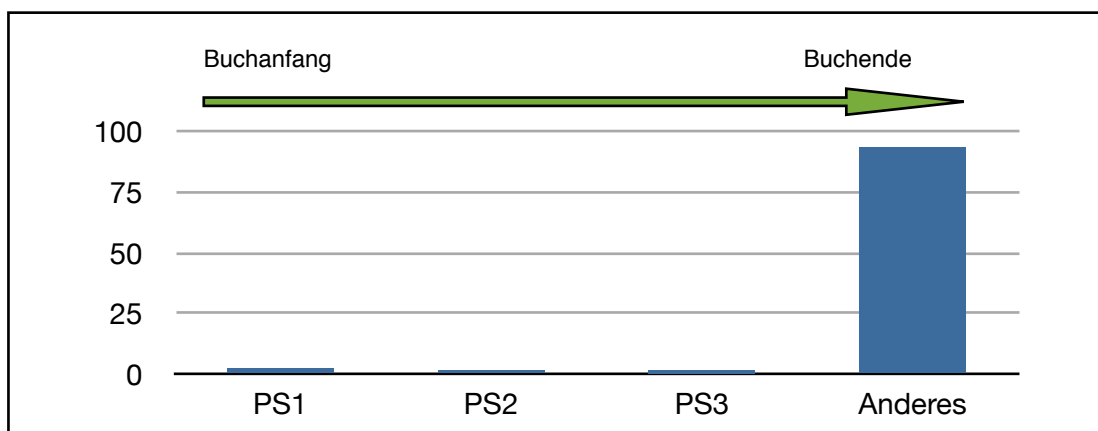


Abb. 3.3 Psychosoziale Inhalte bei Stauber im Buchverlauf. Links der Buchanfang, rechts das Buchende. „Anderes“ bezeichnet stets nicht-psychosoziale Inhalte. PS1 = Psychosomatik der Schwangerschaft; PS2 = Psychosomatik der Geburt; PS3 = Psychosomatik des Wochenbettes

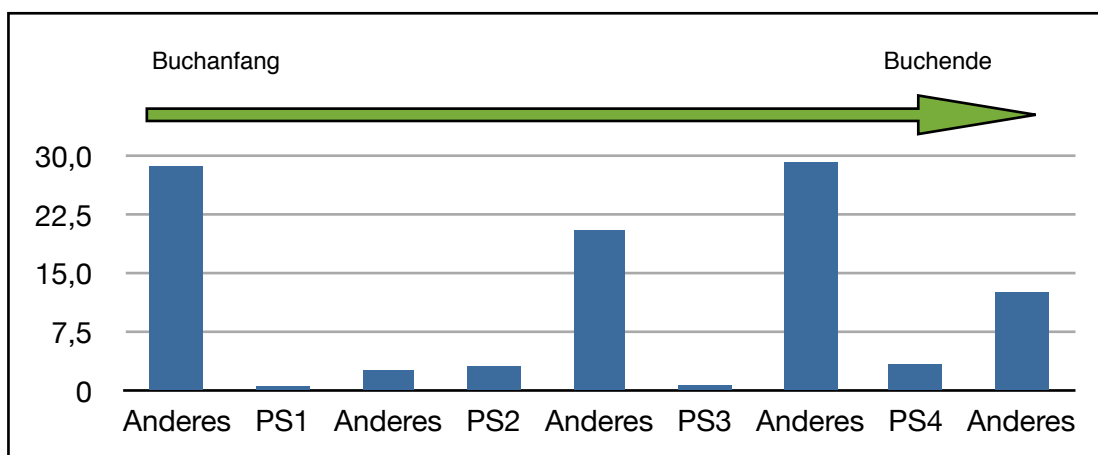


Abb. 3.4 Psychosoziale Inhalte bei Geist im Buchverlauf. Links der Buchanfang, rechts das Buchende. „Anderes“ bezeichnet stets nicht-psychosoziale Inhalte. PS1 = Psychosomatik und Soziologie der Schwangerschaft; PS2 = Beratung der Schwangeren; PS3 = Begleitung der Gebärenden; PS4 = Betreuung im Wochenbett

Das Werk von Schneider enthält zusätzlich ein gesondertes Kapitel zur Psychosomatik in der Geburtshilfe ganz am Ende des Buches. Damit lässt es sich beiden hier charakterisierten Gruppen zuordnen.

Bei der Durchsicht der Lehrbücher fällt allerdings auf, dass die Hebammenbücher immer wieder in unterschiedlichen Zusammenhängen psychosoziale Zusammenhänge thematisieren. Diese Inhalte sind dabei weder systematisch als solche markiert noch aus dem übrigen Textkorpus isoliert. Die Stichwortverzeichnisse beinhalten eine Reihe von Begriffen, die einen psychosozialen Kontext markieren, die in den ärztlichen Lehrbüchern nicht auffindbar sind (z.B. Sexueller Missbrauch).

3.2 Quantitative Medieninhaltsanalyse: Feinanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Medieninhaltsanalyse im Sinne der Fragestellung nach Aktivität und Passivität während der physiologischen Geburt dargestellt.

Zunächst findet sich eine systematisierte Aufstellung der einbezogenen Texteinheiten. Darauf folgt die Inhaltsanalyse nach den Hauptkategorien des Codierhandbuches.

3.2.1 Eingeschlossene Texteinheiten

Die zweimalige Durchsicht sämtlicher Buchabschnitte, die das Thema „Physiologische Geburt“ oder dergleichen beschreiben, ließ die Codierung von 1869 Texteinheiten (TE) zu, die die oben beschriebenen Einschlusskriterien erfüllen (s. Kap. 2.2.1). Diese Texteinheiten machen 5,43% der geburtshilflichen Lehrbucheile aus.

Die Anzahl der TE spiegelt nicht wieder, um wie viel Text es sich jeweils handelt: Besonders kurze TE können aus wenigen Worten bestehen, besonders lange TE ganze Kapitel umfassen. Aus diesem Grund werden in erster Linie prozentuale Angaben gemacht, die zeigen, wie groß der Anteil

am gesamten (geburtshilflichen) Teil der Lehrbücher tatsächlich ist. Bei Kainer konnte mit 7 TE (entspr. 1,26% des Buches) am wenigsten Text eingeschlossen werden, während aus Mändle 623 TE (entspr. 7,28% des Buches) aufgenommen werden konnten. Mit 8,59% war bei Dudenhausen der Anteil der in die Analyse aufgenommenen Textteile am höchsten (s. Tab. 3.1).

	Anzahl TE	% Geb.hilfe
Schn.	273	4,47
Dudenh.	179	8,59
Pfleid.	169	7,57
Kainer	7	1,26
Staub.	231	4,74
Geist	387	4,11
Mändle	623	7,28
Summe	1869	38,02
Mittelwert	267	5,43

Tab. 3.1 Anzahl der jeweils eingeschlossenen Texteinheiten und Anteile am jeweiligen Gesamtwerk

3.2.2 Verteilung der Texteinheiten auf die Kategorien 1. Grades

Die Kategorien 1. Grades stellen die Hauptkategorien des Codierhandbuches dar (Aktivität und Passivität in 1. Biologischen Dimensionen, 2. Psychologischen Dimensionen, 3. Sozialen Rollen). Im Folgenden wird dargestellt, welchen dieser Hauptkategorien sich die Texteinheiten (TE) der einzelnen Werke zuordnen lassen.

Während in den ärztlichen Lehrbüchern die TE ganz überwiegend in der 3. Hauptkategorie (Soziale Rollen) codiert werden, können die TE der Hebammen-Lehrbücher stärker auch in die psychologischen Dimensionen eingeordnet werden. Die Kategorie der biologischen Dimensionen wird insgesamt am seltensten codiert.

Dies wird deutlich sichtbar, wenn man die Arztwerke und Hebammenwerke jeweils zusammenfasst (s. Abb. 3.6).

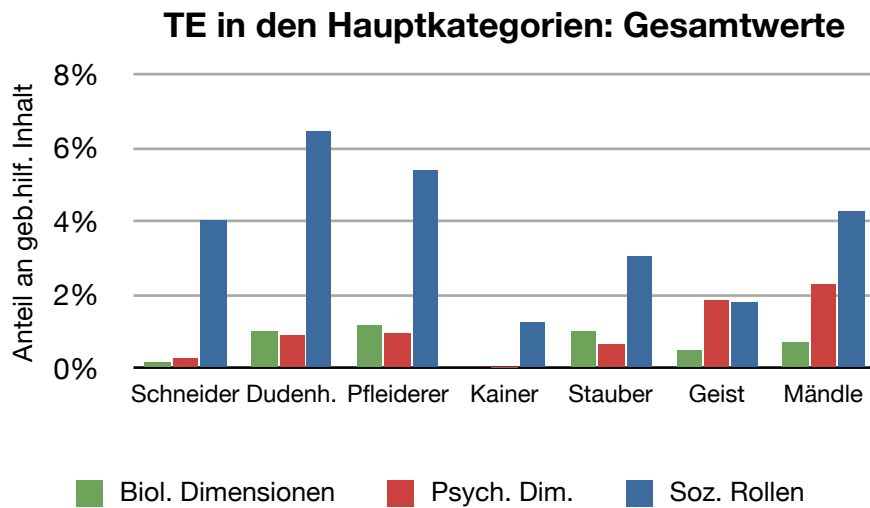


Abb. 3.5 Die Verteilung der TE in die Hauptkategorien: Biologische Dimensionen, Psychologische Dimensionen, Soziale Rollen.

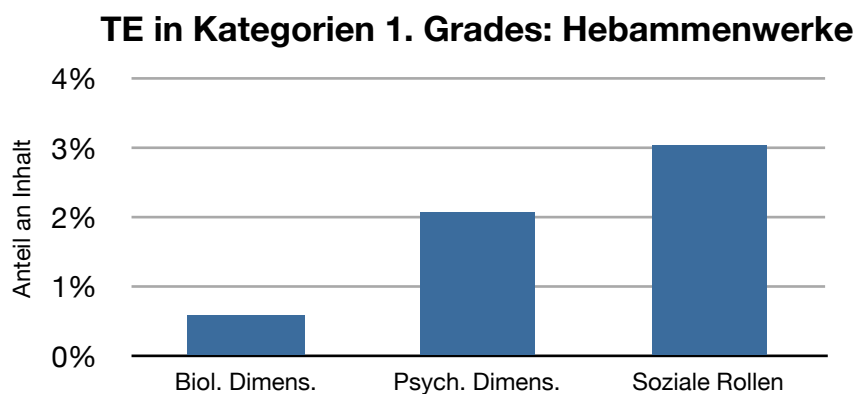
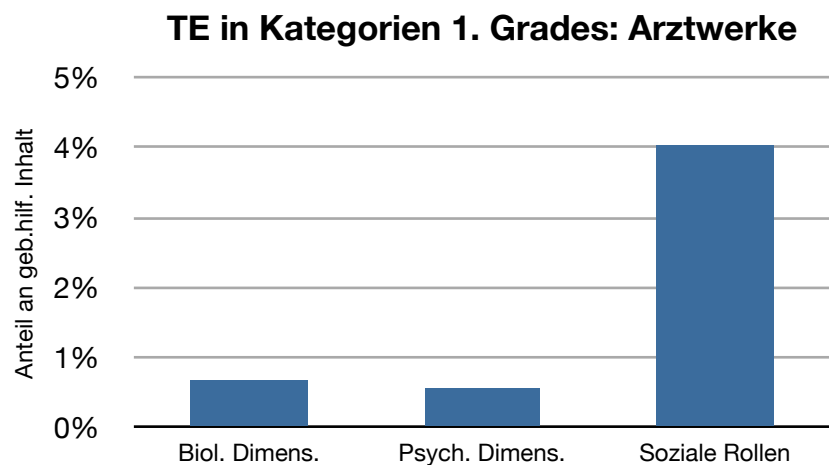


Abb. 3.6 Anteile der TE in den Kategorien 1. Grades: Vergleich der ärztlichen Lehrbücher mit den Hebammenlehrbüchern (Mittelwerte)

3.3 Die Darstellung von Aktivität und Passivität als biologische Gegebenheiten

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dargestellt, die zeigen, wie die Darstellungen biologischer „Gegebenheiten“ in den untersuchten Werken variieren. Die quantitative Erfassung der TE in den Kategorien des Codierhandbuches ermöglicht eine deskriptive Analyse der Gewichtungen, die jeweils vorgenommen werden.

3.3.1 Der Uterus als Organ zwischen Aktivität und Passivität

Die untersuchten Werke stellen den Uterus in seinen anatomischen Aspekten und in seinen funktionellen Aspekten dar. In den anatomischen Beschreibungen sind die Differenzierungen in kontraktile vs. dilatative Elemente des Organs als aktive und passive Komponenten lesbar. Derlei Beschreibungen sind facettenreich und finden sich in jeder Darstellung eines physiologischen Geburtsverlaufs. Eher als funktionelle Aspekte werden die dynamischen Tätigkeiten des Uterus beschrieben, insbesondere in Textabschnitten, die die Wehentätigkeit zum Inhalt haben. Hierbei kann die Wehe als aktive, die Wehenpause als passiv-ruhende Phase verstanden werden.

Bei denjenigen Textabschnitten, in denen der anatomische Uterus beschrieben wird, zeigt sich eine deutlich andere Sichtweise der ärztlichen Literatur im Vergleich zur Hebammenliteratur. Mit Ausnahme von Pfeleiderer, bei dem die Beschreibungen der aktiven und passiven Elemente ausgeglichen sind, nehmen in den ärztlichen Büchern die Darstellungen der aktiven Uteruselemente deutlich weniger Raum ein als die Darstellungen der passiven Organelemente. In den Hebammenbüchern ist es genau umgekehrt (s. Abb. 3.7). In dem Buch von Kainer gibt es keine Darstellung einer physiologischen Geburt, aus diesem Grund konnten keine TE codiert werden.

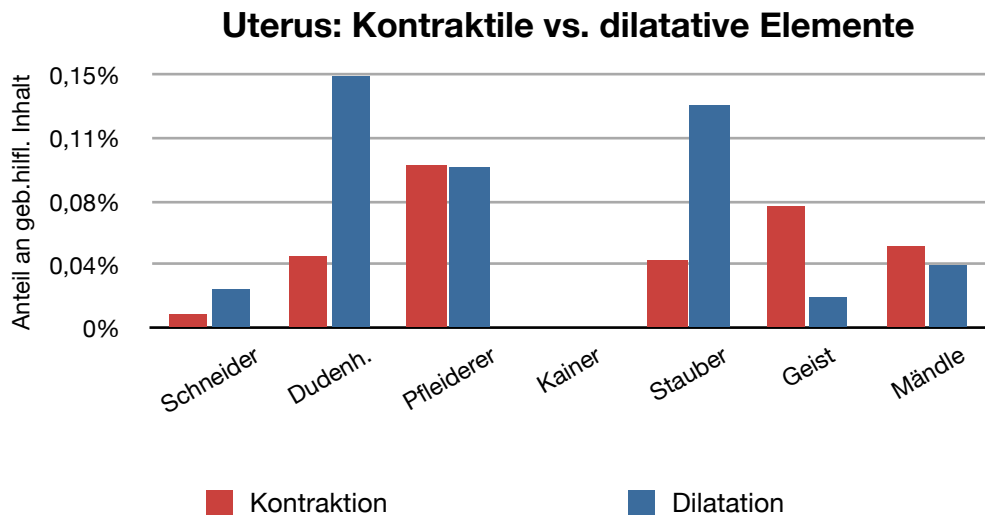


Abb. 3.7 Der anatomische Uterus in seinen kontraktiven vs. dilatativen Elementen - alle Werke im Vergleich. TE der Relevanz 4 -5 wurden berücksichtigt.

Die TE, die die Uterusfunktion beschreiben, sind ebenfalls in den ärztlichen Werken anders gewichtet als in den Hebammenwerken. In allen untersuchten Werken nimmt die Wehe mehr Raum ein als die Wehenpause. Während die Wehenpause in der ärztlichen Literatur allerdings wenig repräsentiert ist, finden sich in den Hebammenbüchern durchaus Texteinheiten, die die physiologische Wehenruhe im Kontext der uterinen Physiologie beschreiben (s. Abb. 3.8).

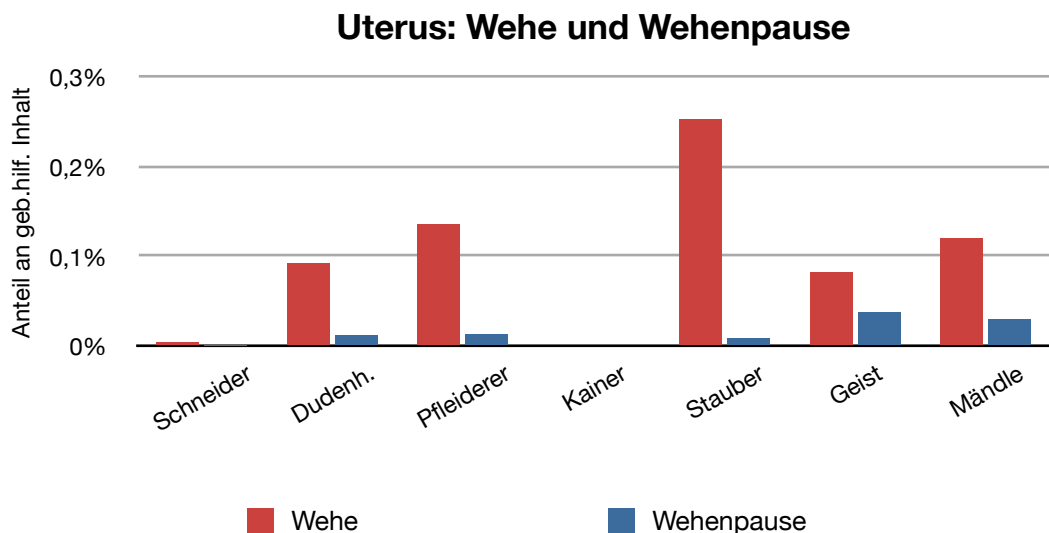


Abb. 3.8 Der Uterus in seinen funktionellen Phasen während der Geburt, Wehe und Wehenpause. TE der Relevanz 1-5 wurden berücksichtigt.

3.3.2 Die Verteilung der Geburtsarbeit zwischen Mutter und Kind

Der tradierte Begriff der Geburtsarbeit beschreibt die vielfältigen Tätigkeiten (z.B. „pressen“) und Bewegungen (z.B. „um die Symphyse geschoben werden“), die nötig sind, damit ein Kind geboren werden kann. Diese aktiven und passiven Momente der Interaktion zwischen Mutter und Kind werden vor allem im Zusammenhang der sog. Geburtsmechanik dargestellt. Diese Interaktionen in ihren förderlichen und ihren hinderlichen Aspekten werden in Lehrbüchern der Geburtshilfe unterschiedlich gewichtet beschrieben (s. Abb. 3.9-3.14).

Für diese Auswertung wurden mehrere Codes kumuliert, um aktive und passive Anteile von Mutter und Kind zu extrahieren. So wurden für die Datensätze der mütterlichen produktiven Aktivität folgende Kategorien zusammengefasst: 1.2.1.1 (Biologische Vorgänge/ Geburtsmechanik/ Mutter produktiv für die Geburt, Kind produktiv für die Geburt/ Mutter aktiv, Kind aktiv), 1.2.1.2 (Biologische Vorgänge/ Geburtsmechanik/ Mutter produktiv für die Geburt, Kind produktiv für die Geburt/ Mutter aktiv, Kind passiv), 1.2.2.1 (Biologische Vorgänge/ Geburtsmechanik/ Mutter produktiv für die Geburt, Kind nicht produktiv/ Mutter aktiv, Kind aktiv) und 1.2.2.2 (Biologische Vorgänge/ Geburtsmechanik/ Mutter produktiv für die Geburt, Kind nicht produktiv/ Mutter aktiv, Kind passiv). Analog dazu wurden für das produktiv aktive Kind die Codes 1.2.1.1, 1.2.1.3, 1.2.3.1, und 1.2.3.3 (s. Kap. 3.2.2) addiert. Für die Werte, in denen sich die Mutter passiv verhält und damit produktiv für die Geburt, wurden die Codes 1.2.1.3, 1.2.1.4, 1.2.1.3 und 1.2.2.4 verwendet, während für das produktiv passive Kind die Codes 1.2.1.2, 1.2.1.4, 1.2.3.2 und 1.2.3.4 herangezogen wurden.

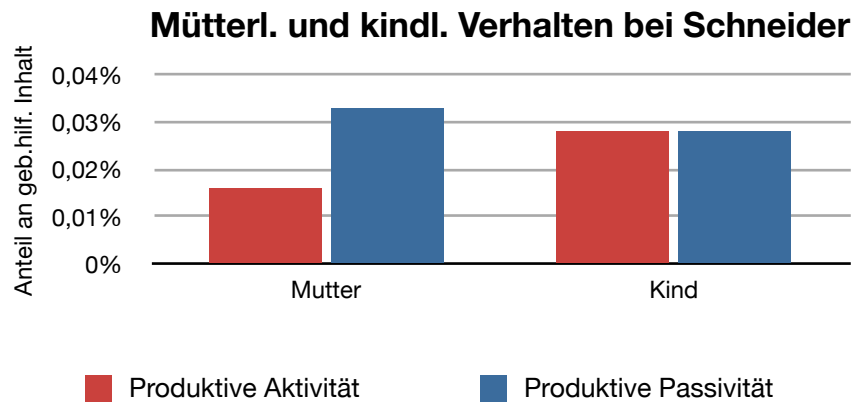


Abb. 3.9 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Schneider. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

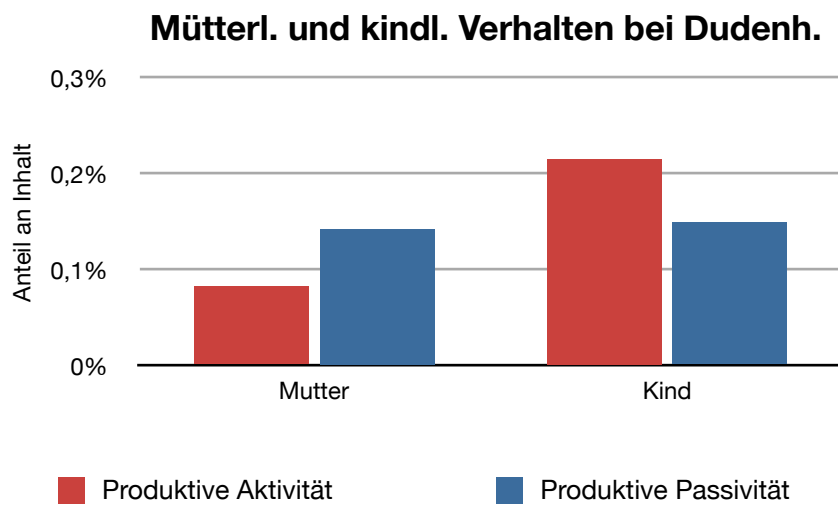


Abb. 3.10 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Dudenhausen. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

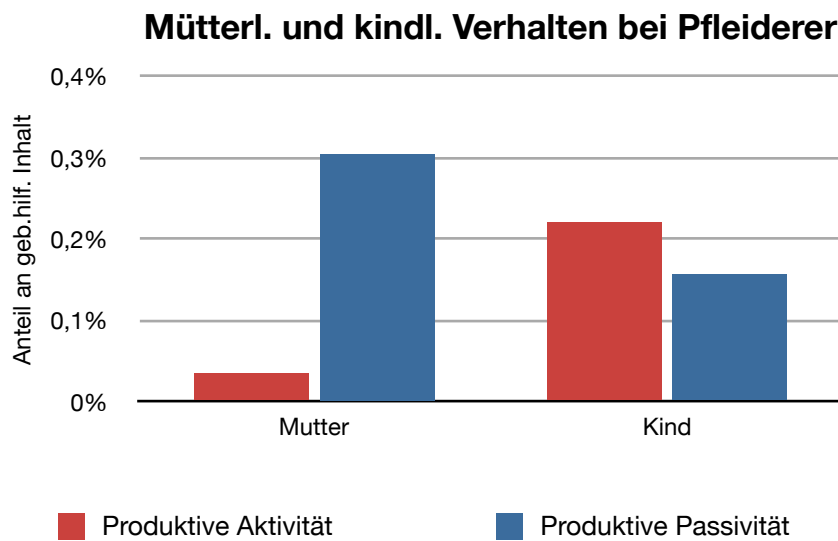


Abb. 3.11 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Pfeleiderer. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

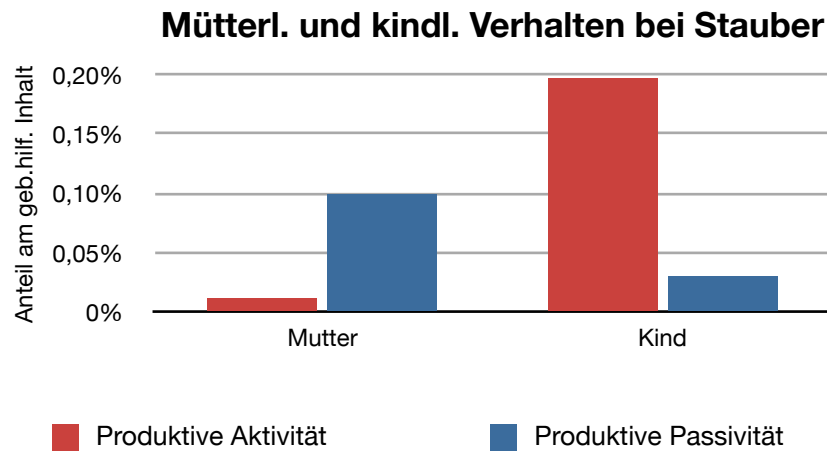


Abb. 3.12 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Stauber. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

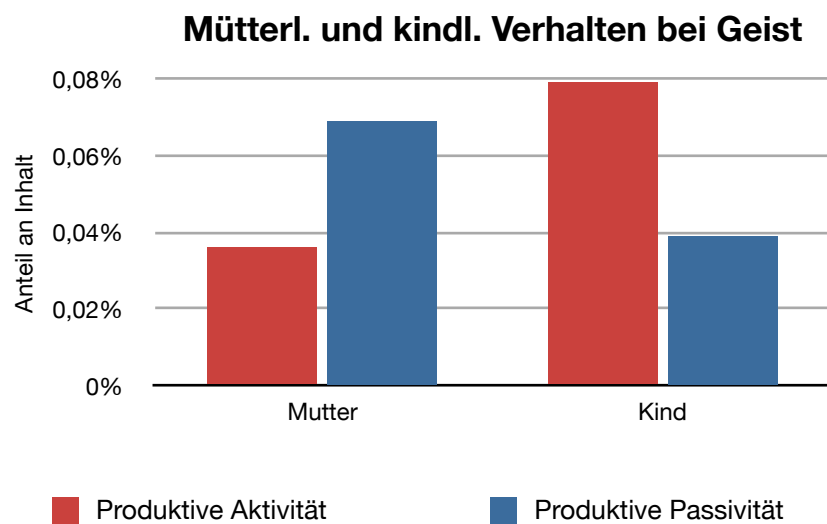


Abb. 3.13 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Geist. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

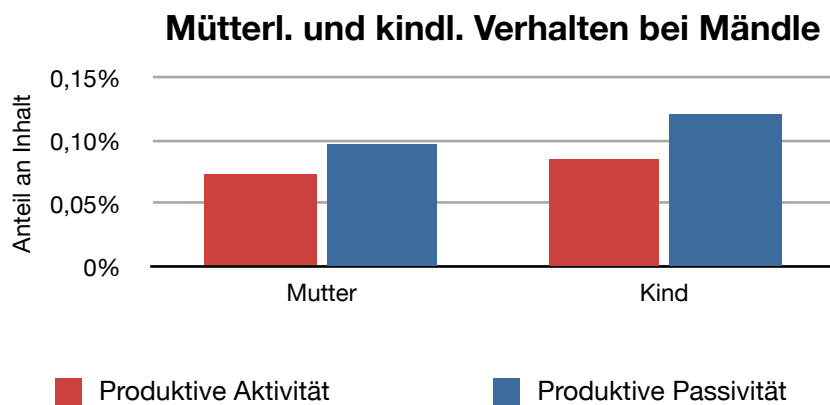


Abb. 3.14 Darstellungen der Geburtsarbeit von Mutter und Kind bei Mändle. TE der Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

Es fällt auf, dass die aktive Geburtsarbeit des Kindes in allen untersuchten Werken die aktive Arbeit der Mutter übertrifft - jedenfalls, was den Raum angeht, den die jeweiligen Beschreibungen in den Lehrbüchern einnehmen. Diese Gewichtung ist unterschiedlich stark ausgeprägt, besonders stark bei Stauber, besonders wenig bei Mändle.

Dem gegenüber nimmt die auf produktive Weise passive Mutter in fast jedem Werk mehr Raum ein als das auf produktive Weise passive Kind - besonders ausgeprägt wiederum bei Stauber. Die einzigen Ausnahmen bilden hier wiederum Mändle und, wenn auch nur schwach ausgeprägt, Dudenhausen.

Auffällig ist auch, dass die produktive Geburtsarbeit, unabhängig von aktiver oder passiver Mithilfe, in allen untersuchten Werken stärker auf der Seite des Kindes lokalisiert wird, als auf Seiten der Mutter. Dies zeigt sich besonders bei Stauber, zieht sich aber ausnahmslos durch die untersuchten Lehrmedien.

Keine TE von Kainer konnten codiert werden, da hier keine physiologische Geburt oder Geburtsmechanik beschrieben wird.

3.4 Die Darstellung von Aktivität und Passivität in psychologischen Konstellationen

Die psychologischen Dimensionen des Codierhandbuches bilden ab, wer in welcher Situation während einer physiologischen Geburt aktiv und selbstbestimmt oder passiv und fremdgesteuert agiert und interagiert.

Insofern bilden die psychologischen Dimensionen Aspekte der Kontrolle über Umfeld und Selbst ab. Dabei fokussiert diese Arbeit auf die Gebärende - also darauf, wie weit die Gebärende ihr Umfeld und sich selbst kontrollieren kann bzw. wie diese Inhalte in den ausgewählten Leitbild gebenden Medien kommuniziert werden (für welche Situation, in welchem Umfang, mit welcher Bewertung).

3.4.1 Die selbstbestimmte und die nicht selbstbestimmte Gebärende

In den untersuchten Büchern finden sich immer wieder Textteile, in denen die Gebärende als selbstbestimmt Agierende beschrieben wird. Dies kann jeweils positiv konnotiert sein (z.B. „es ist gut, wenn die Kreissende von selbst eine bestimmte Gebärhaltung einnimmt“) oder negativ bewertet werden (z.B. „nicht immer folgt die Kreissende den Anweisungen des Geburtshelfers“). In beiden Fällen wird die Gebärende als aktive, selbstbestimmt agierende Frau dargestellt.

Andersherum finden sich viele Textstellen, in denen die Gebärende passiv, nicht selbstbestimmt agiert. Und auch dieses Verhalten wird in den meisten Darstellungen positiv oder negativ bewertet.

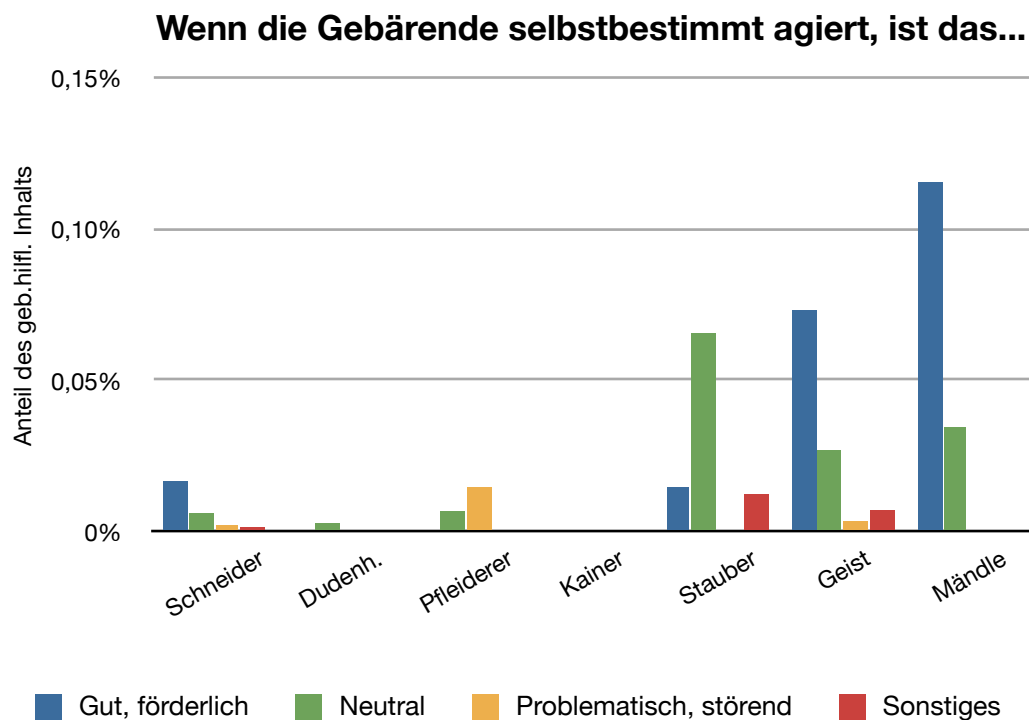


Abb. 3.15 Darstellung der TE, in denen die Gebärende als selbstbestimmt agierend thematisiert wird unter Einbeziehung der damit verbundenen Wertung. TE mit Relevanz 1-5 wurden berücksichtigt

Die systematische quantitative Analyse aller entsprechenden TE der untersuchten Werke zeigte, dass nicht nur die Darstellungen von selbstbestimmten oder nicht selbstbestimmten Gebärenden unterschiedlich stark repräsentiert sind; sondern auch, dass die Bewertung dieser Haltungen sehr inhomogen ist (s. Abb. 3.15).

Das Buch von Kainer enthält keine Textstellen, die eine Codierung in diesen Kategorien zulassen. Es fällt auf, dass eine selbstbestimmt agierende Gebärende in den untersuchten Lehrbüchern eher eine Rarität ist. Das einzige ärztliche Lehrbuch mit einer entsprechenden längeren Textstelle ist Stauber. Diese TE stammen aus einer Kasuistik, in der das selbstbestimmte Agieren der Gebärenden zwar zunächst neutral beschrieben wird (und darum unter „neutral“ verschlüsselt wurde), dies aber entweder auf Anweisung des Arztes oder aber mit im weiteren Verlauf beschriebenen negativen Konsequenzen. Dieses Phänomen lässt sich bei Pfeleiderer auch quantitativ erfassen: Die ohnehin raren TE, in denen die Gebärende als selbstbestimmt agierend thematisiert wird, sind überwiegend im Sinne einer negativen Entwicklung bewertet.

In den Hebammenlehrbüchern wird die selbstbestimmt agierende Gebärende weiträumiger dargestellt und insgesamt positiver bewertet. Die förderlichen Aspekte einer selbstbestimmten Haltung überwiegen in den Darstellungen mögliche negative Konsequenzen.

Analog zu dieser Analyse wurden alle TE quantifiziert, in denen die Gebärende als nicht selbstbestimmt agierend charakterisiert wird. Auch hier wurde die jeweilige Bewertung der Situation mit codiert.

Textteile, in denen die Gebärende als nicht selbstbestimmt agierende Person beschrieben wird, sind in den untersuchten Lehrmedien seltener (s. Skalierung). In den ärztlichen Werken sind diese Darstellungen überwiegend neutral gehalten, nur bei Schneider finden sich Wertungen, hier überwiegend negative Bewertungen.

Auch in den Hebammenbüchern sind die Darstellungen von nicht selbstbestimmt agierenden Gebärenden unterrepräsentiert. In diesen Darstellungen wird eine negative Bewertung favorisiert. Nur ein sehr kurzer Abschnitt bei Mändle wertet diese Haltung als gut bzw. förderlich. Bei Geist findet sich keine positive Bewertung eines nicht selbst bestimmten Agierens.

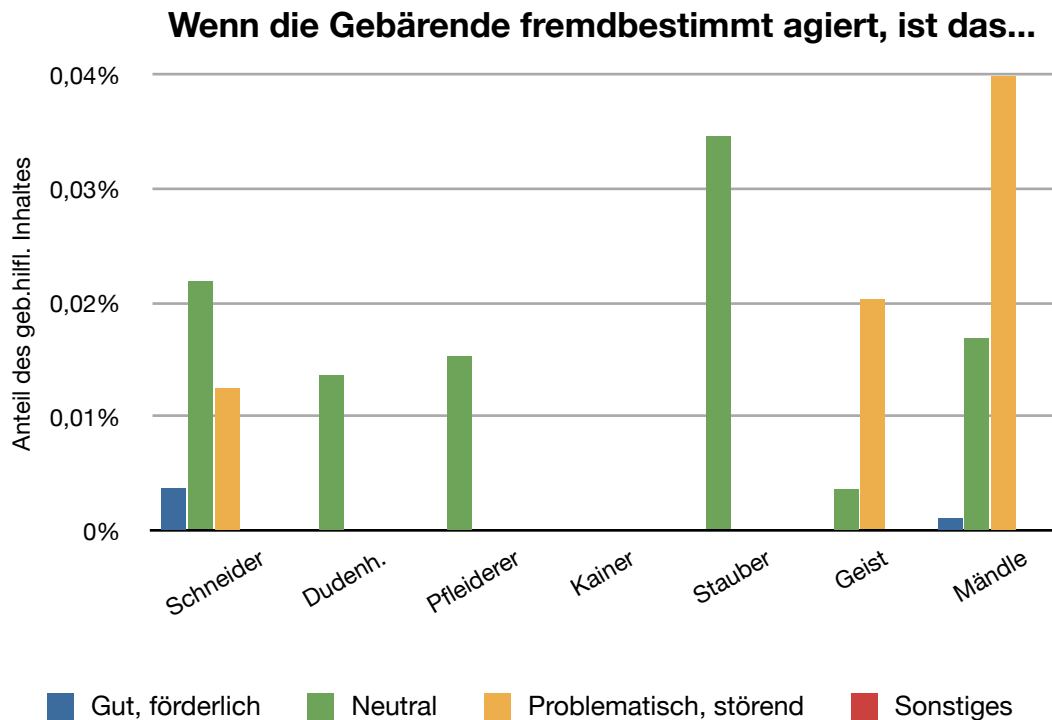


Abb. 3.16 Darstellung der TE, in denen die Gebärende als nicht selbstbestimmt agierend thematisiert wird unter Einbeziehung der damit verbundenen Wertung. TE mit Relevanz 1-5 wurden berücksichtigt.

3.4.2 Die Wahl der Körperhaltung

Ein Aspekt der aktiven Selbstbestimmung besteht darin, Vollmacht über den eigenen Körper zu haben. In der Geburtssituation drückt sich dies für die Gebärende unter anderem in der Wahl der Körperhaltung aus.

Die Selbstbestimmung über die Körperhaltung ist allerdings gerade für eine so körperliche Situation wie die Geburt kein eindimensionales Geschehen. Ob eine Gebärende genau weiß, welche Haltung sie einnehmen will und dies auch tut, ob sie auf Vorschläge angewiesen ist und diese frei umsetzt oder auch nicht, ob sie von der Geburtshelferin/ dem Geburtshelfer gelagert wird (freiwillig oder unfreiwillig) oder ob sie sich unter wieder anderen Umständen in einer bestimmten Körperhaltung wieder findet - das alles hängt von vielfältigen Eventualitäten (Persönlichkeitsfaktoren, Interaktionsmustern, Analgesie, geburtshilflichen Maßnahmen, etc.) ab, die sich unmöglich erschöpfend codieren lassen. Aus diesem Grund wurde keine Rücksicht darauf genommen, mit welcher Begründung in den textlichen Darstellungen die Gebärende eine Haltung einnimmt oder gelagert wird. Es wurde nur codiert, aus welcher Motivation heraus sie dies tut. Dabei wurde zum Einen

die Geburt im Ganzen analysiert, bevor in einem zweiten Schritt nach Eröffnungs- und Austreibungsphase differenziert wurde.

Alle Lehrbücher, die die physiologische Geburt beschreiben (also alle hier untersuchten Bücher mit Ausnahme von Kainer), streifen zumindest auch das Thema Gebärposition. Sie tun das jedoch mit unterschiedlichen Verortungen des aktiven Impulses zur Einnahme der jeweiligen Körperhaltung.

Dass die Gebärende ihre Körperhaltung selbstbestimmt wählt und einnimmt wird außer bei Stauber und Kainer in allen Werken thematisiert. In den Werken von Geist und Mändle, also in den Hebammenlehrbüchern, überwiegt in den TE zur Gebärposition; in den ärztlichen Lehrbüchern seltener.

TE in denen der Gebärenden eine Körperhaltung vorgeschlagen wird (wobei offen bleibt, ob sie diese dann auch einnimmt), sind insgesamt rar. Bei Pfeleiderer, Stauber und Geist finden sich einige wenige solcher TE, bei Mändle einige mehr.

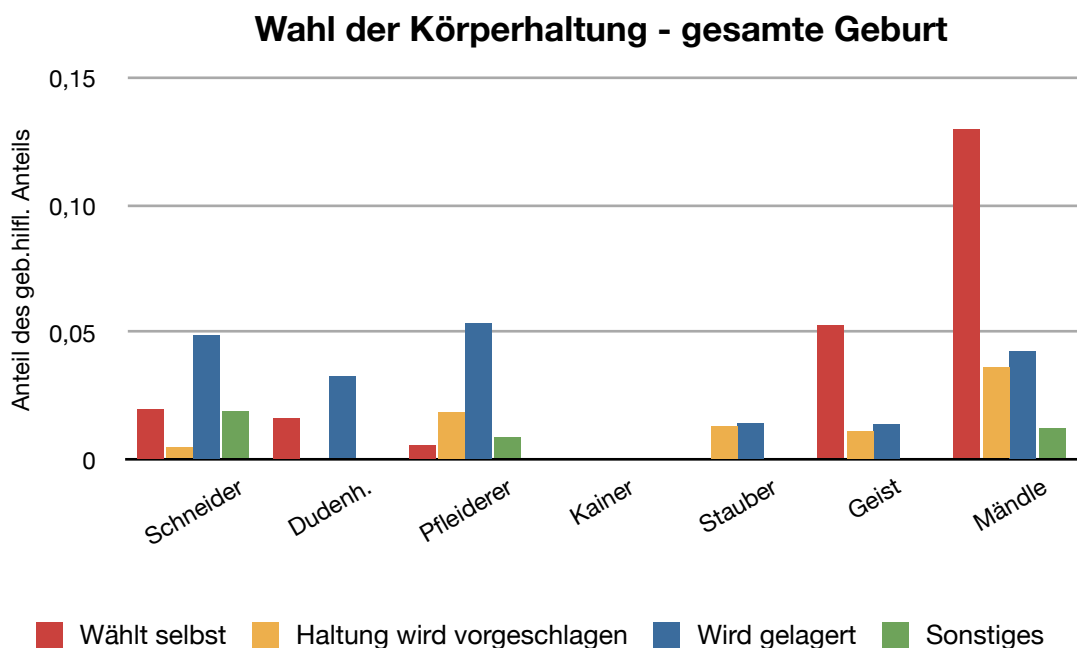


Abb. 3.17 Darstellungen, die die Motivation zur Wahl der Gebärposition beinhalten. TE mit Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

Deutlicher positionieren sich die Lehrbücher, wenn sie beschreiben, wie die Gebärende „gelagert“ wird, also von außen in eine Position gebracht wird. Alle Bücher thematisieren diese Situation; in den ärztlichen Lehrbüchern - abgesehen von Stauber - wird der Lagerung der Gebärenden am meisten Raum zugestanden, am deutlichsten bei Pfeleiderer. Bei Schneider liegt der Grund zum Teil darin, dass im Kapitel zur physiologischen Geburt die intrauterine Reanimation des Neugeborenen mit verhandelt wird - und hierbei

natürlich die Lagerung der Gebärenden einen entscheidenden Inhalt bildet. Die Bücher von Geist und Mändle thematisieren ebenfalls die Lagerung der Gebärenden, allerdings sind diese TE weniger stark vertreten als TE, in denen die Gebärende selbst für ihre Körperhaltung sorgt.

In einem nächsten Analyseschritt wurden nur noch diejenigen TE berücksichtigt, die einen klaren Bezug zu entweder der Eröffnungsphase oder der Austreibungsphase (ggf. inkl. „Übergangsphase“) haben. TE, die Gebärpositionen ohne Bezug zu den Geburtsphasen thematisieren, wurden hier also verworfen. Somit konnten nur noch wenige TE eingeschlossen werden, Tendenzen sind dennoch erkennbar.

Von den ärztlichen Lehrbüchern finden sich allein bei Dudenhausen TE, in denen die Gebärende während der Eröffnungsperiode ihre Körperhaltung selbst wählt. Allerdings dominieren auch hier TE, in denen die Gebärende gelagert wird. In den anderen ärztlichen Lehrbüchern finden sich kaum TE, die sich hier einschließen lassen, allenfalls bei Stauber. Bei Geist ist die eigenständige Wahl der Körperhaltung durch die Gebärende während der Eröffnungsperiode relativ stark präsent, bei Mändle überwiegt die passive Lagerung.

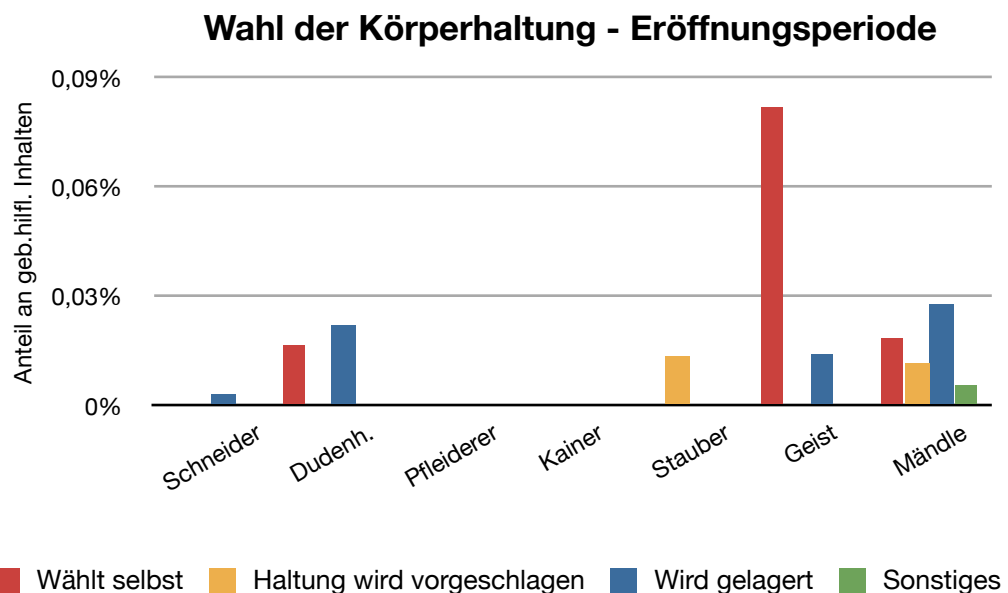


Abb. 3.18 Darstellungen, die die Motivation zur Wahl der Gebärposition in der Eröffnungsperiode beinhalten. TE mit Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

TE, die die Wahl der Körperhaltung in der Austreibungsphase thematisieren, sehen die Gebärende in erster Linie als lagerungsbedürftig an. Insbesondere bei Pfeleiderer aber auch bei Dudenhausen und Stauber dominieren TE, in denen die Gebärende gelagert wird. Solche TE finden sich hingegen nicht (Geist) oder nur selten (Mändle) in den Hebammenlehrbüchern. Bei den Hebammenbüchern überwiegen für die Austreibungsperiode deutlich diejenigen TE, in denen die Gebärende ihre Körperhaltung selbst wählt.

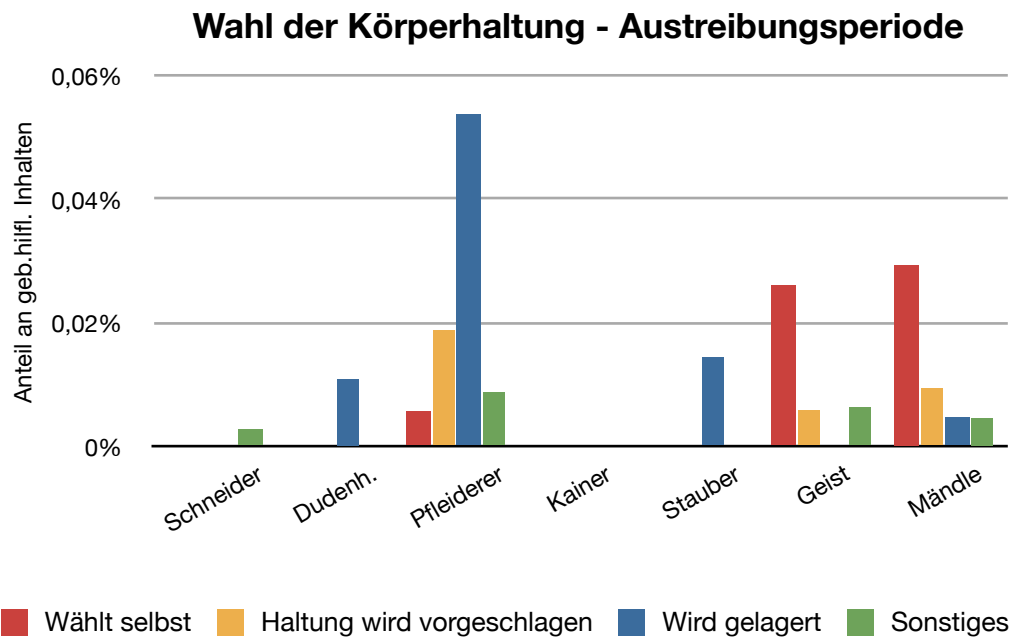


Abb. 3.19 Darstellungen, die die Motivation zur Wahl der Gebärposition in der Austreibungsperiode beinhalten. TE mit Relevanz 4-5 wurden berücksichtigt.

3.4.3 Der Umgang der Gebärenden mit den Wehen

Als für die Geburt spezifische Dimension von Kontrolle kann der Umgang mit den Wehen begriffen werden. Aktive und passive Elemente greifen hier eng ineinander und verunmöglichen eindimensionale Bewertungen.

Beispielsweise könnte sich eine Kreissende einer Wehe aktiv hingeben - und damit selbstbestimmt eine passive innere und äußere Haltung der Wehe gegenüber einnehmen.

TE, die den Umgang der Gebärenden mit den Wehen thematisieren, bewegen sich zumeist im Spannungsfeld von Selbstentscheid und Fremdentcheid der Gebärenden und den entsprechenden aktiven oder

passiven Handlungsmustern, die daraus resultieren. Entsprechend dieser Beobachtung wurde codiert und ausgewertet. Dabei bleibt unberücksichtigt, in wie weit diese Umgangsweisen wiederum in den Lehrmedien situativ ausgestaltet und bewertet werden, da die eingeschlossenen TE eine weitere quantitative Ausdifferenzierung nicht erlaubten.

Für diese Auswertung wurden die codierten Texteinheiten jeweils in ihrer übergeordneten Gruppe zusammengefasst (z.B. werden alle unter 2.2.2.1.x - Psychologische Dimensionen/ Kontrolle über den eigenen Körper/ Umgang mit Wehen/ Gebärende geht aktiv mit Wehe um - codierten Untergruppen zusammen gefasst).

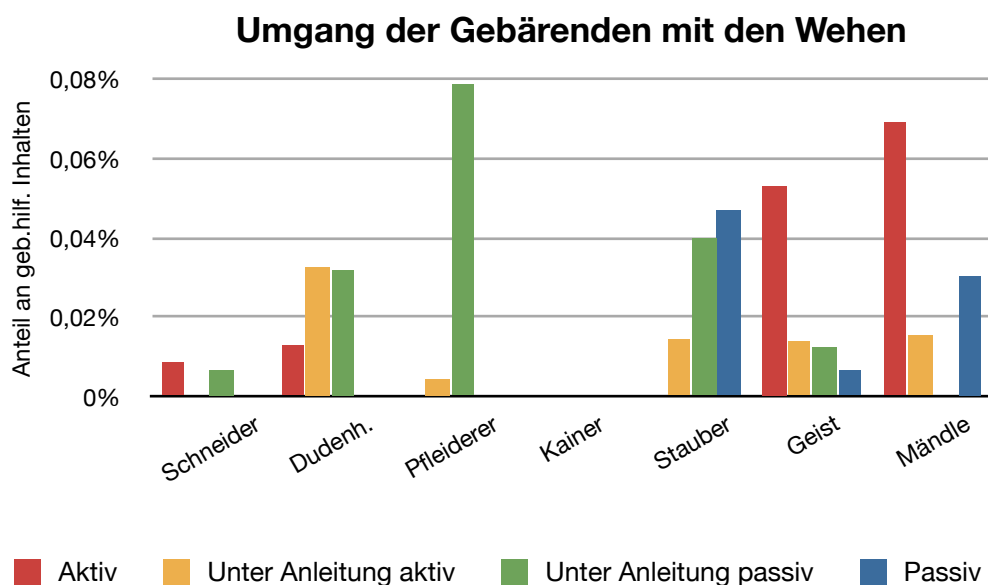


Abb. 3.20 TE, die den Umgang der Gebärenden mit den Wehen beinhalten. Berücksichtigt wurden TE der Relevanz 1-5

Die untersuchten Lehrmedien gewichten ihre Texte unterschiedlich in Hinblick darauf, ob und auf wessen Veranlassung hin sich die Gebärende aktiv oder passiv gegenüber der Wehe verhält. Bei Schneider und Dudenhausen lassen sich TE klassifizieren, in denen die Gebärende so dargestellt wird, dass sie von sich aus aktiv mit der Wehe umgeht. Bei Dudenhausen allerdings dominiert dieser aktive Umgang als von außen angeleitete Aktivität. Bei Pfeleiderer und Stauber finden sich nur TE, in denen die Gebärende auf Anleitung aktiv mit der Wehe umgeht. Die Hebammenbücher Geist und Mändle priorisieren Darstellungen von der Gebärenden im aktiven Umgang mit den Wehen ohne äußere Anleitung. Ganz überwiegend bei Pfeleiderer, aber auch bei Stauber und Dudenhausen recht häufig, sind TE zu kategorisieren, in denen die Gebärende zu einem passiven Umgang mit den Wehen angeleitet wird.

Eine von sich aus passive Haltung den Wehen gegenüber wird bei Stauber weiträumiger thematisiert als die übrigen Umgangsweisen. Auch Geist und Mändle beschreiben diese Strategie, priorisieren sie allerdings nicht. Darüber hinaus zeigt sich die Tendenz, dass in der Arztliteratur - mit Ausnahme der wenigen TE im Schneider - TE dominieren, in denen sich die Gebärende unter Anleitung auf die ein- oder andere Weise verhält. Dem gegenüber priorisieren die Hebammenlehrbücher TE, in denen die Gebärende von sich aus die ein- oder andere Haltung einnimmt.

3.5.4 Strategien der Schmerzbehandlung

Die Auswertung der Kategorien zum Thema Wehenschmerz zeigte schnell, dass die Kriterien von Aktivität und Passivität hier keine sinnvollen Kategorien darstellen. Die meisten Bücher verhandeln das Thema der peripartalen Analgesie in einem gesonderten Kapitel, hier wird dann nicht näher darauf eingegangen, auf wessen Veranlassung hin eine analgetische Behandlung durchgeführt wird. Ausserdem wird in diesen Kapiteln aus

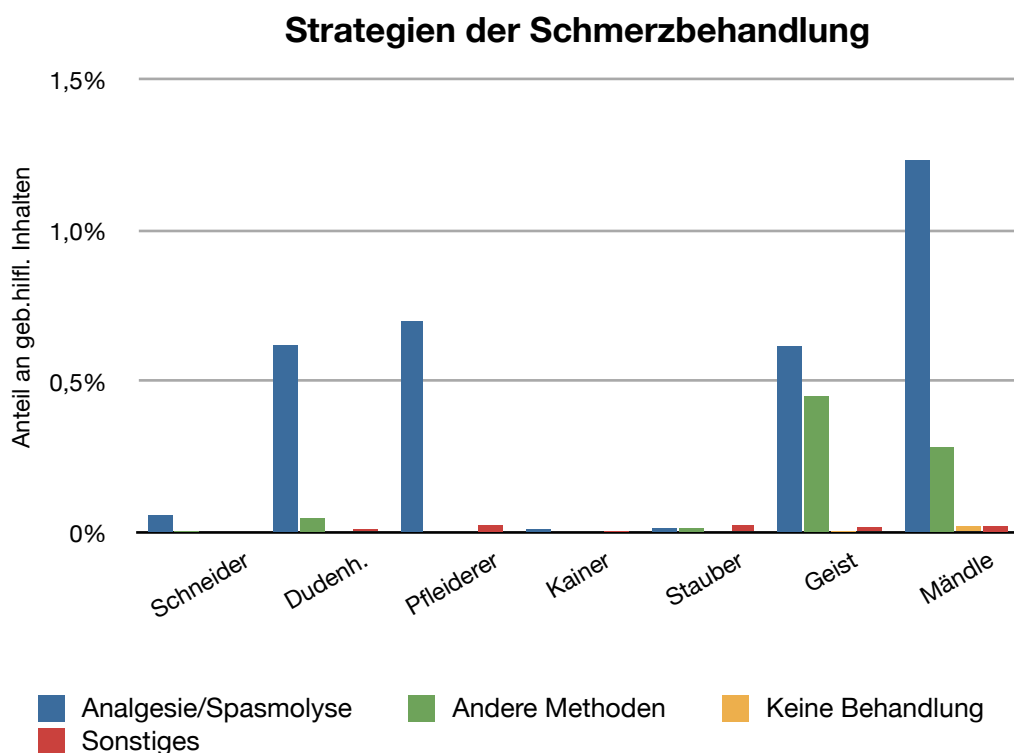


Abb. 3.21 TE, in denen Strategien der Schmerzbehandlung thematisiert werden. Unter „Andere Methoden“ sind aktive Zuwendung und alternative Methoden subsumiert

naheliegenden Gründen nicht näher definiert, für welche medizinischen Umstände (physiologische Spontangeburt/ pathologischer Geburtsverlauf) die beschriebenen Maßnahmen gelten sollen. Aus diesen Gründen wurde darauf verzichtet, die Einschlusskriterien für TE für diesen Auswertungsabschnitt beizubehalten. Vielmehr wurde dazu übergegangen, nur zu codieren, welche Strategie der Schmerzbehandlung jeweils thematisiert wird, um berufsgruppenspezifische Herangehensweisen zu untersuchen. Hierbei wurden anästhetische, analgetische und spasmolytische Behandlungen auf der einen Seite, alternativmedizinische Methoden, Entspannungsverfahren und aktive Zuwendung auf der anderen Seite jeweils subsumiert.

Erstere dominieren in den Lehrbüchern klar, wenn auch dem Thema Schmerzbehandlung sehr heterogen Platz eingeräumt wird. In den Hebammenbüchern sind außerdem die alternativen Methoden durchaus präsent, dies stärker ausgeprägt bei Geist, wo die Beschreibung der alternativen Methoden fast so viel Platz einnimmt wie die Darstellung der „klassischen“ analgetischen Strategien.

3.5.5 Der Partner als Geburtsbegleiter

Von dem ursprünglichen Konzept, auch hinsichtlich der TE in denen der Partner der Gebärenden thematisiert wird, nur TE zuzulassen, für die die definierten Einschlusskriterien zutreffen, wurde schnell abgerückt. Denn die Textstellen, in denen der Partner überhaupt auftaucht, sind so spärlich, dass eine Kategorisierung nicht möglich gewesen wäre. So wurden sämtliche Textstellen codiert, in denen der Partner der Gebärenden überhaupt im Rahmen einer Darstellung einer physiologischen Geburt vorkommt und in denen es nicht eindeutig um pathologische Geburtsverläufe oder allgemeine psychologische Betrachtungen geht.

Bei Schneider und Dudenhausen werden dem Partner, der die Gebärende während einer physiologischen Geburt begleitet, weniger als 0,01% des Lehrbuchteils zum Thema Geburtshilfe gewidmet. Bei Pfeleiderer findet sich im geburtshilflichen Teil keine einzige Textstelle.

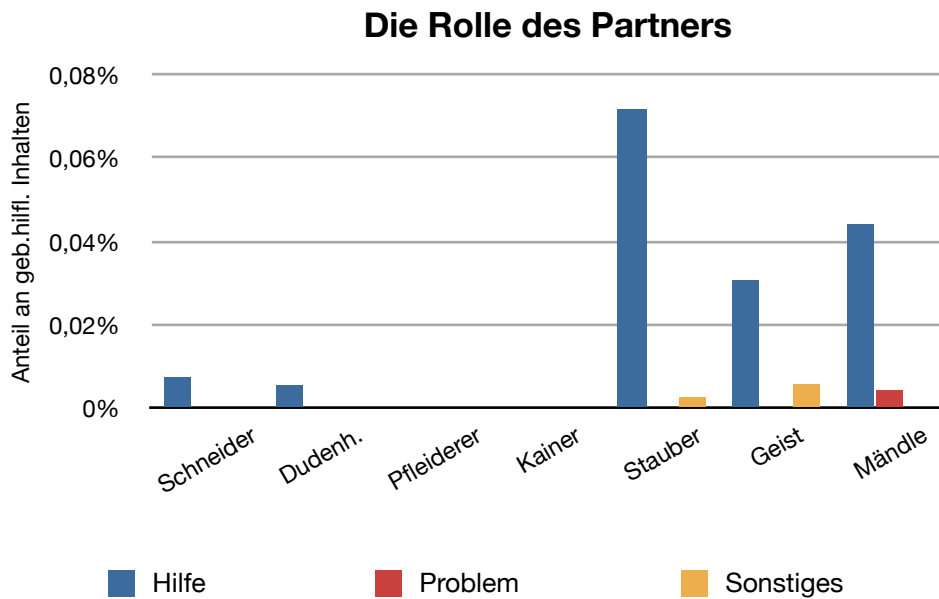


Abb. 3.22 Sämtliche Textstellen, in denen der Partner der Gebärenden thematisiert wird. Ausgewertet wurde, ob der Partner für die Gebärende eine Hilfe, ein Problem oder sonstiges darstellt.

In den Hebammenlehrbüchern wird der Partner geringfügig stärker thematisiert und es finden sich außerdem einige bildliche Darstellungen - die nicht in die quantitative Auswertung aufgenommen wurden - auf denen der Partner mit dargestellt wird (z.B. eine ganze Bilderserie zum Thema Gebärdpositionen bei Geist, auf denen der Partner eine zentrale Rolle als Helfer einnimmt). Bei Stauber ist der Partner der Gebärenden mit gut 0,07% Text überdurchschnittlich präsent. Sofern der Partner im Text thematisiert wird, wird er ganz überwiegend als Hilfe für die Gebärende dargestellt.

3.5 Aktivität und Passivität in den dargestellten sozialen Rollen

In Lehrbüchern werden immer auch soziale Rollen definiert, die bestimmte Anforderungen, Notwendigkeiten, Bedarfe etc. implizieren. Extreme sozialer Rollen können etwa die hilfsbedürftige nicht mehr entscheidungsfähige Patientin sein oder auch die Ärztin, die einschätzt, entscheidet und rettet. Dabei kann es sich theoretisch um ein und dieselbe Person handeln - die aber in verschiedenen sozialen Rollen ganz verschiedenen Implikationen ausgesetzt ist. Dieses Beispiel soll deutlich machen, dass soziale Rollen,

oder vielmehr Rollenzuschreibungen, auch beinhalten, wie viel Aktivität oder Passivität auf körperlicher und psychischer Ebene für möglich und für nötig gehalten wird. Die untersuchten Leitbild-gebenden Medien differenzieren die sozialen Rollen, die der Gebärenden zugeschrieben werden. Auf welche Weise, wird im Folgenden dargestellt.

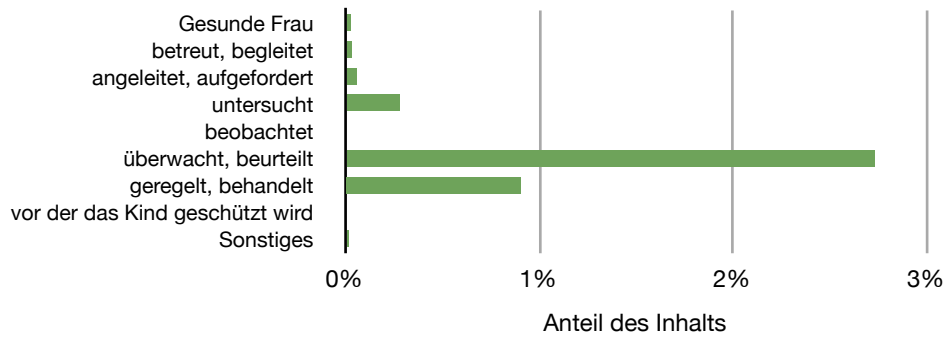
Da, wie bereits beschrieben, die Kategorien der Sozialen Rollenverteilung den psychologischen Kategorien untergeordnet sind und somit nur codiert werden

durften, wenn in den psychologischen Kategorien keine Codierung möglich war, mussten zunächst die entsprechenden Werte der psychologischen Kategorien zu denjenigen der sozialen Rollen addiert werden.

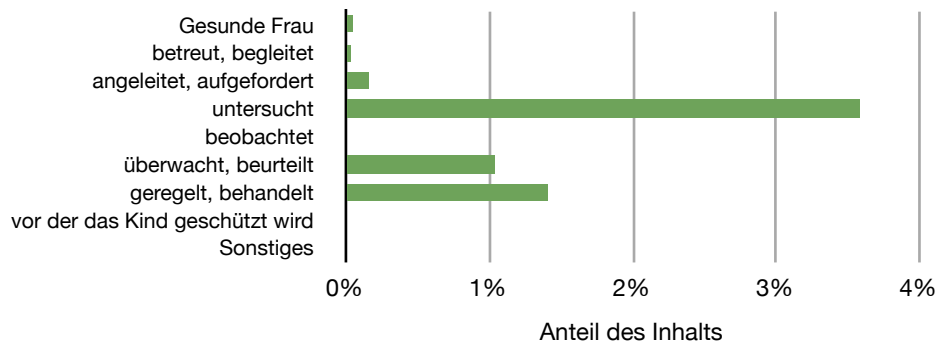
Dafür wurde folgende Zuordnung vorgenommen: Zur Kategorie 3.1.1 (Soziale Rollen/ Gesunde Frau) wurden die Werte der Kategorie 2.2.1.1 (Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper/ Geburtsposition/ Wählt Position selbst, bzw. dies wird befürwortet) addiert. Die Kategorie 3.1.2.1.1 (Soziale Rollen/ Gesunde Frau, die oder deren Funktionen vom geburtshilflichen Team/ ...betreut, begleitet, unterstützt werden) wurde mit der Kategorie 2.2.1.4 (Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper/ Geburtsposition/ Position wird vorgeschlagen, die Gebärende entscheidet) zusammengefasst. Zur Kategorie 3.1.2.1.2 (Soziale Rollen/ Gesunde Frau, die oder deren Funktionen vom geburtshilflichen Team/ ...angeleitet, überzeugt, unterwiesen werden) wurden die Kategorien 2.2.1.2 (Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper/Geburtsposition/ Position wird vorgegeben (wird gelagert etc.)) und 2.2.2.3 (Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper/ Umgang mit Wehen/ Gebärende wird angeleitet) zugerechnet. Schließlich wurden zu den Werten der Kategorie 3.1.2.3 (Soziale Rollen/ Gesunde Frau, die oder deren Funktionen/... modifiziert, geregelt, behandelt werden) die Werte der Kategorie 2.2.2.5 (Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper/ Umgang mit Wehen/ Die Wehe wird reguliert) addiert.

In überwiegender Mehrzahl sprechen die Lehrbuchtexte den Bedarf der Gebärenden aus, untersucht zu werden. Ausnahmen bilden Schneider und Mändle, hier wird statt dessen häufiger von überwachen, beurteilen, kontrollieren etc. gesprochen. Abgesehen von diesen nicht ganz unerheblichen Unterschieden in der Wahl der Begrifflichkeiten, liegt doch bei allen Werken das Hauptgewicht innerhalb der vorgeschlagenen Kategorien klar bei der Aufmerksamkeit gegenüber den körperlichen Funktionen der Gebärenden.

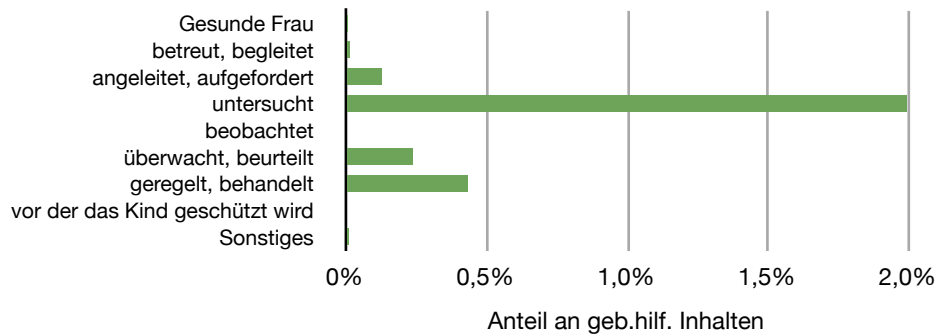
Schneider



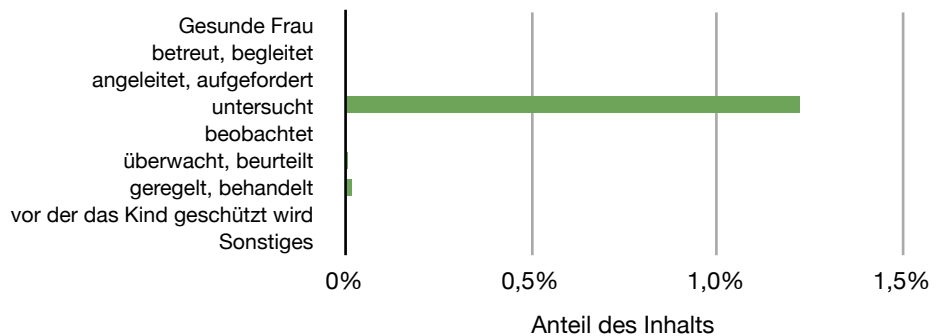
Dudenhausen



Stauber



Kainer



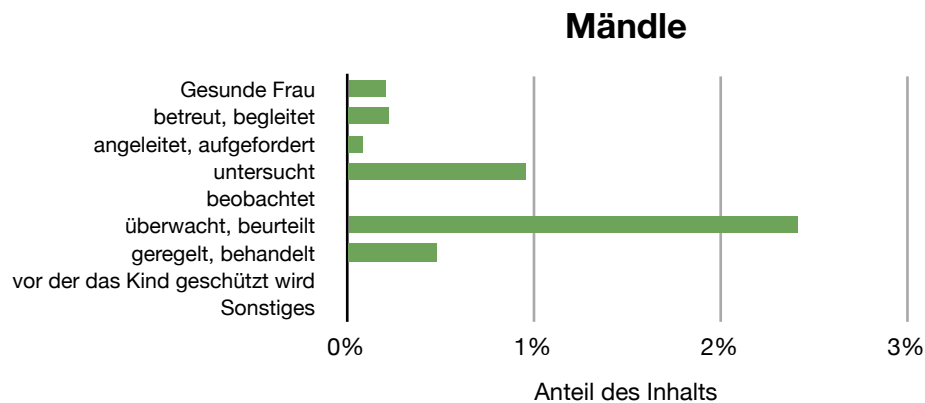
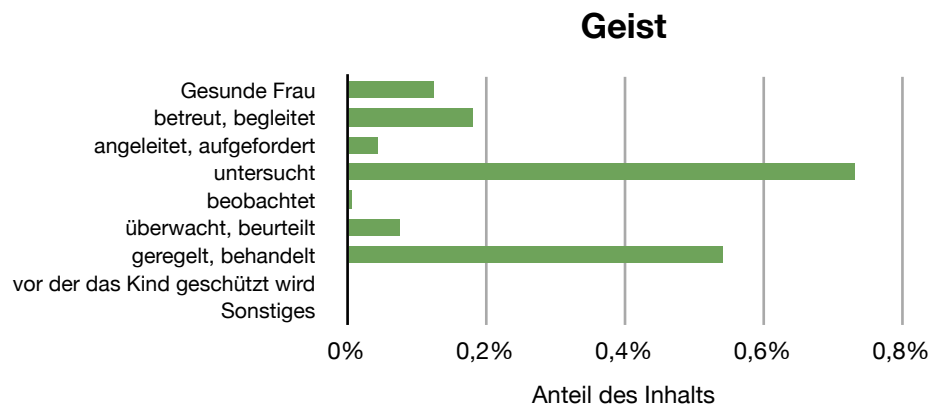


Abb. 3.23 (inkl. vorherige Seiten) Die Gewichtung der Texteinheiten, die der Gebärenden soziale Rollen zuweisen, indem sie sie charakterisieren oder indem sie bestimmte Bedarfe definieren. Alle Relevanzstufen wurden berücksichtigt.

Dass es sich bei der Gebärenden primär um eine gesunde Frau handelt, wird in wenigen Werken, vornehmlich bei Geist und Mändle, angemerkt. In diesen Medien lassen sich darüber hinaus auch verhältnismäßig umfangreiche Textstellen codieren, in denen die Gebärende betreut und begleitet wird. Dies ist auch bei Pfeleiderer der Fall, allerdings überwiegen hier - im Gegensatz zu den Hebammenwerken - Textstellen, in denen die Gebärende angeleitet, aufgefordert oder von einer Autorität hinsichtlich ihres Verhaltens überzeugt wird.

3.6 Zur Aktualität der Daten

Bei Abgabe dieser Studie sind die analysierten Werke - bis auf eines - bereits in jeweils neuer Auflage erschienen. Aus diesem Grund wurden die aktuellen Auflagen mit der jeweils analysierten Auflage verglichen. Dabei standen die Behandlung psychosomatischer Überlegungen im Lehrbucheil und deren Auffindbarkeit im Stichwortverzeichnis sowie Änderungen in den Kapiteln zur physiologischen Geburt in Text und Bild im Fokus. Der Lehrbuchtext der in dieser Arbeit detailliert untersuchten Textabschnitte wurde auf - im Sinne der Fragestellung von Darstellungen von Aktivität und Passivität - qualitative Änderungen hin durchgesehen. Im Folgenden werden für das Thema dieser Arbeit relevante Änderungen, aber auch aussagekräftige gleichbleibende Befunde zwischen den jeweiligen Auflagen dargestellt.

Die Frage, ob die ausgewählten Lehrbücher noch als „Leitmedien“ gelten können, kann nur teilweise beantwortet werden. Im Sektor der ärztlichen Lehrbücher sind - im Gegensatz zu den Lehrbüchern für Hebammen - in den letzten Jahren einige neue Bücher erschienen. Auf eine erneute Umfrage unter Lehrenden wurde verzichtet. Da Lehrmedien in den letzten Jahren zunehmend über Online-Dienste vertrieben werden, wurden die Verkaufsränge bei „amazon“ zu 3 Stichtagen zwischen April und Juni 2013 herangezogen. Diese Vertriebskennziffer spiegelt zwar nur einen kurzen Zeitabschnitt, gibt dafür aber einen guten Überblick über die tatsächlich getätigten Käufe. Hierbei waren die in dieser Arbeit untersuchten Werke zu allen Stichtagen unter den 15 meistverkauften Titeln bei der Suche nach dem Stichwort „Geburtshilfe“. Damit kann die These vertreten werden, dass die untersuchten Titel auch 2013 noch zum Kanon der maßgeblichen Lehrmedien zählen.

SCHNEIDER, HUSSLEIN, SCHNEIDER. DIE
GEBURTSHILFE, 4. AUFLAGE SPRINGER 2010

Dieses Werk hat in der Neuauflage in den für diese Arbeit relevanten Abschnitten einige relevante Veränderungen erfahren. Inhaltlich werden das „aktive Geburtsmanagement“ durch die Gabe von Oxytocin in der Neuauflage kritischer gesehen, in der entsprechenden „Studienbox“ (grafisch

herausgestellte Absätze, in denen aus Studien berichtet wird) wurden Darstellungen gestrichen, die positive Effekte einer Oxytocin-Gabe berichten. Auch aus dem Lehrbuchteil wurden entsprechende Empfehlungen herausgenommen. Auch die „Studienbox“ zur Episiotomie wurde minimal verändert.

Wohl die größten Anpassungen an die Ergebnisse aktueller Metaanalysen erfuhr das Kapitel „Gebärhaltungen“. Dieses Kapitel wurde teilweise bei kaum veränderten Inhalten in der Lesechronologie umstrukturiert, erfuhr aber auch inhaltliche Veränderungen. Nun steht zu Beginn des Kapitels eine eindeutige Stellungnahme zu den Vorteilen der vertikalen Gebärhaltungen. Die Darstellungen zum Thema „Geschichtliche Entwicklung“ wurden etwa verdoppelt und durch neue Bilder (eine antike Relief-Darstellung und ein „aktuelles“ Foto) ergänzt. Vorteile der vertikalen Gebärhaltungen werden nun klarer betont (Aufrechte Körperhaltung ermögliche umfassendere Sinneseindrücke, entspreche eher dem Verhaltensrepertoire zur Schmerzbewältigung etc). Zwei grafisch abgesetzte „Tipp-Kästen“ folgern, dass die Mobilität unter der Geburt nicht eingeschränkt werden sollte bzw. begründen, warum stehende oder sitzende Haltungen aus neurophysiologischer Sicht am günstigsten seien. Ein neues kleines Unterkapitel beschreibt nun die „vertikale Gebärhaltung als Schutzsystem“. Die in vertikalen Haltungen nicht nötige Preisgabe des Intimbereichs wird in den psychologischen Auswirkungen beschrieben, auch die bessere Kontaktmöglichkeit mit Hilfspersonen und die günstigeren Bedingungen für das postpartale Bonding. Statt wie in der vorherigen Ausgabe die Vor- und Nachteile der einzelnen Gebärpositionen zu besprechen, wird nun detailliert besprochen, wann und warum welche Positionen zur Anwendung kommen können und wie die Gebärende jeweils unterstützt werden kann. Waren in der Vorausgabe die „psychologischen Aspekte“ am Ende in einem Sonderkapitel vereint, wurden diese Inhalte nun in das Kapitel an entsprechenden Textstellen integriert. Im Layout fallen nun im Kapitel „Gebärpositionen“ diverse Fotos auf, die halb bekleidete Gebärende zeigen, teilweise mit Partner, zumeist in sanft beleuchteten Räumen.

Die Inhalte zum Thema „Wassergeburt“ haben nun ein eigenes Kapitel bekommen und werden nicht mehr, wie in der Vorausgabe, unter „komplementärmedizinische Verfahren“ verhandelt. Die Inhalte wurden minimal ergänzt.

DUDENHAUSEN, PSCHYREMBEL. PRAKTISCHE
GEBURTSHILFE, 21. AUFLAGE, DE GRUYTER 2011

Dieses Werk ist um 22 Seiten erweitert worden. Nicht ergänzt wurde es um Quellenangaben für die vermittelten „Standards“, auch im Duktus bleibt es seiner Sonderstellung als detailreiche, stark auf medizinische Aspekte konzentrierte, knappe Darstellung treu.

Für die Eröffnungsperiode wird in der Neuauflage der freien Wahl der Gebärposition durch die Gebärende mehr Raum gegeben. Der begleitende Partner wird im Rahmen der nicht pathologischen Geburt nach wie vor in Text und Bild nur minimal gewürdigt, eine Einbeziehung des Partners in den Geburtsvorgang weiterhin an keiner Stelle beschrieben.

In der Neuauflage wird der Teufelskreis aus Angst -> Spasmus -> zunehmender Schmerz beschrieben. Ansonsten beschränken sich Äußerungen zu psychologischen Überlegungen im Rahmen der Geburt nach wie vor auf einige wenige Absätze zur Psychoprophylaxe, die insgesamt als wenig wirksam beschrieben wird. Stichworte wie „Sexueller Missbrauch“, „Missbrauch“ finden sich im Inhaltsverzeichnis nach wie vor nicht. Neu ist, dass die bekannten Zeichnungen zur Gebärpositionen nun bunt koloriert wurden.

BRECKWOLDT, KAUFMANN, PFLEIDERER. GYNÄKOLOGIE
UND GEBURTSHILFE, 5. AUFLAGE, THIEME 2008

Neben der Änderung der Herausgeberschaft erfuhr dieses Lehrbuch geringe Modifikationen im Layout. Die Literaturhinweise, die bisher am Ende eines jeden Kapitels zu finden waren, sind nun in einem eigenen Anhang zu finden. Auch wurde beispielsweise der Abschnitt zu den gynäkologischen Tumoren überarbeitet. Allenfalls minimale Veränderungen erfuhr die für diese Arbeit untersuchten Abschnitte. Die Seitenumbrüche haben sich in der neuen Ausgabe geringfügig verschoben, ohne dass dem Änderungen im Text zugrunde liegen. Die einzigen auffindbaren Textmodifikation bestehen in der Streichung eines Verweises auf ein vorheriges Kapitel sowie in der Verschiebung der Darstellungen zum intrapartalen CTG aus dem Kapitel „Überwachung und Leitung der Geburt“ heraus und in das Kapitel „Spezielle Untersuchungsmethoden in der Geburtshilfe“ hinein. Im Stichwortregister finden sich bei „Mißbrauch, sexueller“ drei Verweise, keiner von ihnen verweist in die geburtshilflichen Kapitel.

KAINER. FACHARZT GEBURTSMEDIZIN, 2. AUFLAGE,
ELSEVIER URBAN UND FISCHER 2012

Dieses Werk wurde im Rahmen der Neuauflage minimal auf 1098 Seiten verkürzt. Es enthält nach wie vor kein Kapitel zur physiologischen Geburt. Stichworte wie „Missbrauch“, „Sexueller Missbrauch“ oder Stichworte zu psychologischen Aspekten finden sich im Stichwortverzeichnis nicht, ausschließlich Darstellungen zu psychiatrischen Pathologien. Die übersichtliche Anzahl der für diese Arbeit untersuchten Textstellen findet sich unverändert in der Neuauflage wieder. Bei der Durchsicht können zudem keine neuen Textstellen gefunden werden, die nach dem Codierhandbuch die Einschlusskriterien für Textstellen erfüllen.

Das Bild auf der Frontseite des Buches wurde ausgetauscht, nun sehen wir ein Neugeborenes in einem nicht näher erkennbaren operativen Umfeld, das aus Händen in sterilen Handschuhen an Hände in unsterilen Handschuhen weiter gereicht wird, somit unzweifelhaft eine Szene einer operativen Geburt.

STAUBER, WEYERSTAHL. GYNÄKOLOGIE UND
GEBURTSHILFE, 3. AUFLAGE, THIEME/MLP 2007

Dieses Lehrbuch erfuhr zwischen der 2. und 3. Auflage keine erkennbaren Änderungen. Die Seitenzahl blieb gleich, insbesondere die genauer durchgesehenen Kapitel zur Psychosomatik der Geburt sowie zur physiologischen Geburt stellen sich in Text und Bild als unverändert dar. Laut Verlag (Anfrage und Antwort per Email im April 2013) ist eine neue überarbeitete Neuauflage für die zweite Jahreshälfte 2013 geplant.

STIEFEL, GEIST, HARDER. HEBAMMENKUNDE, 5.
AUFLAGE, HIPPOKRATES 2012

Dieses Werk wurde auf 914 Seiten erweitert, dabei hat das übergeordnete Kapitel „Normale Geburt“ keine Veränderung des Umfanges erfahren. Die grafische Aufarbeitung ist etwas modifiziert worden. Bereits auf dem Umschlagbild begegnen dem Leser drei Szenen aus der Hebammenarbeit. Die Zeichnungen zu den Gebärpositionen wurden koloriert, die vielfältigen Fotos wurden zum Teil aktualisiert und zeigen die Gebärende, ihren Partner

und auch das durchschneidende oder soeben geborene Kind. Dabei fällt wie schon in den vorigen Auflage auf, dass offenbar streng Fotos gewählt wurden, die die Gebärende in sitzender (Gebärhocker), hockender, stehender Position oder im Vierfüßlerstand zeigen, Bilder in Steinschnittlage finden sich nur in einer Fotofolge eines geburtshilflichen Phantoms. Wesentliche Modifikationen in den für diese Arbeit untersuchten Textabschnitten sind bei der Durchsicht nicht erkennbar. Auch hier findet sich im Stichwortverzeichnis kein Verweis auf „Sexuellen Mißbrauch“ oder „Missbrauch“, allerdings diverse Verweise zu psychologischen Überlegungen.

MÄNDLE, OPITZ-KREUTER. DAS HEBAMMENBUCH, 5. AUFLAGE, SCHATTAUER 2007

Dieses Lehrbuch ist in der Zwischenzeit nicht neu aufgelegt worden.

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit nimmt eine noch neue Perspektive ein: Sie untersucht, welche Leitbilder im beruflichen Sozialisationsprozess etabliert werden und beleuchtet damit eine wesentliche Basis des professionellen Verhaltens von Hebammen und ärztlichen Geburtshelfer/innen. Es wird zu diskutieren sein, welchen Beitrag diese Befunde zur Erforschung der Geburtserfahrung leisten können, inwiefern sie auf die berufliche Praxis übertragbar sind und welche Folgerungen und Konsequenzen sich daraus ergeben.

4.1. Selbstbestimmung: Erlebte Diskrepanz und nicht existentes Thema

Im Kontext der internationalen Forschung zur Geburtserfahrung bietet die vorliegende Arbeit zahlreiche Erklärungsansätze. Leitbilder aus medizinischen Lehrmedien wurden als Kanon von „idealen“ professionellen Verhaltensweisen, normativen medizinischen Kriterien sowie berufssoziologischen Perspektiven auf die Gebärende interpretiert. Werden diese Inhalte in die praktische Geburtshilfe integriert - was zunächst hypothetisch bleibt - werden sie für die werdenden Eltern direkt spürbar und mitbestimmend für die Geburtserfahrung.

Wie bereits dargestellt, spielen die Aspekte der Interaktion zwischen der Gebärenden und dem institutionellen Umfeld sowie dem geburtshilflichen Personal eine entscheidende Rolle für die Qualität der Geburtserfahrung (Brown und Lumley 1994, Brown und Lumley 1998, Waldenström et al. 2004, Drew et al. 1989, Hart und Foster 1997). In der Studie von Green und Baston

hatten nur knapp 40% das Gefühl, während der Geburt Kontrolle über das gehabt zu haben, was das Personal mit ihnen getan hat (Green und Baston 2003). Dies illustriert eine klare Diskrepanz zu den Ergebnissen der Studie von Brown und Lumley: Hier gaben 96% der befragten jungen Mütter an, sie hätten sich ein Mitspracherecht zu dem, was während Wehen und Geburt geschehen ist, gewünscht. Das Ausmaß des tatsächlich erlebten Mitspracherechts korrelierte direkt mit der Geburtszufriedenheit (Brown und Lumley 1998). In der vorliegenden Arbeit wurde die Bewertung der Leitbildgebenden Lehrmedien für das selbstbestimmte Agieren und Interagieren der Gebärenden untersucht. Dabei fällt auf, dass eine selbstbestimmt agierende/interagierende Gebärende während einer physiologischen Geburt 1. stark unterrepräsentiert ist und 2. zumindest in ärztlichen Lehrbüchern selten positiv bewertet wird. Darstellungen von Situationen, in denen die Gebärende nicht selbstbestimmt agiert/interagiert werden nur in einem ärztlichen Lehrbuch - und hier auch nicht in der Mehrzahl der Fälle - negativ bewertet. Dies ist in den untersuchten Hebammen-Lehrbüchern anders. Diese Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Mitspracherecht und den dann tatsächlich erfahrenen Möglichkeiten der Mitsprache könnten in Zusammenhang damit stehen, dass Selbstbestimmung, Mitspracherecht und gleichberechtigte Interaktion in ärztlichen Leitmedien in der Regel keine Themen darstellen, die eines Hinweises oder sogar einer differenzierteren Darstellung als notwendig erachtet werden. Hier wäre mehr gezielte Forschungsarbeit wünschenswert, die sich die Bedingungen zum Thema macht, unter denen Selbstbestimmung während der Geburt für alle Beteiligten 1. wahrnehmbar, 2. verhandelbar und 3. für die Gebärende auch spürbar werden kann.

4.2 Gebärposition: Die Lagerung als Normalfall

Nach den Ergebnissen dieser Arbeit muss auch der thematische Komplex der Gebärpositionen streng genommen weniger als Frage der Kontrolle über den eigenen Körper, denn als Aspekt der Selbstbestimmung in der Interaktion mit dem geburtshilflichen Personal verhandelt werden. In sämtlichen hier untersuchten ärztlichen Lehrbüchern sind Textstellen stärker repräsentiert, in denen die Gebärende „gelagert“ wird, als Textstellen, in denen die Gebärende selbst wählt, in welche Position sie sich begibt bzw. Textstellen, in denen ihr eine Position vorgeschlagen wird. Somit wird das

Thema der Selbstkontrolle (Kontrolle über die Haltung des eigenen Körpers) zu einem Thema der interpersonalen Kontrolle - es geht nicht mehr darum, ob die Gebärende in der Lage ist, eigenständig eine Körperhaltung zu finden und einzunehmen; sondern darum, ob ihr dies zugestanden wird oder nicht. Nur wenige Studien haben bisher erhoben, in welchem Maß die Selbstbestimmung hinsichtlich der Gebärposition die Qualität der Geburtserfahrung beeinflusst (Brown und Lumley 1994, Brown & Lumley 1998, Waldenström et al. 2004, Goodman et al. 2004). Eindrücklich sind jedoch die Ergebnisse von Green und Baston, hier gaben von den 1146 befragten Frauen nur knapp 17% der Primiparae und gut 34% der Multiparae an, dass sie während der Geburt überwiegend die komfortabelste Position einnehmen konnten. Dies steht sicher zum Teil im Zusammenhang mit den sehr hohen Interventionsraten in diesem Kollektiv, wenn auch aus der Publikation nicht klar wird, was Ursache, was Folge ist (Green und Baston 2003). Diese empirischen Daten weisen, obwohl überraschend spärlich und wenig belastbar, doch darauf hin, dass die in dieser Arbeit dargestellten Gewichtungen in den Leitmedien durchaus Parallelen zur klinischen Realität aufweisen.

Ob eine Gebärende die ihr komfortabelste Position einnehmen kann oder darf, ist nicht nur eine Frage mit psychischen Konsequenzen. Gupta und Nikodem folgern in ihrer Cochrane-Metaanalyse von Studien, die medizinische Outcome-Variablen von Gebärposition untersucht haben: „Women should be encouraged to give birth in the position they find most comfortable“. Zwar sei aus den analysierten Forschungsarbeiten klar geworden, dass aufrechte und seitliche Gebärpositionen medizinisch von Vorteil sind - bis aber eine höhere Evidenz erreicht sei, solle die Gebärende besser selbst über ihre Position entscheiden (Gupta und Nikodem 2000, Lawrence 2009).

In den hier untersuchten Texteinheiten, in denen die Lagerung der Gebärenden dargestellt wird, geht es nicht darum, sie in eine aufrechte Gebärposition zu bringen. Auch geht es, da nur Texteinheiten abgebildet werden, die die physiologische Geburt beschreiben, nicht um die Lagerung als Vorbereitung einer medizinischen Intervention. Insofern beschreiben diese Texteinheiten, indem sie das Lagern der Gebärenden beschreiben, eine fragwürdige „medizinische“ Maßnahme, die mit hoher Wahrscheinlichkeit negative medizinische und psychologische Konsequenzen hat. Die Herausgeber der neuen Ausgabe des Schneider, Husslein, Schneider haben sich dieses Themas angenommen und die Federführung des Kapitels zu den Gebärpositionen einer Hebamme

überlassen. In der neuen Ausgabe von 2010 wird die freie Wahl der Gebärdposition durch die Gebärende klar favorisiert und in den - auch psychischen - Vorteilen beschrieben. Leider ist dies in der Lehrbuchlandschaft bisher kein Normalfall.

Bei Stauber und Pfeleiderer wird die „Normalität“ einer liegend gelagerten Gebärenden auch im Bildmaterial illustriert. Das Kapitel zur physiologischen Geburt enthält jeweils eine Fotoserie. Hier ist die Gebärende stets in Steinschnittlage abgebildet (s. Abb. 11.1 im Bildanhang). Techniken wie z.B. der Dammschutz werden stets - und ausschließlich - anhand einer in Steinschnittlage gelagerten Gebärenden erläutert. Offensichtliche didaktische Vorteile solcher Bildserien (freie Sicht auf das Genitale) erklären nicht das offensichtliche Fehlen von differenzierteren Erläuterungen im Textteil. Anders als die ärztlichen Lehrbücher dominieren in den untersuchten Hebammen-Lehrbüchern die Textstellen, in denen sich die Gebärende frei für eine Gebärdposition entscheidet und diese einnimmt.

Im Kontext dieser Arbeit konnte nicht erhoben werden, welche der möglichen Gebärdpositionen von den Büchern favorisiert werden. Dies liegt zum einen daran, dass die Übergänge zwischen einzelnen Positionen fließend sind und somit auch keine Kriterien vorliegen, die Haltungen eindeutig zu definieren. Ebenso entzieht sich die Darstellung von Helfern und Hilfsmitteln im Rahmen des angewandten Codierhandbuchs einer Kategorisierung. Und drittens wurden im Sinne der Einschlusskriterien für Texteinheiten nur Textstellen berücksichtigt, in denen ein handelndes Subjekt vorkommt, so dass der Fokus auf der Kontrolle über die Gebärdhaltung liegen musste. Abgesehen von den bereits beschriebenen Befunden soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass die meisten der untersuchten Lehrbücher mittlerweile Kapitel oder Abschnitte aufweisen, in denen die Vorteile und Nachteile verschiedener Gebärdpositionen erörtert werden. Bisher ist allerdings gerade im wissenschaftlichen Kontext nicht genügend heraus gearbeitet worden, unter welchen Bedingungen die Initiative zum Wechsel der Gebärdposition wem der Beteiligten überlassen oder abgenommen werden sollte - und welche Konsequenzen das auf die Wahrnehmung der Gebärenden hat. Der bloße Verweis auf die noch nicht gänzlich gesicherte Datenlage zu den Benefits bestimmter Gebärdhaltungen mit der Folgerung, solange dies nicht abschließend geklärt sei, solle man die Wahl der Gebärenden überlassen (Gupta und Nikodem 2000, Lawrence 2009), bleibt unbefriedigend.

4.3 Der Umgang mit den Wehen

Wie Gebärende mit ihren Wehen umgehen, wie wichtig dabei der Wehenschmerz ist und welche Konsequenzen das auf ihre Geburtserfahrungen hat, ist bisher nur ansatzweise geklärt. Während in der Studie von Waldenström „worst imaginable pain“ und „lack of control“ zwar jeweils hochsignifikant waren für ein negatives Geburtserlebnis, korrelierten sie untereinander kaum (Waldenström et al. 2004). Allerdings fanden Green und Baston bei einem hohen Schmerzlevel ein hohes Risiko dafür, dass fehlende Kontrolle über das eigene Verhalten angegeben wurde (Green und Baston 2003). Ein möglicher Grund für diese widersprüchlichen Ergebnisse liegt darin, dass Waldenström „Kontrolle“ nur als globalen Parameter erhebt. Es ist fraglich, was die befragten Frauen darunter verstehen. Auch bleibt offen, um welche Geburtsphasen es hier geht. Es ist anzunehmen, dass maximale Schmerzen in erster Linie die Kontrolle über das eigene Verhalten und die eigenen körperlichen Bedingungen einschränken, aber nicht unbedingt die Kontrolle über angebotene medizinische Maßnahmen wie zum Beispiel die kurzfristige Anlage einer Periduralanästhesie.

Als dynamischer körperlicher Vorgang sind Wehen naturgemäß mit einem gewissen Kontrollverlust über den eigenen Körper verbunden. Allerdings mit der Besonderheit, dass Wehen sich 1. im Verlauf ändern (und damit auch verschiedene Reaktionsstrategien erfordern) und 2. zeitlich limitiert sind. In der modernen Geburtshilfe ist darüber hinaus in der Regel eine suffiziente Analgesie verfügbar. Alle diese Umstände sind Dimensionen, innerhalb derer sich die Perzeption von Kontrolle oder Kontrollverlust abspielen kann. Die aktuelle Forschungsliteratur kann dabei nicht die Frage beantworten, ob es das Kontrollgefühl stärkt oder schwächt, wenn die Gebärende in dieser Situation darin unterstützt wird, ihren eigenen Umgang mit den Wehen zu pflegen, oder wenn sie im Umgang mit den Wehen angeleitet wird. Dies ist - so zeigt es die vorliegende Arbeit - sicher auch eine Frage der professionellen Perspektive. Während in den ärztlichen Lehrbüchern Textstellen dominieren, in denen die Gebärende im Umgang mit den Wehen zu bestimmten Techniken, Verhaltensmustern etc. angeleitet wird, beschreiben die Hebammen-Lehrbücher überwiegend einen selbständigen

Umgang der Gebärenden mit ihren Wehen. Die berufliche Kultur beeinflusst damit auch die Sichtweise auf die Gebärende unterschiedlich: Während in der ärztlichen Berufskultur der Hilfe- und Instruktionsbedarf der Gebärenden im Vordergrund steht, fokussiert die Berufskultur von Hebammen eher auf den Bedarf der Gebärenden, darin unterstützt zu werden, einen eigenen Umgang zu finden.

Hier besteht Klärungsbedarf darüber, in welchen Phasen der Geburt welche Kontrolldimensionen wie konzeptualisiert werden können, um dann der Forschung zugänglich zu werden. Dies könnte einiges beitragen zu der noch wenig untersuchten Frage, welche Dimensionen von Kontrolle unter welchen Umständen maßgeblich sind für die Geburtserfahrung.

4.4 Die Abwesenheit des Vaters

Ursprünglich sollten alle Texteinheiten, in denen es um die Anwesenheit des Vaters bei der Geburt geht, im Rahmen der Einschlusskriterien für Texteinheiten eingeschlossen und differenziert kategorisiert werden. Die Lektüre der als Leitbild gebend ausgewählten Lehrmedien erzeugte jedoch Ernüchterung: Textstellen, die den werdenden Vater thematisieren sind so rar, dass der Fokus geändert werden musste. Schließlich wurden sämtliche Texteinheiten, in denen der Vater genannt wird und in denen es nicht eindeutig um pathologische Geburtsverläufe geht, eingeschlossen. Auch so blieben es frappierend wenige Textstellen, bei Pfeleiderer gibt es genau zweimal das Wort „Paar“ und zweimal das Wort „Partner“ im gesamten geburtshilflichen Teil des Lehrbuches. Bei Dudenhausen findet man das Wort „Partner“ ein einziges Mal, weitere Hinweise auf werdende Väter in Text und Bild sind nicht auffindbar.

Dieses Thema ist vordergründig sicher ein Beispiel dafür, dass aus einer Medienanalyse keine direkten Rückschlüsse auf die praktische Realität gezogen werden können: Väter sind heute sehr häufig bei der Geburt ihrer Kinder anwesend, die Mitbetreuung der werdenden Väter gehört zum Alltag von GeburtshelferInnen. Allerdings bleibt die Frage, wie weit Väter in der klinischen Realität vom geburtshilflichen Team wahrgenommen und differenziert einbezogen werden, ob und in welchem Kontext sie in der Forschung präsent sind und - sollte die Situation in diesen Bereichen väterorientierter sein - warum sie dann in den Ausbildungsmedien von

Geburtshelfern derart unterrepräsentiert sind. Unabhängig davon bleibt festzustellen, dass die Lehrbücher den angehenden Geburtshelfern quasi keine Verhaltensmuster Vätern gegenüber anbieten.

Das hat zur Konsequenz, dass die Interaktion mit werdenden Vätern bei der Geburt zunächst den spontanen und individuellen Reaktionsmöglichkeiten überlassen bleibt. Ob und wie die Thematik in der praktischen Arbeit aufgegriffen wird, scheint ganz von individuellen und arbeitsplatzspezifischen Variablen abhängig zu sein. Möglicherweise hat diese auch für Geburtshelfer destabilisierende Situation unter anderem zur Folge, dass die begleitenden Männer „ausgeblendet“ werden und sich damit der Fokus auf die gebärende Frau verstärkt.

Bei Geist und bei Dudenhausen gibt es jeweils eine Folge von Zeichnungen, in denen verschiedene Gebärpositionen dargestellt werden. Bei Geist ist immer wieder der werdende Vater mit dargestellt - als Helfer der Gebärenden. Bei Dudenhausen ist die Gebärende stets allein dargestellt, sie präsentiert sich in einem T-Shirt, das ihre Geschlechtsteile nicht verhüllt (s. Abb. 10.2). Die vollständige Abwesenheit des Vaters, besonders im Zusammenhang mit der Anwesenheit des ärztlichen Betrachters in Text und Bild, fällt auf.

Die Abwesenheit des werdenden Vaters hat auch noch eine andere Implikation: Die werdende Mutter ist allein. Sie ist in dieser Situation, glaubt man dem Bildmaterial, über weite Teile der Geburt nur unvollständig bekleidet. Somit wird die Gebärende als eine Frau dargestellt, die in der Geburtssituation spärlich bekleidet und ganz auf sich gestellt dem geburtshilflichen Team begegnet. Sie befindet sich also auch in dieser Lehrbuch-Perspektive in einer vulnerablen Position, die nur eingeschränkte Initiativ-Möglichkeiten zu bieten scheint.

4.5 Die Gebärende - passiv und leidend oder aktiv und gesund?

Eine Frau, die ein Kind bekommt ist nicht nur eine Frau, die ein Kind bekommt - sie ist auch eine Projektionsfläche (Davis-Floyd 1990, Davis-Floyd 1994, Fahy 2002, Fullerton et al. 1996, Kaufman 1993, Kornelsen 2005 Reime et al. 2004 Rosenblatt et al. 1997). Mit einem bestimmten widersprüchlichen Aspekt der Projektion haben geburtshilfliche Lehrbücher

zu tun: Sie verhandeln einerseits einen physiologischen Vorgang, den eine gesunde Frau erlebt; in einem Großteil der Fälle könnte diese Frau - in unserer Kultur eher theoretisch - ihr Kind ohne professionelle Hilfe gebären. Gleichzeitig müssen diese Lehrbücher über Untersuchungsmethoden berichten, über das Erkennen von Gefahren informieren, die Grenzfälle zwischen physiologischen und pathologischen Verläufen zuordnen und, ähnlich wie die Geburtshelfer selbst, schon aus Sicherheitsgründen eher die Alarmbereitschaft betonen als das Vertrauen in einen natürlichen Vorgang. Außerdem werden insbesondere Ärzte so sozialisiert, dass sie (abgesehen von Kollegen) im beruflichen Kontext andere Menschen in erster Linie als Patientinnen und Patienten sehen.

Dieser Widerspruch betrifft alle hier untersuchten Bücher. Die notwendige Gratwanderung wird allerdings mit unterschiedlicher Sensibilität für Begrifflichkeiten unternommen. Ob eine Frau begleitet und unterstützt wird, wenn nötig untersucht und davon überzeugt, eine andere Position einzunehmen, zeigt dies eine andere Haltung der Gebärenden gegenüber, als wenn sie unterwiesen und angeleitet wird, die Wehen kontrolliert und der Geburtsverlauf überwacht wird und wenn sie schließlich umgelagert wird. Dieses zugespitzte (aber für die untersuchten Lehrmedien sehr realistische) Beispiel soll eines verdeutlichen: Im ersten Beispiel bleibt die Gebärende aktiv, selbstbestimmt, eingebunden in den Entscheidungsprozess. Im zweiten Beispiel wird sie zur passiven Empfängerin von Anleitungen, zum Objekt von Kontrolle, Überwachung und Umlagerung. In der Konsequenz wird ihr so die Vollmacht über ihren Körper genommen. Die Gebärende ist damit zur Fläche zweier sehr verschiedener Projektionen geworden: Im ersten Beispiel bleibt sie aktiv handelnd, im zweiten wird sie passiv erleidend.

Solche tradierten Projektionen greifen bis hinein in die Beschreibungen scheinbar objektiver Gegebenheiten, wie etwa die Darstellungen über die biologischen Vorgänge der Geburt (Davis-Floyd 1996). Es muss Spekulation bleiben, ob ein Geburtshelfer sich dagegen verwehren würde, den Uterus als überwiegend passives Organ zu bezeichnen. Es kann nur gemutmaßt werden, dass ein Geburtshelfer nicht die Meinung unterstützen würde, das Kind leiste bei der Geburt mehr aktive Arbeit als die werdende Mutter. Dass dies in den Lehrbüchern dennoch geschieht, wurde oben ausführlich gezeigt. Möglicherweise ist das eine der Folgen einer lang tradierten Rollenvorstellung von der gebärenden Frau, die eher die Farben von Passivität als von Aktivität, eher die Facetten von Leiden und Gefahr als von Gesundheit und Kraft trägt.

4.6 Limitierungen

Eine medizinsoziologische Fragestellung mit medienanalytischen Methoden zu bearbeiten, ist sicher zunächst ein Wagnis. Auch bei ausführlicher Recherche ließ sich keine Vorlage für eine Medieninhaltsanalyse von medizinischen Fachbüchern finden - sodass das vorhandene Instrumentarium zunächst an die spezifischen Gegebenheiten einer Fachpublikation angepasst werden musste.

Gleichzeitig konnten auf diese Weise Aspekte heraus gearbeitet werden, die der empirischen Forschung nicht zugänglich sind - und das anhand von Medien, die ganz direkt die so genannte „Lehrmeinung“ repräsentieren. Dennoch liegt der größte limitierende Faktor dieser Studie sicherlich in der fraglichen Übertragbarkeit auf die Praxis. Es bleibt offen (auch, weil es zur Interferenz zwischen Lehrmedien und sozialer Wirklichkeit keine der Autorin bekannten Arbeiten gibt), wie sehr Lernende eine „Lehrmeinung“ internalisieren und schließlich praktisch umsetzen. Auch offen bleibt, ob psychologische und soziale Implikationen von Texten, die zumindest auf der offensichtlichen Ebene zunächst sachliche Informationen anbieten, beim Rezipienten Einstellungen prägen können oder nicht.

Die Übertragbarkeit auf die Praxis ist auch deswegen fraglich, weil es sich bei den untersuchten Büchern (mit Ausnahme von Kainer und in gewisser Weise auch Schneider) um didaktisch aufgebaute Lehrbücher handelt, die auch oder gerade für den geburtshilflichen Anfänger nützlich sein sollen. Dass in einem didaktischen Setting möglicherweise andere Dinge betont werden als in beispielsweise einem kollegialen oder wissenschaftlichen Kontext (oder gar bei einer Kreißsaal-Führung für werdende Eltern) ist zumindest anzunehmen.

Eine quantitative Inhaltsanalyse hat zudem naturgemäß Limitierungen, die aus der Methodik resultieren. Codierhandbücher können zunächst nur abbilden, was vorher als mögliche Kategorie wahrgenommen wurde. Ebenso können sie nur dort differenzieren, wo Potentiale zur Differenzierung gesehen und umgesetzt wurden. Dies schafft einen Bias, wie wir ihn aus der klinischen Forschung als „selection bias“ kennen. Die Differenzierung in

Subkategorien hat ein weiteres Problem: Man könnte theoretisch für jede Texteinheit eine eigene Kategorie schaffen - dann wäre aber keine sinnvolle Auswertung mehr möglich. Kategorien sind also nur dann sinnvoll auswertbar, wenn sie die Codierung einer ganzen Anzahl von TE zulassen. Dies bedeutet notwendigerweise eine Reduktion des Informationsgehaltes, ein Prozess, der sorgfältig abgewogen werden muss gegenüber dem Informationsgewinn durch genauere Differenzierung. Auch dies ist ein Verfahren, in das subjektive Kriterien einfließen.

Für diese Studie wurde die Entscheidung gefällt, möglichst differenziert einen klar eingegrenzten Bereich von Leitbildgebenden Medien zu untersuchen. Dieser mikroskopische Blick erlaubt zwar genaue Aussagen über das untersuchte Material. Er blendet aber gleichzeitig das Umfeld aus - bezieht also kaum Material mit ein, das ebenfalls aufschlussreich sein könnte. Dieses Material ist in Fülle vorhanden: Allein die Regale der Fachbuchhandlungen halten es meterweise vorrätig: Fachpublikationen, Internetressourcen, Filmmaterial usw. stehen zur Verfügung. Eine ähnlich differenzierte Analyse dieses Materials hätte den Rahmen einer Dissertation gesprengt, eine deutlich gröbere Analyse hätte weit weniger belastbare Daten produziert. Zuletzt können die Aussagen und Folgerungen dieser Arbeit vor allem eine Momentaufnahme abbilden. Zum einen ändern sich die Ansichten von Lehrenden darüber, welche Lehrmedien besonders empfehlenswert seien, zum anderen ändern sich die Lehrmedien selbst. Gewisse Modifikationen waren schon in den neueren Auflagen der untersuchten Bücher zu erkennen. Die Frage, ob ein Lehrbuch in erster Linie im Layout überarbeitet wird (Koloration der Zeichnungen, Seitenumbrüche etc.) oder ob auch eine Anpassung an die wissenschaftlichen Erkenntnisse erfolgt, könnte nicht nur ein Qualitätskriterium sein, sondern auch Aufschlüsse darüber zulassen, wie schnell wissenschaftliche Erkenntnisse tatsächlich in Lehrbücher und damit auch in die schriftlich fixierte „Lehrmeinung“ eingehen.

4.7 Folgerungen und Ausblick

Dass Hebammen und ärztliche Geburtshelfer/innen unterschiedliche Sozialisationen durchlaufen, liegt auf der Hand und wurde beschrieben. Diese Sozialisationen führen, wie hier gezeigt wurde, zu unterschiedlichen beruflichen Kulturen, die sich auch jeweils in den Leitbildgebenden Medien ausdrücken. Die stärkere Orientierung auf physiologische Geburtsverläufe in

Hebammen-Lehrbüchern und die stärkere Fokussierung auf pathologische Geburtsverläufe bei ärztlichen Lehrbüchern hat auch zu tun mit unterschiedlichen Rollenmodellen, die auf die Gebärende projiziert werden. Im Extremfall führt dies zu Aussagen, die so widersprüchlich sind, dass man die Fähigkeit, verantwortungsvoll zusammen zu arbeiten, in Frage stellen müsste - wären es nicht „nur“ Lehrbücher.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Bei Stauber und Pfeleiderer findet sich im Kapitel „Die regelrechte Geburt“ (Stauber) bzw. „Überwachung und Leitung der Geburt“ (Pfeleiderer) eine Fotoserie: „Ablauf einer regelrechten Geburt“ (Stauber) bzw. „Regelrechte Geburt aus vorderer Hinterhauptslage“ (Pfeleiderer). Einige dieser Fotos sollen hier näher beschrieben werden (Abdrucke siehe im Bildanhang Abb. 10.3).

Das Bild a) der Serie zeigt Genitale, Oberschenkel und Unterbauch einer Frau. Die Faust einer Person in weißem Kittel, die sich nah über das Genitale der Gebärenden beugt, drückt in den Unterbauch. Die linke Hand einer zweiten weiß gekleideten Person spreizt die kleinen Labien, sodass der Blick auf den kindlichen Kopf erahnbar wird. Die Gebärende ist offensichtlich in Steinschnittlage, zwei Personen wenden dem Gesicht der Gebärenden den Rücken zu und wenden nicht weiter erläuterte Handgriffe an.

Das Bild b) zeigt die gleiche Situation, nun ergänzt durch eine Episiotomie-Schere, die gerade angesetzt wird. Es wird also eine Intervention illustriert, die bei einer „regelrechten Geburt“ nur in einem Teil der Fälle zur Anwendung kommt. Auf die Darstellung eines suffizienten Dammschutzes wurde in dieser Bilderserie verzichtet.

Das Bild d) schließlich zeigt die Situation unmittelbar nach der Geburt des Kindes: Das Kind liegt hypoton, blass und blutverschmiert zwischen den Beinen der Mutter. Die zwei Geburtshelfer, noch immer den Rücken zur Frau gewandt, halten das Kind an der Schulter und saugen es ab. Mutter und Kind haben weder körperlichen noch Blickkontakt, das Kind erscheint wenig vital. Auch hier wird also eine Intervention (das Absaugen) gezeigt, die nur bei einem Teil der regelrechten Geburten nötig ist.

Das Kind wird so dargestellt (blass, hypoton), dass der Betrachter einen Notfall annehmen kann. Eine Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind erfolgt nicht.

Es gäbe noch viele Beispiele dieser Art - das Foto bei Kainer vorne auf dem Buchdeckel, das ein soeben per Sectio entwickeltes Kind in der Hand des Geburtshelfers zeigt; die Bezeichnung der Mutter bei Pfeleiderer als postpartale „Wärmequelle“; wie konsequent bei Stauber die Gebärende im oben erwähnten „klinischen Fall“ ausschließlich als „Patientin“ bezeichnet

wird; die Textstelle bei Dudenhausen, in der zu lesen ist: „Die Hebamme lehrt die Frau hinsichtlich des Mitpressens, sie nicht schreien zu lassen...“; der Umstand, dass die intrauterine Reanimation bei Schneider innerhalb des Kapitels „Die physiologische Geburt“ ihren Platz findet und hier ausführlich erläutert wird usw.

Was zu Reibungen zwischen Berufsgruppen führen kann, ist aber auch dazu geeignet, Anlass zur Reflektion eigener Positionen zu werden. In der für diese Arbeit unternommenen Befragung von Hebammenlehrerinnen zeigt sich denn auch, dass Hebammenschülerinnen/Entbindungspfleger in Ausbildung auch ärztliche Lehrbücher der Geburtshilfe empfohlen bekommen. Sicher wäre es auch für Assistenzärzt/innen und gestandene ärztliche Geburtshelfer/innen spannend, hin und wieder einen Blick in ein Hebammen-Lehrbuch zu werfen.

Diese Analyse zeigt, bei allen Unterschieden zwischen den untersuchten Lehrmedien, auch Gemeinsamkeiten. Inhaltliche Gratwanderungen wie die Charakterisierungen der Rolle, die die Gebärende in den Texten spielt, werden berufsgruppenübergreifend unterschiedlich und innerhalb der Werke auch instabil nuanciert. Und die Feststellung, dass es sich bei der Gebärenden um eine gesunde Frau handele, ist oft nur wenige Sätze entfernt von der Darstellung einer invasiven medizinischen Maßnahme. Dieses Nebeneinander entspricht wohl recht gut der klinischen Realität eines Kreißsaals, sollte aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es eher im Sinne einer guten, gesundheitsförderlichen Geburtshilfe wäre, im Physiologischen nicht immer schon die Pathologie zu erwarten.

5 Zusammenfassung

In einer Medienwirkungsanalyse wurden 7 Lehrbücher der Geburtshilfe extrahiert, davon 2 Lehrbücher der Hebammenkunde. Diese wurden einer quantitativen Medieninhaltsanalyse unterzogen, bei der Akzente von Aktivität und Passivität während der physiologischen Geburt im Fokus standen. Dabei ging es insbesondere um berufsgruppenspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten.

Insgesamt erfüllten 1869 Texteinheiten die Einschlusskriterien, dies entspricht 5,43% des untersuchten Textkorpus.

Biologische Dimensionen: Darstellungen des Uterus in den ärztlichen Lehrbüchern konzentrieren sich ganz überwiegend auf passive Aspekte des Organs. In Hebammenbüchern sind dagegen aktive Organbeschreibungen stärker repräsentiert. In den Darstellungen der (produktiven) Geburtsarbeit ist überwiegend von dem Kind als aktiver Komponente die Rede, die werdende Mutter wird überwiegend als passive Komponente beschrieben. Dies ist in den ärztlichen Lehrbüchern stärker als in den Hebammenlehrbüchern der Fall.

Psychologische Dimensionen: Eine selbstbestimmt agierende Gebärende wird insgesamt selten, am ehesten noch in den Hebammenlehrbüchern, beschrieben und positiv gewertet. So ist die Gebärende, die ihre Körperposition frei wählt, in den Hebammenlehrbüchern stärker repräsentiert als eine Gebärende, die „gelagert wird“. In den ärztlichen Lehrbüchern ist dies umgekehrt. Dieser Unterschied trifft besonders auf diejenigen Textstellen zu, die sich mit der Austreibungsperiode befassen. Ähnlich die Analyse der Beschreibungen, die den Umgang mit den Wehen beinhalten. Beschreiben Hebammenlehrbücher häufiger eine Gebärende, die auf eigene

Initiative aktiv mit den Wehen umgeht, gewichten die Arztlehrbücher stärker den (angeleitet) passiven Umgang mit den Wehen.

Soziale Rollen: Ausführlichere Darstellungen, dass es sich bei der Gebärenden zunächst um eine „gesunde Frau“ handelt, die „betreut“ und „begleitet“ werden sollte, finden sich nur in den Hebammenwerken. Hier sind - im Gegensatz zu den ärztlichen Büchern - Textstellen unterrepräsentiert, in denen die Gebärende „angeleitet“ oder „aufgefordert“ wird.

Insgesamt zeigen die hier erhobenen Daten deutliche Unterschiede zwischen den Lehrbüchern für Ärzte und Hebammen hinsichtlich der Zuschreibungen von Aktivität und Passivität der Gebärenden in den erhobenen biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. In welchem Maße die theoretischen Darstellungen in Lehrbüchern mit gelebten beruflichen Kulturen korrelieren, kann von dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

6 Bibliographie: Die untersuchten Lehrbücher

Dudenhausen JW, Pschyrembel W (2001) Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen. 19. Auflage, De Gruyter, Berlin, New York.

Geist Chr, Harder U, Stiefel A (2005) Hebammenkunde. Ein Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 3. Auflage, Hippokrates, Stuttgart.

Kainer (2005) Facharzt Geburtsmedizin. 1. Auflage, Elsevier Urban und Fischer, München.

Mändle Chr., Opitz-Kreuter S (2007). Das Hebammenbuch. 5. Auflage, Schattauer, Stuttgart.

Pfleiderer A, Breckwoldt M, Martius G (2001). Gynäkologie und Geburtshilfe. 4. Auflage, Thieme, Stuttgart

Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (2006) Die Geburtshilfe. 3. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Stauber M, Weyerstahl Th (2005) Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. aktualisierte Auflage, Duale Reihe, Thieme, Stuttgart

7 Bibliographie

Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS (2006) Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 113(3): 284-8.

Annandale EC (1987) Dimensions of patient control in a free-standing birth center. *Soc Sci Med.* 25(11):1235-48.

Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L (2011) Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, (12):CD000331.

Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF (1995) Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* 166(4):525-8.

Beck CT (2004) Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res.* 53(4):216-24.

Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER (2011) Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth* 38(3):216-27.

Bergant A, Moser R, Heim K et al. (1998) Subjektive Geburtsbelastung. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe: Beiträge der Jahrestagung 1997.*

Blais R, Maheux B, Lambert J, Loiselle J, Gauthier N, Framarin A (1994 A) Midwifery defined by physicians, nurses and midwives: the birth of a consensus? *CMAJ.* 150(5):691-697.

Blais R, Lambert J, Maheux B, Loiselle J, Gauthier N, Framarin A (1994 B) Controversies in maternity care: where do physicians, nurses, and midwives stand? *Birth.* 21(2):63-70.

Blais R, Lambert J, Maheux B (1999) What accounts for physician opinions about midwifery in Canada? *J Nurse Midwifery.* 44(4):399-407.

Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL (2011) Mothers' satisfaction with planned vaginal and planned cesarean birth. *Am J Perinatol* 28(5):383-8.

- Bonfadelli H (2001) Medienwirkungsforschung 1. Grundlagen und theoretische Perspektiven. 3. Auflage, UTB, Stuttgart.
- Bonfadelli H (2004) Medienwirkungsforschung 2. Anwendungen in Politik, Wirtschaft und Kultur. 2. Auflage, UTB, Stuttgart.
- Bourdieu P (1993) Soziologische Fragen. Deutsche Erstausgabe, edition suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Bourdieu P (1998) Vom Gebrauch der Wissenschaft. Für eine klinische Soziologie des wissenschaftlichen Feldes. UVK Medien, Konstanz.
- Bowers BB (2002) Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 31(6):742-52.
- Breckwoldt, Kaufmann, Pfeiderer (2008). *Gynäkologie und Geburtshilfe.* 5. Auflage, Thieme, Stuttgart.
- Brown S, Lumley J (1994) Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth.* 21(1):4-13.
- Brown S, Lumley J (1998) Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynaecol.* 105(2):143-55.
- Camacho FT, Weisman CS, Anderson RT, Hillemeier MM, Schaefer EW, Paul IM (2012) Development and validation of a scale measuring satisfaction with maternal and newborn health care following childbirth. *Matern child Health J* 16(5):997-1007.
- Capstick VA, Harley D (2004) Labor and delivery nurses: a survey of attitudes toward third-year medical students and their education. *Am J Obstet Gynecol.* 191(5):1828-33.
- Carlton T, Callister LC, Stoneman E (2005) Decision making in laboring women: ethical issues for perinatal nurses. *J Perinat Neonatal Nurs.* 19(2): 145-54.
- Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC (2011) Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthin experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery* 27(6): 825-31.
- Christiaens W, Bracke P (2007) Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007 Oct 26; 7:26.
- Christiaens W, Bracke P (2009) Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 25(2):e11-9.

- Cooper CF, Lawler FH (2001) Physician perceptions regarding competence of obstetrical providers and attitudes about other issues in obstetrical care. *J Okla State Med Assoc.* 94(12):554-560.
- Czarnocka J, Slade P (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol.* 39(Pt 1):35-51.
- Davis-Floyd RE (1990) The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly. *Soc Sci Med.* 31(2):175-89.
- Davis-Floyd RE (1994) The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med.* 38(8):1125-40.
- Davis-Floyd R, Sargent C (1996) The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth, *Med Anthropol Q.* 10(2):111-20.
- Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M (2010) Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth* 10:81
- Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF (2003) Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 43(6):463-8.
- Drew NC, Salmon P, Webb L (1989) Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *Br J Obstet Gynaecol.* 96(9):1084-8.
- Dudenhausen JW, Pschyrembel W (2001) *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen.* 19. Auflage, De Gruyter, Berlin, New York.
- Dudenhausen JW, Pschyrembel W(2001). *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen.* 21. Auflage, De Gruyter, Berlin, New York.
- Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (2006) *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt,* 1. Ausgabe, Ullstein Medical, Wiesbaden.
- Fahy K (2002) Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Aust J Midwifery.* 15(1):5-13.
- Flaig E (2000) *Pierre Bourdieu: Entwurf einer Theorie der Praxis (1972).* C. H. Beck, München.
- Ford E, Ayers S (2011) Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol Health* 26(12):1553-70.
- Fowles ER (1998a) Labor concerns of women two months after delivery. *Birth.* 25(1):235-40.

- Fowles ER (1998b) The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care Women Int.* 19(4):83-94.
- Fullerton JT, Hollenbach KA, Wingard DL(1996) Practice styles. A comparison of obstetricians and nurse-midwives. *J Nurse Midwifery.* 41(3): 243-50.
- Geist Chr, Harder U, Stiefel A (2005) *Hebammenkunde. Ein Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf.* 3. Auflage, Hippokrates, Stuttgart.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 46(2): 212-9.
- Gottvall K, Waldenström U (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG.* 109(3):254-60.
- Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV (1990) Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth.* 17(1):15-24.
- Green JM (1993) Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. *Birth.* 20(2):65-72.
- Green JM, Baston HA (2003) Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth.* 30(4):235-47.
- Gross MM (2003) Die Geburtserfahrung - eine Übersichtsarbeit. *Geburtsh Frauenheilk.* 63:321-325.
- Grunddaten der Krankenhäuser (2004) Entbindungen. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Gunnervik Chr, Sydsjö G, Sydsjö A, Selling KE, Josefsson A (2008) Attitudes towards cesarean section in a nationwide sample of obstetricians and gynecologists. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 87(4):438-44.
- Gunnervik C, Josefsson A, Sydsjö A, Sydsjö G (2010) Attitudes towards mode of birth among Swedish midwives. *Midwifery.* 26(1):38-44.
- Gupta JK, Nikodem VC (2000) Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* (2): CD002006.
- Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I (2012) The influence of women`s fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMS Pregnancy Childbirth* 2012 Jun 24; 12:55.
- Hart MA, Foster SN (1997) Couples' attitudes toward childbirth participation: relationship to evaluation of labor and delivery. *J Perinat Neonatal Nurs.* 11 (1):10-20.

- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S (2008) Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8; (4):CD004667.
- Helms G. (2004) Die normale Geburt. In Beckermann MJ, Perl FM (Hrsg.) *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe*. 1. Auflage, Schwabe Verlag, Basel.
- Hemminki E, Klemetti R, Gissler M (2009) Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990-2006. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 88 (10): 1138-44.
- Hicks C, Spurgeon P, Barwell F (2003) Changing Childbirth: a pilot project. *J Adv Nurs*. 42(6):617-28.
- Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U (2002) Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 109(6):618-23.
- Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, Lundgren I (2011) A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 40(5):532-43.
- Hodnett ED (2002a) Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 186(1):160-72.
- Hodnett ED (2002b) Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, (1) CD000199.
- Homer CSE, Davis GK, Cooke M, Barclay LM (2002) Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*. 18(2):102-12.
- Howell CJ, Kidd C, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, Johanson RB (2001) A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *BJOG*. 108(1):27-33.
- Iida M, Horiuchi S, Porter SE (2012) The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery* 28(4):398-405.
- Hyde A, Roche-Reid B (2004) Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. *Soc Sci Med*.
- Jäckel M (2008) *Medienwirkungen. Ein Studienbuch zur Einführung*. 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- James DC, Simpson KR, Knox GE (2003) How do expert labor nurses view their role? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 32(6):814-23.
- Josefsson A, Gunnervik Chr, Sydsjö A, Sydsjö G (2011) A Comparison Between Swedish Midwives and Obstetricians & Gynecologists Opinions on Cesarean Section. *Matern Child Health J*. 15(5):555-60.

- Kainer (2005) *Facharzt Geburtsmedizin*. 1. Auflage, Elsevier Urban und Fischer, München.
- Kainer (2012) *Facharzt Geburtsmedizin*. 2. Auflage, Elsevier Urban und Fischer, München.
- Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I (2009) Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. *Women Birth*. 22(2):57-63.
- Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I (2011) A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sex Reprod Health* 2(3):93-9.
- Kartchner FD (1958) Active participation in childbirth; a psychosomatic approach to pregnancy and parturition. *Am J Obstet Gynecol*. 75(6):1244-54.
- Kaufman KJ (1993) Effective control or effective care? *Birth*. 20(3):156-8.
- Klein MC, Kaczorowski J, Robbins JM, Gauthier RJ, Jorgensen SH, Joshi AK (1995) Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women in their care. *CMAJ*. 153(6): 783-786.
- Klein MC, Kaczorowski J, Hall WA, Fraser W, Liston RM, Eftekhary S, Brant R, Masse LC, Rosinski J, Mehrabadi A, Baradaran N, Tomkinson J, Dore S, McNiven PC, Saxell, Lindstrom K, Grant J, Chamberlaine A (2009) The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: many differences but important similarities. *J Obstet Gynaecol Can*. 31(9): 827-840.
- Klein MC, Kaczorowski J, Hearps SJ, Tomkinson J, Baradaran N, Hall WA, McNiven P, Brant R, Grant J, Dore S, Brassat-Latulippe A, Fraser WD (2011) Birth technology and maternal roles in birth: knowledge and attitudes of Canadian women approaching childbirth for the first time. *J Obstet Gynaecol Can*. 33(6):598-608.
- Kornelsen J (2005) *Essences and imperatives: an investigation of technology in childbirth*. *Soc Sci Med*. 61(7):1495-504.
- Kuhn TS (1976 (Original 1963)) *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Zweite revidierte Ausgabe, suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Kutschera Fv (2000) Thomas S. Kuhn: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. In Erhart W, Jaumann H (Hrsg.) *Jahrhundertbücher: Große Theorien von Freud bis Luhmann*, C. H. Beck, München
- Lamaze F (1984 (Original 1970)) *Painless Childbirth: The Lamaze Method*. Revidierte Ausgabe, McGraw-Hill Contemporary

- Larkin P, Begley CM, Devane D (2009) Women`s experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25(2):e49-59.
- Larkin P, Begley CM, Devane D (2012) `Not enough people to look after you`: an exploration of women`s experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 28(1):98-105.
- Larsson M, Aldegarmann U, Aarts C (2009) Professional role and identity in a changing society: three paradoxes in Swedish midwives' experiences. *Midwifery*. 25(4):373-81.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C (2009) Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews* (2):CD003934.
- Leboyer F (1995 (Original 1974)) *Geburt ohne Gewalt*. 13. Auflage, Kösel, München
- Lehmann S, Børdahl PE, Rasmussen SA, Irgens LM (2007) Norwegian midwives and doctors have increased cesarean section rates. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 86(9):1087-9.
- Lowe NK (2000) Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 21(4):219-24.
- Loytved Chr (2010) *Qualitätsbericht 2010 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland*, Hrsg. von Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG e.V.), <http://www.quag.de/content/publikationen.htm>.
- Lundgren I (2004) Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scand J Caring Sci*. 18(4):368-75.
- Lytard JF (1994, Original 1979), übersetzt von Otto Pfersman. *Das postmoderne Wissen. Ein Bericht*. Edition Passagen, Wien.
- Mändle Chr., Opitz-Kreuter S (2007). *Das Hebammenbuch*. 5. Auflage, Schattauer, Stuttgart.
- Mackey MC (1995) Women's evaluation of their childbirth performance. *Matern Child Nurs J*. 23(2):57-72.
- MacKinnon K, McIntyre M, Quance M (2005) The meaning of the nurse's presence during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 34(1):28-36.
- Manning MM, Wright TL (1983) Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *J Pers Soc Psychol*. 45(2):421-31.
- McCrea BH, Wright ME (1999) Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *J Adv Nurs*. 29(4):877-84.

- Mc Lachlan H, Forster D, Davey M, Farrell T, Gold L, Biro M, Albers L, Flood M, Oats J, Waldenström U (2012) Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 119(12): 1483-1492.
- McLuhan, M. (1970 (Original 1964)). *Die magischen Kanäle (Understanding media)*. Fischer, Frankfurt am Main, Hamburg.
- McQuail D (2002). *McQuails Mass Communication*. In *Media content: issues, concepts and methods of analysis*. 4. Auflage, B&T, London / Thousand Oaks / New Delhi, 2001.
- Mead MMP, Kornbrot D (2004) The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*. 20(1):61-71.
- Melender HL (2002) Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*. 29(2):101-11.
- Meyer S (2012) Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs* 2012 Jun 7. [Epub ahead of print]
- Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V (2008) Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section. *Birth*. 35(2):129-35
- Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ (1982) Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 2(8302): 808–810.
- Namey EE, Lyster AD (2010) The meaning of „control“ for childbearing women in the US. *Soc Sci Med* 71(4):769-76.
- Nilsson C, Lundgren I (2009) Women`s lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25(2):e1-9.
- 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.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev*. 26(1):1-16
- Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J (2012) The impact of birthplace on women`s birth experiences and perceptions of care. *Soc Sci Med*. 74(7): 973-81.
- Pantlen A, Rohde A (2000) Traumatisch erlebte Entbindung - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe: Beiträge der Jahrestagung 2000*: 185-195.

- Parratt J (2002) The impact of childbirth experiences on women's sense of self: a review of the literature. *Aust J Midwifery*. 15(4):10-6.
- Parratt J, Fahy K (2003) Trusting enough to be out of control: a pilot study of women's sense of self during childbirth. *Aust J Midwifery*. 16(1):15-22.
- Pfleiderer A, Breckwoldt M, Martius G (2001). *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 4. Auflage, Thieme, Stuttgart
- Quinlivan JA, Thompson ChrM, Black K, Kornman LH, McDonald SJ (2002) Medical and midwifery students: how do they view their respective roles on the labour ward? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 42(4):401-6.
- Reime B, Klein MC, Kelly A, Duxbury N, Saxell L, Liston R, Prompers FJPM, Entjes R, Stefan W, Wong V (2004) Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *BJOG*. 111(12):1388-93.
- Reynolds JL (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ*. 156(6):831-5.
- Riecher-Rossler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 65(3):97-107.
- Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J (1998) Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*. 49(3):167-80.
- Rosenblatt RA, Dobie SA, Hart LG, Schneeweiss R, Gould D, Raine TR, Benedetti TJ, Pirani MJ, Perrin EB (1997) Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *Am J Public Health*. 87(3):344-51.
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I (2005) Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Women Ment Health*. 8(2):97-104.
- Ryding EL (1993) Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 72(4):280-5.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 80(1):39-45.
- Salmon P, Miller R, Drew NC (1990) Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. *Br J Med Psychol*. 63(Pt3):255-9.
- Salmon P, Drew N C (1992) Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res*. 36(4):317-27.

Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (2006) Die Geburtshilfe. 3. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (2010) Die Geburtshilfe. 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Schücking B, Schwarz C (2004) Technisierung der normalen Geburt. Interventionen im Kreißsaal. In U. Paravicini (Hrsg.) Innovative Projekte. Wissenschaftliche Reihe NFFG.

Seguin L, Therrien R, Champagne F, Larouche D (1989) The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*. 16(3):109-13.

Simkin P (1991) Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*. 18(4):203-10.

Sinclair M, Gardner J (2001) Midwives' perceptions of the use of technology in assisting childbirth in Northern Ireland. *J Adv Nurs*. 36(2):229-36.

Sjogren B (1997) Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 18(4):266-72.

Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M (1993) Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol*. 32 (Pt4):469-83.

Smith C, Brown JB, Stewart M, Trim K, Freeman T, Beckhoff C, Kasperski J (2009) Ontario care providers' considerations regarding models of maternity care. *J Obstet Gynaecol Can*. 31(5):401-8.

Söderquist J, Wijma B, Wijma K (2006) The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 27(2):113-9.

Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K (2009) Risk factors in pregnancy for posttraumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116(5):672-80.

Soet JE, Brack GA, Dilorio C (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 30(1):36-46.

Stauber M, Weyerstahl Th (2005) Gynäkologie und Geburtshilfe. 2. aktualisierte Auflage, Duale Reihe, Thieme, Stuttgart

Stauber M, Weyerstahl Th (2007) Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Auflage, Duale Reihe, Thieme, Stuttgart

Stevens NR, Wallston KA, Hamilton NA (2012) Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 33(1):15-24.

Stiefel, Geist, Harder (2012) Hebammenkunde. 5. Auflage, Hippokrates, Stuttgart

Suckfüll M (2004) Rezeptionsmodalitäten. Ein integratives Konstrukt für die Medienwirkungsforschung. In Bilandzic H, Gehrau V, Hasebrink U, Rössler P

(Hrsg.) Rezeptionsmodalitäten, Reihe Rezeptionsforschung. Verlag Reinhard Fischer, München.

Susan A, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E (2009) Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord.* 119(1-3):200-4.

Tan WM, Klein MC, Saxell L, Shirkoohy SE, Asrat G (2008) How do physicians and midwives manage the third stage of labor? *Birth.* 35(3):220-9.

Tanassi LM (2004) Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice. *Soc Sci Med.* 59(10):2053-69.

Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H (2008) Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG.* 115(12):1494-502.

Vedam S, Schummers L, Stoll K, Rogers J, Klein MCS, Fairbrother N, Dharamsi S, Liston R, Chong GK, Kaczorowski J (2012) The Canadian Birth Place Study: Describing maternity practice and providers' exposure to home birth. *Midwifery* Aug 24 (Epub ahead of print).

Waldenström U (1999) Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res.* 47(5):471-82.

Waldenström U (2003) Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth.* 30(4):248-54.

Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 31(1):17-27.

Waldenström U, Schytt E (2009) A longitudinal study of women's memory of labour pain - from 2 months to 5 years after birth. *BJOG.* 116(4):577-83

Walker SP, McCarthy EA, Ugoni A, Lee A, Lim S, Permezel Michael (2007) Cesarean delivery or vaginal birth: a survey of patient and clinician thresholds. *Obstet Gynecol.* 109(1):67-72.

Wright ME, McCrea H, Stringer M, Murphy-Black T (2000) Personal control in pain relief during labour. *J Adv Nurs.* 32(5):1168-77.

Zaers S, Waschle M, Ehlert U (2008) Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 29(1):61-71.

Zasloff E, Schytt E, Waldenström U (2007) First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 86(11):1328-36.

8 Danksagung

Diese Arbeit hätte nicht entstehen können ohne die tatkräftige, geduldige, beharrliche und mahnende Hilfe einer Reihe von Menschen.

An erster Stelle möchte ich Frau Professor Richter-Appelt danken, deren Begeisterung und energischer Einsatz für den umsichtigen und respektvollen Umgang mit Menschen in biographisch und in Bezug auf die Intimität herausfordernden Situationen mir Ansporn und Vorbild sind.

Auch möchte ich den Kollegen am Institut für Sexualforschung danken, die diese Arbeit mit wichtigen Ideen, anregenden Gesprächen und Lust an kreativen wissenschaftlichen Ansätzen begleitet haben - insbesondere Kerstin Huber, Katinka Schweizer, Susanne Cerwenka und Timo O. Nieder. Einen großen Dank möchte ich allen Hebammenlehrerinnen und DozentInnen der Geburtshilfe aussprechen, die meine Fragebögen beantwortet und damit die Grundlage für meine Arbeit gebildet haben. Auch der Fachbuchhandlung Lehmanns möchte ich für die Überlassung der geschützten Daten herzlich danken.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Alexander, der diese Arbeit mit wachsender Hartnäckigkeit, viel Kinderbetreuung und zupackender Unterstützung begleitet hat. Er hat mich immer wieder herausgefordert und bestärkt, Medizin auch als eine Projektionsfläche kultureller Traditionen zu verstehen. Diese Gespräche wünsche ich mir und meinen Patienten noch für viele Jahre. Danken möchte ich auch meinen Töchtern, Milena und Mascha, deren frühe Kinderjahre in die Erstellung dieser Arbeit fielen. Sie haben mich immer wieder daran erinnert, dass Theorie ohne Leben wertlos ist.

Auch meinen Eltern möchte ich danken, die mir oft aus prekären familiären Lagen geholfen haben. Sie haben mich stets in meinen akademischen Ambitionen tatkräftig unterstützt, auch wenn mich der Mut manches Mal verlassen wollte.

Tiefe Dankbarkeit möchte ich auch Simone Boley aussprechen, meiner Lieblingshebamme, deren Kunst meinen Kindern und mir wahrhaft stärkende, herzerfüllte und von großem Vertrauen getragene Geburtserlebnisse geschenkt hat.

9 Lebenslauf

entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

10 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der medizinischen Fakultät mit einer gängige Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Anhang 1: Fragebögen und Codierhandbuch

Fragebogen für Hebammenlehrerinnen:

Erhebung der Leitbildgebenden Fachliteratur

Allgemeine und berufliche Angaben

1. Geschlecht m / w
2. Alter
3. Wie viele Jahre arbeiten Sie bisher in der Geburtshilfe?
4. In welchem Rahmen betreuen Sie Geburten?
5. Unterrichten Sie? Seit wie vielen Jahren?
6. Welche Inhalte unterrichten Sie?
7. Wen unterrichten Sie?

Welche Medien empfehlen Sie oder würden Sie empfehlen?

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen genaue Angaben: Bücher und Lernprogramme bitte mit Titel und Hrsg. bzw. Autor; Websites bitte als www-Adressen.

6. Welche 5 Lehrmedien (Lehrbücher, Websites, Lernprogramme) für das Fach „Geburtshilfe“ empfehlen Sie Hebammenschüler/innen oder Kolleg/ innen, weil sie gut über die wichtigsten Kompetenzen einer Hebamme / eines Entbindungspfleger informieren?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

7. In welchem dieser Lernmittel finden Sie Ihre persönliche Meinung zum Thema „Geburt“ besonders gut dargestellt (bitte geben Sie die Nr. an, Mehrfachnennungen sind möglich)?

.....

Können Sie kurz erläutern, warum?

8. Welche 5 Medien (Bücher, Websites, Fachzeitschriften) benutzen Sie selbst zum Nachlesen oder Nachschlagen, um Informationen zu erhalten, die für Ihren beruflichen Alltag relevant sind?

1.

2.

3.

4.

5.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

Simone Hoffmann-Kuhnt, Fax Nr. 040 6365 8781

Fragebogen für Professor / innen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Erhebung der Leitbildgebenden Fachliteratur

Allgemeine und berufliche Angaben

1. Geschlecht m / w
2. Alter
3. Wie viele Jahre arbeiten Sie bisher ärztlich in der
Geburtshilfe?
4. Wie viele Jahre lehren Sie bisher das Fach
„Geburtshilfe“?
5. Wen unterrichten Sie? Student/innen
Assistenzärzt/innen
Fachärzt/innen

Welche Medien empfehlen Sie oder würden Sie empfehlen?

Bitte geben Sie bei den folgenden Fragen genaue Angaben: Bücher und Lernprogramme bitte mit Titel und Hrsg. bzw. Autor; Websites bitte als www-Adressen.

6. Welche 5 Lehrmedien (Lehrbücher, Websites, Lernprogramme) für das Fach „Geburtshilfe“ empfehlen Sie Ihren Student / innen und Assistenzärzt / innen, weil sie gut über die wichtigsten Kompetenzen eines ärztlichen Geburtshelfers informieren?

1.

2.

3.

4.

- 5.
7. In welchem dieser Lernmittel finden Sie Ihre persönliche Meinung zum Thema „Geburt“ besonders gut dargestellt (bitte geben Sie die Nr. an, Mehrfachnennungen sind möglich)?

.....

Können Sie kurz erläutern, warum?

8. Welche 5 Medien (Bücher, Websites, Fachzeitschriften) benutzen Sie selbst zum Nachlesen oder Nachschlagen, um Informationen zu erhalten, die für Ihren beruflichen Alltag relevant sind?

1.

2.

3.

4.

5.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

Prof. Dr. H. Richter-Appelt, Fax Nr. 040 42803 - 6406

Codierhandbuch

Relevanz der Texteinheit

Relevanz	vorhandene Begriffe		Hauptinhalt	gramm. Konstruktionen	Einschlußkriterium erfüllt?
0	in Bezug auf Skala neutral	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	nein
1	ein Begriff ist leicht akzentuiert	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	ja
2	mind. 2 Begriffe akzentuieren leicht	UND	in Bezug auf Skala neutral	nicht relevant	ja
3	ein Begriff ist deutlich akzentuiert	UND	in Bezug auf Skala neutral oder nicht eindeutig	nicht relevant	ja
4	mind. 2 Begriffe, mind. 1 davon deutlich akzentuiert	ODE R	thematisiert ein aktiv-passiv Verhältnis explizit oder nicht eindeutig	nicht relevant	ja
5	mehrere Begriffe (leicht oder deutlich akzentuiert)	UND	thematisiert explizit ein aktiv-passiv Verhältnis	nicht relevant	ja

Beispiele für „deutlich akzentuierte Begriffe“

ablehnen

aktiv, aktiviert

angewiesen werden, Anweisung

auffordern, Aufforderung

aufweiten, Aufweitung

ausstossen

austreiben, Austreibung

auswalzen

begrenzen

bekämpfen

Besitz ergreifen

bestimmen (etwas, zB Vorgehen)

beurteilen, Beurteilung
dehnen, Dehnung
drängen
eingreifen, Eingriff
einschränken
entscheiden, Entscheidung
ergreifen (zB Maßnahmen)
erlauben
erzielen (etwas)
folgen, Folge leisten
in Gang setzen
hindern
kontrollieren, Kontrolle
Lage wechseln, Lagewechsel
leiten
operativ beenden
passiv
Position einnehmen
pressen
produzieren
regulieren
Retraktion
Schmerzbekämpfung
Schrittmacher
Schwierigkeiten machen
spastisch
spreizen
tiefer treten
triggern, Triggerung
überwachen, Überwachung
umgelagert werden, Umlagerung
verarbeiten (zB Wehen)
verformen
verhindern
verlangen
vorschreiben
Widerstand bieten
zufügen
zwingen, Zwang

Beispiele für „leicht akzentuierte Begriffe“

Akkomodation
anpassen, Anpassung
anspannen, Anspannung
arbeiten, Arbeit
aufnehmen (etwas in sich)
aufzeichnen
auslösen
ausweichen

auswirken
beeinflussen
beihilflich sein
beobachten, Beobachtung
Bereitschaft
beteiligen
betreuen, Betreuung
biegen
Druck aufbauen (zB i.d. Wehe)
eintreten (zB i.d. Beckenraum)
empfehlen, Empfehlung
entspannen, Entspannung
entzogen sein
erfassen
erfordern
erhalten
erleichtern, Erleichterung
ermöglichen
eröffnen, Eröffnung
Erweiterung
geboren werden
gedrückt werden (hindurch)
geschoben werden
helfen
informieren
kontrahieren, Kontraktion
messen
nachlassen
passieren (zB den Beckenraum)
reagieren
registrieren, Registrierung
rigide
Spannung
stimulieren
trennen, sich trennen
umschnürt werden
unterliegen (einer Bedingung)
unterstützen
untersuchen, Untersuchung
veranlassen
verfolgen (einen Vorgang)
vermitteln
verzögern
vorangehen
Wehe, Wehenpause
weiten

Geburtsphasen

- a) Vor dem Eintritt in die geburtshilfliche Institution/ vor Ankunft der Hausgeburtshebamme
- b) Eintritt in die Institution/ Ankunft der Hebamme
- c) Eröffnungsperiode (first stage), Latenzphase
- d) Eröffnungsperiode (first stage), aktive Eröffnungsphase (MM>3 cm)
- e) Austreibungsperiode (second stage), nicht-aktive Phase, Übergangsphase (MM=10cm, kein Pressdrang)
- f) Austreibungsperiode (second stage), aktive Phase (kindl. Kopf auf BB, Pressdrang)
- g) Plazentarperiode (third stage)
- h) Postplazentarperiode (bis zur stabilen Uterusretraktion)
- i) Gesamte Geburt
- j) Sonstiges

MM= Muttermund; BB= Beckenboden

1 Biologische Dimensionen

1.1 Uterus, Bauchwandmuskulatur, Geburts-/Weichteilkanal

- 1.1.1 Uterus als aktives Element
 - 1.1.1.1 Kontraktion
 - 1.1.1.2 Wehe (vs. Wehenpause)
 - 1.1.1.3 Sonstiges
- 1.1.2 Uterus als passives Element
 - 1.1.2.1 Dehnung
 - 1.1.2.2 Wehenpause
 - 1.1.2.3 Sonstiges
- 1.1.3 Sonstiges
- 1.1.4 Bauchwandmuskulatur als aktives Element
 - 1.1.4.1 das reflektorisch arbeitet
 - 1.1.4.2 das von der Frau willentlich eingesetzt wird
 - 1.1.4.3 Sonstiges
- 1.1.5 Weichteilkanal als passives Element
 - 1.1.5.1 das sich "bereitwillig" dehnen lässt
 - 1.1.5.2 das Widerstand entgegen setzt
 - 1.1.5.3 Sonstiges

1.2 Geburtsmechanik: Mütterliche und kindliche Arbeit (Mütterl. Funktionen nur hier codieren, wenn Kind ebenfalls thematisiert wird, sonst unter 1.1)

- 1.2.1 Die Mutter verhält sich produktiv für die Geburt (schiebt, treibt heraus, unterstützt etc.), das Kind verhält sich produktiv für die Geburt (schiebt sich heraus, dreht sich, unterstützt etc.)
 - 1.2.1.1 Mutter aktiv, Kind aktiv
 - 1.2.1.2 Mutter aktiv, Kind passiv
 - 1.2.1.3 Mutter passiv, Kind aktiv
 - 1.2.1.4 Mutter passiv, Kind passiv
 - 1.2.1.5 nicht kategorisierbar
 - 1.2.2 Die Mutter verhält sich produktiv für die Geburt, das Kind verhält sich nicht produktiv für die Geburt (Bietet Widerstand, streckt, flektiert, dreht sich nicht etc.)
 - 1.2.2.1 Mutter aktiv, Kind aktiv
 - 1.2.2.2 Mutter aktiv, Kind passiv
 - 1.2.2.3 Mutter passiv, Kind aktiv
 - 1.2.2.4 Mutter passiv, Kind passiv
 - 1.2.2.5 nicht kategorisierbar
 - 1.2.3 Die Mutter verhält sich nicht produktiv für die Geburt (bietet Widerstand, ist zwingt das Kind etc.), das Kind verhält sich produktiv für die Geburt (überwindet den Widerstand etc.)
 - 1.2.3.1 Mutter aktiv, Kind aktiv
 - 1.2.3.2 Mutter aktiv, Kind passiv
 - 1.2.3.3 Mutter passiv, Kind aktiv
 - 1.2.3.4 Mutter passiv, Kind passiv
 - 1.2.3.5 nicht kategorisierbar
 - 1.2.4 Die Mutter verhält sich nicht produktiv für die Geburt, das Kind verhält sich produktiv für die Geburt
 - 1.2.4.1 Mutter aktiv, Kind aktiv
 - 1.2.4.2 Mutter aktiv, Kind passiv
 - 1.2.4.3 Mutter passiv, Kind aktiv
 - 1.2.4.4 Mutter passiv, Kind passiv
 - 1.2.4.5 nicht kategorisierbar
 - 1.2.5 Sonstiges
- 1.3 Andere Darstellungen der biologischen Vorgänge
- 1.3.1 Mutter ist biochemisch aktiv
 - 1.3.2 Mutter ist biochemisch passiv
 - 1.3.3 Mutter ist auf sonstige Weise aktiv
 - 1.3.4 Mutter ist auf sonstige Weise passiv
 - 1.3.5 Nicht kategorisierbar

2 Psychologische Dimensionen

- 2.1 Kontrolle der Gebärenden in der Interaktion mit dem Personal
 - 2.1.1 Selbstbestimmt mit Personal interagierend
 - 2.1.1.1 Wird als gut, förderlich, erstrebenswert kommuniziert
 - 2.1.1.2 Wird neutral kommuniziert

- 2.1.1.3 Wird als problematisch kommuniziert
- 2.1.1.4 Sonstiges
- 2.1.2 nicht selbstbestimmt mit Personal interagierend
 - 2.1.2.1 Wird als gut, förderlich, erstrebenswert kommuniziert
 - 2.1.2.2 Wird neutral kommuniziert
 - 2.1.2.3 Wird als problematisch kommuniziert
 - 2.1.1.4 Sonstiges
- 2.1.3 Sonstiges

- 2.2 Kontrolle der Gebärenden über ihren eigenen Körper
 - 2.2.1 Geburtsposition
 - 2.2.1.1 Wählt Position selbst, bzw. dies wird befürwortet
 - 2.2.1.2 Position wird vorgegeben (wird gelagert etc.), bzw. dies wird befürwortet
 - 2.2.1.3 Sonstiges
 - 2.2.1.4 Position wird vorgeschlagen, die Gebärende entscheidet
 - 2.2.2 Umgang mit Wehen
 - 2.2.2.1 Gebärende geht aktiv mit Wehe um
 - 2.2.2.1.1 veratmet, verarbeitet (aktives Geschehenlassen)
 - 2.2.2.1.2 presst, schiebt, drückt
 - 2.2.2.1.3 Sonstiges
 - 2.2.2.2 Gebärende geht passiv mit Wehe um
 - 2.2.2.2.1 gibt sich hin, öffnet sich
 - 2.2.2.2.2 leidet unter der Wehe
 - 2.2.2.2.3 Sonstiges
 - 2.2.2.3 Gebärende wird angeleitet
 - 2.2.2.3.1 zum aktiven Umgang (zB mitdrücken)
 - 2.2.2.3.2 zum passiven Umgang (zB warten)
 - 2.2.2.3.3 Sonstiges
 - 2.2.2.4 Gebärende nimmt die Wehe wahr, spürt sie (kommuniziert dies evtl.)
 - 2.2.2.5 Die Wehe wird reguliert
 - 2.2.2.5.1 stimuliert (angerieben, Oxy etc.)
 - 2.2.2.5.2 gehemmt (Tokolyse etc.)
 - 2.2.2.5.3 manuell "unterstützt" (zB kristellert)
 - 2.2.2.5.4 Sonstiges
 - 2.2.2.6 Sonstiges
 - 2.2.3 Umgang mit Schmerz
 - 2.2.3.1 Schmerz wird medikamentös bekämpft
 - 2.2.3.1.1 auf expliziten Wunsch der Gebärenden
 - 2.2.3.1.2 aus medizinischen Gründen
 - 2.2.3.1.3 aus Gründen der Einstellung d. Personals
 - 2.2.3.1.4 aus nicht explizierten Gründen
 - 2.2.3.1.5 Sonstiges
 - 2.2.3.2 Schmerz wird mit alternativen Methoden gemildert (Aromath., Akupunktur etc.) NICHT: Zwischenmenschliche Methoden
 - 2.2.3.2.x Subkategorien s. 2.2.3.1
 - 2.2.3.3. Schmerz wird auf andere Weise gemildert (Berührung, Zuwendung etc.)
 - 2.2.3.3.x Subkategorien siehe 2.2.3.1

- 2.2.3.4 Schmerz wird von der Gebärenden "allein" gemeistert
 - 2.2.3.4.1 auf expliziten Wunsch der Gebärenden
 - 2.2.3.4.2 aus medizinischen Gründen (Schmerzmittel verweigert)
 - 2.2.3.4.3 aus Gründen der Einstellung des Personals
 - 2.2.3.4.4 Sonstiges
- 2.2.3.5 Sonstiges

2.3 Die Funktion des Partners (bzw. der Begleitperson) ggü. der Gebärenden

- 2.3.1 Partner als Hilfe (z.B. für Selbstbestimmung) der Gebärenden
- 2.3.2 Partner als Problem (z.B. für Selbstbestimmung) der Gebärenden
- 2.3.3 Sonstiges

2.4 Sonstige Psychologische Dimension

- 2.4.1 Gebärende ggü. Geburt aktiv
- 2.4.2 Gebärende ggü. Geburt passiv
- 2.4.3 Sonstiges

3 Dimensionen sozialer Rollen

3.1 Soziale Rollen der Gebärenden (nur codieren, wenn nicht aus 2. codiert werden kann)

- 3.1.1 Gesunde Frau
- 3.1.2 Gesunde Frau, die oder deren Funktionen vom geburtshilflichen Team
 - 3.1.2.1 betreut, untersucht, unterstützt, vorbereitet etc. werden
 - 3.1.2.1.1 betreut, unterstützt, begleitet etc. werden
 - 3.1.2.1.2 angeleitet, überzeugt, unterwiesen etc. werden
 - 3.1.2.1.3 untersucht, registriert, aufgezeichnet wird
 - 3.1.2.1.3.1 von außen
 - 3.1.2.1.3.2 vaginal
 - 3.1.2.1.3.3 invasiv
 - 3.1.2.1.3.4 Sonstiges
 - 3.1.2.1.4 Sonstiges
 - 3.1.2.2 kontrolliert, geprüft, beurteilt, überwacht etc. werden
 - 3.1.2.2.1 durch Beobachtung
 - 3.1.2.2.2 durch Untersuchung
 - 3.1.2.2.2.1 von außen
 - 3.1.2.2.2.2 vaginal
 - 3.1.2.2.2.3 invasiv
 - 3.1.2.2.2.4 Sonstiges
 - 3.1.2.2.3 Sonstiges
 - 3.1.2.3 modifiziert, beeinflusst, geregelt werden
 - 3.1.2.3.1 manuell
 - 3.1.2.3.2 medikamentös
 - 3.1.2.3.3 chirurgisch

3.1.2.3.4 Sonstiges

3.1.2.4 Sonstiges

3.1.3 Patientin

3.1.4 Sonstiges

3.2 Rolle und Status der Hebamme (nur codieren, wenn nicht mit 2. oder 3.1 codiert werden kann)

3.2 Die Hebamme handelt und begrenzt ihr Handeln

3.2.1 aus eigener Initiative, eigenem Ermessen

3.2.2 auf Initiative der Gebärenden

3.2.3 auf Initiative des Arztes/ der Ärztin

3.2.4 aufgrund von Normen (Routinen, Leitlinien etc.)

3.2.5 aus juristischen Gründen

3.2.6 Sonstiges

3.3 Rolle und Status des Arztes/ der Ärztin (nur codieren, wenn nicht mit 2. oder 3.1 codiert werden kann)

3.3 Der Arzt/ die Ärztin handelt und begrenzt ihr/ sein Handeln

3.3.1 aus eigener Initiative

3.3.2 auf Initiative der Gebärenden

3.3.3 auf Initiative der Hebamme

3.3.4 aufgrund von Normen (Routinen, Leitlinien etc.)

3.3.5 aus juristischen Gründen

3.3.5 Sonstiges

Anhang 2: Bilder

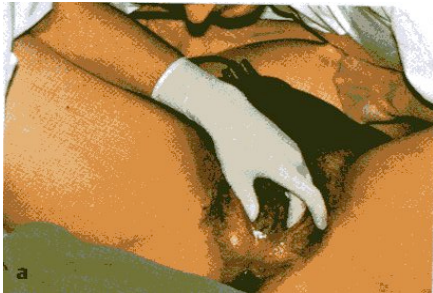


Abb. 11.1 aus Stauber, „Ablauf einer regelrechten Geburt“

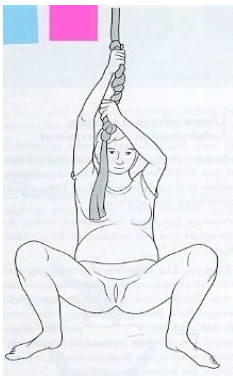


Abb. 11. 2 Bildausschnitte aus Serien mit Zeichnungen zu Gebärpositionen bei Dudenhausen (links) und Geist (rechts)